

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. HASIL**

##### **1. Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian telah dilakukan pada bulan Juli hingga Oktober 2016 di Unit Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Gamping. Adapun tahapan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti yaitu:

###### **a. Penentuan Instrumen ICRA**

Instrumen ICRA yang dikembangkan oleh CDC untuk rumah sakit terdiri dari empat instrumen yaitu: *Infection Control Risk Assessment for Acute Care Hospital*, *Infection Control Risk Assessment for Long-term Care Facilities*, *Infection Control Risk Assessment for Haemodialysis*, *Infection Control Risk Assessment for Outpatient Setting*. Sesuai dengan penelitian ini instrumen yang paling mendekati karakteristik Unit Bedah Sentral adalah instrumen *ICRA for Acute Care Hospital*.

###### **b. Penerjemahan Instrumen ICRA**

Instrumen *ICRA for Acute Care Hospital* dari CDC yang menggunakan Bahasa Inggris telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh penterjemah yang ahli dalam bidangnya

###### **c. Kesesuaian Instrumen**

Instrumen ICRA yang telah diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia telah didiskusikan secara panel oleh peneliti, pembimbing penelitian, dan peneliti ICRA lainnya yang berjumlah minimal lima orang guna untuk menyelaraskan maksud pertanyaan instrumen antar dua bahasa tersebut. Diskusi panel telah dilakukan

sebanyak empat kali sehingga hasil terjemahan dirasa sudah sesuai dengan pertanyaan dalam Bahasa Inggris.

d. Identifikasi Unit

Identifikasi Unit Bedah Sentral dilakukan peneliti sebelum melakukan proses penelitian yang mana pada Unit Bedah Sentral peneliti melihat tindakan operasi terhadap pasien dilakukan dalam hitungan menit hingga jam dan setelah itu pasien akan mendapat perawatan pasca bedah di bangsal rawat inap (*Acute Care Hospital*). Peneliti melihat bahwa setiap kegiatan di kamar operasi sangat berpotensi menimbulkan infeksi pada pasien. Setelah melakukan identifikasi unit dan peneliti merasa instrumen yang digunakan sudah tepat maka peneliti melanjutkan melakukan penelitian.

e. Proses Penelitian

Penelitian telah dilakukan dengan proses yang pertama adalah telusur dokumen bersama petugas PPI rumah sakit. Dokumen yang telah ditelusur adalah mengenai kebijakan-kebijakan, SPO, keputusan direktur, dan sertifikat pelatihan karyawan. Proses yang kedua adalah wawancara kepada pihak manajemen rumah sakit yaitu kepada *Infection Prevention Control Nurse (IPCN)*, Kepala Unit Bedah Sentral, dan dua orang staf di Unit Bedah Sentral. Dua orang staf tersebut diambil secara acak yang mana satu orang adalah penata anestesi dan satu orang lainnya adalah perawat bedah.

Proses ketiga adalah pengamatan lapangan. Pengamatan dilakukan hingga peneliti telah menemukan beberapa kali temuan yang sama baik yang sesuai ataupun tidak sesuai dengan standar dan pedoman instrumen ICRA. Tahapan ini dilakukan sebanyak sepuluh kali kunjungan pada shift kerja yang berbeda yaitu shift pagi, shift sore, dan shift malam dengan karyawan yang juga berbeda. Pengamatan lapangan

dilakukan oleh peneliti dan dibantu peneliti ICRA lainnya dengan masing-masing berpedoman pada instrumen *ICRA for Acute Care Hospital* dalam bentuk *hard copy*. Antar peneliti dan peneliti ICRA lainnya terdapat beberapa jarak dengan mengamati subjek yang sama dengan harapan hasil yang didapat adalah hasil yang bersifat objektif. Proses terakhir yaitu diskusi panel mengenai hasil penelitian. Seluruh proses penelitian dilakukan peneliti bersama peneliti ICRA lainnya yang berjumlah minimal lima orang.

## **2. Hasil Penilaian dan Analisis Data Berdasarkan Instrumen ICRA**

### **a. Penilaian ICRA Demografi Fasilitas**

Demografi fasilitas adalah bagian pertama pada instrumen *ICRA for Acute Care Hospital*. Pada bagian ini terdapat sembilan unsur yang menjelaskan profil fasilitas yang dinilai.

Tabel 1  
Instrumen  
mengenai  
Fasilitas

Penilaian  
ICRA  
Demografi

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Nama Fasilitas	1	0	0	1
2	ID NHSN	0	0	1	1
3	ID Khusus	0	0	1	1
4	Tanggal Penilaian	1	0	0	1
5	Jenis Penilaian	1	0	0	1
6	Alasan Penilaian	1	0	0	1
7	Jenis Fasilitas	1	0	0	1
8	Jumlah Tempat Tidur	1	0	0	1
9	Jumlah IPCN	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>9</b>
	<b>Persentase</b>	<b>78%</b>	<b>0%</b>	<b>22%</b>	<b>100%</b>

Pada demografi didapatkan seperti bahwa dari butir unsur, yang dapat dinilai adalah tujuh unsur dengan persentase sebanyak 78% dan unsur yang tidak dapat dinilai sebanyak dua butir dengan persentase 22% dikarenakan tidak adanya ID Khusus dan ID Organisasi dari *National Healthcare Safety Network* (NHSN).

Tabel 2 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai Demografi Fasilitas

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Nama Fasilitas	1	0	1
2	ID NHSN	0	1	1
3	ID Khusus	0	1	1
4	Tanggal Penilaian	1	0	1
5	Jenis Penilaian	1	0	1
6	Alasan Penilaian	1	0	1
7	Jenis Fasilitas	1	0	1
8	Jumlah Tempat Tidur	1	0	1
9	Jumlah IPCN	1	0	1
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>9</b>
	<b>Persentase</b>	<b>78%</b>	<b>22%</b>	<b>100%</b>

Penelitian mengenai instrumen ICRA dilakukan di Unit Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Gamping pada Bulan Juli hingga Agustus 2016. Jumlah keseluruhan staf yang bekerja adalah 11 orang yang memiliki latar belakang pendidikan Vokasi Keperawatan (D3). Terdapat tiga orang Penata Anestesi dan Delapan orang Perawat Bedah. Unit Bedah Sentral memiliki tiga kamar operasi yang setiap hari digunakan untuk melakukan tindakan operasi.

Terdapat empat buah tempat tidur yang *mobile* di ruang transit pasien dan *recovery room* guna untuk memindahkan pasien baik sebelum maupun sesudah operasi. Jumlah tempat tidur di rumah sakit secara keseluruhan berjumlah 153 tempat tidur yang mana Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) nya dipimpin oleh satu orang IPCN dan dibantu oleh *Infection Prevention Control Link Nurse* (IPCLN) pada setiap unit. Pada sembilan unsur yang dinilai, terdapat tujuh unsur yang tersedia dengan persentase 78% dan dua unsur yang tidak tersedia dengan persentase 22%.

## b. Penilaian ICRA Infrastruktur dan Program Pengendalian Infeksi

Pada bagian ini berfungsi untuk menilai Kebijakan Rumah Sakit dan Program PPI di Unit Bedah Sentral.

*Tabel 3 Penilaian Instrumen ICRA mengenai Infrastruktur*

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Keuangan dan SDM Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	0	0	1
2	IPCN dan IPCLN	1	0	0	1
3	Program Evaluasi PPI Berkala	1	0	0	1
4	Kebijakan dan SPO Pengendalian Infeksi	1	0	0	1
5	Program Edukasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi pada Pasien, Keluarga, dan Pengasuh	1	0	0	1
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Persentase</b>		<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

Penilaian mengenai infrastruktur dan program pengendalian infeksi didapatkan hasil seperti pada tabel di atas yang mana dari kelima unsur tersebut dapat dinilai 100% di Unit Bedah Sentral.

*Tabel 4 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai Infrastruktur*

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Keuangan dan SDM Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	0	1
2	IPCN dan IPCLN	1	0	1

<b>3</b>	Program Evaluasi PPI Berkala	1	0	1
<b>4</b>	Kebijakan dan SPO Pengendalian Infeksi	1	0	1
<b>5</b>	Program Edukasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi pada Pasien, Keluarga, dan Pengasuh	1	0	1
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
	<b>Persentase</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

Dari hasil telusur dokumen dan wawancara yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa:

1. Keuangan dan SDM

Unit Bedah Sentral memiliki keuangan yang disediakan oleh rumah sakit untuk pengendalian dan pencegahan infeksi, namun tidak disebutkan berapa anggaran dan proses keuangannya. Program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan oleh seluruh staf dan dipantau oleh staf PPI.

2. IPCN dan IPCLN

Program PPI dipimpin oleh IPCN dan dibantu oleh enam orang IPCLN telah memiliki sertifikat resmi dari Perhimpunan Pengendalian Infeksi Indonesia (PERDALIN).

3. Program Evaluasi PPI Berkala

Program Evaluasi PPI telah dilakukan secara berkala di rumah sakit termasuk di Unit Bedah Sentral. Sistem evaluasi PPI ini dilakukan dengan menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang mana setiap potensi dan kejadian infeksi selalu dilaporkan dan dapat diakses langsung oleh staf PPI.

