



UNIVERSITAS ANDALAS

**ANALISIS PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG ICU RSUD dr. RASIDIN**

PADANG TAHUN 2020



FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

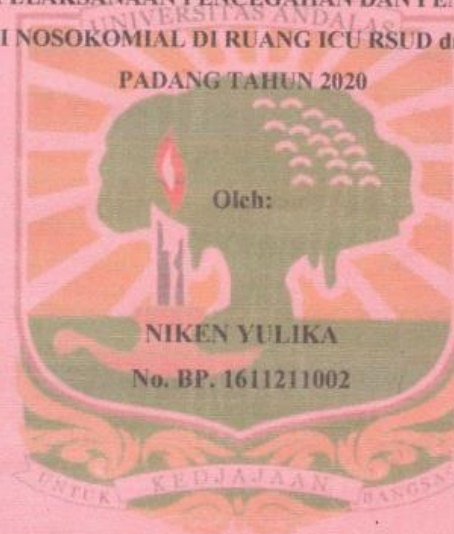
UNIVERSITAS ANDALAS

PADANG, 2020



UNIVERSITAS ANDALAS

ANALISIS PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG ICU RSUD dr. RASIDIN
PADANG TAHUN 2020



Diajukan Sebagai Pemenuhan Syarat untuk Mendapatkan
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG, 2020

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

ANALISIS PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG ICU RSUD dr. RASIDIN
PADANG TAHUN 2020

Oleh:

NIKEN YULIKA

No. BP. 1611211002

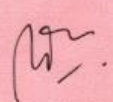
Skripsi ini telah disetujui dan diperiksa oleh Pembimbing Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas


Padang, Mei 2020

Menyetujui

Pembimbing I

Pembimbing II


dr. Adila Kasni Astiena, MARS
NIP.197605302003122001


Ch. Tuty Ernawati, SKM, M.Kes
NIP.196101161983022001

PERNYATAAN PERSETUJUAN TIM PENGUJI

Skripsi dengan judul:

**ANALISIS PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG ICU RSUD dr. RASIDIN
-
PADANG TAHUN 2020**


Yang dipersiapkan dan dipertahankan oleh:



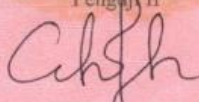
Telah diuji dan dipertahankan di depan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Pada Tanggal 9 April 2020 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Padang, Mei 2020

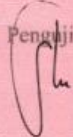
Penguji I


Kamal Kasra, SKM, MQIH
NIP. 196309131988031006

Penguji II


Ahmad Hidayat, SKM, MPH
NIP. 199001222019031014

Penguji III


Dra. Sri Siswati, Apt, SH, M.Kes
NIP. 196403081992032011

PERNYATAAN PENGESAHAN

DATA MAHASISWA:

Nama Lengkap : Niken Yulika
Nomor Buku Pokok : 1611211002
Tanggal Lahir : 08 Agustus 1998
Tahun Masuk : 2016
Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK)
Nama Pembimbing Akademik : Kamal Kasra, SKM., MQIH
Nama Pembimbing I : dr. Adila Kasni Astiena, MARS
Nama Pembimbing II : Ch. Tuty Ernawati, SKM., M.Kes
Nama Penguji I : Kamal Kasra, SKM., MQIH
Nama Penguji II : Ahmad Hidayat, SKM., MPH
Nama Penguji III : Dra. Sri Siswati, Apt., SH., M.Kes

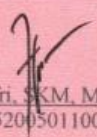
JUDUL PENELITIAN:

**ANALISIS PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG ICU RSUD dr. RASIDIN PADANG
TAHUN 2020**

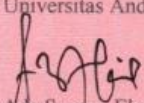
Menyatakan bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan proses penelitian skripsi, ujian usulan skripsi dan ujian hasil skripsi untuk memenuhi persyaratan akademik dan administrasi untuk mendapatkan Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.

Padang, Mei 2020

Menyetujui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Andalas


Defriman Djafri, SKM, MKM, Ph.D
NIP. 198008052005011004

Mengesahkan,
Ketua Prodi S1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Andalas


Ade Suzana Eka Putri, PhD
NIP. 198106052006042001

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama Lengkap : Niken Yulika
Nomor Buku Pokok : 1611211002
Tanggal Lahir : 08 Agustus 1998
Tahun Masuk : 2016
Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK)
Nama Pembimbing Akademik : Kamal Kasra, SKM, MQIH
Nama Pembimbing I : dr. Adila Kasni Astiena, MARS
Nama Pembimbing II : CH. Tuty Ernawati, SKM, M.Kes
Nama Penguji I : Kamal Kasra, SKM, MQIH
Nama Penguji II : Ahmad Hidayat, SKM, MPH
Nama Penguji III : Dra. Sri Siswati, Apt, SH, M.Kes

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil skripsi saya yang berjudul :

"ANALISIS PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG ICU RSUD dr. RASIDIN PADANG TAHUN 2020"

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Mei 2020

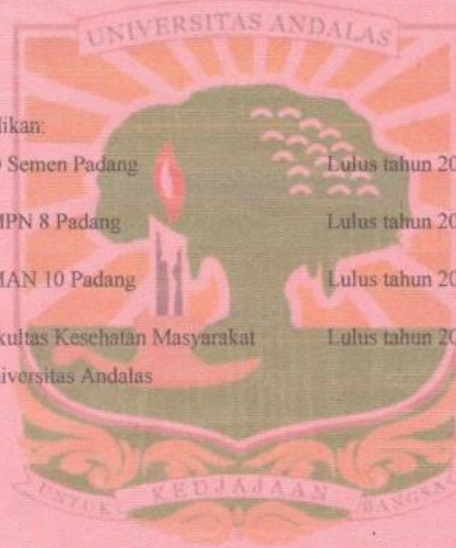

Niken Yulika
No.BP.1611211002

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Niken Yulika
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang/ 08 Agustus 1998
Alamat : Jl. Nangka No. 168 HO.III Indarung,
Lubuk Kilangan, Padang
Status Keluarga : Belum Menikah
No. Telp/ HP : 08116953719
E-mail : nikeny58@yahoo.com

Riwayat Pendidikan:

1. SD Semen Padang Lulus tahun 2010
2. SMPN 8 Padang Lulus tahun 2013
3. SMAN 10 Padang Lulus tahun 2016
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Andalas Lulus tahun 2020



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan."
(Q.S Al-Insyirah : 5)

Alhamdulillahirrabbi'lalamin, segala puji bagi Allah swt yang telah memberikan kesehatan, kesabaran, kemudahan, dan kelancaran sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Skripsi ini dipersembahkan kepada keluarga tercinta dan semua insan atas support yang tak terhingga...

KELUARGA TERCINTA

Teruntuk bunda (Katarina) dan Papa (Yulianus), terimakasih atas segala kasih sayang, semua do'a, dan semangat yang telah diberikan. Terimakasih untuk selalu sabar menunggu skripsi niken kelar. Terimakasih untuk selalu mengingatkan ketika niken lengah. Terimakasih sudah ikut menangis bersama ketika niken lelah. Terimakasih untuk segala nasihat agar tidak mudah menyerah. Terimakasih sudah mendengarkan segala keluh kesah niken bun, pa. Teruntuk mama (Marlis) nenekku tersayang yang selalu ceria dan penuh tawa, terimakasih atas semua do'a dan semangat yang telah diberikan. Semoga mama sehat selalu dan panjang umur, Aamiin. Teruntuk adek (Hafiz), terimakasih yaa. Semangat belajarnya, semoga adek bisa masuk sekolah favorit dan cepat kelarin skripsi kaya kakak. Semoga kita bisa bangga bunda, papa, dan mama.

PEMBIMBING & PENGUJI

Teruntuk Ibu Adila, terimakasih atas segala ilmu, masukan, dan saran yang ibu berikan. Terimakasih bu, sudah membimbing niken. Terimakasih untuk nasihat ibu, bahwa untuk hasil yang bagus diperlukan usaha yang bagus juga. Terimakasih juga bu, sudah mengingatkan niken untuk tidak diet dan selalu menggunakan masker serta rajin cuci tangan selama niken penelitian di rumah sakit. Niken mohon maaf bu, untuk semua kata dan perbuatan yang tidak berkenan selama bimbingan. Hanya terimakasih dan do'a yang bisa niken berikan bu, semoga Allah membalas semua kebaikan ibu, Aamiin Ya Allah. Teruntuk Ibu Tuty, terimakasih atas segala ilmu, masukan, dan saran yang ibu berikan. Terimakasih bu, sudah membimbing niken. Terimakasih bu, sudah selalu menenangkan dengan suara lembut ibu, Niken mohon maaf bu, untuk semua kata dan perbuatan yang tidak berkenan selama bimbingan. Hanya terimakasih dan do'a yang bisa niken berikan bu, semoga Allah membalas semua kebaikan ibu, Aamiin Ya Allah. Terimakasih kepada Pak Kamaj, Pak Dayat, dan Bu Sis selaku penguji skripsi niken, atas segala ilmu, masukan, dan saran yang bapak dan ibu berikan. Terimakasih pak, bu sudah memberikan kemudahan selama menguji, semoga Allah membalas semua kebaikan bapak dan ibu, Amin Ya Allah.

SENIOR

Teruntuk ka Debi, terimakasih kaa sudah selalu bersedia membantu niken kapanpun dan dimanapun. Terimakasih sudah meluangkan waktu kaka untuk bantuin niken kaa. Terimakasih kaa sudah cheer-up niken ketika niken nangis. Terimakasih untuk segalanya kaa, niken sayang kaka. Kelar corona kita jalan ya kaaa. Teruntuk ka Berti, ka Igel, ka Geby, kajol, ka Intania, ka Berli, ka Dewayan, bang Randi dan semua senior FKM yang telah membantu niken dalam mengerjakan skripsi. Terimakasih atas segala saran serta segala halnya kaa bang. Semoga Allah membalas kebaikan kaka dan abang.

THE GIRL NEXT DOOR

Teruntuk winda, terimakasih atas segala kesabaran dalam menghadapi niken sedari bocil sampai tuwir. Terimakasih sudah menjadi skripsi-date. Terimakasih sudah bantu dalam pengeditan skripsi niken, dan yang paling penting adalah terimakasih sudah menemani niken penelitian. So glad to have a sister like you. Bismillah, semangat buat kompre semoga kali ini bisa, harus bisa. Ngerantau bareng ya kita, Aamiin.

SEGHO & CIGLEM

Teruntuk Cut, Dila, Ifa, Neisha, Nia, Jamil, Ajik, Adek terimakasih atas semua supportnya mulai dari tahun 1 sampai sekarang. Ga kebayang gimana rasanya kuliah tanpa kelen. Terimakasih atas tawa, tangis, suka, duka, dan semua yang pernah kita lalui. Semoga kita selalu berteman sampai tua nanti, Aamiin.

PBL JUA GAEK

Teruntuk Lele, Kak Nad, Ocha, Kak Win, Kak Intan, Mami, Jamil terimakasih atas bantuannya. Terimakasih sudah mendengar keluh kesah niken. Terimakasih sudah meluangkan waktu untuk niken. Terimakasih untuk semuanya. Semoga kita bisa tidur bareng lagi, Aamiin.

AKK SEXY

Teruntuk Oyon, Rista, Mela, Agip, Kak Krisna, Kak Rina, Kak Vivi, Siska, Tia, Nisa, Ocha, Nuha, Syarah, Ina, Resy, Nining, Icit, Teddy Bear, Saphira, Rere, Arsip, Mumut, Isil, Enjel, Rezi, Nini, Ara, Mami, Mama, Ka Intan, Ka Ra, Cut, Dila, Ifa terimakasih untuk kurang lebih kebersamaannya. Terimakasih sudah mau bantuin niken. Selalu menjawab pertanyaan niken. Selalu ingetin niken. Semoga kita bisa ngumpul lagi, Aamiin.

BII BUNGA MATAHARI

Teruntuk Ica, Ika, Naken, Mauly, Tesya, Fandy, Ficky, Eeq, Braja terimakasih sudah hadir dihidup niken sedari SMA dulu. Walaupun kita jarang bertemu, tetapi support dari u guys sangat membantu. Sehat-sehat ya. Semoga kita bertemu lagi, Aamiin.

BAE

And especially for you, my one and only man that I can't mention. Thankyou for everything. For every help that u gift. Thankyou for always listening and understanding me. For every laugh and cooling me down. Although only in virtually, but I'm very thankful, I mean it.

Terimakasih kepada civitas akademika FKM Unand, terutama bang Azril yang telah memberikan informasi serta semangat dalam proses menyelesaikan skripsi ini. Terimakasih kepada Ibu Bapak Dosen FKM Unand atas segala ilmu yang telah diberikan. Terimakasih kepada FKM UNAND 2016. Terimakasih kepada semua insan yang tidak bisa disebutkan satu persatu atas segala do'a dan semangat yang telah diberikan.

"Allah tidak akan membebani seseorang melainkan sesuai dengan kadar kesanggupannya."
(Q.S Al-Baqarah : 286)

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ANDALAS**

**Skripsi, Maret 2020
NIKEN YULIKA,
NO. BP. 1611211002**

**ANALISIS PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG ICU RSUD dr. RASIDIN PADANG
TAHUN 2020**

x + 115 halaman, 38 tabel, 3 gambar, 14 lampiran

ABSTRAK

Tujuan Penelitian

Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang pada Agustus 2018 – Agustus 2019 memiliki angka infeksi nosokomial yang melebihi Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit berdasarkan Kepmenkes RI nomor 129 tahun 2008, yaitu untuk angka kejadian *phlebitis*. Hal ini berkaitan dengan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial berdasarkan kewaspadaan standar, terutama untuk perilaku individu masing-masing petugas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara mendalam mengenai pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang.

Metode

Desain penelitian ini adalah *Mix-Method* dengan model *conccurent embedded strategy*. Penelitian kualitatif dilakukan kepada 6 informan dan ditentukan berdasarkan *purposive sampling*. Analisis data dilakukan dengan cara triangulasi sumber dan triangulasi metode. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Penelitian kuantitatif dilakukan dengan mengobservasi 3 orang perawat jaga pada 3 *shift* dinas kerja selama 7 hari berturut-turut. Data dianalisis menggunakan ms.Excel dengan tahap *editing, coding, processing entry*, dan *cleaning* untuk memperoleh persentase kepatuhan petugas.

Hasil

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perawat paling sering mencuci tangan setelah kontak dengan pasien, dan jarang mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien. Langkah-langkah dalam mencuci tangan belum semuanya dilakukan. APD sudah tersedia tetapi penggunaan APD secara benar belum maksimal. Etika ketika batuk dan bersin belum dilakukan oleh seluruh petugas, sedangkan untuk praktik menyuntik yang aman sudah dilakukan 100%.

Kesimpulan

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU belum semuanya yang sesuai dengan standar, disebabkan oleh perilaku individu petugas, kelengkapan sarana dan prasarana belum terpenuhi seperti tidak adanya wastafel, serta belum ada dukungan manajemen dalam bentuk *reward* kepada petugas.

Daftar Pustaka : 53 (2007-2019)

Kata kunci : Infeksi nosokomial, kewaspadaan standar, ICU

**FACULTY OF PUBLIC HEALTH
ANDALAS UNIVERSITY**

**Undergraduate Thesis, Maret 2020
NIKEN YULIKA,
Registered Number : 1611211002**

**ANALYSIS OF IMPLEMENTATION PREVENTION AND CONTROL OF
NOSOCOMIAL INFECTIONS IN ICU ROOM RSUD dr. RASIDIN PADANG
2020**

x + 115 pages, 38 tables, 3 pictures, 14 attachments

ABSTRACT

Objectives

ICU of RSUD dr. Rasidin Padang in August 2018 - August 2019 had a number of nosocomial infections that exceeded the Standards for Hospital Minimum Service based on the Republic of Indonesia Decree No. 129 of 2008, for the incidence of phlebitis. This related to the implementation prevention and control of nosocomial infections based on standard precautions, especially for the individual behavior of each officer. Therefore, this study aims to analyze in depth the implementation prevention and control of nosocomial infections in the ICU room of RSUD dr. Rasidin Padang.

Method

The design of this research is Mix-Method with concurrent embedded strategy model. Qualitative research was conducted on 6 informants and determined based on purposive sampling. Data analysis was performed by triangulation of source and method. Data collection was done by in-depth interviews, observations, and document review. Quantitative research was conducted by observing 3 nurses on 3 shifts of work service for 7 consecutive days. Data was analyzed using ms.Excel by editing, coding, processing entry, and cleaning to get a percentage of officer compliance.

Result

The results of this study indicated that nurses wash their hands most often after contact with patients, and rarely wash their hands before contact with patients. Not all steps have been taken to wash hands. PPE is available but the use of PPE is not optimal. The ethics when coughing and sneezing have not been carried out by all officers, while for safe injection practices it has been done 100%.

Conclusion

Not all of the implementation prevention and control of nosocomial infections in the ICU room is in accordance with the standards, caused by the behavior of individual officers, the completeness of facilities and infrastructure has not been fulfilled such as the absence of a sink, and there is no management support in the form of rewards to officers.

References : 53 (2007-2019)

Keywords : Nosocomial Infections, Standars Precautions, ICU

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia yang telah diberikan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan hasil penelitian skripsi ini yang berjudul **“Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Tahun 2020”**.

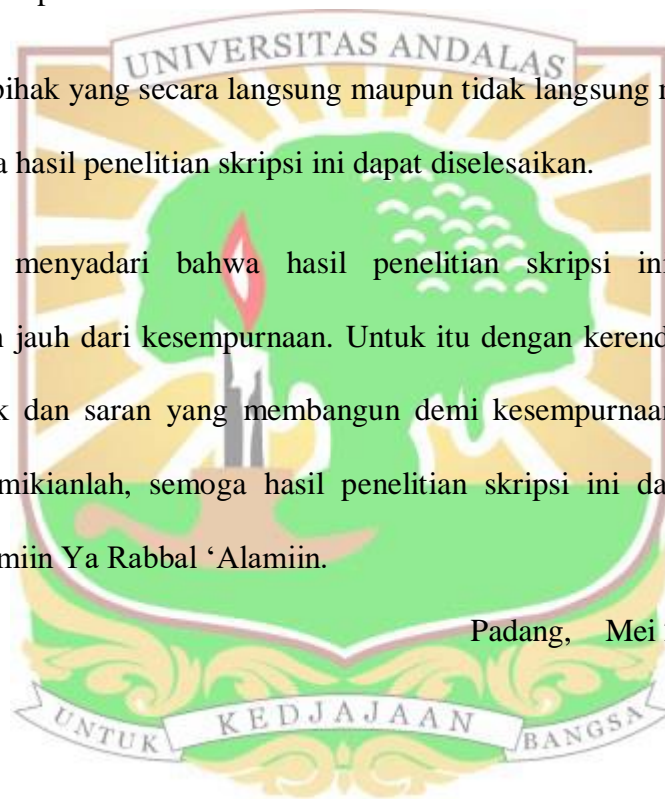
Penulis menyampaikan terimakasih kepada kedua Orang Tua yang selalu memberikan semangat dan doa yang selalu menyertai penulis dalam menyelesaikan hasil penelitian skripsi ini. Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan hasil penelitian skripsi ini, yang terhormat:

1. Bapak Defriman Djafri, SKM, MKM, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
2. Ibu Ade Suzana Eka Putri, PhD selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
3. Ibu Dr. Syafrawati, SKM, M. Comm Health Sc selaku Ketua Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
4. Ibu dr. Adila Kasni Astiena, MARS dan CH. Tuty Ernawati, SKM, M.Kes selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.

5. Bapak Kamal Kasra, SKM, MQIH, Bapak Ahmad Hidayat, SKM, MPH, dan Ibu Sri Siswati, Apt, SH, M.Kes selaku tim penguji yang telah memberikan saran dan tanggapan terhadap hasil penelitian skripsi ini.
6. Kedua orang tua dan keluarga yang selalu memberi semangat dan mendoakan kelancaran penyelesaian studi penulis.
7. Teman-teman FKM Universitas Andalas Angkatan 2016 yang telah membantu penulis.
8. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung membantu penulis sehingga hasil penelitian skripsi ini dapat diselesaikan.

Penulis menyadari bahwa hasil penelitian skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Untuk itu dengan kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan hasil penelitian skripsi ini. Demikianlah, semoga hasil penelitian skripsi ini dapat diterima dan bermanfaat. Aamiin Ya Rabbal 'Alamiin.

Padang, Mei 2020



Niken Yulika

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR ISTILAH	x
BAB 1 : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	9
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Manfaat Teoritis	9
1.4.2 Manfaat Akademis.....	10
1.4.3 Manfaat Praktis	10
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Infeksi Nosokomial	11
2.1.1 Definisi Infeksi Nosokomial	11
2.1.2 Faktor Risiko Infeksi Nosokomial	12
2.1.3 Macam-Macam Infeksi Nosokomial	13
2.1.4 Penyebab Terjadinya Infeksi Nosokomial	16
2.1.5 Cara Penularan Infeksi Nosokomial.....	18
2.1.6 Dampak Infeksi Nosokomial	19
2.1.7 Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial	20
2.2 Teori Perilaku.....	28
2.3 Rumah Sakit.....	29
2.3.1 Definisi Rumah Sakit.....	29
2.3.2 Fungsi Rumah Sakit	30
2.3.3 Klasifikasi Rumah Sakit	30
2.4 <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	32
2.4.1 Definisi <i>Intensive Care Unit</i> (ICU).....	32

2.4.2 Ruang Lingkup Pelayanan ICU.....	33
2.4.3 Klasifikasi ICU.....	34
2.4.4 Indikasi Masuk dan Keluar ICU.....	41
2.5 Pendekatan Sistem	44
2.6 Telaah Sistematis	46
2.7 Alur Pikir Penelitian.....	48
BAB 3 : METODE PENELITIAN	49
3.1 Jenis Penelitian.....	49
3.2 Waktu dan Tempat	49
3.3 Penelitian Kualitatif.....	50
3.3.1 Teknik Penentuan Informan.....	50
3.3.2 Instrumen Penelitian.....	51
3.3.3 Teknik Pengumpulan Data.....	51
3.3.4 Alat Pengumpulan Data.....	53
3.3.5 Pengolahan Data.....	53
3.3.6 Analisis Data	54
3.3.7 Definisi Istilah.....	55
3.4 Penelitian Kuantitatif.....	56
3.4.1 Populasi dan Sampel.....	56
3.4.2 Instrumen Penelitian.....	56
3.4.3 Teknik Pengumpulan Data.....	56
3.4.4 Cara Pengumpulan Data	57
3.4.5 Pengolahan dan Analisis Data.....	57
3.4.6 Definisi Operasional.....	59
BAB 4 : HASIL PENELITIAN.....	60
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	60
4.1.1 Gambaran Rumah Sakit.....	60
4.1.2 Struktur Organisasi.....	61
4.1.3 Visi dan Misi	62
4.2 <i>Intensive Care Unit</i>	62
4.3 Penelitian Kualitatif.....	64
4.3.1 Karakteristik Informan.....	64
4.3.2 Komponen <i>Input</i>	65
4.3.3 Komponen <i>Process</i>	75
4.3.4 Komponen <i>Output</i>	83
4.4 Penelitian Kuantitatif.....	85
4.4.1 Jumlah dan Karakteristik Tenaga Perawat.....	85

4.4.2 Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial	87
BAB 5 : PEMBAHASAN	92
5.1 Keterbatasan Penelitian	92
5.2 Komponen <i>Input</i>	92
5.2.1 Tenaga.....	92
5.2.2 Dana.....	94
5.2.3 Sarana dan Prasarana.....	95
5.2.4 Kebijakan	96
5.3 Komponen <i>Process</i>	98
5.3.1 Kebersihan Tangan.....	98
5.3.2 Alat Pelindung Diri.....	101
5.3.3 Etika Batuk dan Bersin.....	104
5.3.4 Praktik Menyuntik yang Aman	105
5.4 Komponen <i>Output</i>	106
BAB 6 : KESIMPULAN DAN SARAN	109
6.1 Kesimpulan.....	109
6.2 Saran.....	110
DAFTAR PUSTAKA	111
LAMPIRAN	117



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ketenagaan ICU	35
Tabel 2.2 Desain berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU.....	38
Tabel 2.3 Peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU	40
Tabel 2.4 Klasifikasi Pelayanan ICU	41
Tabel 2.5 Telaah Sistematis.....	46
Tabel 3.1 Matriks Pengumpulan Data	51
Tabel 3.2 Definisi Istilah.....	55
Tabel 3.3 Definisi Operasional.....	59
Tabel 4.1 Angka <i>Phlebitis</i> di Ruang ICU Agustus 2018-Agustus 2019.....	63
Tabel 4.2 Angka Kepatuhan Petugas terhadap Kewaspadaan Standar	64
Tabel 4.3 Karakteristik Informan	65
Tabel 4.4 Matriks Triangulasi Sumber tentang Tenaga PPI.....	69
Tabel 4.5 Matriks Triangulasi Metode tentang Tenaga PPI.....	70
Tabel 4.6 Matriks Triangulasi Sumber tentang Dana PPI.....	71
Tabel 4.7 Matriks Triangulasi Metode tentang Dana PPI.....	72
Tabel 4.8 Matriks Triangulasi Sumber tentang Sarana dan Prasarana PPI.....	73
Tabel 4.9 Matriks Triangulasi Metode tentang Sarana dan Prasarana PPI	73
Tabel 4.10 Matriks Triangulasi Sumber tentang Kebijakan PPI	75
Tabel 4.11 Matriks Triangulasi Metode tentang Kebijakan PPI	75
Tabel 4.12 Matriks Triangulasi Sumber tentang Kebersihan Tangan	78
Tabel 4.13 Matriks Triangulasi Metode tentang Kebersihan Tangan	79
Tabel 4.14 Matriks Triangulasi Sumber tentang APD.....	80
Tabel 4.15 Matriks Triangulasi Metode tentang APD	80
Tabel 4.16 Matriks Triangulasi Sumber tentang Etika Batuk dan Bersin	81
Tabel 4.17 Matriks Triangulasi Metode tentang Etika Batuk dan Bersin.....	81
Tabel 4.18 Matriks Triangulasi Sumber tentang Praktik Menyuntik Aman	82
Tabel 4.19 Matriks Triangulasi Metode tentang Praktik Menyuntik Aman	83
Tabel 4.20 Matriks Triangulasi Sumber tentang <i>Output</i>	84
Tabel 4.21 Matriks Triangulasi Metode tentang <i>Output</i>	85
Tabel 4.22 Tenaga Perawat di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang	86
Tabel 4.23 Pelatihan yang diikuti Perawat ICU RSUD dr. Rasidin Padang	86
Tabel 4.24 PPI Nosokomial di ICU melalui 5 Momen Cuci Tangan	87
Tabel 4.25 PPI Nosokomial di ICU melalui 6 Langkah Cuci Tangan	88
Tabel 4.26 PPI Nosokomial di ICU melalui APD	88
Tabel 4.27 PPI Nosokomial di ICU melalui Etika Batuk dan Bersin	89
Tabel 4.28 PPI Nosokomial di ICU melalui Praktik Menyuntik yang Aman.....	90
Tabel 4.29 PPI Nosokomial melalui Kewaspadaan Standar	90
Tabel 4.30 Perawat jaga yang melaksanakan PPI berdasarkan <i>shift</i> kerja.....	91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema rantai penularan penyakit infeksi	18
Gambar 2.2 Alur Pikir Analisis Pelaksanaan PPI Nosokomial di ICU RSUD	48
Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSUD dr. Rasidin Padang	61



DAFTAR ISTILAH

1. BHP : Bahan Habis Pakai
2. BSI : *Blood Stream Infections*
3. CLABSI : *Central Line Associated Blood Stream Infections*
4. HAIs : *Healthcare Associated Infections*
5. HAP : *Hospital Acquired Pneumonia*
6. IAD : Infeksi Aliran Darah
7. ICU : *Inensive Care Unit*
8. IDO : Infeksi Daerah Operasi
9. ILO : Infeksi Luka Operasi
10. IPCN : *Infection Prevention and Control Nurse*
11. IPCLN : *Infection Prevention and Control Link Nurse*
12. ISK : Infeksi Saluran Kemih
13. LOS : *Length of Stay*
14. NNIS : *National Nosocomial Infections Surveillance*
15. PPI : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
16. SSI : *Surgical Site Infection*
17. VAP : *Ventilator Associated Pneumonie*
18. WHO : *World Health Organization*



BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.⁽¹⁾ Rumah sakit juga merupakan sumber berbagai penyakit, yang berasal dari penderita dan pengunjung yang berstatus karier. Kuman penyakit ini hidup dan berkembang di lingkungan rumah sakit, seperti udara, air, lantai, makanan dan peralatan medis maupun non medis. Jadi infeksi yang diakibatkan pengaruh dari lingkungan rumah sakit disebut infeksi nosokomial.⁽²⁾

Infeksi nosokomial atau Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.⁽³⁾

Infeksi nosokomial saat ini merupakan salah satu penyebab meningkatnya angka kesakitan dan angka kematian di rumah sakit sehingga menjadi permasalahan baru dibidang kesehatan, baik di negara berkembang maupun di negara maju.⁽⁴⁾ Adapun perantara yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit ialah faktor mikroorganisme (bakteri, virus, jamur dan parasit), faktor pengobatan, faktor lingkungan, faktor tuan rumah. Infeksi nosokomial dapat terjadi melalui tindakan non invasif yaitu terjadi kontak langsung antara pasien yang sedang menderita penyakit infeksi dengan pasien lain, petugas, pengunjung/keluarga, alat-

alat rumah sakit, lingkungan rumah sakit, dan lain sebagainya sehingga dapat menularkan penyakit yang diderita.⁽⁵⁾ Selain itu, penularan bisa melalui tangan petugas kesehatan, jarum injeksi, kateter, kasa pembalut atau perban dan karena penanganan yang kurang tepat dalam menangani luka.⁽⁶⁾ Infeksi nosokomial juga dapat disebabkan oleh kualitas udara ruang perawatan yaitu sekitar 10-20%, karena beberapa cara transmisi kuman penyebab infeksi dapat ditularkan melalui udara.⁽⁷⁾