#### 4. Kebijakan dan SPO

Staf di Unit Bedah Sentral sudah memiliki panduan-panduan standar dalam melaksanakan kegiatan. Terdapat beberapa Kebijakan dan SPO khusus yaitu Kebijakan Pelayanan Anestesi Bedah (PAB) sesuai Keputusan Direktur tahun 2015, SPO BON Operasi, SPO Cuci Tangan Bedah, SPO Asesmen Pra Anestesi, SPO Disinfeksi Medan Operasi, dan SPO Fungsi Peran IBS Disaster. Adapun SPO yang digunakan secara umum oleh rumah sakit yang juga diterapkan di Unit Bedah Sentral seperti SPO Memasang Infus, SPO Memasang Kateter, SPO Etika Batuk, SPO *Hand Wash*, dan SPO *Handrub*. SPO-SPO tersebut mulai dibuat pada tahun 2014 dan hingga penelitian ini dilakukan, beberapa SPO sudah ada yang diperbaharui pada tahun 2016.

#### 5. Program Edukasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Rumah sakit menyediakan edukasi kepada pasien, keluarga pasien, dan pengasuh pasien mengenai pencegahan infeksi kepada pasien dan keluarga. Edukasi dilakukan dengan memasang poster pencegahan infeksi dan penjelasan secara lisan setiap ada pasien rawat inap masuk. Edukasi juga dilakukan dengan cara kampanye ke bangsal rawat inap setiap tanggal 5 Mei dan 12 Oktober disetiap tahunnya.

Dari lima unsur yang dinilai, 100% telah tersedia di Unit Bedah Sentral.

#### c. Penilaian ICRA Kebersihan Tangan

Tabel 5 Penilaian Instrumen ICRA mengenai Kebersihan Tangan

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pelatihan dan Kompetensi Kebersihan Tangan	5	0	0	5

<b>2</b>	Audit	3	0	0	3
<b>3</b>	Umpan Balik	2	0	0	2
<b>4</b>	Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan Tangan	1	0	0	1
<b>5</b>	Kebijakan	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
	<b>Persentase</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

Dari penilaian kebersihan tangan di Unit Bedah Sentral didapatkan hasil seperti pada tabel diatas di mana seluruh unsur dapat dinilai dengan persentase 100%.

*Tabel 6 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai Kebersihan Tangan*

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
<b>1</b>	Pelatihan dan Kompetensi Kebersihan Tangan	4	1	5
<b>2</b>	Audit	3	0	3
<b>3</b>	Umpan Balik	2	0	2
<b>4</b>	Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan Tangan	1	0	1
<b>5</b>	Kebijakan dan Program Pencegahan Infeksi	1	0	1
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>12</b>
	<b>Persentase</b>	<b>91.7%</b>	<b>8.3%</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan penilaian dengan instrumen ICRA, yang peneliti dapatkan mengenai kebersihan tangan adalah:

1. Pelatihan dan Kompetensi

Rumah sakit memiliki pelatihan mengenai kebersihan tangan kepada semua petugas rumah sakit setelah mereka diterima bekerja di rumah sakit. Tetapi pelatihan ini belum dilakukan secara berkala karena terkait kebijakan dan anggaran dana. Pada saat pelatihan beberapa staf

diminta mendemonstrasikan bagaimana melakukan kebersihan tangan dengan tepat. Tidak hanya pelatihan internal, beberapa staf Unit Bedah Sentral juga memiliki sertifikat pelatihan yang dilakukan oleh pihak eksternal yang melatih mengenai kebersihan tangan.

## 2. Audit Kebersihan Tangan

Audit mengenai kebersihan tangan telah dijalankan secara rutin oleh IPCN dan staf PPI lainnya. Audit dilakukan setelah adanya inspeksi mendadak ke Unit Bedah Sentral.

## 3. Umpan Balik

Umpan balik dilakukan oleh staf PPI kepada staf terkait setelah diadakannya audit. Umpan balik berupa teguran kepada staf sambil diingatkan kembali prosedur yang tepat dan laporan kepada kepada unit. Dari hasil wawancara IPCN merasa kesulitan untuk melakukan audit terhadap staf senior dikarenakan oleh faktor pengalaman, usia, dan respon dari staf senior tersebut.

## 4. Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan Tangan

Di Unit Bedah Sentral sudah terdapat peralatan kebersihan tangan yang lengkap yaitu air yang mengalir, sabun, alkohol, sikat tangan bedah, dan wastafel dengan sensor. Wastafel juga dilengkapi dengan tombol yang menggunakan kaki sehingga tangan petugas tidak mengalami kontak dengan wastafel tersebut.

## 5. Kebijakan

Unit Bedah Sentral telah memiliki SPO *Hand Wash*, SPO *Handrub* dan SPO Cuci Tangan Bedah. Terdapat tiga wastafel dan beberapa peralatan *handrub* di tempat-tempat yang mudah dijangkau. Dengan banyaknya fasilitas *handrub* para petugas cenderung menggunakan *handrub* karena lebih praktis dibandingkan *handwash* ketika tangan terasa kurang bersih kecuali saat tangan terkena darah atau cairan tubuh lainnya.

Dari 12 unsur yang dinilai, terdapat 11 unsur yang tersedia dengan persentase 91.7% dan satu unsur yang tidak tersedia dengan persentase 8.3% yaitu pelatihan secara berkala. Beberapa kebijakan, panduan standar, dan program PPI sudah sangat mendukung untuk Pengendalian dan Pencegahan Infeksi di Unit Bedah Sentral. Tetapi yang peneliti temukan saat pengamatan lapangan ada beberapa dokter spesialis yang belum melakukan cuci tangan dengan prinsip *five moments and six step for hand hygiene*. Berikut beberapa gambaran yang peneliti temukan:

- a) Pada bulan Juli 2016 ditemukan dokter beberapa kali tidak mencuci tangan sebelum melakukan anestesi spinal pada pasien *Sectio Caesaria*.
- b) Pada bulan Agustus 2016 dokter tidak mencuci tangan setelah melakukan operasi pada kasus bedah abdomen.
- c) Pada bulan September 2016 dokter tidak melakukan cuci tangan bedah pada saat melakukan dua tindakan operasi melainkan hanya mengganti sarung tangan.
- d) Hampir seluruh dokter yang peneliti amati menjalankan cuci tangan bedah tidak tepat sesuai dengan SPO Cuci Tangan Bedah
- e) Semua perawat di Unit Bedah Sentral telah menerapkan *five moments and six step for hand hygiene* dan cuci tangan bedah sesuai dengan SPO.

#### d. Penilaian ICRA Alat Pelindung Diri (APD)

Tabel 7 Penilaian Instrumen ICRA mengenai APD

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pelatihan dan Kompetensi APD	7	0	0	7
2	Audit	3	0	0	3
3	Umpan Balik	2	0	0	2
4	Pemenuhan Kebutuhan Pemakaian APD	1	0	0	1
5	Kebijakan dan Program Pencegahan Infeksi Pernapasan	2	0	0	2
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
<b>Persentase</b>		<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

Dari penilaian alat pelindung diri di Unit Bedah Sentral didapatkan hasil seperti pada tabel diatas di mana seluruh unsur dapat dinilai dengan persentase 100%.

Tabel 8 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai APD

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pelatihan dan Kompetensi APD	6	1	7
2	Audit	3	0	3
3	Umpan Balik	2	0	2
4	Pemenuhan Kebutuhan Pemakaian APD	1	0	1
5	Kebijakan dan Program Pencegahan Infeksi Pernapasan	2	0	2
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>1</b>	<b>15</b>
<b>Persentase</b>		<b>93.3%</b>	<b>6.7%</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan penilaian dengan instrumen ICRA, yang peneliti dapatkan mengenai alat pelindung diri adalah :

1. Pelatihan dan Kompetensi

Rumah sakit memiliki pelatihan mengenai APD kepada semua petugas rumah sakit setelah mereka diterima bekerja di rumah sakit. Tetapi pelatihan ini pada tahun 2016 juga belum dilakukan secara berkala karena terkait kebijakan dan anggaran dana. Pada saat pelatihan beberapa staf diminta mendemonstrasikan bagaimana menggunakan APD dengan tepat. Tidak hanya pelatihan internal, beberapa staf Unit Bedah Sentral juga memiliki sertifikat pelatihan yang dilakukan oleh pihak eksternal yang melatih mengenai kebersihan tangan. Pelatihan APD juga dilakukan saat ada alat medis baru diperkenalkan kepada petugas medis.

2. Audit APD

Audit mengenai APD telah dijalankan secara rutin oleh IPCN dan staf PPI lainnya. Audit dilakukan setelah adanya inspeksi mendadak ke Unit Bedah Sentral. Jika terdapat staf yang tidak menggunakan APD, maka sta tersebut akan dicatat sebagai data PPIRS

### 3. Umpan Balik

Umpan balik dilakukan oleh staf PPI kepada staf terkait setelah diadakannya audit. Umpan balik berupa teguran kepada staf sambil diingatkan kembali prosedur yang tepat dan laporan kepada kepada unit.

### 4. Pemenuhan Kebutuhan APD

Alat pelindung diri tersedia lengkap dan mudah terjangkau bagi seluruh staf di Unit Bedah Sentral. Rumah sakit juga memiliki alat proteksi alat pernapasan bagi petugas yang sehat dan juga alat yang khusus bagi petugas yang belum sehat. Untuk infeksi saluran napas rumah sakit dan staf Unit Bedah Sentral mengantisipasi adanya tanda dan gejala yang dialami oleh para petugas.

### 5. Kebijakan Pencegahan Infeksi Sistem Pernapasan

Unit Bedah Sentral telah memiliki SPO Etika Batuk sebagai salah satu bentuk kebijakan pencegahan infeksi pada pernapasan. SPO dibuat pada 23 Mei 2015. Dengan adanya SPO tersebut juga para staf akan menghindari penularan infeksi saluran pernapasan dan akan lebih waspada dengan gejala penyakit saluran pernapasan.