World Health Organization (WHO) menyebutkan dampak kejadian HAIs adalah dapat menyebabkan lamanya hari rawat, cacat pada waktu lama, meningkatkan resistensi terhadap mikroorganisme, meningkatnya beban biaya perawatan dan yang paling berbahaya dapat menyebabkan kematian.⁽⁸⁾ Infeksi nosokomial juga berdampak pada kerugian karena stres emosional yang dapat menurunkan kemampuan dan kualitas hidup pasien, peningkatan penggunaan obat-obatan, kebutuhan terhadap isolasi pasien dan meningkatnya keperluan untuk pemeriksaan penunjang.⁽⁹⁾ Dampak akibat terjadinya infeksi nosokomial juga dapat dirasakan oleh staf medis dan non medis yaitu bertambahnya beban kerja, merasa terancam dalam menjalankan pekerjaan dan memungkinkan untuk terjadi tuntutan malpraktek.⁽¹⁰⁾ Izin operasional rumah sakit bisa dicabut karena tingginya angka kejadian infeksi nosokomial. Angka kejadian infeksi nosokomial juga menjadi tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit dan menjadi standar penilaian akreditasi.⁽⁸⁾

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan) dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia.⁽¹¹⁾ ICU memiliki angka resistensi bakteri yang lebih tinggi dibandingkan dengan area pelayanan lain di

rumah sakit, sehingga semakin terbatas pilihan terhadap antibiotika untuk mengatasi infeksi-infeksi yang berat dan mempersulit proses terapi penderita penyakit infeksi. Pasien yang dirawat di ICU sangat rentan terhadap infeksi akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh. Selain itu, pasien yang dirawat di ICU juga berisiko terinfeksi akibat mendapatkan berbagai tindakan medis yang invasif seperti pemasangan intubasi, ventilasi mekanik, ataupun ventilator.⁽¹²⁾

Infeksi nosokomial dikenal pertama kali pada tahun 1847 oleh Semmelweis dan tetap menjadi permasalahan hingga saat ini. Sejak tahun 1950 infeksi nosokomial mulai diteliti di berbagai negara, terutama Amerika Serikat dan Eropa. Insiden infeksi nosokomial berbeda disetiap rumah sakit, angka infeksi nosokomial yang tercatat di beberapa negara berkisar antara 3,3% sampai 9,2% artinya sekian persen penderita yang dirawat tertular infeksi nosokomial dan dapat terjadi secara akut maupun secara kronis.⁽⁴⁾ Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit di AS mengidentifikasi bahwa hampir 1,7 juta pasien yang dirawat di rumah sakit setiap tahunnya mendapatkan HAIs ketika sedang dirawat dan bahwa lebih dari 98.000 pasien (1 dari 17) meninggal karena HAIs. Badan Penelitian dan Kualitas Perawatan Kesehatan melaporkan bahwa HAIs adalah salah satu dari 10 penyebab utama kematian di AS. Dari setiap 100 pasien yang dirawat di rumah sakit, 7 pasien di negara maju dan 10 pasien di negara berkembang memperoleh HAIs.⁽¹³⁾

Infeksi nosokomial menyebabkan 1,5 juta kematian setiap hari di seluruh dunia. Di negara berkembang, diperkirakan >40% pasien di RS terserang infeksi nosokomial. Sebesar 8,7% pasien RS menderita infeksi nosokomial selama menjalani perawatan di RS.⁽¹⁴⁾ Berdasarkan data WHO tahun 2016 kejadian HAIs terjadi pada 15% dari semua pasien rawat inap. HAIs menjadi penyebab sekitar 4 - 56% penyebab kematian neonatus, dengan tingkat kejadian sekitar 75% terjadi di Asia

Tenggara dan Sub Sahara Afrika. Berdasarkan hasil survey HAIs tahun 2014 di rumah sakit AS didapatkan angka kejadian HAIs mencapai 722.000 di unit perawatan akut dan 75.000 pasien dengan HAIs meninggal ketika dirawat di rumah sakit.⁽¹⁵⁾

Studi yang dilakukan di negara-negara berpenghasilan tinggi menemukan bahwa 5% - 15% dari pasien yang dirawat di rumah sakit mendapatkan HAIs yang dapat mempengaruhi 9% - 37% dari mereka yang dirawat di ICU. Setiap tahunnya, ICU didiagnosa sekitar 0,5 juta HAIs setiap tahunnya.⁽¹³⁾ Penelitian diberbagai universitas di Amerika Serikat menyebutkan bahwa pasien yang dirawat di ICU mempunyai kecendrungan terkena infeksi nosokomial 5-8 kali lebih tinggi dari pada pasien yang dirawat di ruang biasa. Infeksi nosokomial banyak terjadi di ICU pada kasus pasca bedah dan kasus dengan pemasangan infus dan kateter yang tidak sesuai dengan prosedur standar pencegahan dan pengendalian infeksi yang diterapkan di rumah sakit.⁽¹⁶⁾ Pada tahun 2011 dan 2012, Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Eropa melakukan survei prevalensi di 29 negara anggota Uni Eropa / wilayah ekonomi Eropa dan Kroasia, sebanyak 231.459 pasien di 947 rumah sakit yang berpartisipasi dan ditemukan 19,5% pasien di ICU yang memiliki setidaknya satu infeksi terkait perawatan kesehatan.⁽¹⁷⁾

Menurut Depkes RI tahun 2011 angka kejadian infeksi di rumah sakit sekitar 3 – 21% (rata-rata 9%) atau lebih 1,4 juta pasien rawat inap di rumah sakit seluruh dunia. Di Indonesia HAIs mencapai 15,74% jauh di atas negara maju yang berkisar 4,8 - 15,5%. Di negara berkembang termasuk Indonesia, rata-rata prevalensi infeksi nosokomial adalah sekitar 9,1% dengan variasi 6,1%-16,0%.⁽¹⁸⁾ Data Depkes RI tahun 2013 angka kejadian *phlebitis* di Indonesia sebesar 50,11% untuk rumah sakit pemerintah, sedangkan untuk rumah sakit swasta sebesar 32,70%. Penelitian Nurdin pada tahun 2013 di RSUD Prof. Dr. Aloe Saboe Gorontalo didapatkan kejadian

phlebitis sebesar 7,51%. Berdasarkan data dari rekam medik bahwa angka kejadian *phlebitis* secara umum pada pasien yang mendapatkan terapi intravena di ruang rawat inap penyakit dalam RSUD A.W Sjahranie Samarinda pada tahun 2013 sebesar 8,437%.⁽¹⁹⁾

Angka kejadian infeksi nosokomial di RSUD Labuang Baji Makassar pada tahun 2013-2015 masing-masing sebesar 1,59%, 2,08%, dan 2,38%. Diantaranya terjadi infeksi *phlebitis*, dekubitus, ILO/IDO (Infeksi Luka Operasi/ Infeksi Daerah Operasi), serta saluran infeksi saluran kemih.⁽²⁰⁾ Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Riau bahwa angka kejadian HAIs pada bulan April 2018 di RSUD Arifin Achmad yaitu terdapat kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD) sebanyak 2,08%.⁽⁸⁾ Sedangkan, ditemukan 36 status insiden *phlebitis* yang di dokumentasikan berdasarkan data rekam medik yang diperoleh di ruang perawatan interna RSUD Bima pada bulan Januari-April 2018.⁽²¹⁾

Berdasarkan Kepmenkes RI nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, angka kejadian infeksi nosokomial ditetapkan dengan standar $\leq 1,5\%$ dan dikumpulkan setiap bulannya. Data diperoleh melalui survey diseluruh instalasi yang tersedia minimal 1 parameter (Infeksi Luka Operasi, Infeksi Luka Infus, *Ventilator Associated Pneumonie*, Infeksi Saluran Kemih) demi keamanan pasien, petugas dan pengunjung. Oleh karena itu, harus ada pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit yang dilakukan oleh tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).⁽²²⁾

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.⁽³⁾ Pengendalian infeksi nosokomial merupakan kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan pembinaan dengan

tujuan untuk menurunkan angka kejadian infeksi nosokomial.⁽⁹⁾ Salah satu upaya mencegah dan menghentikan kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan adalah dengan memutus atau menghilangkan rantai penularan infeksi yang terdiri dari 6 komponen (agen infeksi, *reservoir*, *portal of exit*, metode transmisi, *portal of entry*, *susceptible host*).⁽³⁾ Pencegahan juga dapat dilakukan dengan mengamati faktor-faktor risiko dan karakteristik pasien, sehingga tenaga medis dalam suatu fasilitas kesehatan dapat memperkirakan pasien yang rentan terpapar infeksi nosokomial terhindar dari kondisi yang fatal.⁽²³⁾

Berdasarkan data PPI yang diperoleh dari penelitian Gustinawati pada tahun 2018 di RSAM Bukittinggi, angka kejadian infeksi nosokomial di ruangan interne dalam rekapan 6 bulan terakhir adalah 9% untuk *phlebitis*. Pada penelitian Destalia di RSUD Lubuk Sikaping Pasaman tahun 2018 berdasarkan data PPI diperoleh angka kejadian infeksi *phlebitis* sebesar 16,24% dan Infeksi Daerah Operasi sebesar 3,78%. Pada penelitian Reno et al, diperoleh data dari PPI untuk angka kejadian infeksi *phlebitis* di RSUD Padang Pariaman tahun 2017 yaitu 12,01%.

Data yang diperoleh dari PPIRS Bhayangkara Padang dalam penelitian Ayu, didapatkan angka infeksi nosokomial dari bulan Januari-Agustus tahun 2018 pada pasien rawat inap dengan kejadian *phlebitis* sebesar 4,8% dan IDO sebesar 6,6%. Rerata angka kejadian infeksi nosokomial di RSI Siti Rahmah Padang berdasarkan penelitian Rasikha periode April-Juni 2018 yang diperoleh dari PPI untuk *phlebitis* 1,27%, ISK 1,5%, VAP 0,18% dan IADP 0,63%. Berdasarkan penelitian Amalia di NICU RSUP M.Djamil Padang tahun 2017, ditemukan data awal dari PPIRS untuk kejadian *Ventilator Acquired Pneumonia* sebesar 6,41% pada bulan Februari, 15,54% pada bulan April, dan 9% pada bulan Juni.

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang merupakan salah satu rumah sakit umum instansi pemerintah kota Padang tergolong tipe C yang didanai oleh Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan telah berhasil meraih akreditasi paripurna setelah menjalani penilaian dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada 27-30 Mei 2019. Pelayanan ICU merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan di RSUD dr. Rasidin Padang. ICU terdiri dari pasien rawat jalan atau IGD oleh dokter pemeriksa dinyatakan memerlukan perawatan di ICU, pasien dari ruang perawatan rawat inap oleh dokter yang menangani dinyatakan memerlukan perawatan di ICU, dan pasien dari kamar operasi oleh dokter yang menangani dinyatakan memerlukan perawatan di ICU.⁽²⁴⁾

Berdasarkan survei awal ke RSUD dr. Rasidin, data angka kejadian infeksi nosokomial untuk *phlebitis* yang diperoleh dari laporan PPI pada tahun 2018 di bulan Agustus sebesar 87,90%, September sebesar 49,93%, Oktober sebesar 43,10%, November sebesar 52,40%, dan Desember sebesar 16,50%. Sedangkan pada tahun 2019 untuk bulan Januari sebesar 18,70%, Februari sebesar 22,70%, Maret sebesar 46,54%, April sebesar 17,50%, Mei sebesar 19,03%, Juni sebesar 18,02%, Juli sebesar 23,89%, dan Agustus sebesar 12,64%. Data tersebut menunjukkan bahwa *phlebitis* merupakan jenis infeksi yang masih melebihi standar pelayanan minimal rumah sakit yaitu $\leq 1,5\%$. Kejadian ini disebabkan oleh rendahnya angka kepatuhan petugas terhadap *hand hygiene*, pemasangan infus tidak steril, konsentrasi cairan terlalu pekat, tipe kateter yang digunakan tidak sesuai dengan ukuran pembuluh darah, serta umur pasien.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan salah satu *Infection Prevention and Control Nurse* (IPCN), komite PPI di RSUD dr. Rasidin Padang baru dibentuk pada bulan April tahun 2017 sedangkan kegiatan surveilans secara aktif baru

dilaksanakan pada bulan Agustus 2018. Komite PPI di RSUD dr. Rasidin Padang terdiri dari ketua komite PPI (IPCO), dua orang IPCN, sembilan orang IPCLN, dan sebelas orang anggota. *Infection Prevention and Control Link Nurse (IPCLN)* sudah ada disetiap ruangan. IPCN berkeliling ke seluruh ruangan setiap hari untuk melakukan supervisi dan melakukan audit satu kali dalam sebulan. Ruang lingkup PPI adalah keseluruhan rumah sakit mulai dari pintuk masuk hingga pintu keluar, baik itu pasien, pengunjung, tenaga medis dan non medis.

Berdasarkan uraian di atas, permasalahan pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di ruang ICU rumah sakit masih banyak ditemukan hingga saat ini. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD Dr. Rasidin Padang Tahun 2020”.

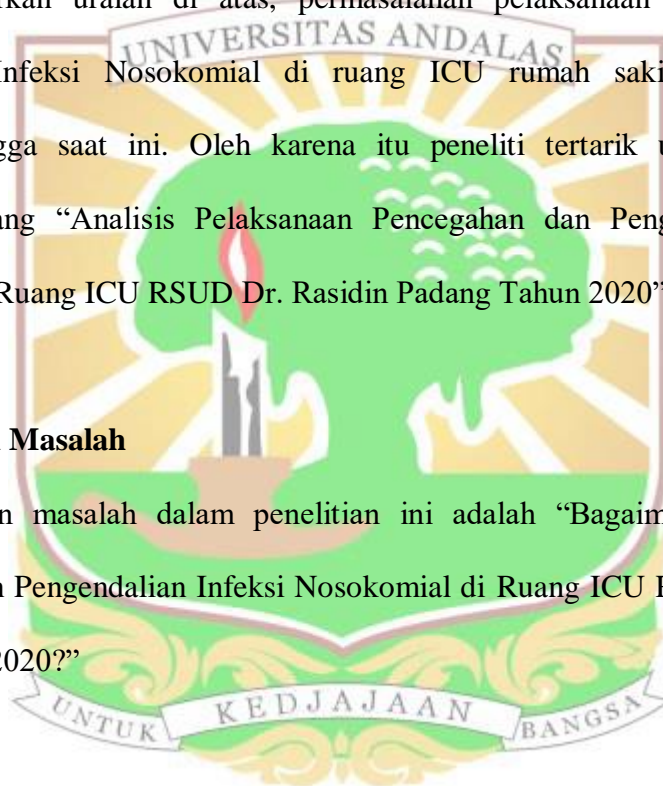
1.2 Perumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2020?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis secara mendalam mengenai pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2020.



1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk menganalisis secara mendalam mengenai unsur *input* (tenaga, dana, sarana dan prasarana, dan kebijakan) dalam pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang.
2. Untuk menganalisis secara mendalam mengenai unsur *process* (pelaksanaan kebersihan tangan, menggunakan Alat Pelindung Diri (APD), melakukan kebersihan pernapasan/ etika batuk dan bersin, dan praktik menyuntik yang aman) dalam pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang.
3. Untuk menganalisis secara mendalam mengenai unsur *output* yaitu terlaksananya pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang.
4. Untuk mengevaluasi persentase pelaksanaan kewaspadaan standar berdasarkan kebersihan tangan melalui 5 momen dan 6 langkah cuci tangan, menggunakan APD (sarung tangan, masker, gaun pelindung, *google* dan perisai wajah, sepatu pelindung dan topi pelindung), melakukan langkah-langkah etika batuk dan bersin yaitu menutup hidung dan mulut dengan tisu/ saputangan/ lengan atas dan membuang tisu ke tempat sampah infeksius kemudian mencuci tangan, dan menyuntik dengan spuit serta jarum sekali pakai untuk suntikan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran bagi ilmu pengetahuan terutama di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit serta dapat menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya.

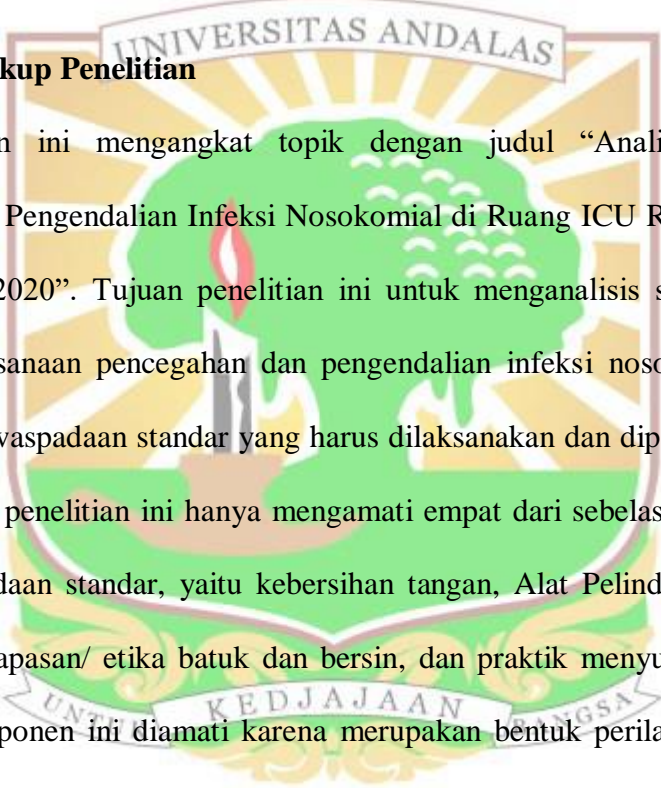
1.4.2 Manfaat Akademis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapatkan oleh penulis selama perkuliahan.

1.4.3 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi RSUD dr. Rasidin Padang dalam membuat dan mengkaji kebijakan terkait pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian



Penelitian ini mengangkat topik dengan judul “Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2020”. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis secara mendalam mengenai pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU melalui kewaspadaan standar yang harus dilaksanakan dan dipatuhi oleh tenaga kesehatan. Pada penelitian ini hanya mengamati empat dari sebelas komponen yang ada di kewaspadaan standar, yaitu kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), kebersihan pernapasan/ etika batuk dan bersin, dan praktik menyuntik yang aman. Komponen-komponen ini diamati karena merupakan bentuk perilaku petugas yang sulit diubah dan apabila tidak dilakukan, akan mempengaruhi angka kejadian infeksi nosokomial, semakin tinggi angka kepatuhan petugas maka semakin rendah angka kejadian infeksi nosokomial dan begitu pula sebaliknya, sehingga mempengaruhi kondisi kesehatan pasien. Penelitian ini mengamati dari aspek *input*, *process* dan *output* di RSUD dr. Rasidin Padang.

BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Infeksi Nosokomial

2.1.1 Definisi Infeksi Nosokomial

Infeksi adalah adanya suatu organisme pada jaringan atau cairan tubuh yang disertai suatu gejala klinis baik lokal maupun sistemik. Infeksi yang muncul selama seseorang tersebut dirawat di rumah sakit dan mulai menunjukkan suatu gejala selama atau setelah selesai seseorang itu dirawat disebut infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial merupakan kontributor penting pada morbiditas dan mortalitas.⁽¹⁰⁾

Nosokomial berasal dari kata Yunani *noso* yang berarti penyakit dan *komeo* berarti rumah sakit. Infeksi nosokomial berarti infeksi yang terjadi atau didapatkan pada saat proses pemberian pelayanan kesehatan dalam kurun waktu 48 jam setelah dirawat baik itu dari lingkungan ataupun alat medis yang digunakan untuk melakukan tindakan medis dengan kriteria tidak ditemukan tanda-tanda klinis infeksi tersebut dan tidak dalam masa inkubasi.⁽²⁵⁾

Infeksi nosokomial atau disebut juga dengan *Healthcare Associated Infections* (HAIs) adalah infeksi yang didapat pasien dari rumah sakit, pada saat pasien menjalani proses perawatan. HAIs pada umumnya terjadi pada pasien yang dirawat di ruang rawat inap seperti ruang perawatan anak, perawatan penyakit dalam, perawatan intensif, dan perawatan isolasi. HAIs menurut WHO adalah infeksi yang tampak pada pasien ketika berada di dalam rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, dimana infeksi tersebut tidak tampak pada saat pasien diterima di rumah sakit. Saat ini perhatian terhadap HAIs di sejumlah rumah sakit di Indonesia cukup tinggi. HAIs menyebabkan *Length of Stay* (LOS) bertambah 5-10 hari, angka kematian pasien lebih tinggi 6% dibanding yang tidak mengalami HAIs.⁽²⁶⁾

2.1.2 Faktor Risiko Infeksi Nosokomial

Penularan infeksi rumah sakit, sama dengan infeksi pada umumnya, dipengaruhi oleh 3 faktor utama:⁽²⁷⁾

1. Sumber penularan mikroorganisme penyebab

Di rumah sakit dan tempat pelayanan kesehatan lainnya sumber penularan infeksi adalah penderita dan petugas tempat pelayanan tersebut. Sumber infeksi lain adalah flora endogen penderita sendiri atau dari benda-benda di lingkungan penderita termasuk obat-obatan, dan alat kedokteran dan *devices* yang terkontaminasi.

2. Tuan rumah yang suseptibel

Tuan rumah bisa penderita yang sakit parah, orang-orang tanpa gejala tetapi dalam masa inkubasi atau dalam *window period* dari suatu penyakit, atau orang-orang yang karier khronik dari satu mikroba penyebab infeksi. Manusia mempunyai tingkat kekebalan yang berbeda-beda terhadap infeksi, tergantung pada usia, penyakit yang dideritanya, dan faktor lain yang mungkin ada, misalnya karena sistem kekebalan terganggu akibat pengobatan dengan obat-obat immuno suooessant atau radiasi. Risiko infeksi juga lebih tinggi pada penderita yang menjalani pembedahan dan narkose, dan pada penderita yang tinggal di rumah sakit untuk waktu yang lama. Alat yang dimasukkan ke tubuh penderita, misalnya kateter, terutama bila digunakan dalam waktu yang lama, juga bisa meninggikan risiko infeksi nosokomial.

3. Cara penularan mikroorganisme

Penularan infeksi bisa melalui udara, kontak langsung melalui sentuhan kulit atau lewat saluran cerna. Mikroba yang sama bisa ditularkan melalui lebih dari satu rute penularan. Penularan lewat udara secara langsung bisa juga terjadi

misalnya melalui droplet, atau melalui partikel debu dalam udara di ruangan. Penularan lewat udara termasuk aerosol yang bisa dihasilkan pada berbagai prosedur tindakan, antara lain mencuci alat medis dan peralatan lain secara manual, pembuangan sampah pada tempat sampah tanpa penutup.

Mikroorganisme yang dibawa dengan cara ini bisa disebarkan oleh udara sampai jauh, melalui ventilasi atau mesin penyejuk ruangan. Penyebaran lewat droplet bisa terjadi saat bersin, batuk, berbicara, atau saat melakukan prosedur medis misalnya bronkhopsi, dan mengisap. Jarak penyebaran droplet ditentukan oleh kekuatan eksplotif dan gaya gravitasi, sedang distribusi partikel udara ditentukan oleh gerakan udara.

Kontak kulit bisa langsung atau tidak langsung, dan biasanya disebarkan oleh tangan atau via kontak dengan darah dan bagian tubuh lain. Penyebaran infeksi bisa juga lewat *commom vehicle* (makanan, air, obat-obatan, *devices* dan peralatan yang terkontaminasi). Penularan melalui vektor (lewat nyamuk, lalat, tikus dan binatang lain) mungkin bisa terjadi, walaupun jarang.

2.1.3 Macam-Macam Infeksi Nosokomial

Macam-macam infeksi nosokomial adalah sebagai berikut:

1. *Hospital-Acquired Pneumonia* (HAP) dan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)

HAP adalah pneumonia yang didapatkan di rumah sakit atau tidak berada dalam masa inkubasi saat dirawat dan terjadi lebih dari 48 jam setelah perawatan di rumah sakit. VAP didefinisikan sebagai pneumonia yang terjadi >48 jam setelah intubasi endotrakel. Kejadian HAP rerata 5-15 setiap 1000 kasus rawat rumah sakit sedangkan di unit rawat intensif sekitar 25% dimana 70-80% episode pneumonia ini terjadi pada saat menggunakan ventilator. Umumnya penyebab pneumonia nosokomial berasal dari bakteri flora endogen.⁽²⁸⁾

2. *Phlebitis*

Phlebitis adalah peradangan pada dinding pembuluh darah balik atau vena. *Phlebitis* merupakan inflamasi vena yang disebabkan baik dari iritasi kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi intravena. *Phlebitis* dikarakteristikan dengan adanya dua atau lebih tanda nyeri, kemerahan, bengkak, induasi, dan teraba mengeras di bagian vena yang terpasang kateter intravena. *Phlebitis* berat hampir selalu diikuti bekuan darah atau thrombus pada vena yang sakit. *Phlebitis* dapat menyebabkan thrombus yang selanjutnya menjadi thrombophlebitis, perjalanan penyakit ini biasanya jinak, tapi walaupun demikian jika thrombus terlepas kemudian diangkut dalam aliran darah dan masuk ke jantung maka dapat menimbulkan gumpalan darah seperti katup bola yang bisa menyumbat atrioventrikular secara mendadak dan menimbulkan kematian. *Phlebitis* masih merupakan infeksi tertinggi yang ada di rumah sakit swasta maupun pemerintah yang disebabkan oleh bermacam-macam faktor, seperti lokasi pemasangan infus terletak pada vena metacarpal, kateter infus yang besar dipasang pada vena yang kecil, kurangnya fiksasi dan dekatnya persambungan selang kanul dengan persendian lainnya sehingga terjadi *phlebitis*.⁽¹⁹⁾

3. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

ISK adalah infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen yang naik dari uretra ke kandung kemih dan berkembang biak serta meningkat jumlahnya sehingga menyebabkan infeksi pada ureter dan ginjal. Menurut WHO, Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah penyakit infeksi kedua tersering pada tubuh sesudah infeksi saluran pernapasan dan sebanyak 8,3 juta kasus dilaporkan per tahun. Infeksi saluran kemih merupakan suatu keadaan patologis yang sudah sangat lama dikenal dan dapat dijumpai diberbagai pelayanan kesehatan primer sampai

subspesialistik. Infeksi ini juga merupakan penyakit infeksi bakterial tersering yang didapat pada praktik umum dan bertanggung jawab terhadap morbiditas khususnya pada wanita dalam kelompok usia seksual aktif.⁽²⁹⁾

4. Infeksi Luka Operasi (ILO)

Infeksi luka operasi atau *Surgical Site Infection* (SSI) adalah infeksi nosokomial ketiga yang paling sering dilaporkan, dihitung 14-16% dari semua infeksi nosokomial diantara pasien yang dirawat di rumah sakit menurut *National Nosocomial Infections Surveillance* (NNIS). SSI bertanggung jawab atas peningkatan morbiditas dan mortalitas terkait dengan pembedahan. Luka bedah diklasifikasikan sebagai luka bersih, terkontaminasi, bersih, dan kotor sesuai kriteria CDC. Pemahaman yang baik terhadap faktor-faktor penyebab, akan dapat mencegah terjadinya SSI.⁽³⁰⁾

SSI merupakan salah satu kejadian buruk yang paling umum terjadi di rumah sakit terhadap pasien yang menjalani operasi atau tindakan bedah rawat jalan, terlepas dari kemajuan prosedur pencegahan. LOS pasien dengan SSI meningkat dari 4 hingga 32 hari dibandingkan dengan pasien tanpa infeksi pasca operasi. Sekitar 25% pasien dengan SSI mengalami sepsis berat dan dipindahkan ke ICU. SSI menyebabkan morbiditas, mortalitas, dan beban keuangan yang signifikan.⁽¹³⁾

5. Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

Infeksi aliran darah primer adalah infeksi aliran darah yang dapat timbul tanpa ada organ atau jaringan lain yang dicurigai sebagai sumber infeksi.⁽²⁷⁾

Infeksi aliran darah primer atau *Bloodstream Infection* (BSI) adalah penyebab utama kematian yang disebabkan untuk penyakit menular. Penyebab penting BSI adalah *Staphylococcus aureus* dan *Escherichia coli*.⁽³¹⁾ Infeksi Aliran Darah atau BSI dapat terjadi pada pasien yang menggunakan alat sentral intra vaskuler (CVC

Line) setelah 48 jam dan ditemukan tanda atau gejala infeksi yang dibuktikan dengan hasil kultur positif bakteri patogen yang tidak berhubungan dengan infeksi pada organ tubuh yang lain dan bukan infeksi sekunder, dan disebut sebagai *Central Line Associated Blood Stream Infection (CLABSI)*.⁽³⁾

6. Dekubitus

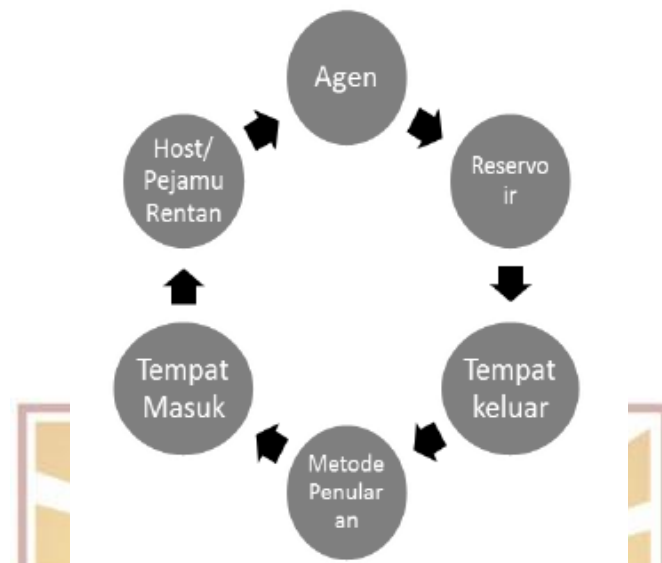
Ulkus dekubitus adalah cedera lokal pada kulit dan atau jaringan di bawahnya yang biasanya menonjol, sebaga akibat dari tekanan atau kombinasi tekanan dengan pergeseran. Tekanan menyebabkan sirkulasi darah menjadi tidak lancar, menyebabkan kematian sel, nekrosis jaringan dan akhirnya berkembang menjadi ulkus. Faktor resiko dekubitus cukup banyak diantaranya gangguan syaraf vasomotorik, sensorik dan motorik, kontraktur sendi dan spastisitas, gangguan sirkulasi perifer, malnutrisi dan hipoproteinemia, anemia, keadaan patologis kulit pada gangguan hormonal (oedema), laserasi dan infeksi, *hygiene* kulit yang buruk, inkontenensia alvi dan urin, penurunan kesadaran. Proses penyembuhan luka dekubitus membutuhkan waktu yang cukup lama daan menjadi masalah yang serius karena dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita, memperlambat program rehabilitasi penderita, memperberat penyakit primer dan menimbulkan masalah keuangan atau finansial keluarga karena harus mengeluarkan biaya yang cukup besar untuk perawatan luka, selain itu komplikasi yang lain berupa sepsis, sellulitis, infeksi kronis dan kematian pada usia lanjut.⁽³²⁾

2.1.4 Penyebab Terjadinya Infeksi Nosokomial

Kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh 6 komponen rantai penularan, apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Enam komponen rantai penularan infeksi, yaitu:⁽³⁾

- a) Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme penyebab infeksi. Pada manusia, agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, jamur dan parasit. Ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu: patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis, atau “*load*”). Makin cepat diketahui agen infeksi dengan pemeriksaan klinis atau laboratorium mikrobiologi, semakin cepat pula upaya pencegahan dan penanggulangannya bisa dilaksanakan.
- b) *Reservoir* atau wadah tempat/sumber agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada penjamu atau manusia. Berdasarkan penelitian, *reservoir* terbanyak adalah pada manusia, alat medis, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air, lingkungan dan bahan-bahan organik lainnya. Dapat juga ditemui pada orang sehat, permukaan kulit, selaput lendir mulut, saluran napas atas, usus dan vagina juga merupakan *reservoir*.
- c) *Portal of exit* (pintu keluar) adalah lokasi tempat agen infeksi meninggalkan *reservoir* melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta.
- d) Metode transmisi adalah metode transport mikroorganisme dari *reservoir* ke penjamu yang rentan. Ada beberapa metode penularan yaitu: kontak langsung dan tidak langsung, *droplet*, *airborne*, melalui vehikulum dan melalui vektor.
- e) *Portal of entry* (pintu masuk) adalah lokasi agen infeksi memasuki penjamu yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih dan kelamin atau melalui kulit yang tidak utuh.
- f) *Susceptible host* (penjamu rentan) adalah seseorang dengan kekebalan tubuh menurun sehingga tidak mampu melawan agen infeksi. Faktor yang dapat mempengaruhi kekebalan adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma, pasca pembedahan dan pengobatan dengan imunosupresan.