Dari 15 butir unsur yang dinilai, terdapat 14 butir yang tersedia dengan persentase 93.3% dan satu butir yang tidak tersedia dengan persentase 6.7% yaitu pelatihan secara berkala. Beberapa kebijakan, panduan standar, dan program PPI sudah sangat mendukung untuk Pengendalian dan Pencegahan Infeksi di Unit Bedah Sentral. Tetapi kembali lagi peneliti menemukan beberapa dokter spesialis yang belum melakukan penggunaan APD dengan benar. Berikut beberapa gambaran yang peneliti temukan:

- a) Selama tiga bulan penelitian, peneliti menemukan bahwa dokter beberapa kali tidak menggunakan masker. Masker terkadang hanya tergantung di leher atau pemasangannya hanya digunakan pada mulut tanpa menutup hidung.
- b) Pada bulan Agustus 2016 dokter tidak menggunakan sarung tangan ketika melakukan tindakan dan saat menggunakan mesin anestesi.
- c) Terdapat dokter yang memiliki jenggot panjang, sehingga sebagian rambut dari jenggot tersebut tidak tertutupi oleh masker.
- d) Semua perawat di Unit Bedah Sentral telah menerapkan pemakaian APD dengan baik dan benar

### e. Penilaian ICRA Pencegahan CAUTI

Tabel 9 Penilaian Instrumen ICRA mengenai CAUTI

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pemenuhan Tenaga Kesehatan	1	0	0	1
2	Pelatihan dan Kompetensi <u>Pemasangan</u> Kateter Urin	6	0	0	6
3	Audit <u>Pemasangan</u> Kateter Urin	3	0	0	3
4	Umpan Balik <u>Pemasangan</u> Kateter Urin	2	0	0	2
5	Pelatihan dan Kompetensi <u>Pemeliharaan</u> Kateter Urin	6	0	0	6
6	Audit <u>Pemeliharaan</u> Kateter Urin	0	0	3	3
7	Umpan Balik <u>Pemeliharaan</u> Kateter Urin	0	0	2	2
8	Pemantauan Kateter Urin	0	0	2	2
9	Pemantauan Data CAUTI	2	0	0	2
10	Umpan Balik Data CAUTI	2	0	0	2
	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>29</b>
	<b>Persentase</b>	<b>75.9%</b>	<b>0%</b>	<b>24.1%</b>	<b>100%</b>

Dari penilaian dengan instrumen ICRA mengenai CAUTI didapatkan hasil bahwa dari 29 unsur penilaian terdapat 22 unsur yang dapat dinilai dengan persentase 75.9% dan 7 unsur yang tidak dapat dinilai dengan persentase 24.1% mengenai pemeliharaan dan pemantauan kateter urin.

Tabel 10 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai CAUTI

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pemenuhan Tenaga Kesehatan	1	0	1
2	Pelatihan dan Kompetensi <u>Pemasangan</u> Kateter Urin	5	1	6
3	Audit <u>Pemasangan</u> Kateter Urin	3	0	3
4	Umpan Balik <u>Pemasangan</u> Kateter Urin	2	0	2
5	Pelatihan dan Kompetensi <u>Pemeliharaan</u> Kateter Urin	5	1	6
6	Audit <u>Pemeliharaan</u> Kateter Urin	0	3	3
7	Umpan Balik <u>Pemeliharaan</u> Kateter Urin	0	2	2
8	Pemantauan Kateter Urin	0	2	2
9	Pemantauan Data CAUTI	2	0	2
10	Umpan Balik Data CAUTI	2	0	2
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>29</b>
	<b>Persentase</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan penilaian dengan instrumen ICRA, yang peneliti dapatkan mengenai CAUTI adalah:

1. Pemenuhan Tenaga Kesehatan

Tersedianya IPCN dan IPCLN dalam Program Pengendalian dan Pencegahan CAUTI

2. Pelatihan Pemasangan dan Pemeliharaan Kateter Urin

Seluruh staf di Unit Bedah Sentral telah mendapatkan pelatihan pemasangan dan pemeliharaan kateter urin saat awal mereka diterima bekerja di rumah sakit tetapi belum dilakukan secara berkala. Pelatihan diberikan oleh PPI RS dan pada saat pelatihan peserta diminta untuk dapat mempraktikkan bagaimana cara pemasangan dan proses pemantauan pasien dengan kateter urin.

### 3. Audit dan Umpan Balik Pemasangan Kateter Urin

Pemasangan kateter urin dapat dilakukan di Unit Bedah Sentral untuk pasien yang keadaannya memenuhi indikasi pemasangan kateter urin. Audit pemasangan kateter dilakukan berdasarkan hasil pemantauan ke ruangan oleh staf PPI RS. Jika ditemukan pemasangan kateter yang tidak sesuai dengan SPO maka akan diberikan umpan balik oleh IPCN yang dibantu oleh staf PPI lainnya.

### 4. Audit dan Umpan Balik Pemeliharaan Kateter Urin

Audit dan umpan balik pemantauan kateter tidak tersedia di Unit Bedah Sentral karena pemantauan pasien hanya dilakukan di ruang perawatan post operasi.

### 5. Pemantauan Kateter Urin

Pemantauan kateter tidak tersedia di Unit Bedah Sentral karena pasien berada di Unit Bedah Sentral hanya dalam hitungan menit hingga beberapa jam untuk mendapat tindakan operasi. Selanjutnya pemantauan kateter urin akan dilakukan di ruang perawatan.

### 6. Pemantauan Data CAUTI

Pemantauan data CAUTI tersedia dan dilakukan melalui SIMRS. SIMRS dapat diakses di setiap unit perawatan yang mana jika terjadi angka CAUTI maka data tersebut akan diinput oleh perawat. Selanjutnya IPCN akan melakukan kunjungan ke ruang perawatan guna untuk memastikan kejadian infeksi tersebut.

### 7. Umpan Balik Data CAUTI

Umpan balik data CAUTI dilakukan setelah dilakukannya audit dan IPCN dapat memastikan faktor penyebab angka infeksi baik karena proses pemasangan atau pemantauan harian.

Dari 29 butir unsur yang dinilai, terdapat 20 butir yang tersedia dengan persentase 69% dan sembilan butir yang tidak tersedia dengan persentase 31%. Hasil surveilans rumah sakit menunjukkan sejak Januari 2016 hingga penelitian ini dilakukan, di RS PKU Muhammadiyah Gamping terdapat tiga kejadian CAUTI dengan persentase 0.16% dari 1990 pemasangan kateter urin yang telah dilakukan.

## f. Penilaian ICRA Pencegahan CLABSI

Tabel 11 Penilaian Instrumen ICRA mengenai CLABSI

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pemenuhan Tenaga Kesehatan	1	0	0	1
2	Pelatihan dan Kompetensi <u>Pemasangan</u> Kateter Vena Sentral	6	0	0	6
3	Audit <u>Pemasangan</u> Kateter Vena Sentral	3	0	0	3
4	Umpan Balik <u>Pemasangan</u> Kateter Vena Sentral	2	0	0	2
5	Pelatihan dan Kompetensi <u>Pemeliharaan</u> Kateter Vena Sentral	6	0	0	6
6	Audit <u>Pemeliharaan</u> Kateter Vena Sentral	0	0	3	3
7	Umpan Balik <u>Pemeliharaan</u> Kateter Vena Sentral	0	0	2	2
8	Pemantauan Kateter Vena Sentral	0	0	2	2
9	Pemantauan Data CLABSI	2	0	0	2
10	Umpan Balik Data CLABSI	2	0	0	2
	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>29</b>
	<b>Persentase</b>	<b>75.9%</b>	<b>0%</b>	<b>24.1%</b>	<b>100%</b>

Dari penilaian dengan instrumen ICRA mengenai CLABSI didapatkan hasil bahwa dari 29 unsur penilaian terdapat 22 unsur yang dapat dinilai dengan persentase 75.9% dan 7 unsur yang tidak dapat dinilai dengan persentase 24.1% mengenai pemeliharaan dan pemantauan kateter vena sentral.

Tabel 12 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai CLABSI

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pemenuhan Tenaga Kesehatan	1	0	1
2	Pelatihan dan Kompetensi <u>Pemasangan</u> Kateter Vena Sentral	5	1	6
3	Audit <u>Pemasangan</u> Kateter Vena Sentral	3	0	3
4	Umpan Balik <u>Pemasangan</u> Kateter Vena Sentral	2	0	2
5	Pelatihan dan Kompetensi <u>Pemeliharaan</u> Kateter Vena Sentral	5	1	6
6	Audit <u>Pemeliharaan</u> Kateter Vena Sentral	0	3	3
7	Umpan Balik <u>Pemeliharaan</u> Kateter Vena Sentral	0	2	2
8	Pemantauan Kateter Vena Sentral	0	2	2
9	Pemantauan Data CLABSI	2	0	2
10	Umpan Balik Data CLABSI	2	0	2
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>9</b>	<b>29</b>
<b>Persentase</b>		<b>69%</b>	<b>31%</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan penilaian dengan instrumen ICRA, yang peneliti dapatkan mengenai

CLABSI adalah:

1. Pemenuhan Tenaga Kesehatan

Tersedianya IPCN dan IPCLN dalam Program Pengendalian dan Pencegahan CLABSI

2. Pelatihan Pemasangan dan Pemeliharaan Kateter Vena Sentral

Pemasangan kateter vena sentral dilakukan di kamar operasi dan selanjutnya pasien akan dipindahkan ke ruang ICU. Pemasangan juga dapat dilakukan langsung di ruang ICU pada pasien yang *non transportable*. Tindakan dilakukan oleh dokter. Dalam hal ini dokter telah memiliki kompetensi di bidangnya. Adapun pelatihan yang diikuti dokter adalah pelatihan

eksternal. Untuk pelatihan pemeliharaan kateter bedah sentral diberikan kepada seluruh perawat terutama perawat ruang ICU namun tidak dilakukan secara berkala.

### 3. Audit dan Umpan Balik Pemasangan Kateter Vena Sentral

Pemasangan kateter vena sentral dapat dilakukan di Unit Bedah Sentral untuk pasien yang keadaannya memenuhi indikasi pemasangan kateter vena sentral. Audit pemasangan kateter dilakukan berdasarkan hasil pemantauan ke ruangan oleh staf PPI RS. Jika ditemukan pemasangan kateter yang tidak sesuai dengan SPO maka akan diberikan umpan balik oleh IPCN yang dibantu oleh staf PPI lainnya.

### 4. Audit dan Umpan Balik Pemeliharaan Kateter Vena Sentral

Audit dan umpan balik pemantauan kateter tidak tersedia di Unit Bedah Sentral karena pemantauan pasien hanya dilakukan di ruang ICU.

### 5. Pemantauan Kateter Vena Sentral

Pemantauan kateter vena sentral tidak tersedia di Unit Bedah Sentral karena pasien berada di Unit Bedah Sentral hanya dalam hitungan menit hingga beberapa jam untuk mendapat tindakan bedah. Selanjutnya pemantauan kateter vena sentral akan dilakukan di ruang ICU

### 6. Pemantauan Data CLABSI

Pemantauan data CLABSI tersedia dan dilakukan melalui SIMRS. SIMRS dapat diakses di setiap unit perawatan yang mana jika terjadi angka CLABSI maka data tersebut akan diinput oleh perawat. Selanjutnya IPCN akan melakukan kunjungan ke ruang perawatan guna untuk memastikan kejadian infeksi tersebut.

### 7. Umpan Balik Data CLABSI

Umpan balik data CLABSI dilakukan setelah dilakukannya audit dan IPCN dapat memastikan faktor penyebab angka infeksi baik karena proses pemasangan atau pemantauan harian.

Dari 29 butir unsur yang dinilai, terdapat 20 butir yang tersedia dengan persentase 69% dan sembilan butir yang tidak tersedia dengan persentase 31%. Hasil surveilans rumah sakit menunjukkan sejak Januari 2016 hingga penelitian ini dilakukan, di RS PKU Muhammadiyah Gamping tidak terdapat kejadian CLABSI dari tiga kali tindakan pemasangan kateter vena sentral.

**g. Penilaian ICRA Pencegahan VAE**

*Tabel 13 Penilaian Instrumen ICRA mengenai VAE*

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pemenuhan Tenaga Kesehatan	0	0	1	1
2	Pelatihan dan Kompetensi Pencegahan VAE	0	0	6	6
3	Audit Pencegahan VAE	0	0	3	3
4	Umpan Balik Pencegahan VAE	0	0	2	2
5	Pemantauan VAE	0	0	2	2
6	Program Uji Pernapasan Spontan	0	0	1	1
7	Program Kebersihan Mulut	0	0	1	1
8	Pemantauan Data VAE	0	0	3	3
9	Umpan Balik Data VAE	0	0	2	2
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>21</b>
<b>Persentase</b>		<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Penilaian instrumen ICRA untuk pencegahan VAE di Unit Bedah Sentral tidak dapat dilakukan 100% karena pemasangan dan pemantauan VAE hanya dilakukan di ICU.

*Tabel 14 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai VAE*

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
-----	-----------	----------	----------------	---------------------------

1	Pemenuhan Tenaga Kesehatan	0	1	1
2	Pelatihan dan Kompetensi Pencegahan VAE	0	6	6
3	Audit Pencegahan VAE	0	3	3
4	Umpan Balik Pencegahan VAE	0	2	2
5	Pemantauan VAE	0	2	2
6	Program Uji Pernapasan Spontan	0	1	1
7	Program Kebersihan Mulut	0	1	1
8	Pemantauan Data VAE	0	3	3
9	Umpan Balik Data VAE	0	2	2
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>21</b>	<b>21</b>
<b>Persentase</b>		<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA mengenai pencegahan VAE di Unit Bedah Sentral 100% tidak tersedia karena pemasangan dan pemantauan VAE hanya dilakukan di ICU.

#### h. Penilaian ICRA Keamanan Injeksi

*Tabel 15 Penilaian Instrumen ICRA mengenai Keamanan Injeksi*

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pelatihan dan Kompetensi Pengobatan Parenteral	7	0	0	7
2	Audit	3	0	0	3
3	Umpan Balik	2	0	0	2
4	Kebijakan dan Program Keselamatan Pasien	1	0	0	1
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>

<b>Persentase</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>
-------------------	-------------	-----------	-----------	-------------

Penilaian mengenai keamanan injeksi didapatkan hasil seperti pada tabel di atas yang mana dari semua unsur tersebut dapat dinilai 100% di Unit Bedah Sentral.

*Tabel 16 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai Keamanan Injeksi*

<b>No.</b>	<b>Penilaian</b>	<b>Tersedia</b>	<b>Tidak Tersedia</b>	<b>Jumlah Unsur yang Dinilai</b>
<b>1</b>	Pelatihan dan Kompetensi Pengobatan Parenteral	6	1	7
<b>2</b>	Audit	3	0	3
<b>3</b>	Umpan Balik	2	0	2
<b>4</b>	Kebijakan dan Program Keselamatan Pasien	1	0	1
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>1</b>	<b>13</b>
<b>Persentase</b>		<b>92.3%</b>	<b>7.7%</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan penilaian terhadap Unit Bedah Sentral dengan menggunakan instrumen ICRA didapatkan bahwa:

1. Pelatihan dan Kompetensi Pengobatan Parenteral

Pelatihan telah diberikan kepada seluruh staf saat mereka diterima bekerja di rumah sakit. Pelatihan khusus juga diberikan kepada perawat kamar operasi mengenai tindakan khusus dan obat-obatan khusus yang akan dimasukkan intra vena bagi pasien yang akan mendapat tindakan operasi. Tetapi pelatihan tersebut tidak dilakukan secara berkala.

2. Audit

Audit pasien dilakukan oleh IPCN dengan mengunjungi unit untuk memantau tenaga kesehatan yang melakukan injeksi. Pemantauan tersebut berdasarkan pada SPO. Audit juga dilakukan dengan melihat kejadian infeksi pada pasien melalui SIMRS. Jika terdapat angka infeksi pada pasien yang mendapat injeksi intra vena maupun pemasangan infus maka IPCN akan mengunjungi unit dan melakukan audit.

### 3. Umpan Balik

Umpan balik dilakukan ketika didapatkan tenaga kesehatan yang belum menjalankan SPO dan ketika terdapat angka kejadian infeksi pada vena setelah dilakukan injeksi maupun pemasangan infus.

### 4. Kebijakan dan Program Keselamatan Pasien

Kebijakan dan program telah tersedia. Unit Bedah Sentral menerapkan SPO dan prinsip 10 benar dalam melakukan injeksi serta pemasangan infus.

Dari 13 butir unsur yang dinilai, terdapat 12 butir yang tersedia dengan persentase 92.3% dan satu butir yang tidak tersedia dengan persentase 7.7%. Hasil surveilans rumah sakit menunjukkan sejak Januari 2016 hingga penelitian ini dilakukan, di RS PKU Muhammadiyah Gamping terdapat 42 kejadian infeksi vena (*Phlebitis*) dengan persentase 0.39%. dari 10.806 tindakan pemasangan infus yang telah dilakukan.

#### i. Penilaian ICRA Pencegahan Infeksi pada Lokasi Bedah (ILO)

Tabel 17 Penilaian Instrumen ICRA mengenai ILO

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Program Peningkatan Perawatan Bedah	4	0	0	4
2	Audit Peningkatan Perawatan Bedah	3	0	0	3
3	Umpan Balik Peningkatan Perawatan Bedah	2	0	0	2

<b>4</b>	Audit Pencegahan dan Pengendalian ILO	9	0	0	9
<b>5</b>	Umpan Balik Pencegahan dan Pengendalian ILO	2	0	0	2
<b>6</b>	Pemantauan Data ILO	2	0	0	2
<b>7</b>	Umpan Balik kepada Ahli dan Tim Bedah	2	0	0	2
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>24</b>
<b>Persentase</b>		<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

Penilaian mengenai ILO didapatkan hasil seperti pada tabel di atas yang mana dari semua unsur tersebut dapat dinilai 100% di Unit Bedah Sentral.

*Tabel 18 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai ILO*

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
<b>1</b>	Program Peningkatan Perawatan Bedah	4	0	4
<b>2</b>	Audit Peningkatan Perawatan Bedah	3	0	3
<b>3</b>	Umpan Balik Peningkatan Perawatan Bedah	2	0	2
<b>4</b>	Audit Pencegahan dan Pengendalian ILO	9	0	1
<b>5</b>	Umpan Balik Pencegahan dan Pengendalian ILO	2	0	2
<b>6</b>	Pemantauan Data ILO	2	0	2
<b>7</b>	Umpan Balik kepada Ahli dan Tim Bedah	2	0	2
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>0</b>	<b>24</b>
<b>Persentase</b>		<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA mengenai ILO didapatkan bahwa:

1. Program Peningkatan Perawatan Bedah

Tersedianya keijakan Panduan Anestesi dan Bedah (PAB) dan SPO yang menjadi acuan dalam peningkatan perawatan bedah di Unit Bedah Sentral

2. Audit ILO dan Perawatan Bedah

Audit kejadian ILO dilakukan berdasarkan hasil pemantauan ke ruangan oleh staf PPI RS dimana untuk mencegah infeksi luka operasi maka tenaga kesehatan harus menjalankan prinsip steril sesuai dengan SPO terutama SPO cuci tangan bedah dan penggunaan APD dengan benar. Audit ILO dilakukan sesuai dengan hasil surveilans kejadian ILO dari SIMRS dan kunjungan ke ruang rawat inap oleh IPCN.