Faktor lain yang berpengaruh adalah jenis kelamin, ras atau etnis tertentu, status ekonomi, pola hidup, pekerjaan dan herediter.



Gambar 2.1 Skema rantai penularan penyakit infeksi

2.1.5 Cara Penularan Infeksi Nosokomial

Ada empat cara penularan infeksi nosokomial, yaitu:⁽³³⁾

1. Penularan secara kontak

Penularan ini dapat terjadi secara kontak langsung, kontak tidak langsung, dan *droplet*. Kontak langsung terjadi apabila sumber infeksi berhubungan langsung dengan penjamu, misalnya *person to person* pada penularan infeksi virus hepatitis A secara *fecal oral*. Kontak tidak langsung terjadi apabila penularan membutuhkan objek perantara (biasanya benda mati), misalnya kontaminasi peralatan medis oleh mikroorganisme.

2. Penularan melalui *common vehicle*

Penularan ini melalui benda mati yang telah terkontaminasi oleh kuman, dan dapat menyebabkan penyakit pada lebih dari satu penjamu. Adapun jenis-jenis *common vehicle* adalah darah/produk darah, cairan intravena, obat-obatan, dan sebagainya.

3. Penularan melalui udara, dan inhalasi

Penularan ini terjadi apabila mikroorganisme mempunyai ukuran yang sangat kecil sehingga dapat mengenai penjamu dalam jarak yang cukup jauh, dan melalui saluran pernafasan. Misalnya mikroorganisme yang terdapat dalam sel-sel kulit yang terlepas (*staphylococcus*), dan tuberkolosis.

4. Penularan dengan perantara *vector*

Penularan ini dapat terjadi secara eksternal maupun internal. Disebut penularan secara eksternal apabila hanya terjadi pemindahan secara mekanis dari mikroorganisme yang menempel pada tubuh *vector*, misalnya shigella, dan salmonella oleh lalat. Penularan secara internal apabila mikroorganisme masuk ke dalam tubuh *vector*, dan dapat terjadi perubahan secara biologis, misalnya parasit malaria dalam nyamuk atau tidak mengalami perubahan biologis, misalnya yersenia pestis pada ginjal.

2.1.6 Dampak Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial dapat memberikan dampak sebagai berikut:⁽³³⁾

1. Menyebabkan cacat fungsional dan permanen, stress emosional, serta kematian.
2. Menyebabkan tingginya prevalensi HIV/AIDS pada negara berkembang.
3. Meningkatnya biaya kesehatan di berbagai negara yang tidak mampu, dengan meningkatkan lama perawatan di rumah sakit, pengobatan dengan obat-obat mahal, dan penggunaan pelayanan lainnya.
4. Morbiditas, dan mortalitas semakin tinggi.
5. Adanya tuntutan secara hukum.
6. Penuruan citra rumah sakit.

Infeksi nosokomial berdampak terhadap:⁽³⁴⁾

1. Pasien, dapat memperpanjang hari rawatan dengan penambahan diagnosa sehingga dapat menyebabkan kematian;
2. Pengunjung, dapat menularkan kepada orang lain setelah meninggalkan rumah sakit;
3. Perawat, akan menjadi barier (pembawa kuman) yang menularkan kepada pasien lain dan diri sendiri;
4. Rumah sakit, menurunkan mutu pelayanan rumah sakit hingga pencabutan ijin operasional rumah sakit.

2.1.7 Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial

Pencegahan adalah kegiatan yang dilakukan sebelum seseorang terjangkit infeksi nosokomial, seperti penerapan perilaku *hand hygiene*. Pengendalian merupakan kegiatan yang dilakukan setelah seseorang terjangkit infeksi nosokomial, seperti memindahkan pasien yang terjangkit ke ruang isolasi.⁽⁹⁾ Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan penyakit infeksi melalui kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi.⁽³⁾

1. Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien didiagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah

pasien didiagnosis. Tenaga kesehatan seperti petugas laboratorium, rumah tangga, *CSSD*, pembuang sampah dan lainnya juga berisiko besar terinfeksi. Oleh sebab itu penting sekali pemahaman dan kepatuhan petugas tersebut untuk juga menerapkan Kewaspadaan Standar agar tidak terinfeksi. Pada tahun 2007, CDC dan HICPAC merekomendasikan 11 komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yaitu:

1) Kebersihan Tangan

Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat:

- a) Bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, eksresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan.
- b) Bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama.

Indikasi kebersihan tangan:

- a) Sebelum kontak pasien
- b) Sebelum tindakan aseptik
- c) Setelah kontak darah dan cairan tubuh
- d) Setelah kontak pasien
- e) Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

2) Alat Pelindung Diri (APD)

- a) Sarung tangan

Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

- Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasif atau pembedahan.

- Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin
- Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

b) Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin.

Terdapat tiga jenis masker, yaitu:

- Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui *droplet*.
- Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui *airborne*.
- Masker rumah tangga, digunakan dibagian gizi atau dapur.

c) Gaun Pelindung

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh; sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril.

d) *Google* dan perisai wajah

Untuk melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut,

pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasi di *laundry*, di ruang dekontaminasi *CSSD*.

e) Sepatu Pelindung

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal.

f) Topi Pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien.

3) Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien

Dalam dekontaminasi peralatan perawatan pasien dilakukan penatalaksanaan peralatan bekas pakai perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh (*pre-cleaning*, *cleaning*, disinfeksi, dan sterilisasi) sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO).

4) Pengendalian Lingkungan

Pengendalian lingkungan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain berupa upaya perbaikan kualitas udara, kualitas air, dan permukaan lingkungan, serta desain dan konstruksi bangunan, dilakukan untuk mencegah transmisi mikroorganisme kepada pasien, petugas, dan pengunjung.

5) Pengelolaan Limbah

- a) Limbah infeksius dimusnahkan dengan insenerator.
 - b) Limbah non-infeksius dibawa ke tempat pembuangan akhir (TPA).
 - c) Limbah benda tajam dimusnahkan dengan insenerator.
 - d) Limbah cair dibuang ke *spoelhoek*.
 - e) Limbah feces, urin, darah dibuang ke tempat pembuangan/pojok limbah.
- 6) Penatalaksanaan Linen
- a) Fasilitas pelayanan kesehatan harus membuat SPO penatalaksanaan linen
 - b) Petugas yang menangani linen harus mengenakan APD
 - c) Linen dipisahkan berdasarkan linen kotor dan terkontaminasi cairan tubuh
 - d) Minimalkan penanganan linen kotor untuk mencegah kontaminasi ke udara dan petugas yang menangani linen tersebut
 - e) Linen yang terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh lainnya harus dibungkus, dimasukkan kantong kuning dan diangkut/ditransportasikan secara hati-hati agar tidak terjadi kebocoran.
 - f) Buang terlebih dahulu kotoran
 - g) Pastikan alur linen kotor dan linen terkontaminasi sampai di *laundry* TERPISAH dengan linen yang sudah bersih
 - h) Cuci dan keringkan linen di ruang *laundry*
 - i) Untuk menghilangkan cairan tubuh yang infeksius pada linen dilakukan melalui 2 tahap yaitu menggunakan deterjen dan Natrium hipoklorit (Klorin) 0,5%
- 7) Perlindungan Kesehatan Petugas
- a) Bila tertusuk jarum segera bilas dengan air mengalir dan sabun/cairan antiseptik sampai bersih

- b) Bila darah/cairan tubuh mengenai kulit yang utuh tanpa luka atau tusukan, cuci dengan sabun dan air mengalir
 - c) Bila darah/cairan tubuh mengenai mulut, ludahkan dan kumur-kumur dengan air beberapa kali
 - d) Bila terpecik pada mata, cucilah mata dengan air mengalir (irigasi) dengan posisi kepala miring ke arah mata yang terpecik
 - e) Bila darah memercik ke hidung, hembuskan keluar dan bersihkan dengan air
 - f) Bagian tubuh yang tertusuk tidak boleh ditekan dan dihisap dengan mulut
- 8) Penempatan Pasien
- a) Tempatkan pasien infeksius terpisah dengan pasien non infeksius
 - b) Penempatan pasien disesuaikan dengan pola transmisi infeksi penyakit pasien
 - c) Bila tidak tersedia ruang tersendiri, dibolehkan dirawat bersama pasien lain yang jenis infeksiya sama dengan menerapkan sistem *cohorting*
 - d) Semua ruangan terkait *cohorting* harus diberi tanda kewaspadaan berdasarkan jenis transmisinya
 - e) Pasien yang tidak dapat menjaga kebersihan diri atau lingkungannya seyogyanya dipisahkan sendiri
 - f) Mobilisasi pasien infeksius yang jenis transmisinya melalui udara agar dibatasi di lingkungannya fasilitas pelayanan kesehatan untuk menghindari terjadinya transmisi penyakit yang tidak perlu kepada yang lain
 - g) Pasien HIV tidak diperkenankan dirawat bersama dengan pasien TB dalam satu ruangan tetapi pasien TB-HIV dapat dirawat dengan sesama pasien TB

9) Kebersihan Pernapasan / Etika Batuk dan Bersin

Petugas, pasien dan pengunjung dengan gejala infeksi saluran napas harus melaksanakan dan mematuhi langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Menutup hidung dan mulut dengan tisu atau saputangan atau lengan atas
- b) Tisu dibuang ke tempat sampah infeksius dan kemudian mencuci tangan

10) Praktik Menyuntik yang Aman

Pakai spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, berlaku juga pada penggunaan vial *multidose* untuk mencegah timbulnya kontaminasi mikroba saat obat dipakai pada pasien lain. Spuit dan jarum suntik bekas pakai dibuang ke tempatnya dengan benar.

11) Praktik Lumbal Pungsi yang Aman

Semua petugas harus memakai masker bedah, gaun bersih, sarung tangan steril saat akan melakukan tindakan umbal pungsi, anestesi spinal/ epidural/ pasang kateter vena sentral.

2. Kewaspadaan berdasarkan Transmisi

Kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai tambahan kewaspadaan standar yang dilaksanakan sebelum pasien didiagnosis dan setelah terdiagnosis jenis infeksi. Jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai berikut:

1) Melalui kontak

Kontak langsung meliputi kontak dengan permukaan kulit yang terbuka dengan kulit terinfeksi atau kolonisasi. Kontak tidak langsung adalah kontak dengan cairan sekresi pasien terinfeksi yang ditransmisikan melalui tangan petugas yang belum dicuci atau benda mati di lingkungan pasien. Hindari menyentuh permukaan lingkungan lain yang tidak berhubungan

dengan perawatan pasien sebelum melakukan aktivitas kebersihan tangan. Petugas harus menahan diri untuk tidak menyentuh mata, hidung, mulut saat masih memakai sarung tangan terkontaminasi/tanpa sarung tangan.

2) Melalui droplet

Transmisi droplet terjadi ketika partikel droplet berukuran $>5 \mu\text{m}$ yang dikeluarkan pada saat batuk, bersin, muntah, bicara, selama prosedur *suction*, brokhoskopi, melayang di udara dan akan jatuh dalam jarak $<2 \text{ m}$ dan mengenai mukosa atau konjungtiva, untuk itu dibutuhkan APD atau masker yang memadai, bila memungkinkan dengan masker 4 lapis atau yang mengandung pembunuh kuman.

3) Melalui udara (*Airborne Precautions*)

- a) Pengaturan penempatan posisi pemeriksa, pasien dan ventilasi mekanis di dalam suatu ruangan dengan memperhatikan arah suplai udara bersih yang masuk dan keluar.
- b) Penempatan pasien TB yang belum pernah mendapatkan terapi OAT, harus dipindahkan dari pasien lain, sedangkan pasien TB yang telah mendapat terapi OAT secara efektif berdasarkan analisis risiko tidak berpotensi menularkan TB baru dapat dikumpulkan dengan pasien lain.
- c) Peringatan tentang cara transmisi infeksi dan penggunaan APD pada pasien, petugas dan pengunjung penting dicantumkan di pintu ruangan rawat pasien sesuai kewaspadaan transmisinya.
- d) Ruang rawat pasien TB/MDR TB sebaiknya menggunakan ruangan bertekanan negatif.

2.2 Teori Perilaku

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU melalui kewaspadaan standar harus dilaksanakan dan dipatuhi oleh tenaga kesehatan. Perilaku tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Lawrence Green, tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku adalah: ⁽³⁵⁾

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factor*)

Faktor ini mencakup pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan petugas kesehatan dan lain sebagainya. Untuk melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial diperlukan pengetahuan dan kesadaran petugas kesehatan tentang apa itu infeksi nosokomial, apa saja penyebabnya, bagaimana cara penularannya, apa saja dampaknya dan bagaimana cara mencegahnya.

2. Faktor pemungkin (*Enabling factor*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas. Untuk melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, petugas kesehatan memerlukan sarana dan prasarana pendukung. Kelengkapan sarana *hand hygiene* misalnya wastafel, *handrub*, tisu, dan lain sebagainya. Ketersediaan alat pelindung diri, seperti sarung tangan, masker, gaun pelindung, *google* dan perisai wajah, sepatu pelindung dan topi pelindung. Tersedianya tempat sampah infeksius untuk tisu bekas batuk dan bersin, serta tersedianya spuit dan jarum suntik yang mencukupi supaya praktik menyuntik yang aman dapat dilakukan.

3. Faktor penguat (*Reinforcing factor*)

Faktor ini meliputi undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat, pemerintah daerah, maupun rumah sakit yang terkait dengan infeksi nosokomial. Untuk melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial petugas kesehatan tidak hanya perlu pengetahuan dan fasilitas saja, tetapi juga harus ada

peraturan yang mendukung perilaku tersebut. Seperti Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

2.3 Rumah Sakit

2.3.1 Definisi Rumah Sakit

Beberapa pengertian rumah sakit menurut beberapa ahli adalah.⁽³⁶⁾

1. Rumah sakit adalah pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan (*Association of Hospital Care, 1974*).
2. Rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis professional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (*American Hospital Association, 1974*).
3. Rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan (Wolper dan Pena, 1987).
4. Rumah sakit adalah bagian yang integral dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan (Adikoesoesmo, Suparto 2003).

Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan, dimana berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan R.I No. 159.b/Men.Kes/Per/II/1998 tentang Rumah Sakit, Bab V, Pasal 19 dinyatakan, bahwa “setiap rumah sakit harus mempunyai ruangan untuk penyelenggaraan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, penunjang medik dan non medik, serta harus memenuhi standarisasi bangunan rumah sakit”.⁽³⁷⁾

2.3.2 Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas, rumah sakit mempunyai fungsi:⁽¹⁾

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan dalam pemberian pelayanan kesehatan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

2.3.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit diklasifikasikan menjadi:⁽³⁷⁾

1. Rumah sakit umum kelas A

Adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain, dan 14 subspecialis.

2. Rumah sakit umum kelas B

Adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lain dan 2 subspecialis dasar.

3. Rumah sakit umum kelas C

Adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar dan 3 spesialis penunjang medik.

4. Rumah sakit umum kelas D

Adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 spesialis dasar dan 2 spesialis penunjang medik.

5. Rumah sakit khusus kelas A

Adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.

6. Rumah sakit khusus kelas B

Adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.

7. Rumah sakit khusus kelas C

Adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

2.4 *Intensive Care Unit (ICU)*

2.4.1 Definisi *Intensive Care Unit (ICU)*

Ruang perawatan intensif (ICU) adalah unit perawatan khusus yang dikelola untuk merawat pasien sakit berat dan kritis, cedera dengan penyulit yang mengancam nyawa dengan melibatkan tenaga kesehatan terlatih, serta didukung dengan kelengkapan peralatan khusus. Pelayanan keperawatan intensif bertujuan untuk memberikan asuhan bagi pasien dengan penyakit berat yang potensial reversible, memberikan asuhan bagi pasien yang perlu observasi ketat dengan atau tanpa pengobatan yang tidak dapat diberikan di ruang perawatan umum memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien dengan potensial atau adanya kerusakan organ umumnya paru, mengurangi kesakitan dan kematian yang dapat dihindari pada pasien-pasien dengan penyakit kritis. Berdasarkan hal tersebut, tingkat ketergantungan pasien terhadap perawatan di ruang intensif sangat tinggi.⁽³⁹⁾

Pada saat ini, ICU modern tidak terbatas menangani pasien pasca bedah atau ventilasi mekanis saja, namun telah menjadi cabang ilmu sendiri yaitu *Intensive Care Medicie*. Ruang lingkup pelayanannya meliputi dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, ginjal dan lain-lainnya, baik pada pasien dewasa atau pasien anak. Saat ini di Indonesia, rumah sakit kelas C dan yang lebih tinggi sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan harus mempunyai instalasi ICU yang memberikan pelayanan yang profesional dan berkualitas dengan mengedepankan keselamatan pasien. Pada instalasi perawatan intensif (ICU), perawatan untuk pasien dilaksanakan dengan melibatkan berbagai tenaga profesional yang terdiri dari multidisiplin ilmu yang bekerja sama dalam tim. Pengembangan tim multidisiplin yang kuat sangat penting dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Untuk itu diperlukan dukungan sarana, prasarana serta peralatan demi meningkatkan pelayanan ICU.⁽⁴⁰⁾

2.4.2 Ruang Lingkup Pelayanan ICU

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU adalah sebagai berikut:⁽¹¹⁾

1. Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari;
2. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar;
3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik; dan
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/ mesin dan orang lain.

Bidang kerja ICU meliputi pengelolaan pasien, administrasi unit, pendidikan dan penelitian. Kebutuhan dari masing-masing bidang akan bergantung dari tingkat pelayanan tiap unit.⁽¹¹⁾

1. Pengelolaan pasien langsung

Pengelolaan pasien langsung dilakukan secara primer oleh dokter intensivis dengan melaksanakan pendekatan pengelolaan total pada pasien sakit kritis, mejadi ketua tim dari berbagai pendapat konsultan atau dokter yang ikut merawat pasien. Cara kerja demikian mencegah pengelolaan yang terkotak-kotak dan menghasilkan pendekatan yang terkoordinasi pada pasien serta keluarganya.

2. Administrasi unit

Pelayanan ICU dimaksud untuk memastikan suatu lingkungan yang menjamin pelayanan yang aman, tepat waktu dan efektif. Untuk tercapainya tugas ini diperlukan partisipasi dokter intensivis pada aktivitas manajemen.

3. Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

ICU melakukan pendidikan dan pelatihan kepada tenaga medis dan non-medis mengenai hal-hal yang terkait dengan ICU. Pelatihan ICU untuk kepala ICU terdiri dari:

- a. Pelatihan pemantauan (*monitoring*)
- b. Pelatihan ventilasi mekanis
- c. Pelatihan terapi cairan, elektrolit, dan asam-basa
- d. Pelatihan penatalaksanaan infeksi
- e. Pelatihan manajemen ICU

2.4.3 Klasifikasi ICU

Dalam menyelenggarakan pelayanan, pelayanan ICU di rumah sakit dibagi dalam 3 (tiga) klasifikasi pelayanan yaitu:⁽¹¹⁾

1. Pelayanan ICU primer (pada rumah sakit Kelas C)
2. Pelayanan ICU sekunder (pada rumah sakit Kelas B)
3. Pelayanan ICU tersier (pada rumah sakit Kelas A)

Klasifikasi ditentukan oleh ketenagaan, sarana dan prasarana, peralatan dan kemampuan pelayanan.

1. Ketenagaan

Pasien sakit kritis membutuhkan pemantauan dan tunjangan hidup khusus yang harus dilakukan oleh suatu tim, termasuk diantaranya dokter yang mempunyai dasar pengetahuan, keterampilan teknis, komitmen waktu, dan secara fisik selalu

berada di tempat untuk melakukan perawatan titrasi dan berkelanjutan. Perawatan ini harus berkelanjutan dan bersifat proaktif, yang menjamin pasien dikelola dengan cara aman, manusiawi, dan efektif dengan menggunakan sumber daya yang ada, sehingga memberikan kualitas pelayanan yang tinggi dan hasil optimal.

Kualifikasi tenaga kesehatan yang bekerja di ICU harus mempunyai pengetahuan yang memadai, mempunyai keterampilan yang sesuai dan mempunyai komitmen terhadap waktu seperti pada tabel berikut.

Tabel 2.1 Ketenagaan ICU

No.	Jenis Tenaga	Klasifikasi Pelayanan		
		ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
1.	Kepala ICU	1. Dokter spesialis anesthesiologi 2. Dokter spesialis lain yang telah mengikuti pelatihan ICU (jika belum ada dokter spesialis anesthesiologi)	1. Dokter intensivis 2. Dokter spesialis anesthesiologi (jika belum ada dokter intensivis)	Dokter intensivis
2.	Tim medis	1. Dokter spesialis sebagai konsultan (yang dapat dihubungi setiap diperlukan) 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut	1. Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan) 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS	1. Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan) 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS
3.	Perawat	Perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut	Minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU	Minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU

No.	Jenis Tenaga	Klasifikasi Pelayanan		
		ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
4.	Tenaga non medis	1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga pekarya 3. Tenaga kebersihan	1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga pekarya 3. Tenaga kebersihan	1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga laboratorium 3. Tenaga kefarmasian 4. Tenaga pekarya 5. Tenaga kebersihan 6. Tenaga rekam medik 7. Tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian

Sumber: Kepmenkes Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010

2. Sarana dan prasarana

a. Lokasi

Dianjurkan satu kompleks dengan kamar bedah dan kamar pulih, berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke UGD, laboratorium dan radiologi.

b. Desain

Pelayanan ICU yang memadai ditentukan berdasarkan desain yang baik dan pengaturan ruang yang adekuat. Ketentuan bangunan ICU adalah:

1) Terisolasi

2) Mempunyai standar tertentu terhadap bahaya api, ventilasi, AC, *exhaust fan*, komunikasi, bakteriologis, kabel monitor, lantai mudah dibersihkan, keras, dan rata

Ruangan ICU dibagi menjadi beberapa area yang terdiri atas:

1) Area pasien:

a) Unit terbuka 12 - 16 m² / tempat tidur

- b) Unit tertutup 16 - 20 m² / tempat tidur
 - c) Jarak antara tempat tidur : 2 m
 - d) Unit terbuka mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur
 - e) Unit tertutup 1 ruangan 1 tempat tidur cuci tangan
 - f) Harus ada sejumlah *outlet* yang cukup sesuai dengan level ICU. ICU tersier paling sedikit 3 *outlet* udara-tekan, dan 3 pompa isap dan minimal 1 stop kontak untuk tiap tempat tidur
 - g) Pencahayaan cukup dan adekuat untuk observasi klinis dengan lampu TL *day light* 10 watt/m². Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain dari unit juga memperhatikan privasi pasien
- 2) Area kerja meliputi:
- a) Ruang yang cukup untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat dengan pasien
 - b) Ruang yang cukup untuk memonitor pasien, peralatan resusitasi dan penyimpanan obat dan alat
 - c) Ruang yang cukup untuk mesin *X-Ray mobile* dan dilengkapi dengan *viewer*
 - d) Ruang untuk telepon dan sistem komunikasi lain, komputer dan koleksi data, juga tempat untuk penyimpanan alat tulis dan terdapat ruang yang cukup resesionalis dan petugas administrasi
- 3) Lingkungan
- Mempunyai pendingin ruangan / AC yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu 22-25°C kelembaban 50 – 70%.
- 4) Ruang isolasi
- Dilengkapi dengan tempat cuci tangan dan tempat ganti pakaian sendiri.

5) Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih

Untuk menyimpan monitor, ventilasi mekanik, pompa infus dan pompa *syringe*, peralatan dialisis, alat-alat sekali pakai, cairan, penggantung infus, troli, penghangat darah, alat isap, linen dan tempat penyimpanan barang dan alat bersih.

6) Ruang tempat pembuangan alat/ bahan kotor

Ruang untuk membersihkan alat-alat, pemeriksaan urine, pengosongan dan pembersihan pispot dan botol urine. Desain unit menjamin tidak ada kontaminasi.

7) Ruang perawat

Terdapat ruang terpisah yang dapat digunakan oleh perawat yang bertugas dan pimpinannya.

8) Ruang staf dokter

Tempat kegiatan organisasi dan administrasi termasuk kantor kepala bagian dan staf, dan kepustakaan

9) Ruang tunggu keluarga pasien

10) Laboratorium

Harus dipertimbangkan pada unit yang tidak mengandalkan pelayanan terpusat.

Tabel 2.2 Desain berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU

Desain	ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
Area pasien:	1 tempat cuci tangan	1 tempat cuci tangan	1 tempat cuci tangan
Unit terbuka 12-16 m ²	tiap 2 tempat tidur	tiap 2 tempat tidur	tiap 2 tempat tidur
Unit tertutup 16-20 m ²	1 tempat cuci tangan tiap 1 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 1 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 1 tempat tidur
Outlet oksigen	1	2	3/ tempat tidur
Vakum	-	1	3/ tempat tidur
Stop kontak	2/ tempat tidur	2/ tempat tidur	16/ tempat tidur
Area kerja:	<i>Air Conditioned</i>	<i>Air Conditioned</i>	<i>Air Conditioned</i>
Lingkungan			
Suhu	23-25°C	23-25°C	23-25°C

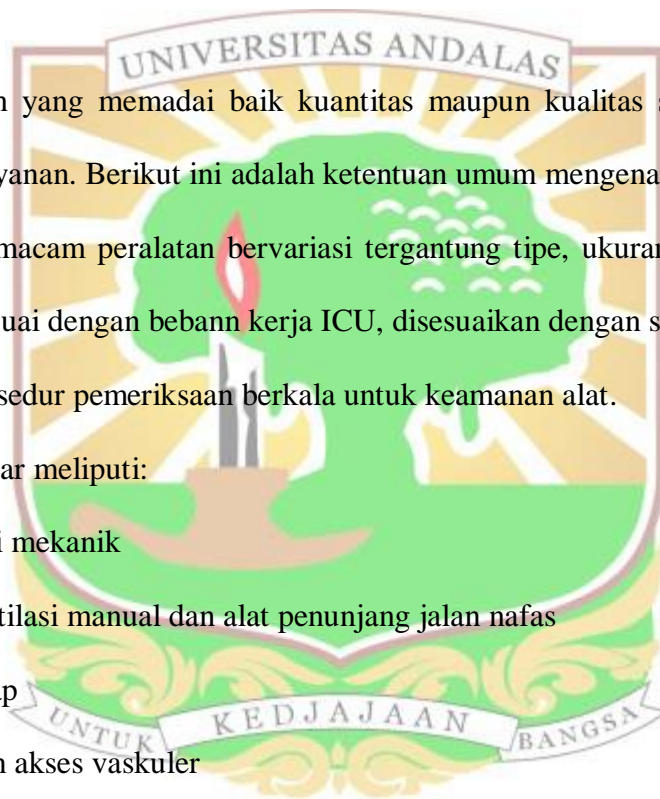
Desain	ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
Humiditas	50 -70 %	50 -70 %	50 -70 %
Ruang isolasi	-	+	+
Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih	-	+	+
Ruang tempat buang kotoran	-	+	+
Ruang perawat	+	+	+
Ruang staf dokter	-	+	+
Ruang tunggu keluarga pasien	-	+	+
Laboratorium	Terpusat	24 jam	24 jam

Sumber: Kepmenkes Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010

3. Peralatan

Peralatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitas sangat membantu kelancaran pelayanan. Berikut ini adalah ketentuan umum mengenai peralatan:

- a. Jumlah dan macam peralatan bervariasi tergantung tipe, ukuran dan fungsi ICU dan harus sesuai dengan bebann kerja ICU, disesuaikan dengan standar.
- b. Terdapat prosedur pemeriksaan berkala untuk keamanan alat.
- c. Peralatan dasar meliputi:
 - 1) Ventilasi mekanik
 - 2) Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan nafas
 - 3) Alat hisap
 - 4) Peralatan akses vaskuler
 - 5) Peralatan monitor invasif dan non-invasif
 - 6) Defibrilator dan alat pacu jantung
 - 7) Alat pengatur suhu pasien
 - 8) Peralatan drain thorax
 - 9) Pompa infus dan pompa syringe
 - 10) Peralatan portable untuk transportasi
 - 11) Tempat tidur khusus



- 12) Lampu untuk tindakan
- 13) *Continous Renal Replacement Therapy*
- d. Peralatan lain (seperti peralatan hemodialisa dan lain-lain) untuk prosedur diagnostik dan atau terapi khusus hendaknya tersedia bila secara klinis ada indikasi dan untuk mendukung fungsi ICU.
- e. Protokol dan pelatihan kerja untuk staf medik dan para medik perlu tersedia untuk penggunaan alat-alat termasuk langkah-langkah untuk mengatasi apabila terjadi malfungsi.