3. Umpan Balik ILO dan Perawatan Bedah

Umpan balik dilakukan ketika didapatkan tenaga kesehatan yang belum menjalankan SPO dan ketika terdapat angka kejadian ILO pada pasien post operasi.

4. Pemantauan Data ILO

Pemantauan data ILO tersedia dan dilakukan melalui SIMRS. SIMRS dapat diakses di setiap unit perawatan yang mana jika terjadi angka ILO maka data tersebut akan diinput oleh perawat. Selanjutnya IPCN akan melakukan kunjungan ke ruang perawatan guna untuk memastikan kejadian infeksi tersebut.

5. Umpan Balik kepada Ahli Bedah dan Tim Bedah

Umpan balik dilakukan dengan melaporkan kejadian ILO kepada petugas kesehatan terkait yaitu ahli bedah dan tim bedah yang melakukan operasi sebagai bahan evaluasi agar perawatan bedah dapat ditingkatkan.

Dari 24 butir unsur yang dinilai, 100% sudah tersedia di Unit Bedah Sentral Hasil. Dari hasil surveilans rumah sakit menunjukkan sejak Januari 2016 hingga penelitian ini dilakukan, di RS PKU Muhammadiyah Gamping terdapat satu kejadian ILO dengan persentase 0.14% dari 718 tindakan operasi yang telah dilakukan.

## j. Penilaian ICRA Pencegahan CDI

Tabel 19 Penilaian Instrumen ICRA mengenai CDI

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pemenuhan Tenaga Kesehatan	0	0	1	1
2	Audit Pencegahan CDI	0	0	7	7
3	Umpan Balik Pencegahan CDI	0	0	2	2
4	Program Antibiotik Spesifik	0	0	4	4
5	Pemantauan Data CDI	0	0	2	2
6	Umpan Balik Data CDI	0	0	2	2
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>18</b>
	<b>Persentase</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Penilaian instrumen ICRA untuk pencegahan CDI di Unit Bedah Sentral tidak dapat dilakukan 100% karena program khusus Pencegahan dan Pengendalian CDI belum ada di Indonesia.

Tabel 20 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai CDI

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pemenuhan Tenaga Kesehatan	0	1	1
2	Audit Pencegahan CDI	0	6	6
3	Umpan Balik Pencegahan CDI	0	3	3
4	Program Antibiotik Spesifik	0	2	2
5	Pemantauan Data CDI	0	2	2
6	Umpan Balik Data	0	1	1

CDI			
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>21</b>
<b>Persentase</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA untuk pencegahan CDI tidak dapat dilakukan 100% karena program khusus Pencegahan dan Pengendalian CDI belum ada di Indonesia.

### k. Penilaian ICRA Kebersihan Lingkungan

Tabel 21 Penilaian Instrumen ICRA mengenai Kebersihan Lingkungan

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Program Kebersihan Lingkungan	7	0	0	7
2	Kebijakan Tanggungjawab Kebersihan Lingkungan	3	0	0	3
3	Kebijakan Identifikasi Peralatan	2	0	0	2
4	Audit	9	0	0	9
5	Umpan Balik	2	0	0	2
	<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23</b>
	<b>Persentase</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

Dari penilaian kebersihan lingkungan di Unit Bedah Sentral didapatkan hasil seperti pada tabel diatas di mana seluruh unsur dapat dinilai dengan persentase 100%.

Tabel 22 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai Kebersihan Lingkungan

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Program Kebersihan Lingkungan	5	2	7
2	Kebijakan Tanggungjawab Kebersihan Lingkungan	3	0	3
3	Kebijakan Identifikasi Peralatan	2	0	2
4	Audit	9	0	1
5	Umpan Balik	2	0	2
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>2</b>	<b>23</b>
<b>Persentase</b>		<b>91.3%</b>	<b>8.7%</b>	<b>100%</b>

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA didapatkan unsur yang tersedia sebesar 91.3% dan unsur yang tidak tersedia sebesar 8.7% yaitu mengenai pelatihan berkala dan tenaga kontrak. Adapun hasil dari penilaian Unit Bedah Sentral adalah sebagai berikut:

1. Program Kebersihan Lingkungan

Program kebersihan lingkungan tersedia di Unit Bedah Sentral. Para tenaga medis mendapat pelatihan saat mereka diterima menjadi karyawan rumah sakit. Terdapat juga petugas kebersihan yang khusus bertugas membersihkan Unit Bedah Sentral. Dari unsur ini terdapat dua butir yang tidak tersedia yaitu pelatihan berkala dan tidak menggunakan tenaga kontrak.

2. Kebijakan Tanggungjawab Kebersihan Lingkungan

Kebijakan tanggungjawab kebersihan lingkungan tersedia di Unit Bedah Sentral. Tidak hanya petugas kebersihan, tetapi perawat juga memiliki kewajiban untuk menjaga kebersihan peralatan medis dan inventaris unit

### 3. Kebijakan Identifikasi Peralatan

Kebijakan identifikasi peralatan yang sudah dibersihkan dan yang belum dibersihkan tersedia di Unit Bedah Sentral. Peralatan medis yang steril ditempatkan dan dibungkus di tempat steril, begitu juga peralatan yang kotor atau tidak steril akan ditempatkan pada tempat khusus agar tidak tercampur.

#### 4. Audit

Audit dilakukan berdasarkan hasil kultur angka kuman di Unit Bedah Sentral. Penilaian angka kuman dilakukan secara berkala terhadap alat medis, udara, lantai, dan linen yang terdapat di unit.

#### 5. Umpan Balik

Umpan balik akan dilaksanakan sesuai hasil audit. Data akan disampaikan kepada unit dan menjadi bahan evaluasi rumah sakit.

## 1. Penilaian ICRA Perangkat Pemrosean Ulang (CSSD)

Tabel 23 Penilaian Instrumen ICRA Pemrosesan Ulang

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pelatihan dan Kompetensi Pengolahan Benda Kritis	0	0	7	7
2	Audit Kepatuhan Pengolahan Benda Kritis	0	0	4	4
3	Umpan Balik Kepatuhan Pengolahan Benda Kritis	0	0	2	2
4	Pelatihan dan Kompetensi Pengolahan Benda Semi-Kritis	0	0	7	7
5	Audit Kepatuhan Pengolahan Benda Semi-Kritis	0	0	4	4
6	Umpan Balik Kepatuhan Pengolahan Benda Semi-Kritis	0	0	2	2
7	Proses Pengolahan Alat Habis Pakai	0	0	1	1
8	Pemeliharaan Dokumen	0	0	3	3
9	Waktu yang Cukup	0	0	3	3
10	Konsultasi PPI	0	0	1	1
11	Kebijakan Jika Proses Pengolahan Gagal	0	0	1	1
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>35</b>
<b>Persentase</b>		<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Penilaian instrumen ICRA untuk pemrosesan alat ulang di Unit Bedah Sentral tidak dapat dilakukan 100% karena kegiatan tersebut hanya dilakukan di *Central Sterile Supply Department* (CSSD).

Tabel 24 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai Pemrosesan Ulang

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Pelatihan dan Kompetensi Pengolahan Benda Kritis	0	7	7

2	Audit Kepatuhan Pengolahan Benda Kritis	0	4	4
3	Umpan Balik Kepatuhan Pengolahan Benda Kritis	0	2	2
4	Pelatihan dan Kompetensi Pengolahan Benda Semi-Kritis	0	7	7
5	Audit Kepatuhan Pengolahan Benda Semi-Kritis	0	4	4
6	Umpan Balik Kepatuhan Pengolahan Benda Semi-Kritis	0	2	2
7	Proses Pengolahan Alat Habis Pakai	0	1	1
8	Pemeliharaan Dokumen	0	3	3
9	Waktu yang Cukup	0	3	3
10	Konsultasi PPI	0	1	1
11	Kebijakan Jika Proses Pengolahan Gagal	0	1	1
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>35</b>	<b>35</b>
<b>Persentase</b>		<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA mengenai pemrosesan alat ulang di Unit Bedah Sentral tidak dapat dilakukan 100% karena kegiatan tersebut hanya dilakukan di *Central Sterile Supply Department (CSSD)*.

### m. Penilaian ICRA MDROs

Tabel 25 Penilaian Instrumen ICRA mengenai MDROs

No.	Unsur Penilaian	Dapat Dinilai	Dapat Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	Jumlah yang Dinilai Unsur
1	Sistem Deteksi Dini	7	0	0	7
2	Penanda Pasien dan Isolasi	1	0	0	1
3	Komunikasi Inter-fasilitas Sebelum Merujuk Pasien ke Fasilitas Lain	0	0	2	2
4	Komunikasi Inter-fasilitas Sebelum Menerima Pasien dari Fasilitas Lain	0	0	3	3

<b>5</b>	Komunikasi Intra-Fasilitas Sebelum Merujuk Pasien ke Unit Lain	1	0	0	1
<b>6</b>	Pengawasan Kejadian Epidemiologis Mikrobiologi	0	0	1	1
<b>7</b>	Penggunaan Data Surveilans	1	0	0	1
<b>8</b>	Program Pengawasan Antibiotik	7	0	0	7
<b>9</b>	Program Kesehatan Kerja	2	0	0	2
<b>10</b>	Imunisasi Petugas Kesehatan	1	0	0	1
<b>11</b>	Sistem Pelaporan Penyakit	1	0	0	1
<b>12</b>	Penerapan ICRA Bangunan	2	0	0	2
	<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>29</b>
	<b>Persentase</b>	<b>79.3%</b>	<b>0%</b>	<b>20.7 %</b>	<b>100%</b>

Dari penilaian dengan instrumen ICRA mengenai MDROs didapatkan hasil bahwa dari 29 unsur penilaian terdapat 23 unsur yang dapat dinilai dengan persentase 79.3% dan 6 unsur yang tidak dapat dinilai dengan persentase 20.7% mengenai komunikasi Inter-fasilitas karena Unit Bedah Sentral bukan lini depan untuk melakukan komunikasi rumah sakit dengan fasilitas kesehatan lainnya dan Epidemiologis Mikrobiologi dilakukan di laboratorium.

Tabel 26 Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai MDROs

No.	Penilaian	Tersedia	Tidak Tersedia	Jumlah Unsur yang Dinilai
1	Sistem Deteksi Dini	6	1	7
2	Penanda Pasien dan Isolasi	1	0	1
3	Komunikasi Inter-fasilitas Sebelum <u>Merujuk</u> Pasien ke Fasilitas Lain	0	2	2
4	Komunikasi Inter-fasilitas Sebelum <u>Menerima</u> Pasien dari Fasilitas Lain	0	3	3
5	Komunikasi Intra-Fasilitas Sebelum <u>Merujuk</u> Pasien ke Unit Lain	1	0	1
6	Pengawasan Kejadian Epidemiologis	0	1	1
7	Penggunaan Data Surveilans	1	0	1
8	Program Pengawasan Antibiotik	7	0	7
9	Program Kesehatan Kerja	2	0	2
10	Imunisasi Petugas Kesehatan	0	1	1
11	Sistem Pelaporan Penyakit	1	0	1
12	Penerapan ICRA Bangunan	2	0	2
	Total	21	8	29
	Persentase	72.4%	27.6%	100%

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA mengenai MDROs didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Sistem Deteksi Dini

Deteksi dini pasien dengan dugaan MDROs tersedia dengan melihat gejala dan tanda pada pasien serta hasil lab yang mendukung.

2. Penanda Pasien dan Isolasi

Pasien dengan MDROs ditandai dengan tanda merah pada rekam medis dan dirawat di ruang khusus sebelum masuk Unit Bedah Sentral. Pasien dengan MDROs jika memang harus dilakukan operasi maka pasien tersebut mendapat antrian operasi terakhir.

### 3. Komunikasi Inter-fasilitas

Komunikasi inter fasilitas baik dalam menerima ataupun merujuk pasien dari fasilitas lain tidak tersedia di Unit Bedah Sentral karena unit ini bukan lini terdepan dalam berhubungan dengan fasilitas kesehatan lain.

### 4. Komunikasi INTRA-Fasilitas

Komunikasi intra fasilitas tersedia di Unit Bedah Sentral. Dalam menjalin komunikasi dengan unit lain di rumah sakit, staf setiap unit berkomunikasi dengan menggunakan *iphone* internal rumah sakit.

### 5. Pengawasan Kejadian Epidemiologis Mikrobiologi

Tidak tersedia di Unit Bedah Sentral karena ini dilakukan di laboratorium rumah sakit.

### 6. Penggunaan Data Surveilans

Data surveilans dapat dilihat di SIMRS yang dapat diakses seluruh unit.

### 7. Program Pengawasan Antibiotik

Program pengawasan antibiotik dengan menjalankan tujuh elemen dari CDC tersedia di Unit Bedah Sentral.

### 8. Program Kesehatan Kerja

Seluruh staf Unit Bedah Sentral mendapat perlindungan kesehatan maupun kerja baik dalam keadaan sehat maupun keadaan sakit.

### 9. Imunisasi Petugas Kesehatan

RS PKU Muhammadiyah Gamping belum menyediakan fasilitas pemeriksaan kesehatan rutin dan imunisasi gratis berkala untuk seluruh staf.

#### 10. Sistem Pelaporan Penyakit

Sistem pelaporan penyakit tersedia di Unit Bedah Sentral melalui kepala unit dan IPCN yang selanjutnya akan dilaporkan kepada pimpinan rumah sakit untuk dilakukan kebijakan.

#### 11. Penerapan ICRA Bangunan

Unit Bedah Sentral menerapkan langkah pengendalian infeksi dengan menggunakan ICRA Bangunan dalam rangka konstruksi, renovasi, pembongkaran, dan perbaikan unit.

### 3. Kesimpulan Hasil

Tabel 27 Kesimpulan Penilaian terhadap Instrumen ICRA

No.	Penilaian	Persentase (%)			Total
		Dapat Dinilai	Dinilai dengan Catatan	Tidak Dapat Dinilai	
1	Demografi Fasilitas	78	0	22	100
2	Infrastruktur	100	0	0	100
3	Kebersihan Tangan	100	0	0	100
4	Alat Pelindung Diri	100	0	0	100
5	CAUTI	75.9	0	24.1	100
6	CLABSI	75.9	0	24.1	100
7	VAE	0	0	100	100
8	Keamanan Injeksi	100	0	0	100
9	ILO	100	0	0	100
10	CDI	0	0	100	100
11	Kebersihan Lingkungan	100	0	0	100
12	Pemrosesan Ulang Alat	0	0	100	100
13	MDROs	79.3	0	20.7	100
	<b>Rata-Rata</b>	<b>69.9</b>	<b>0</b>	<b>30.1</b>	<b>100</b>

Jumlah unsur instrumen ICRA *for Acute Care Hospital* yang dapat dinilai di Unit Bedah Sentral adalah sebesar 69.9%.

Tabel 28 Kesimpulan Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan Instrumen ICRA

No	Penilaian	Persentase (%)		Total
		Tersedia	Tidak Tersedia	
1	Demograi Fasilitas	78	22	100
2	Infrastruktur	100	0	100
3	Kebersihan Tangan	91.7	8.3	100
4	Alat Pelindung Diri	93.3	6.7	100
5	CAUTI	69	31	100
6	CLABSI	69	31	100
7	VAE	0	100	100
8	Keamanan Injeksi	92.3	7.7	100
9	ILO	100	0	100
10	CDI	0	100	100
11	Kebersihan Lingkungan	91.3	8.7	100
12	Pemrosesan Ulang Alat	0	100	100
13	MDROs	72.4	27.6	100
	<b>Rata-Rata</b>	<b>65.9</b>	<b>34.1</b>	<b>100</b>

Jumlah unsur penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA yang tersedia adalah sebesar 65.9%.

Dari kedua tabel di atas maka tingkat risiko infeksi di Unit Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Gamping yang dihitung berdasarkan ketersediaan sarana prasarana dan dibandingkan dengan unsur yang dapat dinilai pada instrumen ICRA *for Acute Care Hospital* adalah :

$$\frac{65.9}{69.9} \times 100\% = 94.3 \%$$

Dari perhitungan tersebut maka dapat disimpulkan bahwa hasil penilaian tingkat risiko infeksi di Unit Bedah Sentral adalah risiko rendah/*low risk*.

## **B. PEMBAHASAN**

### **1. Penilaian ICRA Demografi Fasilitas**

#### **a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA**

Pada penilaian demografi fasilitas terdapat dua butir unsur yang tidak dapat dinilai menggunakan instrumen ICRA di Unit Bedah Sentral yaitu mengenai ID khusus dan ID Organisasi *National Healthcare Safety Network* (NHSN). NHSN merupakan badan di bidang kesehatan yang bertugas mengamati kejadian infeksi. NHSN menyediakan data yang diperlukan untuk mengidentifikasi area masalah, mengukur kemajuan dari upaya pencegahan dan pengendalian *Healthcare Associated Infections* (HAIs) (CDC, 2017).

NHSN menjalankan tugas dengan berbasis surveilans internet yang dikelola oleh *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) untuk berbagai fasilitas kesehatan di Amerika dan untuk mendapatkan ID NHSN setiap fasilitas kesehatan tersebut wajib mendaftarkan lembaganya (MDH, 2016). Organisasi sejenis NHSN yang ada di Indonesia adalah Perhimpunan Pengendalian Infeksi Indonesia (*PERDALIN*), *tetapi tidak ada ID khusus dari PERDALIN bagi fasilitas kesehatan di Indonesia.*

#### **b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral**

Pada penilaian Unit berdasarkan instrumen ICRA mendapatkan hasil bahwa sebanyak 22% unsur tidak tersedia yaitu mengenai ID Khusus dan ID NHSN. Unsur lainnya sebanyak 78% sudah tersedia dan dapat terjawab. Tetapi untuk pertanyaan mengenai jumlah IPCN didapatkan data bahwa di PKU RS Muhammadiyah Gamping hanya terdapat satu orang IPCN dengan jumlah total ada 153 tempat tidur (TT). Sedangkan sesuai SK Menkes No. 270 tahun 2017 rumah sakit harus memiliki IPCN

yang bekerja purna waktu, dengan ratio satu IPCN untuk tiap 100-150 tempat tidur (Depkes RI, 2008).

## **2. Penilaian ICRA Infrastruktur dan Program Pengendalian Infeksi**

### **a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA**

Penilaian yang didapatkan terhadap instrumen ICRA pada bagian infrastruktur menunjukkan bahwa seluruh unsur dapat dinilai sebesar 100%. Hal ini menunjukkan bahwa Unit Bedah Sentral telah mendapat dukungan yang baik dari pihak rumah sakit dalam Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

### **b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral**

Hasil penilaian unit dengan menggunakan instrumen ICRA mengenai infrastruktur menunjukkan bahwa 100% unsur penilaian telah tersedia yaitu tersedianya keuangan, IPCN dan IPCLN yang bersertifikasi, tersedianya SPO dan kebijakan serta program edukasi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi kepada pasien.