Tabel 2.3 Peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU

Peralatan	ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
Ventilasi mekanik	sedehana	Canggih	Canggih
Alat hisap	+	+	+
Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan nafas	+	+	+
Peralatan akses vaskuler	+	+	+
Peralatan monitor:			
Invasif:			
- Monitor tekanan darah invasif	-	+	+
- Tekanan vena sentral			
- Tekanan baji a. Pulmonalis (Swan Ganz)	+	+	+
Non invasif:			
- Tekanan darah	+	+	+
- EKG dan laju jantung	+	+	+
- Saturasi oksigen	+	+	+
- Kapnograf	-	+	+
Suhu	+	+	+
EEG	-	+	+
Defibrilator dan alat pacu jantung	+	+	+
Alat pengatur suhu pasien	+	+	+
Peralatan drain toraks	+	+	+
Pompa infus dan pompa <i>syringe</i>	-	+	+
<i>Bronchoscopy</i>	-	+	+
Echokardiografi	-	+	+
Peralatan portable untuk transportasi	+	+	+
Tempat tidur khusus	+	+	+
Lampu untuk tindakan	+	+	+
Hemodialisis	-	+	+
CRRT	-	+	+

Sumber: Kepmenkes Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010

4. Klasifikasi Pelayanan ICU

Tabel 2.4 Klasifikasi Pelayanan ICU

No.	Kemampuan Pelayanan		
	Primer	Sekunder	Tersier
1.	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru
2.	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik
3.	Terapi oksigen	Terapi oksigen	Terapi oksigen
4.	Pemasangan kateter vena sentral	Pemasangan kateter vena sentral dan arteri	Pemasangan kateter vena sentral, arteri, Swan Ganz dan ICP monitor
5.	Pemantauan EKG, pulsoksimetri dan tekanan darah non invasif	Pemantauan EKG, pulsoksimetri, tekanan darah non invasif dan invasif	Pemantauan EKG, pulsoksimetri, tekanan darah non invasif dan invasif, Swan Ganz dan ICP serta ECHO Monitor
6.	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi
7.	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
8.	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
9.	Fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat
10.	Kemampuan melakukan fisioterapi dada	Melakukan fisioterapi dada	Melakukan fisioterapi dada
11.	-	Melakukan prosedur isolasi	Melakukan prosedur isolasi
12.	-	Melakukan hemodialisis intermiten dan kontinyu	Melakukan hemodialisis intermiten dan kontinyu

Sumber: Kepmenkes Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010

2.4.4 Indikasi Masuk dan Keluar ICU

Kepala ICU bertanggung jawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien di ICU. Bila kebutuhan masuk ICU melebihi tempat tidur yang tersedia, kepala ICU menentukan berdasarkan prioritas kondisi medik, pasien mana yang akan dirawat. Prosedur untuk melaksanakan kebijakan ini harus dijelaskan secara rinci.⁽⁴⁰⁾

1. Kriteria Masuk

Dalam keadaan yang terbatas, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas 1) lebih didahulukan dibandingkan dengan pasien yang hanya memerlukan pemantauan intensif (prioritas 3). Penilaian objektif atas berat dan prognosis penyakit digunakan sebagai pertimbangan penentuan prioritas masuk ke ICU.

a. Golongan pasien prioritas 1 (satu)

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitiasi, seperti dukungan/ bantuan ventilasi, alat penunjang fungsi organ/ sistem yang lain, infus obat-obat vasoaktif/ inotropik, obat anti aritmia, serta pengobatan lain-lainnya secara kontinyu dan tertitiasi.

b. Golongan pasien prioritas 2 (dua)

Golongan pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangat berisiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*.

c. Golongan pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, yang disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada golongan ini sangat kecil.

d. Pengecualian

Dengan pertimbangan luar biasa, dan atas persetujuan kepala ICU, indikasi masuk pada beberapa golongan pasien bisa dikecualikan, dengan catatan bahwa pasien-pasien golongan demikian sewaktu-waktu harus bisa

dikeluarkan dari ICU agar fasilitas ICU yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk pasien prioritas 1, 2, dan 3.

Pasien yang tergolong demikian antara lain:

- a. Pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi “perawatan yang aman” saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah “DNR (*Do Not Resuscitate*)”.
- b. Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.
- c. Pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak namun hanya karena kepentingan donor organ, maka pasien dapat dirawat di ICU. Tujuan perawatan di ICU hanya untuk menunjang fungsi organ sebelum dilakukan pengambilan organ untuk donasi.

2. Kriteria Keluar

Prioritas pasien dipindahkan dari ICU, berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan atau tim yang merawat pasien, antara lain:

- a. Penyakit atau keadaan pasien telah membaik dan cukup stabil, sehingga tidak memerlukan terapi atau pemantauan yang intensif lebih lanjut.
- b. Secara perkiraan dan perhitunga terapi atau pemantauan intensif tidak bermanfaat atau tidak memberi hasil yang berarti bagi pasien. Apalagi pada waktu itu pasien tidak menggunakan alat bantu mekanis khusus (seperti ventilasi mekanis).

3. *End of Life Care* (perawatan terminal kehidupan)

Disediakan ruangan khusus bagi pasien diakhir kehidupannya.

Pengkajian ulang kerja

Setiap ICU hendaknya membuat peraturan dan prosedur-prosedur masuk dan keluar, standar perawatan pasien, dan kriteria *outcome* yang spesifik. Kelengkapan-kelengkapan ini hendaknya dibuat oleh tim ICU di bawah supervisi komite medik, dan hendaknya dikaji ulang dan diperbaiki seperlunya berdasarkan luaran pasien dan pengukuran kinerja yang lain. Kepatuhan terhadap ketentuan masuk dan keluar harus dipantau oleh komite medik.

2.5 Pendekatan Sistem

1. *Input* (masukan)

Input yang dimaksud adalah sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, serta sumber daya manusia dan sumber daya lainnya di puskesmas dan rumah sakit. Beberapa aspek penting yang harus mendapat perhatian dalam hal ini adalah kejujuran, efektivitas dan efisiensi, serta kuantitas dan kualitas dari masukan yang ada. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Semua sumber daya yang ada perlu diorganisasikan dan dikelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prosedur kerja yang berlaku dengan maksud pelayanan kesehatan tersebut dapat diterima oleh pelanggan secara baik.⁽⁴¹⁾

2. *Process* (proses)

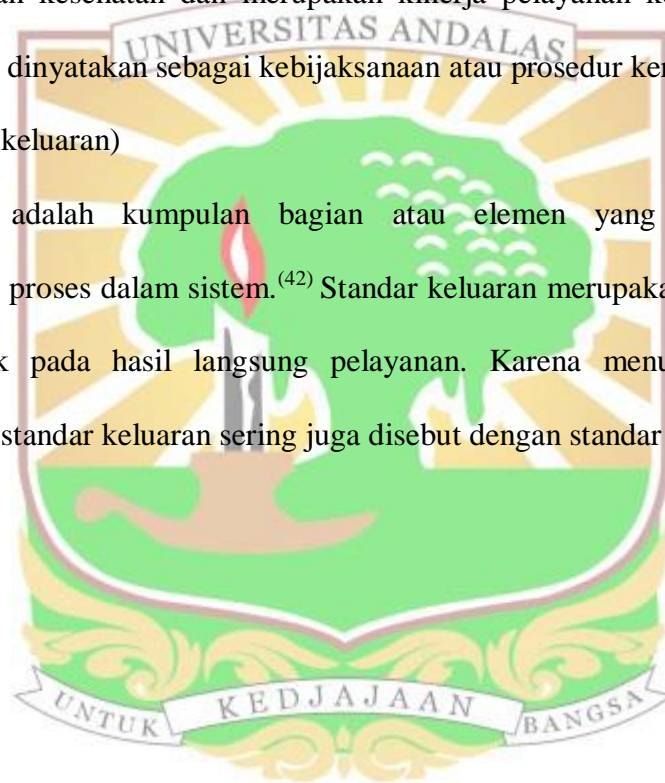
Process adalah semua aktivitas seluruh karyawan dan tenaga profesi dalam interaksinya dengan pelanggan, baik pelanggan internal (sesama petugas atau karyawan) maupun pelanggan eksternal (pasien, pemasok barang, masyarakat yang datang ke puskesmas atau rumah sakit untuk maksud tertentu). Baik atau tidaknya proses yang dilakukan di puskesmas atau di rumah sakit dapat diukur dari:

- 1) Relevan atau tidaknya proses yang diterima oleh pelanggan;
- 2) Efektif atau tidaknya proses yang dilakukan; dan
- 3) Mutu proses yang dilakukan.

Variabel proses merupakan pendekatan langsung terhadap mutu pelayanan kesehatan. Semakin patuh petugas terhadap standar pelayanan, semakin bermutu pula pelayanan kesehatan yang diberikan. Standar proses berfokus pada interaksi profesi dengan pasien/ konsumen/ masyarakat dan digunakan untuk menilai pelaksanaan proses pelayanan kesehatan dan merupakan kinerja pelayanan kesehatan. Standar proses biasanya dinyatakan sebagai kebijaksanaan atau prosedur kerja.⁽⁴¹⁾

3. *Output* (keluaran)

Output adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.⁽⁴²⁾ Standar keluaran merupakan ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan. Karena menunjuk pada hasil keluaran, maka standar keluaran sering juga disebut dengan standar penampilan.⁽⁴¹⁾



2.6 Telaah Sistematis

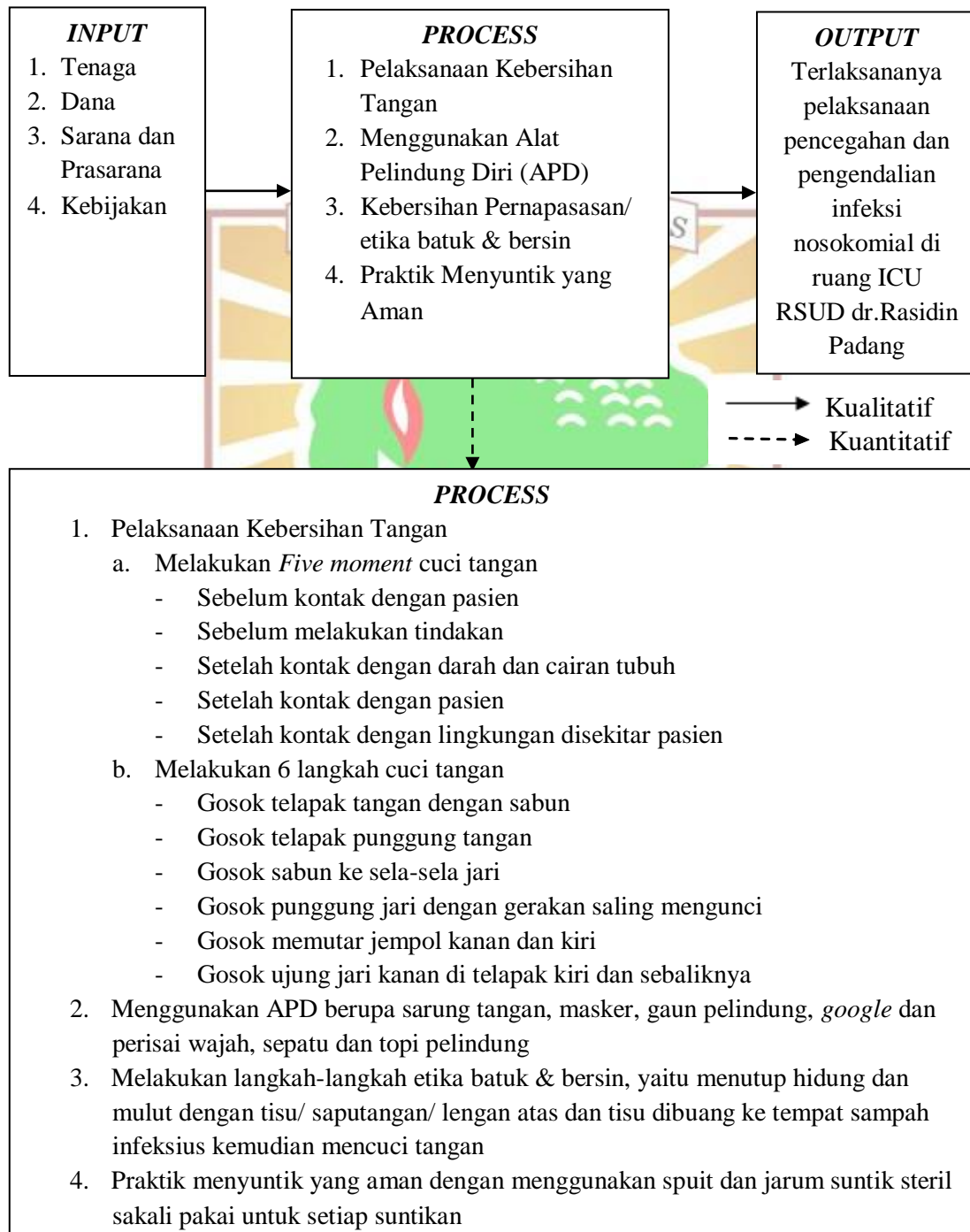
Tabel 2.5 Telaah Sistematis

No.	Peneliti	Tahun	Judul	Desain	Hasil
1.	Wahyu Yunus, Haeruddin, Suharni A. Fachrin ⁽⁴³⁾	2017	Pengaruh Pengetahuan dan Sikap terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan <i>Universal Precaution</i> di Rumah Sakit Umum Wisata Universitas Indonesia Timur Tahun 2017	Kuantitatif	<ul style="list-style-type: none"> - Perawat yang memiliki Pengetahuan dan Kepatuhan Kebersihan Tangan yang baik sebanyak 63 responden dan perawat yang memiliki Pengetahuan dan Kepatuhan kebersihan tangan yang kurang sebanyak 44 responden. - Perawat yang memiliki Pengetahuan dan Kepatuhan yang baik sebanyak 62 responden, serta perawat yang memiliki Pengetahuan dan Kepatuhan yang kurang sebanyak 38 responden.
2.	Sukfitrianty Syahrir, Fitrahmadani Tirmanidhana, Sitti Raodhah, Emmi Bujawati	2018	Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di ICU RSUD Labuang Baji Makassar	Kualitatif	<ul style="list-style-type: none"> - Kewaspadaan Universal dilakukan dengan cuci tangan <i>handwash</i> dan <i>handrub</i>. - Pengelolaan alkes dilakukan sterilisasi di ruang CSSD. - Pengolahan limbah dilakukan dengan membedakan wadahnya sesuai jenis limbah rumah tangga dan limbah medis. - Kewaspadaan Transmisi: <i>airborn precaution</i>, pasien ditempatkan di RPK serta menggunakan masker N95. <i>Droplet precaution</i>, pasien ditempatkan di RPK/ di ruang ICU dengan menggunakan baju pelindung serta tempat tidur diletakkan berjauhan. <i>Contact precaution</i>: pasien ditempatkan di ruang ICU dengan menggunakan sarung tangan serta menjaga kebersihan tangan dan alat pasien.

No.	Peneliti	Tahun	Judul	Desain	Hasil
3.	Vivi Syofia Sapardi, Rizanda Machmud, Reni Prima Gusty	2018	Analisis Pelaksanaan Manajemen Pencegahan dan Pengendalian <i>Healthcare Associated Infections</i> di RSI Ibnu sina	Deskriptif Analitik	<ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya kesadaran perawat dalam proteksi diri dan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial. - Pelatihan yang diikuti oleh IPCD dan IPCN berupa pelatihan dasar dan pelatihan lanjutan PPI. Sedangkan IPCLN hanya mendapatkan <i>in house training</i>. - Adanya hubungan pengetahuan, sikap, dan keterampilan perawat terhadap tindakan pencegahan infeksi nosokomial.
4.	Mera Delima, Yessi Andriani, Gustinawati ⁽⁴⁴⁾	2018	Penerapan Cuci Tangan <i>Five Momen</i> dengan Angka Kejadian Infeksi Nosokomial	Deskriptif <i>Cross-sectional</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sebanyak 31 perawat (70,5%) sudah melakukan five momen dan 6 langkah cuci tangan sesuai prosedur. - Sebanyak 33 pasien (75,0%) tidak ada mengalami tanda dan gejala flebitis. - Ada hubungan yang bermakna antara penerapan five momen dan 6 langkah cuci tangan dengan angka kejadian infeksi nosocomial.
5.	Yayang Khairunnisa Agusti, Antono Suryoputro, Wulan Kusumastuti ⁽⁴⁵⁾	2019	Analisis Pelaksanaan Manajemen Komite Pencegahan Dan Pengendalian <i>Healthcare Associated Infections</i> di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah	Kualitatif	<ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan anggota komite PPI belum merata - Tidak adanya insentif untuk anggota komite PPI dan beban kerja tidak seimbang dalam anggota komite PPI - Masih terjadi kekurangan dan keterlambatan penyediaan sarana PPI - Kepatuhan petugas terhadap <i>handhygiene</i> masih 80%.

2.7 Alur Pikir Penelitian

Alur pikir ini bertujuan untuk melihat pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang Tahun 2020 melalui pendekatan sistem. Oleh karena itu, alur pikir peneliti disusun sebagai berikut:



Gambar 2.2 Alur Pikir Analisis Pelaksanaan PPI Nosokomial di ICU RSUD

BAB 3 : METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kombinasi (*mix method research*) dengan *conccurent embedded strategy* yaitu mengkombinasikan penggunaan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif secara bersama atau sebaliknya, tetapi bobot metodenya berbeda. Pada penelitian ini, bobot metode kualitatif adalah primer sedangkan metode kuantitatif adalah sekunder.⁽⁴⁶⁾

Penelitian kualitatif dengan pendekatan *case-study* dipilih karena dianggap dapat membantu peneliti menggali informasi secara mendalam dan menggambarkan kondisi yang ada di lapangan mengenai pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang tahun 2020. Peneliti sebagai *key instrument* pada penelitian dengan teknik pengumpulan data berupa wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Pedoman wawancara dibuat mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Penelitian kuantitatif digunakan untuk mendapatkan informasi terkait proses pelaksanaan kebersihan tangan, penggunaan APD, etika batuk dan bersin serta praktik menyuntik yang aman oleh perawat menggunakan teknik pengumpulan data berupa observasi.

3.2 Waktu dan Tempat

Penelitian dilaksanakan dari bulan Februari 2020 - Juni 2020 dan lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Kota Padang.

3.3 Penelitian Kualitatif

3.3.1 Teknik Penentuan Informan

Teknik penentuan informan yang digunakan dalam penelitian ini adalah secara *purposive sampling* dengan menggunakan prinsip (*appropriateness*) kesesuaian yaitu penentuan informan sebagai sumber data dengan kriteria tertentu yaitu: kriteria informan adalah orang/ petugas yang dianggap mengetahui secara lebih luas dan mendalam serta yang dapat dipercaya menjadi sumber data tentang apa yang diharapkan dari penelitian.⁽⁴⁷⁾

Informan dalam penelitian ini adalah:

1. Ketua Komite PPIRS (IPCO) = 1 orang
2. IPCN = 1 orang
3. Kepala Ruang / IPCLN di ICU = 1 orang
4. Dokter di ICU = 1 orang
5. Perawat di ICU = 1 orang
6. Keluarga pasien di ICU = 1 orang



Tabel 3.1 Matriks Pengumpulan Data

Variabel	Ketua Komite PPIRS/ IPCO	IPCN	Kepala Ruang/ IPCLN di ICU	Dokter di ICU	Perawat di ICU	Keluarga pasien di ICU
Input (masukan)						
- Tenaga	√	√	√	√	√	-
- Dana	√	√	-	-	-	-
- Sarana dan Prasarana	√	√	√	√	√	-
- Kebijakan	√	√	√	√	√	-
Process (proses)						
- Pelaksanaan Kebersihan Tangan	√	√	√	√	√	√
- Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)	√	√	√	√	√	√
- Kebersihan pernapasan/ etika batuk & bersin	√	√	√	√	√	√
- Praktik menyuntik yang aman	√	√	√	√	√	√
Output (keluaran)						
Terlaksananya pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang	√	√	√	√	√	-

3.3.2 Instrumen Penelitian

Instrumen atau alat dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, yang dilengkapi dengan pedoman wawancara yang sudah disusun secara tertulis sesuai dengan masalah dan kemudian dijadikan sarana dalam memperoleh informasi dari informan tentang masalah yang diteliti menggunakan panduan wawancara yang berhubungan dengan objek penelitian, dibantu dengan pedoman wawancara, alat perekam suara, buku catatan, dan kamera sehingga dapat mengumpulkan informasi yang tepat dan lengkap.⁽⁴²⁾

3.3.3 Teknik Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data primer merupakan sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data primer berupa teks hasil wawancara yang diperoleh melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi.

1. Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*)

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam secara semi struktur atau bebas terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang telah disiapkan. Pewawancara dapat memperdalam suatu informasi yang muncul dari informan yang tidak terdapat dalam panduan wawancara.⁽⁴⁹⁾ Tujuan dari wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya. Dalam melakukan wawancara mendalam peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan serta menggunakan kamera dan alat perekam suara sebagai dokumentasi.⁽⁴⁸⁾

2. Observasi

Observasi adalah metode atau cara menganalisa dan mengadakan pencatatan secara sistematis mengenai tingkah laku dengan mengamati individu atau kelompok secara langsung. Metode ini digunakan untuk melihat dan mengamati secara langsung keadaan di lapangan agar peneliti memperoleh gambaran yang lebih luas tentang permasalahan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang tidak langsung memberikan informasi kepada peneliti. Data sekunder didapat dari telaah dokumen yang berkaitan dengan data-data atau dokumen yang sudah tersedia dan diperoleh peneliti dengan cara membaca dan menganalisis dokumen tersebut. Dokumen yang dimaksud adalah:

1. Profil RSUD dr. Rasidin Padang
2. Data ketenagaan RSUD dr. Rasidin Padang
3. Laporan bulanan komite PPI RSUD dr. Rasidin Padang

4. SPO mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD
dr. Rasidin Padang

3.3.4 Alat Pengumpulan Data

Agar penelitian ini tersimpan dan terekam dengan jelas, peneliti harus memiliki bukti telah melakukan penelitian kepada sumber data, maka dalam penelitian ini diperlukan bantuan alat-alat pengumpul data yaitu sebagai berikut:⁽⁴⁹⁾

1. Pedoman wawancara mendalam, yaitu berupa garis besar pertanyaan yang berhubungan dengan objek penelitian
2. Buku catatan lapangan, yang berfungsi untuk mencatat setiap hasil wawancara dan diskusi dengan informan sehubungan dengan objek penelitian.
3. Alat perekam suara, yang berfungsi untuk merekam wawancara yang dilakukan dengan sumber data (informan) sehubungan dengan objek penelitian.
4. Kamera yang berfungsi sebagai alat dokumentasi selama penelitian dilaksanakan.

3.3.5 Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul dalam penelitian ini diolah dengan cara sebagai berikut:⁽⁵⁰⁾

1. Transkrip Data (*Data Transcript*)

Hal yang pertama dilakukan adalah menyajikan data yang didapat dari hasil wawancara secara keseluruhan dan apa adanya.

2. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Mereduksi data berarti merangkum, memilah hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dengan demikian data telah direduksi akan memberikan gambaran yang jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya.

3. Penyajian Data (*Data Display*)

Setelah data direduksi maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data dalam penelitian kualitatif, penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart*, dan sejenisnya.

4. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing*)

Kesimpulan dalam data kualitatif adalah temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran sesuatu objek yang sebelumnya masih belum jelas sehingga setelah diteliti menjadi jelas, dapat berupa hubungan kausal dan interaktif, hipotesis atau teori.

3.3.6 Analisis Data

Semua data yang telah dikumpulkan dianalisis dengan pendekatan analisis isi yaitu membandingkan hasil penelitian dengan teori-teori yang ada dan tinjauan pustaka. Untuk menghindari kesalahan yang mungkin timbul dilakukan pengecekan keabsahan data menggunakan triangulasi, yaitu:

1. *Triangulasi* sumber yaitu dengan *crosscheck* dengan sumber data lain, membandingkan dan melakukan kontras data, serta menggunakan kategori informan yang berbeda.
2. *Triangulasi* metode yaitu dengan melakukan wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen.

3.3.7 Definisi Istilah

Tabel 3.2 Definisi Istilah

Istilah	Definisi Istilah	Triangulasi Sumber	Triangulasi Metode
Input			
Tenaga	Dokter/ perawat yang memiliki sertifikat bantuan hidup dasar dan lanjut di ruang ICU	1, 2, 3, 4, 5	WD + O + TD
Dana	Alokasi dana/ anggaran pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU	1 dan 2	WD + TD
Sarana dan Prasarana	Segala fasilitas untuk menunjang pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU	1, 2, 3, 4, 5	WD + O
Kebijakan	Pedoman pembuatan rencana dan melaksanakan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi infeksi di ruang ICU	1, 2, 3, 4, 5	WD + TD
Process			
Pelaksanaan Kebersihan Tangan	Kebersihan tangan dilakukan dengan 6 langkah dan 5 momen mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir ⁽³⁾	1, 2, 3, 4, 5, 6	WD + O
Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)	Alat Pelindung Diri dalam melaksanakan pekerjaan berupa sarung tangan, masker, gaun pelindung, <i>google</i> dan perisai wajah, topi dan sepatu pelindung yang dipakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius ⁽³⁾	1, 2, 3, 4, 5, 6	WD + O
Kebersihan pernapasan/ etika batuk & bersin	Petugas melakukan langkah-langkah ketika batuk dan bersin yaitu: 1. Menutup hidung dan mulut dengan tisu/ saputangan/ lengan atas 2. Membuang tisu ke tempat sampah infeksius kemudian mencuci tangan (apabila tidak ditemukan petugas yang batuk/bersin maka pertanyaan diabaikan) ⁽³⁾	1, 2, 3, 4, 5, 6	WD + O
Praktik Menyuntik yang Aman	Pakai spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan ⁽³⁾	1, 2, 3, 4, 5, 6	WD + O
Output	Terlaksananya pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang	1, 2, 3, 4, 5	WD + O

Keterangan:

1 = Ketua Komite PPIRS

2 = IPCN

3 = Karu ICU / IPCLN

4 = Dokter di ICU

5 = Perawat di ICU

WD = Wawancara mendalam

TD = Telaah Dokumen

O = Observasi

6 = Keluarga pasien di ICU

3.4 Penelitian Kuantitatif

3.4.1 Populasi dan Sampel

Populasi adalah objek pada wilayah generalisasi dengan kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik suatu kesimpulan.⁽⁴⁶⁾ Populasi dalam penelitian ini adalah kegiatan berupa pelaksanaan kebersihan tangan, penggunaan APD, etika batuk dan bersin serta praktik menyuntik yang aman, yang dilakukan oleh 3 orang perawat jaga pada 3 *shift* dinas kerja selama 7 hari berturut-turut dengan total 63 orang *shift*.

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi.⁽⁴⁶⁾ Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*, yaitu petugas mengerjakan pada beberapa kegiatan saja sedangkan kegiatan lainnya tidak perlu dikerjakan, seperti momen cuci tangan setelah kontak dengan darah dan cairan tubuh, penggunaan APD (berupa sarung tangan, gaun pelindung, *google* dan perisai wajah, dan topi pelindung), etika batuk dan bersin, dan praktik menyuntik yang aman serta *total sampling* yaitu petugas harus melakukan semua kegiatan tanpa terkecuali seperti momen cuci tangan (sebelum kontak dengan pasien, sebelum memberikan tindakan, setelah kontak dengan pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan disekitar pasien), 6 langkah cuci tangan, dan penggunaan APD (berupa masker dan sepatu pelindung).

3.4.2 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi.

3.4.3 Teknik Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan secara langsung oleh peneliti. Data primer pada penelitian ini, merupakan hasil observasi kepada perawat jaga yang

bertugas di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang terhadap pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang tidak secara langsung dikumpulkan oleh peneliti. Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari data-data yang telah tersedia seperti, profil RSUD dr. Rasidin Padang, data ketenagaan RSUD dr. Rasidin Padang, laporan bulanan komite PPI RSUD dr. Rasidin Padang dan panduan pengendalian infeksi di RSUD dr. Rasidin Padang.

3.4.4 Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian kuantitatif adalah observasi. Observasi merupakan proses yang kompleks, tersusun dari pelbagai proses biologis dan psikologis, dengan dua proses yang terpenting yaitu pengamatan dan ingatan.⁽⁴⁶⁾ Observasi dalam penelitian ini menggunakan observasi nonpartisipan, yaitu peneliti tidak terlibat dalam kegiatan yang diamati dan hanya sebagai pengamat. Observasi yang dilakukan untuk mengamati perawat jaga yang bertugas di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial dengan melakukan 5 moment dan 6 langkah cuci tangan, menggunakan APD, melakukan etika batuk dan bersin serta praktik menyuntik yang aman menggunakan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai dalam sekali suntikan.

3.4.5 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah:

1. *Editing* (Penyuntingan), yaitu proses pengecekan dan perbaikan setelah selesai melakukan pengamatan sebelum data dikelompokkan.
2. *Coding* (Pengelompokan data), yaitu pengelompokkan kegiatan perawat jaga berdasarkan kewaspadaan standar dalam proses pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

3. *Processing Entry* (Memasukkan data), yaitu merupakan proses data *coding* yang didapatkan melalui hasil pengamatan kemudiann dimasukan kedalam program computer untuk selanjutnya dilakukan pengolahan.
4. *Cleaning* (Pembersihan data) merupakan proses pengecekan dan pengoreksian data yang telah di *entry* oleh komputer sehingga data yang diperoleh tidak terdapat kesalahan atau ketidaklengkapan.