SPO yang dimiliki oleh RS PKU Muhammadiyah Gamping dibuat dengan berpatokan pada SPO yang dimiliki oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. SPO tersebut telah dievaluasi secara berkala oleh tim PPI dan pimpinan rumah sakit yang mana sesuai peraturan bahwa kebijakan dan prosedural dievaluasi setiap 3 (tiga) tahun untuk disempurnakan (Kemenkes RI, 2010).

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sangat penting untuk dilaksanakan di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya sebagai tempat pelayanan kesehatan disamping sebagai tolak ukur mutu pelayanan juga untuk melindungi pasien, petugas dan keluarga pasien. Pasien dan keluarganya didorong untuk berpartisipasi dalam implementasi dan penggunaan praktek-praktek pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (KARS, 2012).

Adapun salah satu tanggungjawab dan tugas IPCN adalah memprakarsai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pengunjung, dan keluarga tentang topik infeksi yang sedang berkembang di masyarakat, infeksi dengan insiden tinggi (Kemenkes, 2010)

### **3. Penilaian ICRA Kebersihan Tangan**

#### **a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA**

Hasil yang didapatkan dari penilaian terhadap instrumen ICRA mengenai kebersihan tangan adalah seluruh unsur dapat dinilai 100%. Penilaian ini dapat dilakukan karena unit telah dilengkapi dengan kebijakan dan program pencegahan dan pengendalian infeksi dalam menjaga kebersihan tangan dari rumah sakit.

#### **b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral**

Pada penilaian ini terdapat satu butir yang tidak tersedia di Unit Bedah Sentral, yaitu mengenai pelatihan yang berkala yang belum menjadi program rumah sakit diberikan kepada staf.

Sesuai dengan poin PPI. 11 pada instrumen akreditasi rumah sakit, rumah sakit harus mempunyai program pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif, oleh karena itu rumah sakit wajib mendidik anggota staf tentang program saat mereka mulai bekerja di rumah sakit dan secara berkala serta berkelanjutan. Program edukasi ini termasuk untuk staf profesional, para staf klinis dan staf pendukung non klinis, bahkan pasien dan keluarganya, termasuk para pedagang serta pengunjung lainnya (KARS, 2012)

Dari beberapa temuan mengenai kebersihan tangan dapat diketahui bahwa tidak semua tenaga kesehatan melakukan kebersihan tangan dengan tepat. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan dan untuk itu mencuci tangan adalah langkah utama yang menjadi pokok dalam pencegahan infeksi (Depkes, 2011). *Hand hygiene* dan *handrub* sangat efektif untuk mencegah terjadinya infeksi silang dan mengurangi angka HAIs di rumah sakit (Pedersen *et al.*, 2017).

#### **4. Penilaian ICRA Alat Pelindung Diri (APD)**

##### **a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA**

Hasil yang didapatkan dari penilaian terhadap instrumen ICRA mengenai penggunaan APD adalah seluruh unsur dapat dinilai 100%. Penilaian ini dapat dilakukan karena unit telah dilengkapi dengan kebijakan dan program pencegahan dan pengendalian infeksi.

##### **b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral**

Sama halnya dengan kebersihan tangan, pada penilaian APD juga didapatkan satu butir unsur yang tidak tersedia di Unit Bedah Sentral, yaitu mengenai pelatihan yang berkala yang belum menjadi program rumah sakit diberikan kepada staf padahal pelatihan berkala sangat penting sebagai media agar tenaga kesehatan terbiasa dalam menjalankan segala tindakan sesuai dengan prosedur yang tepat.

Alat pelindung diri telah tersedia lengkap di Uni Bedah Sentral namun tidak semua digunakan secara tepat. Terdapatnya sarung tangan, masker, proteksi mata dan peralatan proteksi lainnya merupakan dasar pencegahan infeksi di fasilitas kesehatan (KARS, 2012). Alat pelindung diri yang dibutuhkan pada unit pelayanan kesehatan

antara lain sarung tangan, pelindung wajah/masker/kacamata, penutup kepala, gaun pelindung (baju kerja/celemek), dan sepatu pelindung. Alat pelindung tersebut tidak selalu harus digunakan dalam waktu yang bersamaan akan tetapi tergantung dari jenis tindakan yang dilakukan (P2MPL, 2010)

Adapun fenomena yang peneliti temukan di Unit Bedah Sentral ada beberapa yang belum menjalankan prosedur pemakaian APD dengan benar. Terdapat faktor-faktor yang memiliki hubungan signifikan terhadap kepatuhan dalam penggunaan APD adalah komunikasi antar tenaga medis, ketersediaan alat, pengawasan, dan sikap personal (Riyanto, 2016). Dari hasil penilaian unit didapatkan bahwa ketersediaan alat telah lengkap, jadi dari empat faktor tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan tenaga medis dalam menggunakan APD di Unit Bedah Sentral adalah komunikasi antar tenaga medis, pengawasan, dan sikap personal.

Berdasarkan beberapa temuan mengenai pemakaian APD yang tidak tepat dapat diketahui bahwa kepatuhan beberapa tenaga kesehatan dalam penggunaan APD masih belum baik, sedangkan penggunaan APD dapat membantu mencegah infeksi kepada pasien maupun tenaga kesehatan. Penelitian di Prancis mendapatkan hasil bahwa angka ILO berkisar antara 0.6%-8.8% dimana kejadian ILO sangat dipengaruhi oleh kepatuhan terhadap penggunaan APD. Kejadian ILO berdampak pada memberatnya kondisi penyakit pasien, meningkatkan angka kematian, *Long of Stay* (LOS) dan biaya rumah sakit yang meningkat (Birgand *et al.*, 2014).

Penggunaan sarung tangan oleh tenaga kesehatan dapat melindungi penularan *bloodborne* patogen seperti *Human Immuno Deficiency Virus* (HIV), *Hepatitis B virus* (HBV), dan *Hepatitis C Virus* (HCV) serta penyakit yang menular dengan kontak kulit

lainnya (Furaker, 2012). Penggunaan juga masker belum dilakukan dengan benar, sedangkan standarnya adalah masker harus cukup besar untuk menutupi mulut, hidung, bagian bawah dagu dan jenggot (Depkes, 2007). Penggunaan masker digunakan untuk menghindari penularan infeksi melalui udara dan droplet. Pada penggunaan masker standar masih belum dapat menyaring bakteri dan virus yang memiliki partikel sangat kecil apalagi jika tenaga kesehatan tidak menggunakan masker, hal tersebut akan meningkatkan risiko penularan infeksi baik dari maupun kepada pasien (Furaker, 2012).

## 5. Penilaian ICRA Pencegahan CAUTI

### a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA

Penilaian instrumen ICRA mengenai CAUTI menunjukkan masih ada tujuh butir unsur yang tidak dapat dinilai di Unit Bedah Sentral yaitu sebesar 24.1% yang mengenai pemeliharaan urin kateter. Hal ini disebabkan karena pemeliharaan urin kateter hanya dilakukan di ruang rawat inap post operasi.

### b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA menunjukkan bahwa sebesar 69% unsur telah tersedia sedangkan 31% tidak tersedia. Unsur yang tidak tersedia adalah sembilan butir yang terdiri dari pelatihan berkala dan pemantauan kateter urin setiap harinya. Beberapa pertanyaan tersebut menghasilkan jawaban tidak pada instrumen ICRA karena hal tersebut tidak dilakukan di unit yang peneliti teliti.

Pemasangan kateter urin berisiko menimbulkan infeksi saluran kemih. Infeksi ini merupakan jenis infeksi nosokomial yang sering terjadi. Beberapa penelitian menyebutkan, infeksi saluran kemih merupakan 40% dari seluruh infeksi nosokomial dan dilaporkan 80% infeksi saluran kemih terjadi sesudah instrumentasi, terutama oleh kateterisasi (Marlina, 2012)

Jumlah CAUTI selama enam bulan sebelum hingga dilakukannya penelitian ini didapatkan tiga kejadian CAUTI dengan persentase 0.16% dari 1990 pemasangan kateter urin yang telah dilakukan. Hal tersebut menunjukkan angka infeksi yang terjadi lebih rendah dibandingkan kejadian infeksi saluran kemih di rumah sakit lain pada penelitian terdahulu yaitu angka ISK di RS Roemani Muhammadiyah Semarang sebesar 1.2% (Arifianto, 2017). Hasil penelitian WHO didapatkan hasil bahwa infeksi

saluran kemih adalah infeksi kedua tersering pada tubuh setelah infeksi saluran pernafasan dan sebanyak 8,3 juta kasus dilaporkan per tahun (Darsono, 2016).

Menurut perkiraan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, jumlah penderita ISK di Indonesia adalah 90-100 kasus per 100.000 penduduk pertahun nya atau sekitar 180.000 kasus baru pertahun 2014 (Depkes RI, 2014)

## **6. Penilaian ICRA Pencegahan CLABSI**

### **a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA**

Penilaian instrumen ICRA mengenai CLABSI menunjukkan masih ada tujuh butir unsur yang tidak dapat dinilai di Unit Bedah Sentral yaitu sebesar 24.1% yang mengenai pemeliharaan urin kateter. Hal ini disebabkan karena pemeliharaan kateter vena sentral hanya dilakukan di ruang ICU.

### **b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral**

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA menunjukkan bahwa sebesar 69% unsur telah tersedia sedangkan 31% tidak tersedia. Unsur yang tidak tersedia adalah sembilan butir yang terdiri dari pelatihan berkala dan pemantauan kateter vena sentral setiap harinya.