3.4.6 Definisi Operasional

Tabel 3.3 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1.	Pelaksanaan Kebersihan Tangan	Perawat jaga yang melakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah dan 5 momen mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir untuk satu kali tindakan ⁽³⁾	Observasi selama 7 hari pada setiap perawat jaga	Lembar observasi	Persentase perawat jaga yang melakukan kebersihan tangan
2.	Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)	Perawat jaga yang menggunakan sarung tangan, masker, gaun pelindung, <i>google</i> dan perisai wajah, topi dan sepatu pelindung untuk satu kali tindakan ⁽³⁾	Observasi selama 7 hari pada setiap perawat jaga	Lembar observasi	Persentase perawat jaga yang menggunakan APD
3.	Kebersihan pernapasan/ etika batuk & bersin	Perawat jaga yang menutup hidung dan mulut dengan tisu/ saputangan/ lengan atas dan membuang tisu ke tempat sampah infeksius kemudian mencuci tangan ketika batuk dan bersin untuk satu kali tindakan (apabila tidak ditemukan perawat yang batuk/bersin maka pertanyaan diabaikan) ⁽³⁾	Observasi selama 7 hari pada setiap perawat jaga	Lembar observasi	Persentase perawat jaga yang melakukan langkah-langkah etika batuk dan bersin
4.	Praktik Menyuntik yang Aman	Perawat jaga yang memakai spuit dan jarum suntik steril sekali pakai setiap suntikan kemudian buang ke <i>safety box</i> serta menerapkan <i>aseptic techniu</i> e untuk satu kali tindakan ⁽³⁾	Observasi selama 7 hari pada setiap perawat jaga	Lembar observasi	Persentase perawat jaga yang melakukan praktik menyuntik yang aman

BAB 4 : HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

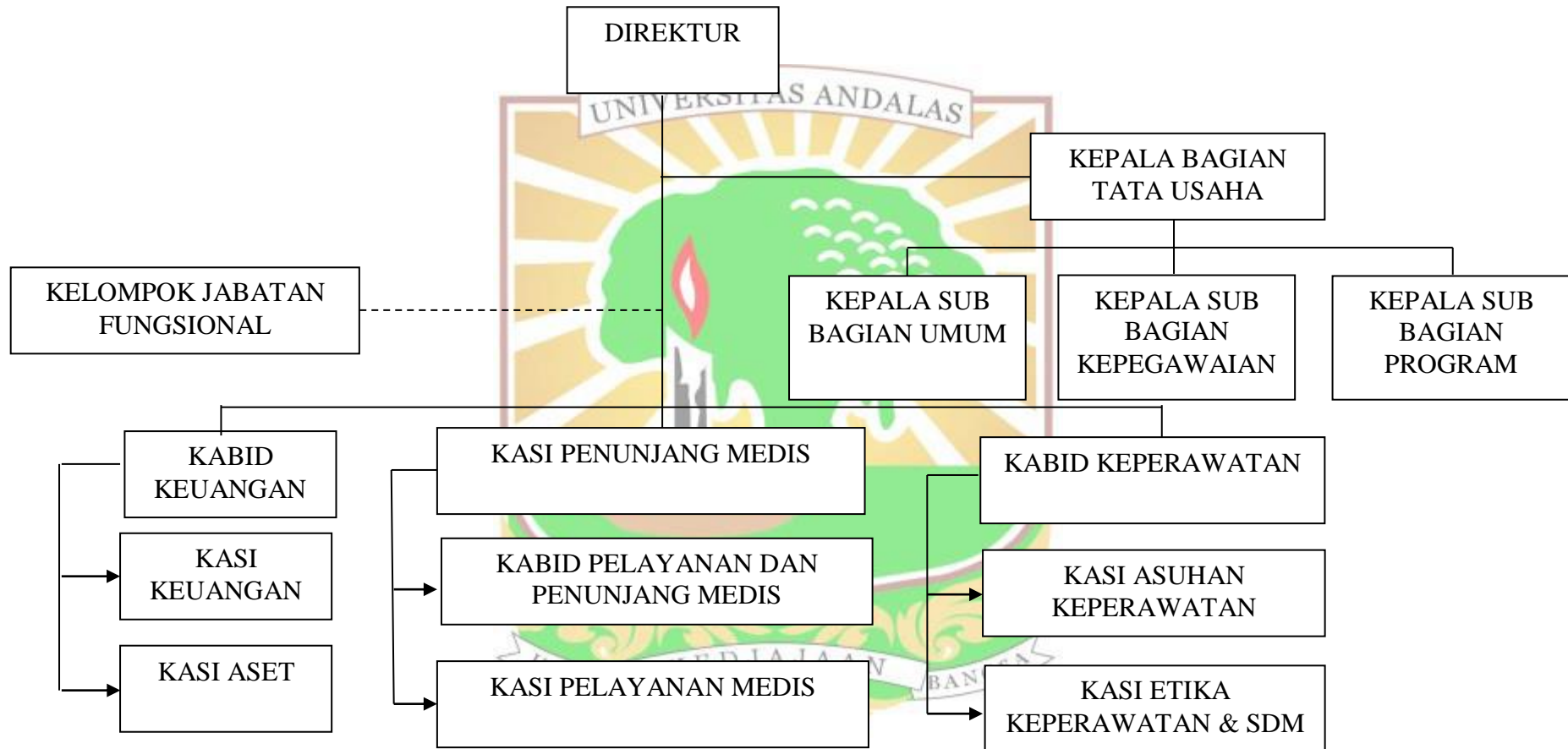
4.1.1 Gambaran Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang merupakan salah satu Rumah Sakit Umum Instansi Pemerintah Kota Padang dan terletak antara 0°44'00" dan 1°08'35" LS serta antara 100°34'09" bujur timur di Kecamatan Kuranji Kota Padang Provinsi Sumatera Barat. RSUD dr. Rasidin Padang berada pada daerah aman bencana yang terletak pada ketinggian ± 20 M dari permukaan laut, hal ini menjadikan RSUD dr. Rasidin Padang sangat strategis dan penting dalam upaya penanggulangan bencana sebagai RS evakuasi.⁽⁵¹⁾

Sejak tahun 1999 RSUD hanya tergolong rumah sakit Type-D. Sesuai dengan perkembangan kebutuhan pelayanan maka pada tanggal 25 November 2009, berdasarkan SK Menkes Nomor : No.1139/Menkes/SK/XI/2009 tentang Peningkatan Kelas RSUD Milik Pemerintah Kota Padang, maka RSUD diakui sebagai rumah sakit yang tergolong tipe C, dan pada tanggal 26 November 2015 RSUD dr. Rasidin Padang menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan surat Keputusan Walikota Padang Nomor, 517 Tahun 2015 tentang Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh.⁽⁵¹⁾

Pada saat ini jumlah ketenagaan di RSUD dr. Rasidin Padang berjumlah 474 orang dengan latar belakang profesi dan pendidikan yang berbeda. Sarana pelayanan berupa tempat tidur berjumlah 104. Pelayanan kesehatan yang tersedia terdiri dari IGD, poliklinik, Instalasi Rawat Inap, ICU, NICU, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Penunjang (radiologi, rekam medis, rehabilitasi medis, gizi, CSSD & laundry, sanitasi, diklat), Instalasi Laboratorium, Instalasi Farmasi, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS).⁽⁵¹⁾

4.1.2 Struktur Organisasi



Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSUD dr. Rasidin Padang

4.1.3 Visi dan Misi

Visi dari RSUD dr. Rasidin Padang adalah:

“Terwujudnya Pelayanan RS yang bermutu dan berorientasi pada kepuasan pasien”

Misi dari RSUD dr. Rasidin Padang adalah:

“Menyelenggarakan pelayanan yang komprehensif, berkualitas yang mengacu kepada standar pelayanan minimal (SPM) dan Pelayanan Publik”

4.2 Intensive Care Unit

Intensive Care Unit atau yang disingkat dengan ICU merupakan salah satu instalasi perawatan untuk pasien yang memerlukan penanganan intensif. ICU terdiri dari 6 tempat tidur. Peralatan yang disediakan antara lain: ventilator, *invasive monitoring*, *non invasive monitoring*, *echo cardiograph*, *ro portable*, defibrillator, dan EKG.

Penanggung jawab ICU adalah dokter spesialis anastesi. ICU dipimpin oleh kepala unit dibantu wakil kepala unit serta bendahara dan membawahi 6 orang penanggung jawab bidang yaitu, penanggung jawab *mother stok*, laporan, BHP obat/ BHP, mutu, alkes, dan penanggung jawab alat bantu. Pada tahun 2020 terdapat 7 orang dokter spesialis yang ada di ICU dengan bidang yang berbeda, yaitu spesialis ilmu penyakit jantung dan pembuluh darah, saraf, paru, dan anastesi serta terdapat 16 orang tenaga perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat ICU dengan pembagian jam dinas kerja ke dalam 3 *shift*, yaitu pagi, sore, dan malam.

Berdasarkan rekapitulasi angka HAIs oleh komite PPI di ruang ICU untuk *phlebitis* diperoleh angka sebagai berikut:

Tabel 4.1 Angka *Phlebitis* di Ruang ICU Agustus 2018-Agustus 2019

No.	Tahun	Bulan	Persentase
1.	2018	Agustus	70,4%
2.		September	0%
3.		Oktober	9,4%
4.		November	0%
5.		Desember	13,7%
6.	2019	Januari	44,9%
7.		Februari	0%
8.		Maret	0%
9.		April	0%
10.		Mai	36,36%
11.		Juni	8,93%
12.		Juli	11,90%
13.		Agustus	17,54%

Sumber: Data Surveilans Komite PPI Tahun 2018-2019

Berdasarkan tabel di atas, angka kejadian *phlebitis* paling tinggi mencapai 70,4% pada bulan Agustus 2018, hal ini karena baru pertama kali dilakukan surveilans terhadap infeksi nosokomial di RSUD dr. Rasidin Padang. Tingginya angka kejadian *phlebitis* disebabkan karena lokasi dan cara penyuntikan yang kurang tepat, pemasangan infus tidak steril, konsentrasi cairan terlalu pekat, dan tipe kateter yang digunakan tidak sesuai dengan ukuran pembuluh darah.

Selain itu, *phlebitis* juga disebabkan oleh rendahnya kepatuhan petugas akan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, berupa kepedulian terhadap *handhygiene*, penggunaan APD yang tepat dan tidak menerapkan bundles sesuai ketentuan. Maka dari itu perlu dilakukan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial terutama di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang, salah satunya dengan menerapkan kewaspadaan standar yang harus dilaksanakan dan dipatuhi oleh tenaga

kesehatan terutama pada komponen yang membutuhkan perubahan perilaku petugas, yaitu melakukan kebersihan tangan, menggunakan Alat Pelindung Diri (APD), melakukan etika batuk dan bersin, serta melakukan praktik menyuntik yang aman.

Pada tahun 2019 diperoleh angka kepatuhan petugas terhadap 4 komponen kewaspadaan standar sebagai berikut:

Tabel 4.2 Angka Kepatuhan Petugas terhadap Kewaspadaan Standar Tahun 2019

No.	Kegiatan	Standar	Persentase
1.	Kebersihan Tangan	80%	66,28%
2.	APD	100%	74,12%
3.	Etika Batuk dan Bersin	100%	70,59%
4.	Praktik Menyuntik yang Aman	100%	100%

Sumber: Data Surveilans Komite PPI Tahun 2019

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa angka kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan dengan persentase 66,28%, penggunaan APD dengan persentase 74,12%, dan melakukan etika batuk dan bersin dengan presentase 70,59% hal ini membuktikan bahwa masih ada petugas yang belum melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, sedangkan untuk praktik menyuntik yang aman sudah 100%.

4.3 Penelitian Kualitatif

4.3.1 Karakteristik Informan

Pengumpulan data primer pada penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) kepada informan terakit pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang. Wawancara dilakukan kepada kepala komite PPI, IPCN, kepala ruangan ICU / IPCLN, dokter/perawat yang bertugas di ICU, dan keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU. Penentuan informan pada penelitian ini menggunakan cara *purposive*

sampling agar memperoleh informasi yang bervariasi dari setiap informan. Selanjutnya data diperoleh dengan cara observasi pada perawat yang bertugas di ruang ICU dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

Adapun karakteristik informan pada wawancara mendalam adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3 Karakteristik Informan

No.	Kode Informan	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan Terakhir	Jabatan
1.	Inf-1	Perempuan	49 th	Dokter Sp.PK	Ketua Komite PPI/ IPCO
2.	Inf-2	Perempuan	31 th	S1 Ners	IPCN
3.	Inf-3	Perempuan	40 th	S1 Ners	Kepala ruangan ICU/ IPCLN
4.	Inf-4	Perempuan	37 th	Dokter Sp.JP	Dokter di ICU
5.	Inf-5	Perempuan	39 th	D3 Keperawatan	Perawat di ICU
6.	Inf-6	Laki-laki	62 th	SD	Keluarga pasien

4.3.2 Komponen *Input*

4.3.2.1 Tenaga

a. Ketersediaan Tenaga

RSUD dr. Rasidin Padang hanya memiliki 2 orang IPCN yang bertugas untuk pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, sedangkan seluruh kepala ruangan merupakan IPCLN yaitu perpanjangan tangan dari Komite PPI untuk mengontrol pelaksanaan PPI di setiap ruangan. Ketersediaan tenaga terhadap pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU menurut Komite PPI dan dokter di ICU masih kurang, tetapi menurut Karu ICU dan perawat sudah cukup dan semua petugas harus melaksanakan pencegahan dan peendalian infeksi nosokomial. Hal ini sesuai dengan wawancara sebagai berikut:

“...masih kurang ya, kita di sini tidak cuman di ICU, disuruh ruangan pun tenaga itu kurang...” (Inf-1)

“...semua tenaga harus melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi...” (Inf-2)

“...semua petugas melaksanakan pencegahan infeksi nosokomial. Semua tenaga udah tercukupi.” (Inf-3)

“Yang di ICU kurang” (Inf-4)

“Cukup” (Inf-5)

b. Pendidikan/ Pelatihan

Petugas harus diberikan pendidikan/ pelatihan terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, agar petugas tau apa penyebab dan bagaimana dampak jika tidak melaksanakannya serta apa yang harus dilakukan, maka dari itu RSUD dr. Rasidin Padang telah memberikan pelatihan kepada petugas sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut:

“...kalau di sini setiap perawat tu kan ada pelatihan basic life support, itu rasanya sudah semua...” (Inf-1)

“...50% dari pegawai udah tersertifikat PPI dasar, cuman yang belum tersertifikat sudah kita berikan sosialisasi edukasi dalam setiap supervisi...tindak lanjut ke depannya semua petugas harus memiliki sertifikasi...” (Inf-2)

“Ada diberikan, IPCN yang melakukan pelatihannya...kalau yang IPCLN udah ada sertifikat yang dilakukan oleh orang luar...tapi yang di ICU ada beberapa orang yang punya PPI dasar dilakukan oleh TOT luar, yang sama IPCN semuanya udah dan punya sertifikat” (Inf-3)

“Udah” (Inf-4)

“Udah, PPI kan yang berikan” (Inf-5)

c. Kinerja Petugas

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial erat kaitannya dengan perilaku individu petugas, ada yang menerapkan ada yang tidak tergantung dengan perilaku masing-masing petugas, seperti wawancara berikut:

“...namanya perilaku itu kan susah juga untuk di rubah...tapi kalau memang ya ketemu langsung ya bisa langsung di tegur...kalau untuk masalah fasilitas ya itu berartikan sedapat mungkin kita lengkapi...kalau memang dia tetap tidak mau patuh berarti itu perilakunya lagi yang masih ini kesadarannya yang belum bagus.” (Inf-1)

“Karna PPI berhubungan dengan perubahan perilaku ya, jadi kalau dikatakan sepenuhnya belum, hanya 50% yang mau menjalankan itu.” (Inf-2)

“Kalau kakak tengok dilaksanakannya. Cuma kan tergantung, kadang-kadang situasi yang mendesak kadang mereka lupa untuk cuci tangan...”
(Inf-3)

“Maksimal belum” (Inf-4)

“Udah” (Inf-5)

d. Hambatan

Ada beberapa hambatan dalam melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, mulai dari perilaku individu hingga sarana yang tersedia tidak cukup, seperti hasil wawancara berikut:

“...setiap ruangan itu harusnya ada tempat cuci tangan terutama wastafel, bukan hanya handrub saja...” (Inf-1)

“...perilakunya sendiri dari individu masing-masing kemudian yang kedua itu hambatannya saran prasarana kemudian dukungan dari manajemennya.”
(Inf-2)

“...kadang-kadang ketersediaan APD yang terbatas, terus kalau untuk cuci tangan wastafel langka, yang ada handrub.” (Inf-3)

“Hambatannya khilaf, terus satu di sini wastafel ga ada...” (Inf-4)

“Mungkin wastafelnya sih, kan ga ada wastafel nih kan...” (Inf-5)

Berdasarkan observasi ketersediaan tenaga untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah mencukupi karena total perawat di ruang ICU berjumlah 16 orang dan dibagi kepada 3 *shift*, untuk kinerja petugas dapat dilihat masih belum maksimal dikarenakan masih ada beberapa petugas yang lupa mengerjakan, dan untuk hambatannya adalah karena perilaku petugas sendiri didukung dengan kekurangan sarana. Kemudian untuk tealah dokumen tenaga perawat telah sesuai dengan karakteristik yang dibutuhkan, dibuktikan dengan telah dimilikinya sertifikat bantuan hidup dasar (BHD), mereka juga sudah diberikan pelatihan PPI Dasar oleh rumah sakit dan ada beberapa orang

yang telah mengikuti pelatihan dari luar rumah sakit, untuk kinerja petugas dapat dilihat dari masih ada beberapa komponen yang rendah angka kepatuhannya.



Tabel 4.4 Matriks Triangulasi Sumber tentang Tenaga PPI

Topik	Inf-1	Inf-2	Inf-3	Inf-4	Inf-5
Ketersediaan Tenaga	Masih kurang	Semua tenaga harus melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi.	Semua petugas melaksanakan pencegahan infeksi nosokomial. Semua tenaga udah tercukupi.	Yang di ICU kurang.	Cukup
Pendidikan/ Pelatihan	Setiap perawat tu kan ada pelatihan basic life support, itu rasanya sudah semua.	50% dari pegawai udah tersertifikat PPI dasar.	Di ICU ada beberapa orang yang punya PPI dasar dilakukan oleh TOT luar, yang sama IPCN semuanya udah dan punya sertifikat.	Udah	Udah, PPI kan yang berikan.
Kinerja Petugas	Namanya perilaku itu kan susah juga untuk dirubah, kesadarannya yang belum bagus.	Karna PPI berhubungan dengan perubahan perilaku ya, jadi kalau dikatakan sepenuhnya belum, hanya 50% yang mau menjalankan itu.	Kalau kakak tengok dilaksanakannya, kadang-kadang situasi yang mendesak kadang mereka lupa untuk cuci tangan.	Maksimal belum.	Udah
Hambatan	Setiap ruangan itu harusnya ada tempat cuci tangan terutama wastafel, bukan hanya handrub saja.	Perilakunya sendiri dari individu masing-masing, sarana prasarana, kemudian dukungan dari manajemennya.	Kadang-kadang ketersediaan APD yang terbatas, terus kalau untuk cuci tangan wastafel langka, yang ada handrub.	Hambatannya khilaf, terus wastafel ga ada.	Mungkin wastafelnya sih, kan ga ada wastafel nih kan.

Tabel 4.5 Matriks Triangulasi Metode tentang Tenaga PPI

Topik	Wawancara Mendalam	Observasi	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Ketersediaan Tenaga	Sudah cukup, walaupun ada informan yang mengatakan masih kurang	Sudah mencukupi	Telah sesuai dengan karakteristik yang dibutuhkan	Sudah cukup dan sudah memenuhi karakteristik yang dibutuhkan
Pendidikan/ Pelatihan	Sudah diberikan pendidikan/ pelatihan oleh rumah sakit	-	Sudah diberikan pendidikan/pelatihan oleh rumah sakit dibuktikan dengan adanya sertifikat pelatihan	Sudah diberikan pendidikan/ Pelatihan
Kinerja	Tergantung perilaku petugas	Masih ada perawat yang lupa melakukan kegiatan PPI	Masih ada beberapa komponen yang rendah angka kepatuhannya	Belum maksimal
Hambatan	Sarana dan perilaku petugas	Sarana dan perilaku petugas	-	Sarana dan perilaku petugas

4.3.2.2 Dana

a. Anggaran

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial belum memiliki anggaran khusus, tetapi digabungkan dengan kegiatan lain yang ada di rumah sakit, kecuali untuk diklat PPI Dasar. Berdasarkan wawancara kepada informan berikut sumber dan pengalokasian dana dalam pelaksanaan PPI:

“...PPI ni baru tahun ini yang diberikan anggaran khusus. Kalau tahun lalu memang untuk pengadaan bahan habis pakai, pengadaan sarana cuci tangan, memang digabung tidak dianggarkan khusus digabungkan dengan kegiatan lain...kalau sumbernya itu saya sendiri kurang paham ya, tapi dimana ada mata anggaran disitu aja kami masukkan...yang diadakan khusus PPI itu paling untuk diklat untuk pelatihan PPI dasar, kalau untuk BHP memang bukan PPI langsung yang handle, tetapi lewat PPI itu didata berapa kebutuhan...” (Inf-1)

“Kalau anggaran yang berbentuk khusus buat PPI belum ada, cuman anggaran setiap kegiatan di PPI itu anggarannya ada di setiap kegiatan di rumah sakit. Contohnya aja untuk pengadaan handwash dan handrub itu ada di kegiatan pengadaan barang habis pakai tu contohnya. Kemudian kalau

untuk pengadaan wastafel atau perbaikannya itu ke kegiatan orang di bagian umum tu contohnya.” (Inf-2)

b. Hambatan

Pada proses penganggaran ditemukan berbagai hambatan seperti ketika berhutang, maka pemakaian APD menjadi terhenti dan susahny koordinasi karena penanggungjawab pengadaan anggaran kegiatan yang berbeda-beda. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut:

“...kalau sedang berhutang kadang stok itu terhenti, kalau berhenti kan tentu berhenti juga pakai APD atau apanya itu agak susah” (Inf-1)

“Ya karna anggaran untuk kegiatan kita tu terpecah-pecah kan masing-masing ada di tiap kegiatannya dan penanggungjawabnya pun berbeda-beda jadi kadang koordinasinya susah, jadi kadang tercukupi kadang tidak...kalau misalkan gak ada di kegiatannya di APBD kita masukkan ke BLUD. Di BLUD pun kita juga harus memberikan masukan-masukan bahwa ini penting atau tidaknya, nanti struktural atau manajemen dibawa ke rapat...kalau misalnya dirasa belum penting kegiatan kita ya gak laksanakan itu gtiu.” (Inf-2)

Berdasarkan telaah dokumen, anggaran dana untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang belum ada anggaran khusus, tetapi anggaran digabungkan dengan kegiatan lain di rumah sakit, yang diadakan khusus PPI hanya untuk pelatihan PPI dasar.

Tabel 4.6 Matriks Triangulasi Sumber tentang Dana PPI

Topik	Inf-1	Inf-2
Anggaran	Tidak dianggarkan khusus digabungkan dengan kegiatan lain, yang diadakan khusus PPI itu untuk diklat untuk pelatihan PPI dasar.	Anggaran yang berbentuk khusus buat PPI belum ada. PPI itu anggarannya ada di setiap kegiatan di rumah sakit.
Hambatan	Kalau sedang berhutang kadang stok itu terhenti, kalau berhenti kan tentu berhenti juga pakai APD atau apanya itu agak susah.	Karna anggaran untuk kegiatan kita terpecah-pecah dan penanggungjawabnya pun berbeda-beda, jadi kadang koordinasinya susah, jadi kadang tercukupi kadang tidak.

Tabel 4.7 Matriks Triangulasi Metode tentang Dana PPI

Topik	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Anggaran	Tidak ada anggaran khusus, anggaran digabung dengan kegiatan lain, yang diadakan khusus PPI hanya untuk pelatihan PPI dasar.	Sumber dan pengalokasian dana.	Tidak ada anggaran khusus, anggaran digabung dengan kegiatan lain.
Hambatan	Kalau sedang berhutang, pemakaian APD dan lainnya juga terhenti serta anggaran yang terpecah-pecah dengan penanggung jawab berbeda mengakibatkan sulitnya koordinasi.	-	Kalau sedang berhutang, pemakaian APD dan lainnya juga terhenti serta anggaran yang terpecah-pecah dengan penanggung jawab berbeda mengakibatkan sulitnya koordinasi.

4.3.2.3 Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana dibutuhkan untuk menunjang kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, diantaranya yaitu wastafel, handrub, APD, dan lain-lain. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya ada handrub di ruang ICU dan tidak ada wastafel, sedangkan untuk handwash harus menggunakan sabun dan air mengalir. Karena tidak ada wastafel, maka petugas mencuci tangan ke kamar mandi yang berlokasi di ruang ganti perawat, ini menyebabkan petugas malas untuk melakukan handwash. Hal ini sesuai dengan penjelasan yang disampaikan informan sebagai berikut:

“Ya wastafel itu terutama” (Inf-1)

“Kalau sarana prasarana 70% tercukupi lah ya, cuma kadang sarananya ini tidak tepat guna. Contohnya aja wastafel...wastafel ada cuma penempatannya tu yang kurang tepat, gak tepat sekali gitu, kadang wastafelnya ada di kamar mandi jadi petugas abis melakukan tindakan ya males dia cuci tangan jadinya kan.” (Inf-2)

“Kalau untuk handrub bagus semuanya...bahkan disetiap tempat tidur ada fasilitas untuk kebersihan tangan...” (Inf-3)

“...wastafel ga ada...” (Inf-4)

“Mungkin wastafelnya sih...APD cukup” (Inf-5)

Berdasarkan observasi ketersediaan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang belum mencukupi terutama untuk ketersediaan wastafel.

Tabel 4.8 Matriks Triangulasi Sumber tentang Sarana dan Prasarana PPI

Topik	Inf-1	Inf-2	Inf-3	Inf-4	Inf-5
Ketersediaan dan Kendala	Ya wastafel itu terutama.	Kalau sarana prasarana 70% tercukupi lah ya, cuma kadang sarananya ini tidak tepat guna. Contohnya aja wastafel. Wastafel ada cuma penempatannya tu yang kurang tepat, gak tepat sekali gitu, kadang wastafelnya ada di kamar mandi jadi petugas abis melakukan tindakan ya males dia cuci tangan jadinya kan.	Kalau untuk handrub bagus semuanya, bahkan disetiap tempat tidur ada fasilitas untuk kebersihan tangan.	Wastafel ga ada.	Mungkin wastafelnya sih, APD cukup.

Tabel 4.9 Matriks Triangulasi Metode tentang Sarana dan Prasarana PPI

Topik	Wawancara Mendalam	Observasi	Kesimpulan
Ketersediaan dan Kendala	Sarana 70% tercukupi, tetapi penempatannya yang kurang tepat, terutama untuk wastafel, kalau untuk ketersediaan handrub bagus.	Tidak tersedia wastafel di ruang rawat ICU	Ketersediaan sarana dan prasarana belum mencukupi, terutama wastafel.

4.3.2.4 Kebijakan

Kebijakan terkait pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial sudah tersedia, tetapi belum disosialisasikan seluruhnya dan penerapannya pun juga masih belum maksimal. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut:

“Itu sebagian kayaknya. SOP itu harusnya dibuat, disosialisasikan kemudian didesiminasikan ya istilahnya dirasakan pemakaian itu cocok atau endak, kalau memang tidak cocok apa yang memang perlu dirobah, kenapa orang tidak patuh dengan SOP itu...SOP hanya sebatas SOP saja, nanti pelaksananya belum semua...kalau evaluasi kan per 3 bulan PPI memberikan laporan ke direktur tentang pelaksanaan surveilans...selama ini kami baru sebatas melaporkan, evaluasi tu mungkin dari manajemen karna kesibukan atau apa ya masih dibilang kurang...nah itu kadang ada ditindaklanjuti kadang-kadang ada juga yang enggak...” (Inf-1)

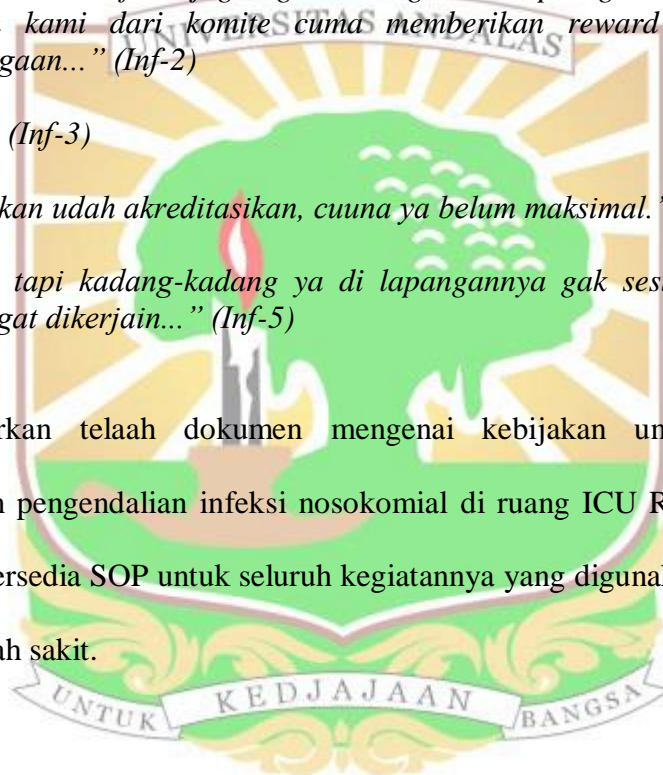
“Kebijakan di PPI ada lengkap semuanya, di kebijakan PPI itu mengatur semuanya dari handhygiene nya dari hal-hal yang kecil sampai yang besar sampai penempatan pasien itu diatur di kebijakan PPI kita udah punya kebijakan PPI tersendiri di setiap satu rumah sakit memakai itu. Karna PPI berhubungan dengan perilaku, sebenarnya kalo untuk sosialisasi sudah...sebagian ya tergantung individu nya lah kalau mereka merasa memang harus dilakukan mereka lakukan, kadang mereka melakukan saat orang PPI supervisi ke ruangan bukan kesadaran dari dirinya. Ya individunya lagi yang melaksanakan bagaimana, kalau dari kita nya kan sosialisasi sudah, kita edukasi lagi, re-edukasi lagi, kita supervisi lagi, kita audit lagi, dari hasil audit nanti mana yang perlu pembenahan gitu, ya rata-rata emang di perilaku yang susah untuk merubah. Pendukungnya ya nanti itu sarana prasarana...dukungan dari manajemen misalnya kayak...diberikan reward itu belum ada, jadi kesadaran petugas untuk mencegah dan mengendalikan infeksi juga agak kurang...sanksi pun gak ada, jadi di tahun kemaren kami dari komite cuma memberikan reward berupa piagam penghargaan...” (Inf-2)

“Udah” (Inf-3)

“Udah, kan udah akreditasikan, cuuna ya belum maksimal.” (Inf-4)

“Sudah, tapi kadang-kadang ya di lapangannya gak sesuai juga kadang, kalau ingat dikerjain...” (Inf-5)

Berdasarkan telaah dokumen mengenai kebijakan untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah tersedia SOP untuk seluruh kegiatannya yang digunakan untuk seluruh ruangan di rumah sakit.



Tabel 4.10 Matriks Triangulasi Sumber tentang Kebijakan PPI

Topik	Inf-1	Inf-2	Inf-3	Inf-4	Inf-5
Penerapan Kebijakan	SOP itu harusnya dibuat, disosialisasikan kemudian didesiminasikan. SOP hanya sebatas SOP saja, nanti pelaksanannya belum semua, evaluasi tu mungkin dari manajemen karna kesibuan atau apa ya masih dibilang kurang, nah itu kadang ada ditindaklanjuti kadang-kadang ada juga yang enggak.	Kebijakan di PPI ada lengkap semuanya, ya individunya lagi yang melaksanakan bagaimana, kalau dari kita nya kan sosialisasi sudah, kita edukasi lagi, re-edukasi lagi, kita supervisi lagi, kita audit lagi, dari hasil audit nanti mana yang perlu membenahan gitu, ya rata-rata emang di perilaku yang susah untuk merubah.	Udah	Udah, kan udah akreditasikan, cuuna ya belum maksimal.	Sudah, tapi kadang- kadang ya di lapangannya gak sesuai juga kadang, kalau ingat dikerjain.

Tabel 4.11 Matriks Triangulasi Metode tentang Kebijakan PPI

Topik	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Penerapan Kebijakan	Sudah ada kebijakan terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, tetapi belum seluruh petugas yang menerapkannya.	SOP dan buku panduan terkait pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.	Sudah ada kebijakan namun belum seluruh petugas yang menerapkan.

4.3.3 Komponen *Process*

Proses pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU melalui empat dari sebelas komponen kewaspadaan standar yang harus dilaksanakan dan dipatuhi oleh tenaga kesehatan, yaitu melakukan kebersihan tangan, menggunakan Alat Pelindung Diri (APD), melakukan langkah-langkah etika batuk dan bersin, serta melakukan praktik menyuntik yang aman.

4.3.3.1 Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan selama 40-60 detik menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh atau menggunakan alkohol berupa *handrub* selama 20-30 detik bila tangan tidak

tampak kotor, tetapi harus diselingi dengan 1 kali *handwash* jika sudah 6 kali menggunakan *handrub*.

a. 5 Momen Cuci Tangan

Indikasi kebersihan tangan dilakukan pada 5 momen, yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah kontak darah dan cairan tubuh, setelah kontak pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien. Hasil wawancara menunjukkan masih ada petugas yang tidak melakukan kebersihan tangan di beberapa momen, seperti berikut:

“...kebanyakan orang ini sebelum menyentuh pasien dia tidak mencuci tangan. Kalau sudah terkena baru dia cuci tangan karna akan meras jijik atau apa itu tu perilaku rata-rata...” (Inf-1)

“Kalau 5 moment belum, yang dari audit 2019, moment yang terbanyak dilakukan itu adalah moment 3 dan moment 4 setelah kontak dengan cairan tubuh pasien dan setelah kontak dengan pasien...kalau yang moment 3 tu udah 100%...kalau setelah kontak dengan pasien itu dikisaran 80 apa 90 % kalau ga salah, yang lainnya itu kisaran 60% semua...di 5 momen kan abis dari lingkungan atau abis memegang pasien pun harus cuci tangan, kan bisa mereka menggunakan handrub gitu, cuma kesadaran disitu yang kurang, mereka taunya cuci tangan tu yang abis tangan kotor sekali gitu atau terkena darah atau apa baru mereka cuci tangan...mereka cari wastafel atau ke kamar mandi...” (Inf-2)

“...kadang karna situasi kita ICU, itu kan ada yang kontak dengan lingkungan pasien, kita udah di lingkungan pasien masalahnya, conter perawat itu udah di lingkungan pasien, jadi ketika mereka datang pas pergantian shift mereka cuci tangan, abis tu kontak dengan lingkungan ga ada lagi, karna emang dia udah di lingkungan pasien, cuma ketika memegang ada yang melakukan ada yang tidak, tapi yang rutin itu setelah memegang pasien atau terkena cairan tubuh pasti dilakukannya.” (Inf-3)

“5 moment itu, 5 moment itu sebagian lah ya.” (Inf-4)

“Hmm udah” (Inf-5)

“Oh iyalah cuci tangan. Jadi perawatannya ya memang saya rasa ya bagus, semuanya dilaksanakan itu memang peraturan.” (Inf-6)

b. 6 Langkah Cuci Tangan

Ada 6 langkah cara mencuci tangan menurut WHO, yaitu gosokkan sabun hingga merata di telapak tangan, gosok punggung tangan dan sela-sela jari, gosok telapak tangan dan sela-sela jari, jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci, gosok memutar ibu jari tangan kanan menggunakan tangan kiri dan sebaliknya, terakhir gosok memutar ujung jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya. Hasil wawancara menunjukkan bahwa belum seluruh petugas melakukan 6 langkah cuci tangan, seperti berikut:

“6 langkah insyaAllah sudah, ini sudah sering diingatkan di apel pagi...cuma kalau untuk pelatihan ke keluarga pasien itu IPCLN nya lagi yang masih harus diingatkan...tapi gataulah kalau yang tahun ini ya evaluasi dari IPCN nya gimana, rencana kita itu yang harus di push juga.” (Inf-1)

“Kalau langkah-langkah sih mereka rata-rata udah tau semua, cuma kadang karna tidak sering diterapkan jadi langkah-langkah kadang terbalik gitu...atau asal sekedar cuci tangan yang penting cuci tangan...angka kepatuhan handhygiene 66,28%” (Inf-2)

“Tengoklah sama niken gimana” (Inf-3)

“6 langkahnya untuk yang pertama tuh biasanya jalan tuh 6 langkah, yang dan yang terakhir, kalau gak tuh udah gosok-gosok aja.” (Inf-4)

“6 langkah udah” (Inf-5)

c. Durasi Cuci Tangan

Ada 2 cara untuk melakukan kegiatan kebersihan tangan, yaitu dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir (*handwash*) apabila tangan jelas terlihat kotor atau dengan menggunakan *handrub* bila tangan tidak tampak kotor selama 20-30 detik. Hasil wawancara menjelaskan bahwa petugas telah mencuci tangan sesuai dengan ketentuan, sebagai berikut:

“Pasti, tu kak bilang tadi yang di momen 3 sama 4 tu pasti mereka lakukan, tapi momen lainnya tu ya itu merubah perilakunya itu, apalagi kalau terkena cairan tubuh kan pasti mereka ke kamar mandi tu cuci tangan.” (Inf-2)

“Udah rata-rata, tapi kalau handwash mungkin lebih dari itu mereka, apalagi kalau udah ada darah, cuma handwash kita kan karna wastafel jarang tersedia, ga tersedia di sini wastafel kan, perginya ke kamar mandi ya di kamar mandi mereka cuci tangan.” (Inf-3)

“Iya” (Inf-5)

Berdasarkan observasi, masih ada petugas yang tidak melakukan cuci tangan di beberapa momen guna mencegah terjadinya infeksi nosokomial di ruang ICU terutama sebelum kontak dengan pasien dan sebelum memberikan tindakan, serta penerapan 6 langkah cuci tangan yang masih belum maksimal rata-rata petugas hanya melakukan langkah 1,2, dan 3, kalau berdasarkan kecocokan durasi dengan cara mencuci tangan sudah sesuai dilakukan.

Tabel 4.12 Matriks Triangulasi Sumber tentang Kebersihan Tangan

Topik	Inf-1	Inf-2	Inf-3	Inf-4	Inf-5	Inf-6
5 Momen Cuci Tangan	Sebelum menyentuh pasien dia tidak mencuci tangan, kalau sudah terkena baru dia cuci tangan.	Moment 3 tu udah 100% dan moment 4 itu dikisaran 80 apa 90% yang lainnya itu kisaran 60% semua.	Ketika pergantian shift mereka cuci tangan, abis tu kontak dengan lingkungan ga ada lagi, ketika memegang ada yang melakukan ada yang tidak, tapi yang rutin itu setelah memegang pasien atau terkena cairan tubuh	5 moment itu, 5 moment itu sebagian lah ya.	Hmm udah	Oh iyalah cuci tangan. Jadi perawatannya ya memang saya rasa ya bagus, semuanya dilaksanakan itu memang peraturan.
6 Langkah Cuci Tangan	6 langkah insyaAllah sudah.	Kalau langkah-langkah sih mereka rata-rata udah tau semua, cuma kadang karna tidak sering diterapkan jadi langkah-langkah kadang terbalik gitu, atau asal sekedar cuci tangan.	Tengoklah sama niken gimana.	6 langkahnya untuk yang pertama tuh biasanya jalan dan yang terakhir, kalau gak tuh udah gosok-gosok aja	6 langkah udah	-
Durasi Cuci Tangan	-	Pasti	Udah rata-rata	-	Iya	-

Tabel 4.13 Matriks Triangulasi Metode tentang Kebersihan Tangan

Topik	Wawancara Mendalam	Observasi	Kesimpulan
5 Momen Cuci Tangan	Kebanyakan sebelum menyentuh pasien, petugas tidak cuci tangan	Rata-rata sebelum menyentuh pasien petugas tidak mencuci tangan	Masih ada beberapa momen yang belum dilakukan, seperti sebelum kontak dengan pasien
6 Langkah Cuci Tangan	Petugas sudah tau dan sudah diingatkan di apel pagi, tetapi masih ada yang belum melakukan.	Masih ada petugas yang belum melakukan 6 langkah cuci tangan.	Petugas sudah tau, tapi masih ada beberapa langkah yang belum dilakukan.
Durasi Cuci Tangan	Rata-rata sudah dilakukan.	Sudah sesuai ketentuan.	Sudah dilakukan sesuai ketentuan.

4.3.3.2 Alat Pelindung Diri

Alat pelindung diri atau APD adalah peralatan yang dipakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi / bahan infeksius. APD terdiri dari sarung tangan, masker, gaun pelindung, *google* dan perisai wajah, topi peindung, dan sepatu pelindung. Hasil wawancara menjelaskan bahwa ketersediaan APD sudah mencukupi tetapi kadang ada hambatan dan kepatuhan pemakaian secara benar yang masih kurang, seperti berikut:

“Kalau untuk APD, kalau untuk ketersediannya udah tapi untuk pemakaiannya secara benar sama tepat mungkin juga masih kurang.” (Inf-1)

*“APD sudah digunakan tapi APD yang sesuai itu masih belum maksimal, kalau kepatuhannya penggunaan APD sesuai dengan tindakannya itu 60%...APD baru tersedia 95% karna *google* belum ada disetiap ruangan, masih ruangan tertentu yang ada *googlenya*, jumlahnya pun juga belum mencukupi. Kalau untuk masker, *handscoon* itu rata-rata udah terpenuhi semua, cuma kadang karna kita rumah sakit pemerintah kadang pendistribusian ke ruangnya yang agak telat, cuma tercukupi...ICU ketersediannya APD nya 95,3% kalau kepatuhan penggunaannya 74,12%.” (Inf-2)*

*“Ada yang pake skort, pake *handscoon*, pake masker...masih terbatas ya, kadang-kadang kita mintanya 10 dikasi kadang-kadang 5 karna ketersediaan di gudang tidak mencukupi...akhirnya minjam ke ruangan kemana-mana atau langsung lari ke apotik minta ke bagian gudang.” (Inf-3)*

“Masker kalau saya pribadi karna pasien-pasien saya non infeksi saya ga make...karna pasien saya bukan pasien terbuka saya ga make, pasien saya kan pasien-pasien jantung.” (Inf-4)

*“Udah, kaya *handscoon* udah” (Inf-5)*

“Udah...pakek...iya pakek” (Inf-6)

Berdasarkan observasi, petugas telah menggunakan APD ketika menangani pasien guna mencegah terjadinya infeksi nosokomial di ruang ICU, tetapi ada beberapa penggunaan APD yang belum sesuai dengan tindakan.

Tabel 4.14 Matriks Triangulasi Sumber tentang APD

Topik	Inf-1	Inf-2	Inf-3	Inf-4	Inf-5	Inf-6
Penggunaan APD	Kalau untuk ketersediannya udah tapi untuk pemakaiannya secara benar sama tepat mungkin juga masih kurang.	APD sudah digunakan tapi APD yang sesuai itu masih belum maksimal.	Masih terbatas ya, kadang kita mintanya 10 dikasi kadang 5 karna ketersediaan di gudang tidak mencukupi.	Masker kalau saya pribadi karna pasien saya non infeksi saya ga make, karna pasien saya bukan pasien terbuka saya ga make, pasien saya kan pasien-pasien jantung	Udah, kaya handscoon udah	Udah pakek, iya pakek

Tabel 4.15 Matriks Triangulasi Metode tentang APD

Topik	Wawancara Mendalam	Observasi	Kesimpulan
Penggunaan APD	Sudah tersedia, tapi kadang pendistribusian agak telat, kadang ketersediaan tidak mencukupitapi dan untuk penggunaan yang benar sesuai tindakan belum maksimal.	Petugas sudah menggunakan APD ketika menangani pasien.	APD sudah tersedia, tetapi ada beberapa hambatan dan belum semua penggunaan sesuai dengan tindakan.

4.3.3.3 Etika Batuk dan Bersin

Langkah-langkah ketika batuk dan bersin, yaitu menutup hidung dan mulut dengan tisu atau saputangan atau lengan atas, tisu dibuang ke tempat sampah infeksius dan kemudian mencuci tangan. Penularan virus dari batuk dan bersin yang bertransmisi melalui *airborne* dan droplet dapat dicegah dengan menggunakan masker. Hasil wawancara menunjukkan bahwa rata-rata petugas menggunakan masker, seperti berikut:

“Batuk dan bersin orang rajin pake masker, cuma kalau untuk yang keluarga pasien mungkin edukasinya...idealnya kan gitu di yang tempat rame, di poli atau pasien-pasien paru di belakang tu harusnya tetap di edukasi. Mungkin ada tapi gataulah karna saya gak ke lapangan...” (Inf-1)

“Rata-rata belum, etika batuk kalau ICU 70,59% angkanya, karna biasanya kalau petugas lagi dinas tu maskernya ga lepas-lepas...jadi kan salah satu pencegahannya bisa dengan masker, bisa menggunakan tisu atau saputangan abis tu menggunakan lengan atas...” (Inf-2)

“Batuk dan bersin ada, tapi mereka pada umumnya pake masker...” (Inf-3)

“Ada” (Inf-4)

“Tutup pake masker” (Inf-5)

Berdasarkan observasi, petugas telah menggunakan masker selama jam dinas guna mencegah infeksi nosokomial di ruang ICU, ada yang menutup mulut dengan lengan atas, dan ada juga petugas yang tidak melakukan etika batuk dan bersin.

Tabel 4.16 Matriks Triangulasi Sumber tentang Etika Batuk dan Bersin

Topik	Inf-1	Inf-2	Inf-3	Inf-4	Inf-5
Melakukan langkah-langkah etika batuk dan bersin	Batuk dan bersin orang rajin pake masker	Rata-rata belum. Biasanya kalau petugas lagi dinas tu maskernya ga lepas-lepas, jadi kan salah satu pencegahannya bisa dengan masker	Batuk dan bersin ada, tapi mereka pada umumnya pake masker.	Ada	Tutup pake masker.

Tabel 4.17 Matriks Triangulasi Metode tentang Etika Batuk dan Bersin

Topik	Wawancara Mendalam	Observasi	Kesimpulan
Melakukan langkah-langkah etika batuk dan bersin	Petugas menggunakan masker selama dinas	Petugas menggunakan masker selama dinas, ada yang menutup mulut dengan lengan atas, dan masih ada petugas yang tidak melakukan etika batuk dan bersin	Ada yang pake masker, ada yang menutup mulut dengan lengan atas, ada juga yang tidak melakukan etika batuk dan bersin

4.3.3.4 Praktik Menyuntik yang Aman

Pakai spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, kemudian membuang spuit dan jarum suntik bekas pakai ke tempatnya dengan benar.

Hasil wawancara menunjukkan kegiatan praktik menyuntik yang aman sudah dilakukan 100%, seperti berikut:

“Penggunaan jarum satu spuit satu orang, pembuangan limbahnya ke limbah benda tajam, ada safety box kita sediakan. Tapi kalau lagi habis itu lagi kendalanya. Kadang-kadang gak patuh buang aja, tapi tu ya perilakunya lagi, ada yang patuh dibuangnya, tapi ada juga tetep aja gak mau, dicuekin aja. Itu untuk recappingnya, sudah dipakai langsung dibuang...untuk tertusuk jarum tu masih ada terutama mahasiswa praktek di sini yang paling sering kena.” (Inf-1)

“Udah 100%, cuma pembuangan limbah benda tajamnya kadang yang gak...sebenarnya safety box sudah tersedia, cuma kadang petugas ni udah nyesak banget safety boxnya baru diganti, harusnya kan 2/3 diganti...” (Inf-2)

“Udah, pake disposable semuanya” (Inf-3)

“Udah” (Inf-4)

“Sekali pakai, masuk safety box kan.” (Inf-5)

“Iyalah...iya” (Inf-6)

Berdasarkan observasi, petugas telah melakukan praktik menyuntik yang aman guna mencegah terjadinya infeksi nosokomial di ICU dengan menggunakan satu spuit dan satu jarum sekali suntikan kemudian membuangnya ke safety box.

Tabel 4.18 Matriks Triangulasi Sumber tentang Praktik Menyuntik Aman

Topik	Inf-1	Inf-2	Inf-3	Inf-4	Inf-5	Inf-6
Pelaksanaan praktik menyuntik yang aman	Penggunaan jarum satu spuit satu orang, pembuangan limbahnya ke limbah benda tajam, ada safety box kita sediakan. yang patuh dibuangnya, tapi ada juga tetep aja gak mau, dicuekin.	Udah 100%, cuma pembuangan limbah benda tajamnya kadang yang gak, sebenarnya safety box sudah tersedia.	Udah, pake disposable semuanya.	Udah	Sekali pakai, masuk safety box kan.	Iyalah, iya

Tabel 4.19 Matriks Triangulasi Metode tentang Praktik Menyuntik Aman

Topik	Wawancara Mendalam	Observasi	Kesimpulan
Pelaksanaan praktik menyuntik yang aman	Penggunaan jarum dan spuit ketika menyuntik sudah sekali pakai dan dibuang ke safety box, tetapi kadang masih ada yang tidak membuang ke safety box atau dibuang ke safety box dengan kondisi yang sudah hampir penuh.	Petugas sudah melakukan praktik menyuntik dengan penggunaan jarum dan spuit sekali pakai kemudian dibuang ke safety box.	Praktik menyuntik yang aman sudah dilakukan oleh semua petugas, tetapi masih ada petugas yang tidak membuang jarum dan spuit bekas pakai ke safety box.

4.3.4 Komponen *Output*

a. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di ruang ICU

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang belum berjalan maksimal, terutama untuk pelaporannya, sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut:

“...berusaha sebaik mungkin dan berusaha tetap bekerja walaupun keadaan seperti apapun...prinsipnya apapun keadaannya seminimal mungkin jangan sampai pindah penyakit dari satu pasien ke orang lain, dari pasien ke kita atau kita yang malah mindahkan...minimal kalau sarana prasarana ndak ada ya, perilaku lah berubah, dari etika batuk aja kan sudah jelas itu merupakan perilaku, cuci tangan itu kan perilaku, APD itu perilaku, itu yang semaksimal mungkin kita berusaha...” (Inf-1)

“Kalau pencegahan dan pengendalian infeksinya tu kita belum maksimal ya, kalau pelaporan belum maksimal, tapi kalo pelaksanaannya kita pakai bundless sebenarnya, bundless tu pencegahan masing-masing tiap infeksinya, kalau phlebitis pencegahannya ada aturannya, kalau untuk ventilator ada pencegahannya.” (Inf-2)

“Aduh, jujur aja ya, kadang jalan, kadang kagak...” (Inf-4)

b. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial di ruang ICU

Angka kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang yang tertinggi adalah *phlebitis*, sedangkan untuk infeksi yang lain mungkin ada terjadi tetapi tidak ada pencatatannya. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut:

“...nah untuk surveilans ni masih terkendala juga...angka nya itu tinggi atau tidak ya selama ini kan kalo HAIs itu yang 4 kategori, pemasangan vena central, terus yang infeksi karna pemasangan ventilator, kemudian yang satu lagi infeksi daerah operasi, satu lagi ISK. Nah kalau yang selama ini justru yang tercatat di kami itu phlebitis...infeksi daerah operasi itu kita tidak bisa juga mengatakan itu tidak ada, tapi memang belum tercatat, karna begitu pasien pulang dipencatatan kami kan lukanya basah ini belum nyambung, jadi pasien pulang luka basah itu tidak sampai informasi ke IPCN, IPCN tidak pula lapor ke dokternya, jadi tidak tau itu betul-betul IDO atau bukan...kalau untuk ventilator memang kita ya belum ada yang pake...kalau tahun ini sudah mulai tentunya harus dicatat...kalau untuk ISK jarang di sini pasien yang pasang kateter sampe lama...mungkin ada tapi belum terlacak sama kami. Tulah tugasnya yang masih diperbaiki lagi, jangan sampe lolos datanya...” (Inf-1)

“Kalau di ICU untuk tahun 2019 yang terbanyak tu phlebitis, Cuma phlebitis di ICU bukan yang tertinggi di rumah sakit, tapi kalau untuk tahun ini kita memasukkan ventilator juga karna sudah ada pemakaian ventilator sejak 2020, kita masukkan VAP infeksi yang ada di ICU salah satunya.” (Inf-2)

“...yang tahun kemaren, infeksi nosokomial angka phlebitis, angka blablabla nya 0% kalau kakak ya...cuma gatau lah ya kalau januari belum kakak rekap.” (Inf-3)

“Enggak yah” (Inf-4)

“Hmm rendah” (Inf-5)

Berdasarkan observasi, pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU masih belum maksimal dikarenakan PPI berhubungan dengan perilaku individu. Kemudian berdasarkan telaah dokumen untuk angka kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU yang paling tinggi adalah *phlebitis*.

Tabel 4.20 Matriks Triangulasi Sumber tentang Output

Topik	Inf-1	Inf-2	Inf-3	Inf-4	Inf-5
Pelaksanaan dan Pencegahan Infeksi Nosokomial di ruang ICU	Berusaha sebaik mungkin, minimal kalau sarana prasarana ndak ada ya, perilaku lah berubah, dari etika batuk aja kan sudah jelas itu merupakan perilaku, cuci tangan itu kan perilaku, APD itu perilaku, itu yang semaksimal mungkin kita berusaha.	Kalau pencegahan dan pengendalian infeksi nya tu kita belum maksimal ya, kalau pelaporan belum maksimal, tapi kalo pelaksanaannya kita pakai bundless sebenarnya, bundless tu pencegahan masing-masing tiap infeksi nya.	-	Aduh, jujur aja ya, kadang jalan, kadang kagak.	-

Topik	Inf-1	Inf-2	Inf-3	Inf-4	Inf-5
Angka Kejadian Infeksi Nosokomial di ruang ICU	Untuk surveilans masih terkendala. HAIs itu yang 4 kategori, pemasangan vena central, infeksi karna pemasangan ventilator, infeksi daerah operasi, satu lagi ISK. Selama ini justru yang tercatat itu phlebitis, IDO memang belum tercatat.	Di ICU untuk tahun 2019 yang terbanyak tu phlebitis, cuma bukan yang tertinggi di rumah sakit, tapi kalau untuk tahun ini kita memasukkan ventilator, kita masukkan VAP infeksi yang ada di ICU salah satunya.	Tahun kemaren, infeksi nosokomial angka phlebitis, angka blablabla nya 0% kalau kakak ya, cuma gataulah ya kalau januari belum kakak rekap	Eggak yah	Hmm rendah

Tabel 4.21 Matriks Triangulasi Metode tentang Output

Topik	Wawancara Mendalam	Observasi	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Pelaksanaan dan Pencegahan Infeksi Nosokomial di ruang ICU	Berusaha sebaik mungkin, tapi belum maksimal terutama untuk pelaporan dan perilaku petugas	Belum maksimal karna masih ada petugas yang tidak melakukan PPI	-	Belum maksimal
Angka Kejadian Infeksi Nosokomial di ruang ICU	Yang tertinggi adalah kejadian <i>phlebitis</i> , tetapi tidak tertinggi di rumah sakit	-	Angka kejadian <i>phlebitis</i> tinggi berdasarkan laporan bulanan Komite PPI	Angka kejadian <i>phlebitis</i> adalah yang tertinggi

4.4 Penelitian Kuantitatif

4.4.1 Jumlah dan Karakteristik Tenaga Perawat

Berdasarkan hasil telaah dokumen, tenaga perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat ICU RSUD dr. Rasidin Padang dilihat dari usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, jabatan, dan pelatihan yang telah diikuti adalah sebagai berikut:

Tabel 4.22 Tenaga Perawat di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang

No.	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan
1.	RF	40	Perempuan	S1 Ners	Kepala Ruangan
2.	WN	39	Perempuan	D3 Kep	Waka Ruangan
3.	MF	37	Perempuan	S1 Ners	Perawat Pelaksana
4.	YDS	44	Perempuan	S1 Ners	Perawat Pelaksana
5.	N	40	Perempuan	S1 Ners	Perawat Pelaksana
6.	SJU	34	Perempuan	D3 Kep	Perawat Pelaksana
7.	R	33	Perempuan	D3 Kep	Perawat Pelaksana
8.	IS	42	Perempuan	D3 Kep	Perawat Pelaksana
9.	FB	34	Perempuan	D3 Kep	Perawat Pelaksana
10.	LPA	31	Perempuan	D3 Kep	Perawat Pelaksana
11.	NYU	31	Perempuan	D3 Kep	Perawat Pelaksana
12.	G	34	Laki-Laki	S1 Ners	Perawat Pelaksana
13.	DG	44	Perempuan	S1 Ners	Perawat Pelaksana
14.	SM	46	Perempuan	D3 Kep	Perawat Pelaksana
15.	SR	27	Perempuan	S1 Ners	Perawat Pelaksana
16.	NA	26	Perempuan	D3 Kep	Perawat Pelaksana

Sumber: Data Tenaga Perawat di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2019

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa jumlah tenaga perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat ICU terdiri dari 16 orang yang terdiri dari 15 orang perempuan dan 1 orang laki-laki dengan latar belakang pendidikan 7 orang S1 Ners dan 9 orang D3 Keperawatan yang berada pada kelompok umur 26 – 46 tahun.

Tabel 4.23 Pelatihan yang diikuti Perawat ICU RSUD dr. Rasidin Padang

No.	Pelatihan yang diikuti	Jumlah Perawat yang mengikuti (n=16)	Presentase
1.	ICU Dewasa	6 orang	38%
2.	ICU Dasar 1	3 orang	19%
3.	BTCLS	13 orang	81%
4.	BHD	12 orang	75%
5.	PPI Dasar	14 orang	88%

Sebanyak 6 orang perawat (38%) telah mengikuti pelatihan ICU dewasa, sebanyak 3 orang perawat (19%) telah mengikuti pelatihan ICU dasar 1, sebanyak 13 orang perawat (81%) telah mengikuti pelatihan *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS), sebanyak 12 orang perawat (75%) telah mengikuti pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD), sebanyak 14 orang perawat (88%) telah mengikuti pelatihan PPI Dasar, sedangkan 2 orang lainnya baru mulai dinas di ICU pada bulan November sehingga belum mengikuti pelatihan PPI dasar.

4.4.2 Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan kepada 63 orang perawat jaga selama 7 hari, maka didapatkan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial melalui kewaspadaan standar di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sebagai berikut:

1. Kebersihan Tangan

a. 5 Momen Cuci Tangan

Tabel 4.24 PPI Nosokomial di ICU melalui 5 Momen Cuci Tangan

No.	Kegiatan	CPS	Sampel/ Momen	Mengerjakan		Tidak Mengerjakan		Total	
				n	%	n	%	n	%
1.	Sebelum kontak dengan pasien	TS	63	17	27%	46	73%	63	100%
2.	Sebelum melakukan tindakan	TS	63	17	27%	46	73%	63	100%
3.	Setelah kontak dengan darah dan cairan tubuh	AS	15	15	100%	0	0%	15	100%
4.	Setelah kontak dengan pasien	TS	63	63	100%	0	0%	63	100%
5.	Setelah kontak dengan lingkungan disekitar pasien	TS	63	63	100%	0	0%	63	100%

Keterangan:

CPS : Cara Pengambilan Sampel

TS : *Total Sampling*

AS : *Accidental Sampling*

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa momen yang paling sering dilakukan oleh perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang adalah momen 4 dan 5 dengan persentase 100%, sedangkan untuk momen 1 dan 2 sangat jarang

dilakukan yaitu dengan persentase 27%, dan untuk momen 3 jarang terjadi kontak dengan darah dan cairan tubuh pasien selama pengamatan.

b. 6 Langkah Cuci Tangan

Tabel 4.25 PPI Nosokomial di ICU melalui 6 Langkah Cuci Tangan

No.	Kegiatan	CPS	Sampel/ Momen	Mengerjakan		Tidak Mengerjakan		Total	
				n	%	n	%	n	%
1.	Gosok telapak tangan dengan sabun	TS	63	63	100%	0	0%	63	100%
2.	Gosok telapak punggung tangan	TS	63	63	100%	0	0%	63	100%
3.	Gosok sabun ke sela-sela jari	TS	63	63	100%	0	0%	63	100%
4.	Gosok punggung jari dengan gerakan saling mengunci	TS	63	35	56%	28	44%	63	100%
5.	Gosok memutar jempol kanan dengan tangan kiri dan sebaliknya	TS	63	28	44%	35	56%	63	100%
6.	Gosok ujung jari kanan dengan telapak kiri dan sebaliknya	TS	63	29	46%	34	54%	63	100%

Keterangan:

CPS : Cara Pengambilan Sampel

TS : *Total Sampling*

AS : *Accidental Sampling*

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa langkah yang paling sering dilakukan oleh perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang adalah langkah 1,2, dan 3 dengan persentase 100%, sedangkan untuk langkah 4,5, dan sangat jarang dilakukan dengan persentase 56%, 44%, dan 46%.

2. APD

Tabel 4.26 PPI Nosokomial di ICU melalui APD

No.	Jenis-Jenis APD	CPS	Sampel/ Momen	Mengerjakan		Tidak Mengerjakan		Total	
				N	%	n	%	n	%
1.	Sarung tangan	AS	42	42	100%	0	0%	42	100%
2.	Masker	TS	63	63	100%	0	0%	63	100%
3.	Gaun pelindung	AS	14	14	100%	0	0%	14	100%
4.	Google dan perisai wajah	AS	0	0	0%	0	0%	0	0%
5.	Topi pelindung	AS	0	0	0%	0	0%	0	0%
6.	Sepatu pelindung	TS	63	58	92%	5	8%	63	100%

Keterangan:

CPS : Cara Pengambilan Sampel

TS : *Total Sampling*

AS : *Accidental Sampling*

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa APD yang digunakan oleh perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang adalah pemakaian masker dengan presentase 100%, pemakaian sarung tangan dengan presentase 100%, pemakaian gaun pelindung dengan presentase 100%, pemakaian *google* dan topi plindung dengan presentase 0%, sedangkan pemakaian sepatu pelindung dengan presentase 92%.