Kejadian CLABSI atau yang di Indonesia biasa dikenal dengan Infeksi Alirah Darah Primer (IADP) berkaitan dengan pemasangan dan perawatan pasien dengan *Central Venous Cathether* (CVC) atau Kateter Vena Sentral (KVS). Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping pemasangan CVC dapat dilakukan di Unit Bedah Sentral dan di *Intensive Care Unit* (ICU). Pemasangan CVC di ICU dilakukan pada pasien dengan keadaan kesehatan yang buruk dan tidak memungkinkan dilakukan

transportasi ke kamar operasi. CVC yang dilakukan di kamar operasi diindikasikan untuk pasien yang layak transport.

Pasien akan mendapat pemasangan CVC oleh dokter spesialis anestesi atau dokter lain yang telah mendapat kompetensi pemasangan CVC dan dibantu oleh perawat yang telah mendapat pelatihan sebelumnya. Pasien yang mendapat tindakan pemasangan CVC di kamar operasi tetap akan menjalani perawatan di ruang ICU untuk pemantauan ketat. Pemantauan akan dilakukan setiap hari untuk menghindari adanya IADP. Kateter vena sentral adalah sebuah kateter yang ditempatkan ke dalam vena besar di leher (vena jugular interna atau jugular eksterna), vena di dada (vena subclavian), lengan (basilica), atau paha (vena femoralis). Kateter vena sentral dapat digunakan untuk memberikan infus cairan intravena, terapi infus produk darah, dan dapat pula dipergunakan untuk memonitor hemodinamik dengan memastikan tekanan vena sentral dan juga saturasi oksihemoglobin vena sentral (Silviana, 2015).

Selama enam bulan sebelum hingga dilakukannya penelitian ini tidak didapatkan kejadian CLABSI dari tiga kali pemasangan kateter vena sentral. Hal tersebut menunjukkan angka infeksi yang terjadi rendah.

## 7. Penilaian ICRA Pencegahan VAE

Penilaian instrumen ICRA dan penilaian unit berdasarkan instrumen ICRA mengenai VAE tidak dapat dilakukan dan tidak tersedia di Unit Bedah Sentral karena tindakan tersebut hanya dilakukan di ICU.

## 8. Penilaian ICRA Keamanan Injeksi

### a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA

Penilaian instrumen ICRA di Unit Bedah Sentral didapatkan bahwa seluruh unsur dapat dinilai yaitu sebesar 100%.

### b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA menunjukkan bahwa sebesar 92.3% unsur telah tersedia dan terdapat satu butir unsur yaitu sebesar 7.7% yang tidak tersedia mengenai pelatihan berkala untuk keamanan pengobatan parenteral. Pelatihan berkala seharusnya merupakan program rumah sakit yang wajib dijalankan. Namun hal tersebut belum berjalan dikarenakan mungkin karena keterbatasan dana, waktu, dan ketersediaan kebijakan dari pimpinan.

Suveilans RS PKU Muhammadiyah Gamping melalui SIMRS didapatkan hasil bahwa terjadi 42 kejadian infeksi vena (*Phlebitis*) dengan persentase 0.39%. dari 10.806 tindakan pemasangan infus yang telah dilakukan. Data tersebut menunjukkan angka lebih rendah dari kejadian phlebitis pada penelitian lain yaitu di RS Roemani Muhammadiyah Semarang yang mana angka phlebitisnya adalah 0.9% (Arifianto, 2017). Sedangkan angka *phlebitis* di Rumah Sakit Mardi waluyo Lampung mencapai 0.7-7.3% (Purwaningsih, 2012)



## **9. Penilaian ICRA Pencegahan Infeksi pada Lokasi Bedah (ILO)**

### **a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA**

Penilaian instrumen ICRA di Unit Bedah Sentral mengenai ILO didapatkan bahwa seluruh unsur dapat dinilai yaitu sebesar 100%.

### **b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral**

Penilaian Unit Bedah Sentral mengenai pencegahan ILO dari 24 butir unsur 100% tersedia di unit. Hasil surveilans rumah sakit menunjukkan sejak Januari 2016 hingga penelitian ini dilakukan, di RS PKU Muhammadiyah Gamping terdapat satu kejadian ILO dengan persentase 0.14% dari 718 tindakan operasi yang telah dilakukan dimana angka ini lebih kecil dari angka ILO sesuai penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

Angka ILO di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta didapatkan sebesar 7.3% (Haryanti, 2013). Berdasarkan penelitian di rumah sakit Dr. Mohammad Hoesin (RSMH) Palembang angka kejadian infeksi luka operasi sebesar 56,67% dari 30 pasien (Yuwono, 2013). Penelitian di Vietnam menunjukkan angka kejadian infeksi luka operasi sebesar 10,9% dari 697 pasien (Nguyen, 2001). Menurut survei WHO, angka kejadian infeksi luka operasi di dunia berkisar antara 5% sampai 34% (Wiguna, 2016).

## **10. Penilaian ICRA Pencegahan CDI**

Penilaian instrumen ICRA dan penilaian unit berdasarkan instrumen ICRA mengenai CDI tidak dapat dilakukan dan tidak tersedia di Unit Bedah Sentral RS PKU

Muhammadiyah Gamping karena di Indonesia sendiripun belum ada program khusus untuk pencegahan CDI.

*Clostridium difficile* adalah penyebab terjadinya diare sedang hingga menjadi *pseudocolitis* pada pasien yang sudah lanjut usia dan pada pasien dengan pemakaian antibiotik oral jangka panjang. Gejala infeksi ini adalah diare cair, mual, muntah, hilang nafsu makan, dan nyeri pada perut. Di Indonesia kesadaran mengenai infeksi ini masih sangat rendah karena masih kurangnya kewaspadaan untuk penyakit akibat antibiotik dan didukung dengan fasilitas yang belum memadai. Pada jurnal epidemiologi *Clostridium difficile* yang dilakukan di seluruh Asia, kejadian CDI di Indonesia masih jarang. Dari delapan pasien anak yang mengalami diare terdapat *C. difficile* dalam 1.3% pemeriksaan sampel feses dan ditemukan beb (Collins, 2013)

## **11. Penilaian ICRA Kebersihan Lingkungan**

### **a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA**

Penilaian instrumen ICRA mengenai kebersihan lingkungan dapat dinilai 100% di Unit Bedah Sentral.

### **b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral**

Penilaian Unit Bedah Sentral berdasarkan instrumen ICRA didapatkan unsur yang tersedia sebesar 91.3% dan unsur yang tidak tersedia sebesar 8.7% yaitu mengenai pelatihan berkala dan tenaga kontrak. Untuk pelatihan berkala seperti halnya pada unsur penilaian lainnya belum dilakukan secara berkala. Padahal pelatihan berkala sangat mendukung tertibnya prosedur pelaksanaan kegiatan untuk mencegah terjadinya infeksi. Pelaksanaan pelatihan berkala diharapkan dapat menjadi

penyegaran ilmu, menambah pengetahuan, meningkatkan motivasi, dan meningkatkan kinerja petugas (Rosa, 2016).

RS PKU Muhammadiyah Gamping tidak melakukan kerjasama tenaga kontrak dari pihak ketiga untuk menerapkan kebersihan lingkungan melainkan bekerjasama dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## **12. Penilaian ICRA Perangkat Pemrosesan Ulang (CSSD)**

Penilaian instrumen ICRA dan penilaian unit berdasarkan instrumen ICRA mengenai pemrosesan ulang alat secara keseluruhan tidak dapat dilakukan dan tidak tersedia di Unit Bedah Sentral. Pemrosesan alat dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu penerimaan alat, perendaman, pencucian, pengeringan, pengemasan, labeling, sterilisasi, penyimpanan dan distribusi (Depkes, 2009). Tindakan pemrosesan alat hanya dilakukan secara di CSSD.

## **13. Penilaian ICRA MDROs**

### **a. Penilaian terhadap Instrumen ICRA**

Penilaian instrumen ICRA mengenai MDROs dapat dinilai 100% di Unit Bedah Sentral.

### **b. Penilaian terhadap Unit Bedah Sentral**

Penilaian dengan instrumen ICRA mengenai MDROs didapatkan hasil bahwa dari 29 unsur penilaian terdapat 23 unsur yang dapat dinilai dengan persentase 79.3% dan enam unsur yang tidak dapat dinilai dengan persentase 20.7%.

Enam unsur yang tidak tersedia tersebut adalah mengenai komunikasi Inter-fasilitas, epidemiologi mikrobiologi, dan program imunisasi untuk petugas kesehatan. RS Sakit PKU Muhammadiyah Gamping telah menjalankan sistem rujukan nasional baik dalam mengirim atau menerima pasien terhadap fasilitas kesehatan lainnya. Namun Unit Bedah Sentral bukan unit yang menjalani komunikasi langsung dengan fasilitas kesehatan lainnya. Komunikasi terkait rujukan dilakukan oleh Instalasi Gawat Daruran (IGD) rumah sakit atau ruang perawatan tempat pasien dirawat. Sedangkan epidemiologis mikrobiologi dilakukan di laboratorium rumah sakit sehingga fasilitas tersebut tidak tersedia di Unit Bedah Sentral.

Program imunisasi terhadap tenaga kesehatan tidak tersedia di Unit Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Gamping. Sesuai dengan poin KPS 8.4 pada instrumen akreditasi rumah sakit, program kesehatan dan keselamatan staf dapat ditempatkan di rumah sakit atau diintegrasikan dengan program eksternal. Program tersebut dapat juga menyediakan skrining kesehatan pada awal diterima bekerja, imunisasi pencegahan dan pemeriksaan kesehatan berkala, pengobatan untuk penyakit akibat kerja yang umum, seperti cedera punggung, atau cedera lain yang lebih urgen/genting (KARS, 2012).