3. Etika Batuk dan Bersin

Tabel 4.27 PPI Nosokomial di ICU melalui Etika Batuk dan Bersin

No.	Langkah-Langkah Etika Batuk dan Bersin	CPS	Sampel/ Momen	Mengerjakan		Tidak Mengerjakan		Total	
				n	%	n	%	n	%
1.	Menutup hidung dan mulut dengan tisu/ saputangan/ lengan atas	AS	4	2	50%	2	50%	4	100%
2.	Membuang tisu ke tempat sampah infeksius dan mencuci tangan	AS	4	0	0%	4	100%	4	100%

Keterangan:

CPS : Cara Pengambilan Sampel

TS : *Total Sampling*

AS : *Accidental Sampling*

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa etika batuk dan bersin yang dilakukan oleh perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang untuk langkah menutup hidung dan mulut dengan tisu/ saputangan/ lengan atas dengan presentase 50%, sedangkan untuk langkah membuang tisu ke tempat sampah infeksius dan mencuci tangan dengan presentase 100%.

4. Praktik Menyuntik yang Aman

Tabel 4.28 PPI Nosokomial di ICU melalui Praktik Menyuntik yang Aman

Kegiatan	CPS	Sampel/ Momen	Mengerjakan		Tidak Mengerjakan		Total	
			n	%	n	%	n	%
Pakai spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan	AS	17	17	100%	0	0%	17	100%

Keterangan:

CPS : Cara Pengambilan Sampel

TS : *Total Sampling*

AS : *Accidental Sampling*

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa praktik menyuntik yang aman yang dilakukan oleh perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah semuanya dengan presentase 100%.

Berdasarkan seluruh komponen yang diobservasi, dapat dilihat hasil pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang pada tabel berikut:

Tabel 4.29 PPI Nosokomial melalui Kewaspadaan Standar

No.	Kewaspadaan Standar	Mengerjakan		Tidak Mengerjakan		Total	
		N	%	n	%	n	%
1.	<i>Hand Hygiene</i>						
	5 Momen Cuci Tangan	175	66%	92	34%	267	100%
	6 Langkah Cuci Tangan	281	74%	97	26%	378	100%
2.	APD	177	97%	5	3%	182	100%
3.	Etika Batuk dan Bersin	2	25%	6	75%	8	100%
4.	Praktik Menyuntik yang Aman	17	100%	0	0%	17	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial melalui kewaspadaan standar yang dilakukan oleh perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang untuk *hand hygiene* ketika 5 momen cuci tangan dengan presentase 66% dan 6 langkah cuci tangan dengan presentase 74%, penggunaan APD dengan presentase 97%, melakukan etika batuk dan bersin dengan presentase 25%, dan melakukan praktik menyuntik yang aman dengan presentase 100%.

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial yang dilakukan oleh perawat jaga berdasarkan *shift* kerja di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.30 Perawat jaga yang melaksanakan PPI berdasarkan *shift* kerja

No.	Kegiatan	<i>Shift</i> Pagi		<i>Shift</i> Sore		<i>Shift</i> Malam		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%
1.	<i>Hand Hygiene</i>								
	5 Momen Cuci Tangan	67	38%	47	27%	61	35%	175	100%
	6 Langkah Cuci Tangan	116	41%	84	30%	81	29%	281	100%
2.	APD	50	28%	53	30%	74	42%	177	100%
3.	Etika Batuk dan Bersin	1	50%	0	0%	1	50%	2	100%
4.	Praktik Menyuntik yang Aman	6	35%	5	30%	6	35%	17	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial yang dilakukan oleh perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang menurut *shift* kerja yaitu untuk komponen *hand hygiene* melakukan 5 momen cuci tangan pada *shift* pagi sebanyak 38%, *shift* sore sebanyak 27%, dan *shift* malam sebanyak 35%, sedangkan untuk melakukan 6 langkah cuci tangan pada *shift* pagi sebanyak 41%, *shift* sore sebanyak 30%, dan *shift* malam sebanyak 29%. Persentase penggunaan APD untuk *shift* pagi sebanyak 28%, *shift* sore sebanyak 30%, dan *shift* malam sebanyak 42%. Persentase melakukan etika batuk dan bersin untuk *shift* pagi sebanyak 50%, *shift* sore sebanyak 0%, dan *shift* malam sebanyak 50%. Persentase melakukan praktik menyuntik yang aman untuk *shift* pagi sebanyak 35%, *shift* sore sebanyak 30%, dan *shift* malam sebanyak 35%.

BAB 5 : PEMBAHASAN

5.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang peneliti memiliki beberapa keterbatasan, yaitu peneliti hanya mengamati 2 jam per *shift* perawat jaga selama tujuh hari pengamatan. Kemudian perawat jaga dikatakan “mengerjakan” apabila sudah melakukan satu kali kegiatan, padahal bisa saja jumlah pasien lebih dari satu tetapi perawat jaga tidak melakukan pencegahan terhadap pasien lainnya. Hambatan lainnya adalah ada kegiatan yang tidak dapat diamati selama pengamatan yaitu penggunaan *google* dan perisai wajah, karena tidak ada tindakan yang memerlukan penggunaan APD tersebut. Hal ini menyebabkan belum maksimalnya pengamatan yang dilakukan selama penelitian.

5.2 Komponen *Input*

5.2.1 Tenaga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan tenaga sudah mencukupi dan sudah sesuai dengan karakteristik yang dibutuhkan. Rumah sakit telah memberikan pendidikan/ pelatihan kepada petugas. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Vivi SS, dkk (2018) tentang analisis pelaksanaan manajemen pencegahan dan pengendalian associated infections di RSI Ibnu Sina Padang menunjukkan bahwa peningkatan sumber daya manusia yang dilakukan dalam upaya pencegahan dan pengendalian HAIs dengan pelatihan dan in house training.⁽¹⁵⁾

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa untuk dapat melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi dibutuhkan pendidikan dan pelatihan baik terhadap seluruh SDM fasilitas pelayanan kesehatan

maupun pengunjung dan keluarga pasien, berupa Komunikasi, Informasi, dan Edukasi serta Pelatihan PPI.⁽³⁾

Hambatan yang ditemukan dari segi petugas, yaitu masih belum maksimal kinerja petugas dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial dikarenakan perilaku individu masing-masing. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil Mike R, dkk (2019) tentang gambaran pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit Umum X Kota Y menyatakan bahwa perilaku petugas menerapkan PPI masih rendah.⁽²³⁾

Semua unit kerja di rumah sakit wajib memahami dan melaksanakan standar kerja pencegahan infeksi (kewaspadaan standar). Infeksi nosokomial dapat dicegah dan dikendalikan dengan kesadaran dan rasa tanggung jawab para petugas bahwa dirinya dapat menjadi sumber penularan atau media perantara dalam setiap prosedur dan tindakan medis, sehingga mereka harus menerapkan *personal hygiene*, segala tindakannya harus higienis, serta memperlakukan semua material dan instrumen dengan cara higienis.⁽⁴⁾

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017, tenaga untuk pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah sesuai dengan peraturan yang berlaku, dilihat dari ketersediaan tenaga yang sudah terpenuhi dan sesuai karakteristik yang dibutuhkan. Rumah sakit juga sudah memberikan pendidikan/pelatihan, tetapi kinerja petugas belum maksimal dikarenakan perilaku individu, seperti perilaku dalam pelaksanaan *handhygiene*. Semakin tinggi angka kepatuhan petugas dalam pelaksanaan *handhygiene*, maka semakin rendah angka kejadian infeksi nosokomial, begitupun sebaliknya.

Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD

dr. Rasidin Padang agar baik pasien maupun petugas agar dapat terlindungi dari kemungkinan tertular infeksi.

5.2.2 Dana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada anggaran khusus dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang, tetapi yang dianggarkan khusus untuk PPI hanya untuk diklat pelatihan PPI dasar. Anggaran untuk pengadaan Bahan Habis Pakai, pengadaan sarana cuci tangan, dan pengadaan lainnya digabung dengan kegiatan lain yang ada di rumah sakit.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Vivi SS, dkk (2018) tentang analisis pelaksanaan manajemen pencegahan dan pengendalian healthcare associated infections di RSI Ibnu Sina yang menyatakan bahwa untuk menunjang upaya pencegahan dan pengendalian HAIs tidak tersedia dana secara khusus tetapi digabungkan atau disamakan dengan dana yang lainnya.⁽¹⁵⁾ Selain itu, penelitian ini juga sejalan dengan hasil Yayang KA, dkk (2019) tentang analisis pelaksanaan manajemen komite pencegahan dan pengendalian healthcare associated infections di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah menyatakan bahwa komite PPI tidak memiliki anggaran khusus karena termasuk BLUD.⁽⁴⁵⁾

Menurut Munijaya (2010), dana merupakan hal yang sangat penting mendukung pelaksanaan baik dalam operasional maupun dalam pengadaan sarana dan prasarana. Dana dibutuhkan dalam hal menunjang dan memperlancar kegiatan yang dilaksanakan.⁽⁵²⁾

Sumber dana di RSUD dr. Rasidin Padang berasal dari APBD dan BLUD. Kegiatan PPI belum memiliki anggaran khusus, tetapi digabung dengan kegiatan lain yang ada di rumah sakit. Anggaran yang terpecah-pecah di setiap kegiatan memiliki penanggungjawab yang berbeda menimbulkan sulitnya koordinasi, sehingga

terkadang barang yang dibutuhkan tidak tercukupi dan ketika sedang berhutang akan berdampak pada kekosongan stok barang sehingga pemakaian APD dan lainnya menjadi terhenti, tetapi sejauh ini pihak rumah sakit sudah memenuhi kebutuhan sesuai permintaan.

Oleh karena itu, diharapkan kepada komite PPI untuk mengajukan penganggaran dana khusus sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial agar tidak terjadinya kesulitan dalam berkoordinasi antar penanggungjawab anggaran yang dapat berdampak pada kekosongan stok barang.

5.2.3 Sarana dan Prasarana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada wastafel sebagai sarana dan prasarana dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sehingga petugas harus mencuci tangan ke kamar mandi, tetapi untuk *handrub* dan sarana lainnya sudah tersedia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Zulkarnain (2018) tentang analisis hubungan perilaku perawat terhadap tindakan pencegahan infeksi nosokomial (*phelibitis*) di ruang perawatan interna RSUD Bima menyatakan bahwa ada beberapa hal yang membuat perawat berperilaku kurang antara lain disebabkan karena kurangnya sarana yang mendukung pelayanan keperawatan seperti wastafel ada tetapi airnya tidak mengalir dengan baik.⁽²¹⁾

Sarana pelayanan kesehatan adalah suatu alat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Prasarana merupakan segala sesuatu sebagai penunjang utama terselenggaranya suatu proses.⁽⁵³⁾

Sarana dan prasarana di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang masih belum mencukupi, seperti tidak tersedianya wastafel sebagai sarana *handwash*, sehingga

petugas harus ke kamar mandi untuk mencuci tangan, hal ini membuat petugas malas untuk mencuci tangan. Sedangkan untuk *handrub*, sudah tersedia di setiap tempat tidur pasien. APD sudah tersedia dan tempat tidur sudah tercukupi. Kemudian pada ruangan ICU belum ada ruang isolasi, yaitu ruangan yang didesain khusus dan terpisah dari pasien lain sebagai pengendalian penyebaran penyakit atau infeksi.

Oleh karena itu, diharapkan kepada rumah sakit untuk dapat memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana sebagai penunjang pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

5.2.4 Kebijakan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sudah ada kebijakan terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang seperti SOP dan buku panduan. Pihak komite PPI sudah melakukan sosialisasi, edukasi, re-edukasi, dan supervisi kemudian di audit. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Vivi SS, dkk (2018) tentang analisis pelaksanaan manajemen pencegahan dan pengendalian healthcare associated infections di RSI Ibnu Sina menyatakan bahwa upaya-upaya yang sudah dilakukan partisipan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HAIs adalah melakukan edukasi, melakukan sosialisasi.⁽¹⁵⁾

Salah satu penyebab belum semua petugas yang menerapkan kebijakan yaitu dukungan manajemen yang masih rendah dibuktikan dengan belum adanya *reward* kepada petugas yang telah patuh menjalankan PPI nosokomial, maupun sanksi kepada petugas yang belum patuh menjalankan PPI nosokomial. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil Riani, dkk (2019) tentang hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat melaksanakan *handhygiene* sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap rumah sakit AH menyatakan bahwa salah satu hal yang menyebabkan kurangnya kepatuhan dari beberapa responden melaksanakan

hand hygiene enam langkah di lima moment adalah tidak adanya reward dari rumah sakit terhadap perawat yang patuh, ataupun punishment bagi perawat yang tidak patuh melaksanakan hand hygiene.⁽³⁴⁾

Komite PPI memberikan laporan surveilans kepada direktur terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, kemudian dilakukan evaluasi per 3 bulan, tetapi selama ini masih kurang pelaksanaan evaluasi dari pihak manajemen, hanya sebatas laporan saja. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yayang KA, dkk (2019) tentang analisis pelaksanaan manajemen komite pencegahan dan pengendalian healthcare associated infections di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah juga menyatakan bahwa pengendalian berupa monitoring evaluasi telah dilakukan oleh komite PPI akan tetapi belum ada tindak lanjut yang diberikan oleh pihak manajemen maupun rumah sakit, hanya sebatas laporan saja.⁽⁴⁵⁾

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa kebijakan yang dibuat yaitu berupa upaya-upaya yang dilakukan untuk meminimalkan angka infeksi nosokomial. Pada pengendalian infeksi nosokomial, tugas dan wewenang kebijakan disusun dan diatur oleh panitia medis pengendali infeksi, bersama direktur dilakukan penentuan kebijakan. IPCLN mengontrol keadaan disetiap ruangan dan IPCN melakukan supervisi ke setiap ruangan untuk monitoring kejadian infeksi dan kepatuhan terhadap pelaksanaan PPI. Kemudian hasil audit yang telah lengkap dikaji ulang bersama pihak manajemen.⁽³⁾ Menurut Darmadi (2008) tim pengendalian infeksi rumah sakit dapat menyusun program pengendalian infeksi melalui sebuah kebijakan yang diterbitkan oleh direktur rumah sakit salah satunya meliputi standar kerja.⁽⁴⁾

Kebijakan mengenai pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah lengkap tersedia mulai dari hal kecil seperti *handhygiene* hingga hal besar seperti penempatan pasien, tetapi belum diterapkan oleh seluruh petugas. Hal ini sangat erat kaitannya dengan perilaku individu masing-masing petugas. SOP hanya sebatas SOP dan belum semuanya yang disosialisasikan. Kebijakan ini juga diperkuat dengan adanya poster mengenai 6 langkah cuci tangan di setiap sudut ruangan. Kemudian belum ada dukungan manajemen berupa *reward* kepada petugas yang menerapkan kewaspadaan standar sehingga petugas kurang termotivasi.

Oleh karena itu, diharapkan kepada pihak manajemen untuk dapat memberikan *reward* kepada petugas yang menerapkan kewaspadaan standar dan melakukan evaluasi terhadap hasil laporan surveilans yang telah diberikan dan diharapkan kepada semua petugas untuk dapat menerapkan kebijakan yang telah ditentukan.

5.3 Komponen *Process*

5.3.1 Kebersihan Tangan

a. 5 Momen Cuci Tangan

Hasil penelitian kualitatif menyebutkan bahwa belum semua perawat ICU RSUD dr. Rasidin Padang melakukan 5 momen cuci tangan. Momen yang terbanyak dilakukan adalah setelah kontak dengan darah dan cairan tubuh pasien serta setelah kontak dengan pasien, sedangkan sebelum kontak dengan pasien dan sebelum memberikan tindakan aseptik perawat jarang melakukan cuci tangan. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa perawat jaga yang melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien sebanyak 27%, sebelum melakukan tindakan sebanyak 27%, setelah kontak dengan darah dan cairan tubuh sebanyak 100%, setelah kontak dengan

pasien sebanyak 100%, dan setelah kontak dengan lingkungan disekitar pasien sebanyak 100%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sukfitrianty S, dkk (2018) tentang analisis pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ICU RSUD Labuang Baji Makassar menyatakan bahwa meskipun perawat mengetahui tentang cara mencuci tangan yang baik namun masih ada saja perawat yang tidak mencuci tangan saat akan merawat pasien.⁽²⁰⁾ Selain itu, penelitian ini sesuai dengan hasil Zulkarnain (2018) tentang analisis hubungan perilaku perawat terhadap tindakan pencegahan infeksi nosokomial (phelibits) di ruang perawatan interna RSUD Bima yang menyatakan bahwa sebagian besar perawat tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan atau kontak dengan pasien.⁽²¹⁾ Penelitian La OA (2019) tentang hubungan pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi terhadap perilaku perawat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial ruang rawat inap RSUD Kota Kendari menyatakan bahwa hal yang paling sering dilupakan oleh perawat pelaksana sebelum kontak dengan pasien adalah mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien.⁽²⁵⁾

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa petugas harus menerapkan kewaspadaan standar agar tidak terinfeksi, salah satunya dengan kebersihan tangan yaitu melalui 5 momen cuci tangan. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir selama 40-60 detik bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) selama 20-30 detik bila tangan tidak tampak kotor. Hasil yang ingin dicapai dalam kebersihan tangan adalah mencegah agar tidak terjadi infeksi, kolonisasi pada pasien dan mencegah kontaminasi dari pasien ke lingkungan

termasuk lingkungan kerja petugas.⁽³⁾ Menurut Darmadi (2008) setiap akan mengerjakan prosedur dan tindakan medis serta perawatan, petugas harus membiasakan diri untuk mencuci tangan.⁽⁴⁾

Perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah melakukan 5 momen cuci tangan, tetapi belum semua petugas yang menerapkannya. Momen yang paling sering tidak dilakukan adalah sebelum kontak dengan pasien dan yang paling sering dilakukan adalah setelah kontak dengan pasien. Ruang ICU belum memiliki wastafel, sehingga petugas hanya mencuci tangan menggunakan *handrub*. *Handrub* boleh digunakan apabila tangan tidak terlihat kotor dan harus mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir apabila sudah menggunakan *handrub* hingga 5-6 kali, jika tangan jelas terlihat kotor seperti terkena darah atau cairan tubuh pasien maka petugas akan mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun ke kamar mandi.

Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat melakukan 5 momen cuci tangan sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

b. 6 Langkah Cuci Tangan

Hasil penelitian kualitatif menyebutkan bahwa perawat ICU RSUD dr. Rasidin Padang telah mengetahui apa saja 6 langkah dalam mencuci tangan, tetapi masih ada langkah-langkah yang terbalik karna tidak sering diterapkan atau terkadang hanya sekedar mencuci tangan tanpa menerapkan 6 langkah yang telah ditentukan. Langkah yang terbanyak dilakukan adalah gosok telapak tangan dengan sabun, gosok telapak punggung tangan, dan gosok sabun ke sela-sela jari. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa perawat jaga yang menggosok telapak tangan dengan sabun sebanyak 100%, menggosok telapak punggung tangan sebanyak 100%, menggosok sabun ke sela-sela jari sebanyak 100%, menggosok punggung jari dengan gerakan saling mengunci sebanyak 56%, gosok memutar jempol

kanan dengan tangan kiri dan sebaliknya sebanyak 44%, dan menggosok ujung jari kanan dengan telapak kiri dan sebaliknya sebanyak 46%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Mera D, dkk (2018) tentang penerapan cuci tangan five momen dengan angka kejadian infeksi nosokomial menyatakan bahwa semakin sering kita melakukan cuci tangan 6 langkah yang benar semakin sedikit peluang terjadinya infeksi nosokomial, begitu juga sebaliknya.⁽⁴⁴⁾

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa petugas harus menerapkan kewaspadaan standar agar tidak terinfeksi, salah satunya dengan kebersihan tangan yaitu melalui 6 langkah cuci tangan.⁽³⁾

Perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah melakukan 6 langkah mencuci tangan dengan durasi yang ditentukan, tetapi belum semua petugas yang menerapkan. Untuk langkah yang paling sering dilakukan adalah menggosok telapak, punggung, dan sela-sela jari tangan, sedangkan gerakan saling mengunci, memutar jempol, dan menggosok ujung jari jarang dilakukan. Hal ini disebabkan karena kebiasaan petugas dan terkadang kondisi pasien yang *emergency* sehingga petugas tidak sempat melakukan 6 langkah mencuci tangan dengan maksimal.

Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat melakukan 6 langkah cuci tangan sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

5.3.2 Alat Pelindung Diri

Hasil penelitian kualitatif menyebutkan bahwa ketersediaan APD sudah ada, tetapi kadang ada keterlambatan dalam pendistribusian ke ruangan. Apabila hal ini terjadi, solusi yang dilakukan oleh perawat adalah meminjam ke ruangan lain atau minta ke apotik. Perawat ICU RSUD dr. Rasidin Padang telah menggunakan APD dalam menangani pasien, tetapi pemakaian secara benar dan tepat belum maksimal.

Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa perawat jaga yang menggunakan sarung tangan sebanyak 100%, menggunakan masker sebanyak 100%, menggunakan gaun pelindung sebanyak 100%. Menggunakan *google* dan perisai wajah sebanyak 0%, menggunakan topi pelindung sebanyak 0%, dan menggunakan sepatu pelindung sebanyak 92%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sukfitrianty S, dkk (2018) tentang analisis pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ICU RSUD Labuang Baji Makassar menyatakan bahwa alat pelindung diri yang ada di ruang ICU yaitu: sarung tangan, masker, penutup kepala, baju pelindung dan baju kerja, serta sepatu pelindung. Beberapa perawat tidak menggunakan alat pelindung diri sesuai indikasi penggunaan APD yang ada. Seperti tidak menggunakan masker, penutup kepala dan sepatu pelindung sesuai indikasi yang telah dijelaskan. Ditemukan juga bahwa beberapa perawat masih menggunakan baju kerja ruangan saat akan pulang atau pun keluar rumah sakit.⁽²⁰⁾

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang dipakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/ bahan infeksius. APD terdiri dari sarung tangan, masker/ respirator partikulat, pelindung mata (*google*), perisai/ pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/ apron, sandal/ sepatu tertutup (sepatu boot). Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.⁽³⁾

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang

kotor untuk mencegah penularan melalui airborne. Sarung tangan diperlukan ketika membersihkan darah/ cairan tubuh dan memasang/ mencabut infus. Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah/ cairan tubuh, sekresi, ekskresi/ melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril. Google dan perisai wajah untuk melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, skeresi dan ekskresi. Sepatu peindung digunakan untuk melindungi kaki petugas dari tumpahan/ percikan darah/ cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam/ kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal. Topi pelindung untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/ daerah steril/ membran mukosa pasien dan juga sebaliknya.⁽³⁾

Perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah menggunakan APD dalam menangani pasien. Petugas selalu menggunakan masker selama jam dinas kerja, sarung tangan sudah digunakan sesuai dengan indikasi yang ditentukan seperti ketika memasang/ mencabut infus dan memandikan pasien, gaun pelindung digunakan sesuai dengan indikasi yang ditentukan seperti ketika memandikan pasien, *google* dan perisai wajah digunakan sesuai dengan indikasi yang ditentukan seperti ketika memasang CVC tetapi selama pengamatan tidak ada tindakan yang memerlukan penggunaan *google* dan perisai wajah, sepatu pelindung sudah digunakan petugas yaitu berupa sandal tertutup, dan topi pelindung digunakan sesuai dengan indikasi yang ditentukan seperti tindakan insersi CVL tetapi selama pengamatan tidak ada tindakan yang memerlukan penggunaan topi pelindung.

Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat menggunakan APD sesuai dengan indikasinya, serta diharapkan kepada pihak

manajemen agar mendistribusikan APD secepat mungkin ke setiap ruangan supaya para petugas dapat menggunakannya dalam menangani pasien.

5.3.3 Etika Batuk dan Bersin

Hasil penelitian kualitatif menyebutkan bahwa perawat ICU RSUD dr. Rasidin Padang rajin menggunakan masker ketika jam dinas kerja, sehingga apabila mereka batuk/ bersin tidak menularkan virus kepada orang lain karena menggunakan masker merupakan salah satu pencegahan infeksi. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa perawat jaga yang menutup hidung dan mulut dengan tisu/ saputangan/ lengan atas sebanyak 50% sedangkan perawat jaga yang membuang tisu ke tempat sampah infeksius dan mencuci tangan sebanyak 0%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sutianik R, dkk (2017) tentang penerapan kewaspadaan standar sebagai upaya pencegahan bahaya biologi pada tenaga keperawatan menyatakan bahwa petugas kesehatan di RSUD Tugurejo Semarang memakai masker saat batuk/flu, apabila tidak menggunakan masker maka petugas kesehatan menutup hidung dan mulut menggunakan tisu atau bagian dalam dari siku.⁽⁵³⁾

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa etika batuk dan bersin diterapkan untuk semua orang mulai dari petugas, pasien, hingga pengunjung terutama pada kasus infeksi dengan jenis transmisi *airborne* dan droplet. Fasilitas pelayanan kesehatan harus menyediakan sarana cuci tangan seperti wastafel dengan asir mengalir, tisu, sabun cair, tempat sampah infeksius dan masker bedah, karena masker dapat melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin dan sebaliknya.⁽³⁾

Perawat jaga di ICU RSUD dr. Rasidin Padang rata-rata selalu menggunakan masker selama jam dinas kerja, hal ini menjadi salah satu cara pencegahan penularan

dan memproteksi diri dari virus yang bertransmisi melalui *airborne* dan droplet. Untuk petugas yang belum menggunakan masker, sudah menutup mulut dan hidung menggunakan lengan atas ketika batuk atau bersin, tetapi masih ada petugas yang tidak menutup mulut dan hidung ketika batuk dan bersin. Hal ini sangat dipengaruhi oleh perilaku individu masing-masing petugas.

Oleh karena itu, diharapkan kepada petugas yang batuk dan bersin untuk dapat melakukan langkah-langkah etika batuk dan bersin karena hal tersebut dapat mencegah penularan virus kepada orang lain.

5.3.4 Praktik Menyuntik yang Aman

Hasil penelitian kualitatif menyebutkan bahwa perawat ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah menggunakan satu spuit dan satu jarum suntik setiap satu orang kemudian limbah dibuang ke *safety box*, tetapi kendalanya adalah ketika *safety box* habis. Kemudian masih ada perawat yang tidak membuang limbah jarum suntik ke *safety box* dan masih ada perawat yang tertusuk jarum suntik, termasuk mahasiswa praktek. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa perawat jaga yang menggunakan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan sudah 100%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sutianik R, dkk (2017) tentang penerapan kewaspadaan standar sebagai upaya pencegahan bahaya biologi pada tenaga keperawatan menyatakan bahwa secara keseluruhan di RSUD Tugurejo Semarang, prinsip dalam penanganan instrumen benda tajam sudah sesuai standar yang digunakan, para perawat selalu menggunakan sarung tangan bila berhubungan dengan jarum (spuit untuk injeksi) ataupun pisau, dan menggunakan tiap-tiap jarum dan semprit hanya sekali pakai serta tidak melepas jarum setelah digunakan.⁽⁵³⁾

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa

pemakaian spuit dan jarum suntik steril hanya untuk sekali pakai setiap suntikan, berlaku juga pada penggunaan vial multidose untuk mencegah timbulnya kontaminasi mikroba saat obat dipakai pada pasien lain, kemudian membuang spuit dan jarum suntik bekas pakai ke tempatnya dengan benar, serta menerapkan aseptic technique untuk mencegah kontaminasi alat-alat injeksi.

Perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah menerapkan aseptic technique serta menggunakan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai setiap suntikan kemudian membuang spuit dan jarum suntik bekas pakai ke *safety box*.

5.4 Komponen Output

a. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di ruang ICU

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang dilakukan sebaik mungkin walaupun belum maksimal, terutama untuk pelaporan. Hal ini berhubungan dengan perilaku individu petugas dalam menerapkan kewaspadaan standar sebagai salah satu cara mencegah terjadinya infeksi nosokomial.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Vivi SS, dkk (2018) tentang analisis pelaksanaan manajemen pencegahan dan pengendalian healthcare associated infections di RSI Ibnu Sina menyatakan bahwa pencatatan dan pelaporan HAIs yang sudah dilakukan belum maksimal, hambatan yang diungkapkan partisipan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HAIs adalah perilaku petugas kesehatan.⁽¹⁵⁾ Selain itu, penelitian ini juga sejalan dengan penelitian La OA (2019) tentang hubungan pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi terhadap perilaku perawat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial ruang rawat inap RSUD Kota Kendari menyatakan bahwa salah satu kendala yang dirasakan dalam pelaksanaan program PPI yaitu kepatuhan staf yang masih perlu ditingkatkan dan diingatkan lagi.⁽²⁵⁾

Hal ini juga diungkapkan dalam penelitian Yayang KA, dkk (2019) tentang analisis pelaksanaan manajemen komite pencegahan dan pengendalian healthcare associated infections di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah menyatakan bahwa pelaksanaan manajemen PPI belum maksimal karena perilaku petugas yang tidak mencerminkan dengan pelaksanaan program PPI sesuai prosedurnya. Yang menjadi kesulitan adalah menanamkan kesadaran bagi orang yang terlibat dalam PPI, karena kaitannya dengan perilaku sehingga masih membutuhkan proses untuk menyadarkannya.⁽⁴⁵⁾

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan PPI.⁽³⁾

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sudah dilakukan oleh petugas dan diamati langsung oleh IPCLN yang merupakan kepala ruangan ICU dan sudah di supervisi oleh IPCN, tetapi belum semua petugas yang menerapkan. Dalam hal ini, perilaku petugas merupakan poin kunci untuk menerapkannya. Kegiatan mencuci tangan rata-rata dilakukan petugas hanya setelah kontak dengan pasien, sedangkan sebelum memberikan tindakan petugas tidak mencuci tangan dan itu pun hanya menggunakan *handurb* karena di ruang ICU tidak ada wadtafel. Penggunaan APD sudah dilakukan, tetapi masih ada petugas yang menggunakan sarung tangan yang sama dalam menangani pasien yang berbeda. Ketika batuk dan bersin masih ada petugas yang tidak menutup mulut dan hidung. Khusus untuk penggunaan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai setiap suntikan kemudian dibuang ke *safety box* sudah dilakukan oleh seluruh petugas.

Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang.

b. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial di ruang ICU

Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU yang tertinggi adalah *phlebitis*, tetapi angka kejadian *phlebitis* di ruang ICU bukan yang tertinggi di rumah sakit, sedangkan untuk kejadian infeksi nosokomial lainnya mungkin ada tetapi belum tercatat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ratna N, dkk (2012) tentang infeksi nosokomial di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo yang menyatakan bahwa para medis tidak mencuci tangan terlebih dahulu, dan langsung memakai sarung tangan. Hal ini sebagai salah satu penyebab infeksi *phlebitis*.⁽²⁾

Menurut Darmadi (2008) informasi yang disampaikan oleh Panitia Medik Pengendalian Infeksi kepada pihak manajemen/ direktur rumah sakit adalah berupa temuan angka kejadian infeksi nosokomial secara menyeluruh dalam kurun waktu tertentu, disertai persentase untuk masing-masing jenis infeksi nosokomial serta dibandingkan dengan laporan periode sebelumnya.⁽⁴⁾

Komite PPI RSUD dr. Rasidin Padang sudah melakukan surveilans kepada setiap ruangan dan merekap angka kejadian infeksi nosokomial yang ditemukan setiap bulannya dalam jumlah kejadian dan persentase. Untuk ruang ICU, angka yang tertinggi adalah *phlebitis*. Hal ini dikarenakan rendahnya angka kepatuhan petugas terhadap *handhygiene*, pemasangan infus yang tidak steril, tipe kateter yang tidak sesuai dengan ukuran pembuluh darah, serta konsentrasi cairan yang terlalu pekat. Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat melaksanakan *bundles phlebitis* sebagai pencegahan kejadian *phlebitis*.

BAB 6 : KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2020, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Komponen *Input*

- a. Jumlah tenaga sudah mencukupi dan sesuai dengan karakteristik yang dibutuhkan. Rumah sakit telah memberikan pendidikan/ pelatihan kepada petugas.
- b. Sumber dana berasal dari APBD dan BLUD, tetapi belum ada anggaran khusus untuk PPI, melainkan digabung dengan kegiatan lain yang ada di rumah sakit.
- c. Sarana prasarana belum memadai, seperti tidak adanya wastafel.
- d. Kebijakan sudah lengkap tersedia seperti SOP dan buku panduan.

2. Komponen *Process*

- a. Pelaksanaan kebersihan tangan belum sesuai dengan 5 moment dan 6 langkah cuci tangan.
- b. Penggunaan APD sudah dilakukan sesuai dengan indikasi yang ditentukan.
- c. Etika batuk dan bersin sudah dilakukan oleh sebagian besar petugas yaitu dengan menutup mulut dan hidung menggunakan lengan atas.
- d. Praktik menyuntik yang aman sudah dilakukan oleh seluruh petugas.

3. Komponen *Output*

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU belum semuanya yang sesuai dengan standar, disebabkan oleh perilaku individu petugas, kelengkapan sarana dan prasarana, serta dukungan manajemen seperti pemberian *reward* kepada petugas yang telah melaksanakan PPI.

4. Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial melalui kewaspadaan standar yang dilakukan oleh perawat jaga di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang untuk *hand hygiene* ketika 5 momen cuci tangan dengan presentase 66% dan 6 langkah cuci tangan dengan presentase 74%, penggunaan APD dengan presentase 97%, melakukan etika batuk dan bersin dengan presentase 25%, dan melakukan praktik menyuntik yang aman dengan presentase 100%.

6.2 Saran

Dari hasil penelitian, adapun saran yang dapat diberikan yaitu:

1. Diharapkan kepada IPCN dan IPCLN agar dapat meningkatkan pengawasan terhadap petugas dalam melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang sesuai dengan SOP, terutama dalam pelaksanaan *hand hygiene*, penggunaan APD, melakukan etika batuk dan bersin, serta melakukan praktik menyuntik yang aman.
2. Diharapkan kepada Komite PPI untuk dapat mengajukan anggaran khusus sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama infeksi nosokomial.
3. Diharapkan kepada rumah sakit untuk dapat menyediakan sarana prasarana sebagai penunjang pelaksanaan PPI nosokomial, terutama wastafel.
4. Diharapkan kepada pihak manajemen untuk memberikan motivasi berupa *reward* kepada petugas yang melaksanakan PPI, serta sanksi kepada petugas yang tidak melaksanakan PPI.

DAFTAR PUSTAKA

1. UU RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
2. Nugraheni, Ratna. Suhartono. Winarni, Sri. Infeksi Nosokomial di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, Vol.11/No.1, April 2012.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
4. Darmadi. *Infeksi Nosokomial: Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
5. Abubakar, Nabillah. Nilamsari, Neffrety. Pengetahuan dan Sikap Keluarga Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Haji Surabaya terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, Volume 3, No. 1, Oktober 2017 : 49 - 61
6. Djunaid, Rhein. Hamzah, Suratni. Penerapan Universal Precaution dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial. *Jambura Nursing Journal* Vol. 1, No. 1, Januari 2019 ISSN: 2654-2927
7. Pratama, Agung Cahya. Bangkele, Elli Yane. Identifikasi Bakteri Udara di Ruang Rawat Inap Paviliun Melati RSUD Undata Palu Tahun 2017. *Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah Kedokteran*, Vol. 5 No. 1 Januari 2018
8. Arifin, Anisa. Safri. Ernawaty, Juniar. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Hand Hygiene Mahasiswa Profesi Ners di Ruang Rawat Inap. *JOM FKp*, Vol. 6 No.1 (Januari-Juni) 2019
9. Ta'adi. Setiyorini, Erni. Amalya, M. Rifi. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Cuci Tangan 6 Langkah Momen Pertama pada Keluarga Pasien di Ruang Anak. *Jurnal Ners dan Kebidanan*, Volume 6, Nomor 2, Agustus 2019, hlm. 203-210
10. Karo, Mestiana BR. Barus, Mardiaty. Tumanggor, Agnes Sutantri. Hubungan Persepsi, Motivasi dan Karakteristik Perawat dengan Pelaksanaan Hand Hygiene. *Fundamental and Management Nursing Journal* Vol. 2, No. 1, April 2019

11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit
12. Kurniawati, Ajeng FS. Satyabakti, Prijono. Arbianti, Novita. Perbedaan Risiko Multidrug Resistance Organisms (Mdro) Menurut Faktor Risiko dan Kepatuhan Hand Hygiene. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 3, No. 3 September 2015: 277–289
13. Haque, Mainul. Sartelli, Massimo. McKimm, Judy. Bakar, Muhammad Abu. *Infection and Drug Resistance* 2018:11 2321-2333
14. Wiku AMS. 2009. *Buku Ajar Manajemen Pencegahan dan Surveilans untuk Infeksi Nosokomial*. Universitas Indonesia
15. Sapardi, Vivi Syofia. Machmud, Rizanda. Gusty, Reni Prima. Analisis Pelaksanaan Manajemen Pencegahan dan Pengendalian *Healthcare Associated Infections* di RS Ibnu Sina. *Jurnal Endurance* 3(2) Juni 2018 (358-366)
16. Salawati, Liza. Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala* Volume 12 Nomor 1 April 2012
17. A. Stiller, et al. *ICU Ward Design and Nosocomial Infection rates: a Cross-Sectional Study in Germany*. *Journal of Hospital Infection* 95 2017 71e75
18. Irdan. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Infeksi Nosokomial (INOS) oleh Perawat di IRNA Bedah RSUD Kayu Agung Kabupaten OKI Tahun 2017. *Prosiding Seminar Nasional dan Diseminasi Penelitian Kesehatan STIKes Bakti Tunas Husada Tasikmalaya*, 21 April 2018
19. Rizal, Alfi Ari Fakhur, Khotimah, Husnul. Hubungan antara Lokasi Penusukan dengan Kejadian Plebitis pada Pasien di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Ilmu Kesehatan* Vol.6 No.1 Juni 2018
20. Syahrir, Sukfitrianty. Tirmanidhana, Fitrahmadani. Raodhah, Sitti. Bujawati, Emmi. Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial Di ICU RSUD Labuang Baji Makassar. Volume 4, No.2, Mei-Agustus 2018
21. Zulkarnain. Analisis Hubungan Perilaku Perawat Terhadap Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial (Phelibitis) Di Ruang Perawatan Interna RSUD Bima Tahun 2018. *Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan*, Vol. 2 No. 1 Maret 2018

22. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
23. Rismayanti, Mike. Hardisman. Gambaran Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Umum X Kota Y. *Jurnal Kesehatan Andalas* 2019; 8(1)
24. Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah dr.Rasidin Padang Tahun 2018
25. Alifariki, La Ode. Hubungan Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terhadap Perilaku Perawat dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial Ruang Rawat Inap. *Manuju: Malahayati Nursing Journal*, P- ISSN: 2655-2728 E-ISSN: 2655-4712 Volume 1, Nomor 2, Juli 2019 148-159
26. Widyastuti, Monna. Hubungan Karakteristik dan Pengetahuan Perawat dengan Pencegahan *Healthcare Assosiated Infections* di Instalasi Rawat Inap RS dr.Reksodiwiryo Padang Tahun 2017. *Menara Ilmu* Vol. XII Jilid III No.79 Januari 2018 ISSN 1693-2617 E-ISSN 2528-7613
27. Ibrahim, Hasbi. PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DENGAN KEWASPADAAN UMUM DI RUMAH SAKIT (Integrasi Nilai Islam dalam Membangun Derajat Kesehatan). Makassar: Alauddin University Press. 2019.
28. Pangalila, Frans Josef Vincentius et al. *Pedoman Antibiotik Empirik di Unit Rawat Intensif*. Perhimpunan Dokter Intensive Care Indonesia. 2019.
29. Lina, Liza Fitri. Ferasinta. Oktavidianti, Eva. Lestari, Dwi Puji. Analisis Cara Penanganan dengan Kejadian Infeksi Saluran Kemih pada Pasien di Poliklinik Urologi RSUD dr M Yunus Bengkulu. *JURNAL SURYA MUDA*, 1(1), 2019 p-ISSN 2656-5811 e-ISSN 2656-825x
30. R. Saravanakumar. B.M.P Devi. Surgical Site Infection In a Tertiary Care Centre-an Overview - a Cross Sectional Study. *International Journal of Surgery Open* 21 (2019) 12-16
31. Tsuzuki, Shinya et al. National Trend of Blood-Stream Infection Attributable Deaths caused by Staphylococcus aureus and Escherichia Coli in Japan. *Journal of Infection and Chemotherapy*. 2019.
32. Alimansur, Moh. Santoso, Puguh. FAKTOR RESIKO DEKUBITUS PADA PASIEN STROKE. *Jurnal Ilmu Kesehatan* Vol. 8 No.1, Nopember 2019 ISSN Cetak 2303-1433 ISSN Online: 2579-7301
33. Septiari BB. *Infeksi Nosokomial*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2012.

34. Riani. Syafriani. Hubungan antara Motivasi dengan Kepatuhan Perawat melaksanakan *Handhygiene* sebagai Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit AH Tahun 2019. *Jurnal Ners* Volume 3 Nomor 2 Tahun 2019 Halaman 49 – 59
35. Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
36. Alamsyah, Dedi. 2012. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
37. Pedoman Teknis Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit Kelas C. Pusat Sarana, Prasarana Dan Peralatan Kesehatan Tahun 2007. Departemen Kesehatan RI Sekretariat Jenderal
38. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit
39. Standar Pelayanan Keperawatan di Ruangan Intensif (ICU). Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI.
40. Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit Tahun 2011
41. Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Penerbit Erlangga
42. Azwar, Azrul. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara
43. Wahyu Yunus, Wahyu. Haeruddin. Fachrin, Suharni A. *Pengaruh Pengetahuan dan Sikap terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Universal Precaution di Rumah Sakit Umum Wisata Universitas Indonesia Timur Tahun 2017*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis* Volume 11 Nomor 4 Tahun 2017 eISSN: 2302-2531
44. Delima, Mera. Andriani, Yessi. Gustinawati. *Penerapan Cuci Tangan Five Momen dengan Angka Kejadian Infeksi Nosokomial*. *Prosiding Seminar Kesehatan Perintis* E-ISSN: 2622-2256 Vol. 1 No. 2 Tahun 2018
45. Yayang Khairunnisa Agusti. Suryoputro, Antono. Kusumastuti, Wulan. *Analisis Pelaksanaan Manajemen Komite Pencegahan Dan Pengendalian*

Healthcare Associated Infections di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia* 18(4), 2019

46. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Penerbit Alfabeta; 2014.
47. Notoadmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2014
48. Djam'an S, Aan K. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung ALFABETA 2010
49. Arif Soemantri. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kencana.2011
50. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta; 2014
51. *Profil Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang Tahun 2019*
52. Gde, Munijaya. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2010
53. Romadhoni, Sutianik. Widowati, Evi. Penerapan Kewaspadaan Standar sebagai Upaya Pencegahan Bahaya Biologi pada Tenaga Keperawatan. *Higeia Journal of Public Health Research and Development* 1 (4) 2017







LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

Permohonan Menjadi Informan

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Niken Yulika

NIM : 1611211002

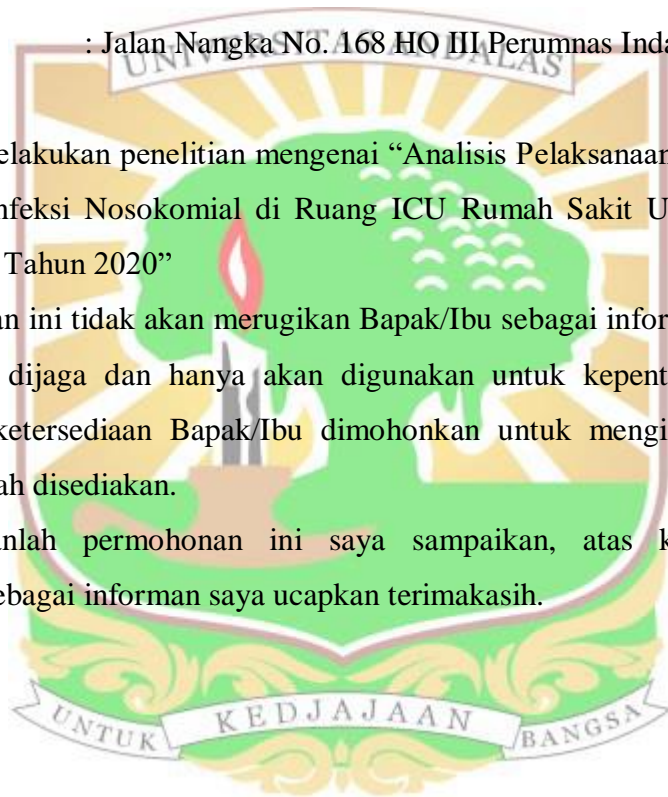
Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jalan Nangka No. 168 HO III Perumnas Indarung Padang

Akan melakukan penelitian mengenai “Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang Tahun 2020”

Penelitian ini tidak akan merugikan Bapak/Ibu sebagai informan, kerahasiaan informan akan dijaga dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian, sebagai bukti ketersediaan Bapak/Ibu dimohonkan untuk mengisi formulir pada lembar yang telah disediakan.

Demikianlah permohonan ini saya sampaikan, atas ketersediaan dan kerjasamanya sebagai informan saya ucapkan terimakasih.



Peneliti

Niken Yulika

LAMPIRAN 2

Pernyataan Kesiediaan Menjadi Informan

Penelitian ini mengenai *Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang Tahun 2020*.

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Jabatan :

Bersedia berpartisipasi menjadi informan yang akan dilakukan oleh Niken Yulika dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang. Wawancara yang dilakukan akan direkam melalui alat perekam suara.

Demikianlah pernyataan ini saya buat sebenar-benarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Padang, 2020

Yang menyatakan

()

LAMPIRAN 3

PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

A. Petunjuk Umum

- a. Wawancara diawali dengan permohonan izin, membuat kesepakatan mengenai kontrak waktu, tempat, dan durasi yang diperlukan.
- b. Sampaikan ucapan terima kasih karena telah bersedia meluangkan waktu untuk diwawancarai. Hal ini penting untuk menjalin hubungan yang baik.
- c. Memperkenalkan nama fasilitator.
- d. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara.

B. Petunjuk Wawancara Mendalam

- a. Pembukaan
 - 1) Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan didampingi oleh seorang pencatat yang dilengkapi dengan alat perekam suara.
 - 2) Tampil secara bersahaja, membangun kesetaraan, bersikap ramah, dan tidak seperti orang yang serba menyeramkan.
 - 3) Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
 - 4) Jawaban tidak ada yang salah atau benar, karena wawancara ini untuk penelitian bukan untuk penilaian.
 - 5) Tunjukkan bahwa peneliti berkonsentrasi untuk menyadap dan menyerap semua fenomena yang terungkap.
 - 6) Dengarkan dan catat dengan cermat apa yang dibicarakan dengan subjek.
 - 7) Perlakuan setiap kata atau istilah sebagai kata atau istilah yang potensial untuk membuka “rahasia” yang lebih mendalam.
 - 8) Jika dalam wawancara ada yang belum dimengerti, jangan malu untuk meminta penjelasan kembali.
 - 9) Ajukan pertanyaan yang sifatnya “menantang” untuk memancing penjelasan.
 - 10) Jangan menganggap responden yang salah pengertian, tetapi penelitilah yang kurang memahami.
 - 11) Semua pendapat, pengalaman, saran, dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.

12) Wawancara ini akan direkam oleh alat perekam suara untuk membantu pencatatan.

b. Penutup

- 1) Memberi tahu bahwa wawancara telah selesai.
- 2) Mengucapkan terima kasih atas kesediaannya memberikan informasi yang dibutuhkan.
- 3) Menyatakan maaf bila dalam wawancara terdapat hal-hal yang tidak menyenangkan.

Bila dikemudian hari ada hal-hal yang dirasa kurang atau ada data-data yang perlu ditambah, mohon kesediaan informan untuk diwawancarai lagi.



LAMPIRAN 4

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

Ketua Komite PPIRS (IPCO)/ IPCN/ Kepala Ruang (IPCLN) di ICU

A. Identitas Informan

- a. Nama :
- b. Jenis Kelamin :
- c. Umur :
- d. Lama Bekerja :
- e. Pendidikan :
- f. Jadwal Wawancara :

B. Pertanyaan

Komponen Input

a. Tenaga (Sumber Daya Manusia)

- 1) Bagaimana ketersediaan tenaga untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?

(*Probing*: siapa yang bertanggung jawab, berapa jumlah tenaga yang terlibat, apakah tenaga sudah mencukupi atau belum dalam menunjang pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial)

- 2) Apakah rumah sakit memberikan pendidikan ataupun pelatihan terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?

(*Probing*: sudah berapa kali, pelatihan apa yang diikuti, siapa yang mengadakan pelatihan, apakah sudah semua tenaga dibekali pelatihan, sejauh mana rumah sakit melakukan pengembangan dan perbaikan kualitas pada tenaga pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial)

- 3) Bagaimana kinerja petugas dibidang pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial selama ini?

(*Probing*: sudah baik atau belum, jika belum apa alasannya, apakah sudah ada upaya dalam meningkatkan kinerja petugas)

- 4) Apa saja hambatan terkait tenaga untuk melaksanakan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?

(*Probing*: jelaskan masalahnya, bagaimana solusi untuk mengatasinya)

b. Dana

- 1) Bagaimana anggaran dana untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?

(*Probing*: dari mana sumber dana tersebut, berapa besar anggarannya, apa saja yang dianggarkan, apakah sudah mencukupi semua kebutuhan pelaksanaan, apakah masih ada dana yang diperlukan dalam menunjang pelaksanaan, bagaimana proses pencairan dana, siapa yang mengelola dan bagaimana pencatatan serta pelaporannya)

- 2) Apakah terdapat kendala dalam hal pendanaan?

(*Probing*: apa saja kendalanya, bagaimana dampak yang ditimbulkan, dan bagaimana solusinya)

c. Sarana dan Prasarana

- 1) Bagaimana ketersediaan sarana prasarana yang dibutuhkan serta kendala dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?

(*Probing*: bagaimana kondisinya, apakah masih layak digunakan, apakah sudah sesuai dengan yang dibutuhkan, apakah sudah mencukupi, apakah perlu penambahan jika ya apa saja, apakah sudah pernah diajukan kepada pihak manajemen, apa saja kendala yang dihadapi, bagaimana solusinya)

d. Kebijakan

- 1) Bagaimana penerapan kebijakan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?

(*Probing*: apakah kebijakan yang sudah ada bisa diterapkan, bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut, kebijakan apa yang masih harus dibuat, sudah relevan dengan proses pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial atau belum)

Komponen Proses

a. Pelaksanaan kebersihan tangan

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 5 momen cuci tangan?
- 2) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 6 langkah cuci tangan menurut WHO?
- 3) Apakah tenaga kesehatan sudah mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor selama 40-60 detik atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol bila tangan tidak tampak kotor selama 20-30 detik?

b. Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan APD dalam menangani pasien?

c. Melakukan Kebersihan Pernapasasan/ etika batuk & bersin

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan langkah-langkah yang telah ditentukan ketika batuk dan bersin?

d. Praktik menyuntik yang aman

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, kemudian membuang jarum suntik bekas pakai ke *safety box*?

Komponen Output

- 1) Bagaimana hasil dari pelaksanaan dan pencegahan infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?
(*Probing*: Sudah baik atau belum? Kalau belum mengapa?)
- 2) Bagaimana kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU dr. Rasidin Padang?
(*Probing*: Masih tinggi atau tidak? Kalau tinggi mengapa?)

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

Kepala Ruang (IPCLN) di ICU

A. Identitas Informan

- a. Nama :
- b. Jenis Kelamin :
- c. Umur :
- d. Lama Bekerja :
- e. Pendidikan :
- f. Jadwal Wawancara :

B. Pertanyaan

Komponen Input

a. Tenaga (Sumber Daya Manusia)

- 1) Bagaimana ketersediaan tenaga untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?

(*Probing*: siapa yang bertanggung jawab, berapa jumlah tenaga yang terlibat, apakah tenaga sudah mencukupi atau belum dalam menunjang pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial)

- 2) Apakah rumah sakit memberikan pendidikan ataupun pelatihan terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?

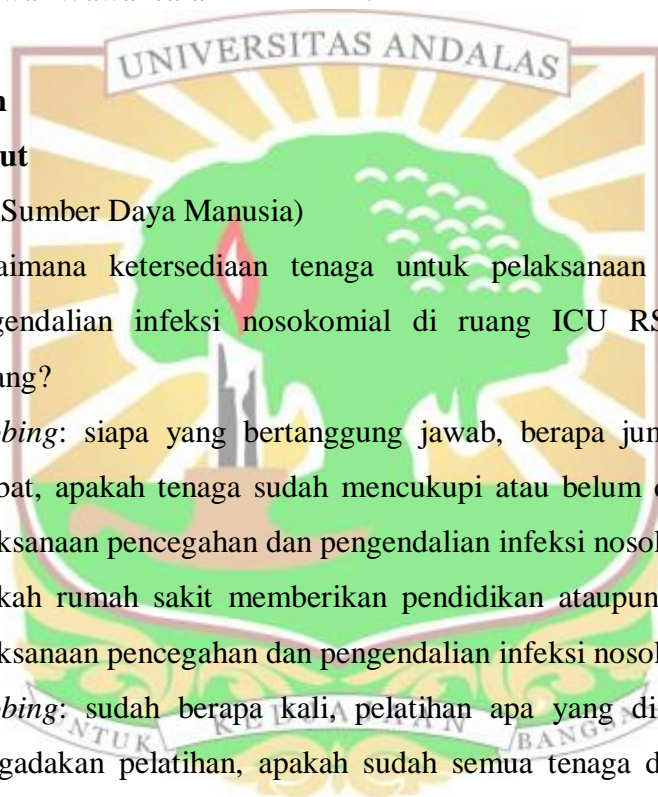
(*Probing*: sudah berapa kali, pelatihan apa yang diikuti, siapa yang mengadakan pelatihan, apakah sudah semua tenaga dibekali pelatihan, sejauh mana rumah sakit melakukan pengembangan dan perbaikan kualitas pada tenaga pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial)

- 3) Bagaimana kinerja petugas dibidang pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial selama ini?

(*Probing*: sudah baik atau belum, jika belum apa alasannya, apakah sudah ada upaya dalam meningkatkan kinerja petugas)

- 4) Apa saja hambatan terkait tenaga untuk melaksanakan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?

(*Probing*: jelaskan masalahnya, bagaimana solusi untuk mengatasinya)



b. Sarana dan Prasarana

- 1) Bagaimana ketersediaan sarana prasarana yang dibutuhkan serta kendala dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?

(*Probing*: bagaimana kondisinya, apakah masih layak digunakan, apakah sudah sesuai dengan yang dibutuhkan, apakah sudah mencukupi, apakah perlu penambahan jika ya apa saja, apakah sudah pernah diajukan kepada pihak manajemen, apa saja kendala yang dihadapi, bagaimana solusinya)

c. Kebijakan

- 1) Bagaimana penerapan kebijakan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?

(*Probing*: apakah kebijakan yang sudah ada bisa diterapkan, bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut, kebijakan apa yang masih harus dibuat, sudah relevan dengan proses pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial atau belum)

Komponen Proses

a. Pelaksanaan kebersihan tangan

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 5 momen cuci tangan?
- 2) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 6 langkah cuci tangan menurut WHO?
- 3) Apakah tenaga kesehatan sudah mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor selama 40-60 detik atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol bila tangan tidak tampak kotor selama 20-30 detik?

b. Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan APD dalam menangani pasien?

c. Melakukan Kebersihan Pernapasan/ etika batuk & bersin

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan langkah-langkah yang telah ditentukan ketika batuk dan bersin?

d. Praktik menyuntik yang aman

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, kemudian membuang jarum suntik bekas pakai ke *safety box*?

Komponen Output

- 1) Bagaimana hasil dari pelaksanaan dan pencegahan infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?

(*Probing*: Sudah baik atau belum? Kalau belum mengapa?)

- 2) Bagaimana kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU dr. Rasidin Padang?

(*Probing*: Masih tinggi atau tidak? Kalau tinggi mengapa?)



PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

Dokter/ Perawat di ICU

A. Identitas Informan

- a. Nama :
- b. Jenis Kelamin :
- c. Umur :
- d. Lama Bekerja :
- e. Pendidikan :
- f. Jadwal Wawancara :

Komponen Input

a. Tenaga (Sumber Daya Manusia)

- 1) Bagaimana ketersediaan tenaga kesehatan di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?

(*Probing*: berapa jumlah tenaga yang terlibat, apakah tenaga sudah mencukupi atau belum, apakah tenaga sudah memiliki sertifikat bantuan hidup dasar dan lanjut)

- 2) Apakah rumah sakit memberikan pendidikan ataupun pelatihan terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?

(*Probing*: sudah pernah berapa kali, siapa yang mengadakan pelatihan tersebut, sejauh mana rumah sakit telah melakukan pengembangan dan perbaikan kualitas pada tenaga pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, apakah sudah semua tenaga yang ada dibekali pelatihan)

- 3) Bagaimana kinerja tenaga kesehatan dalam melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial selama ini?

(*Probing*: sudah baik atau belum, jika belum apa alasannya, apakah sudah ada upaya dalam meningkatkan kinerja petugas)

- 4) Apa saja hambatan terkait tenaga untuk melaksanakan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?

(*Probing*: jelaskan masalahnya, bagaimana solusi untuk mengatasinya)

b. Sarana dan Prasarana

- 1) Bagaimana ketersediaan sarana prasarana lainnya yang dibutuhkan serta kendala dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?

(Probing: bagaimana kondisinya, apakah masih layak digunakan, apakah sudah sesuai dengan yang dibutuhkan, apakah sudah mencukupi, apakah perlu penambahan jika ya apa saja, apakah sudah pernah diajukan kepada pihak manajemen, apa saja kendala yang dihadapi, bagaimana solusinya)

c. Kebijakan

- 1) Bagaimana penerapan kebijakan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?

(Probing: apakah kebijakan yang sudah ada bisa diterapkan, bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut, kebijakan apa yang masih harus dibuat, sudah relevan dengan proses pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial atau belum)

Komponen Proses

a. Pelaksanaan kebersihan tangan

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 5 momen cuci tangan?
- 2) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 6 langkah cuci tangan menurut WHO?
- 3) Apakah tenaga kesehatan sudah mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor selama 40-60 detik atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol bila tangan tidak tampak kotor selama 20-30 detik?

b. Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan APD dalam menangani pasien?

c. Melakukan Kebersihan Pernapasa/ etika batuk dan bersin

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan langkah-langkah yang telah ditentukan ketika batuk dan bersin?

d. Praktik menyuntik yang aman

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, kemudian membuang jarum suntik bekas pakai ke *safety box*?

Komponen Output

- 1) Bagaimana hasil dari pelaksanaan dan pencegahan infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?
- 2) Bagaimana kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU dr. Rasidin Padang?



PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

Keluarga Pasien di ICU

B. Identitas Informan

- a. Nama :
- b. Jenis Kelamin :
- c. Umur :
- d. Lama Bekerja :
- e. Pendidikan :
- f. Jadwal Wawancara :

Komponen Proses

a. Pelaksanaan kebersihan tangan

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 5 momen cuci tangan?
- 2) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 6 langkah cuci tangan menurut WHO?
- 3) Apakah tenaga kesehatan sudah mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor selama 40-60 detik atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol bila tangan tidak tampak kotor selama 20-30 detik?

b. Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan APD dalam menangani pasien?

c. Melakukan Kebersihan Pernapasan/etika batuk dan bersin

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan langkah-langkah yang telah ditentukan ketika batuk dan bersin?

d. Praktik menyuntik yang aman

- 1) Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, kemudian membuang jarum suntik bekas pakai ke *safety box*?

LAMPIRAN 5

MATRIKS HASIL WAWANCARA MENDALAM

No.	Pertanyaan	Inf-1	Inf-2	Kode Informan Inf-3	Inf-4	Inf-5	Inf-6	Kesimpulan
1.	Input Tenaga Bagaimana ketersediaan tenaga untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?	Kalau tenaga itu sepertinya masih kurang ya, kita di sini tidak cuman di ICU diseluruh ruangan pun tenaga itu kurang, apalagi di ICU yang ini ya otomatis pasien-pasien gawat kan ada di situ. Itu tadi, masih kurang tenaganya.	Kalau tenaga, semua tenaga harus melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk dokternya, gizi, farmasi, harus melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi. Jadi semua yang berhubungan dengan pasien harus menjalankan PPI.	Yang melaksanakan semua petugas melaksanakan pencegahan infeksi nosokomial tu. Semua tenaga udah, udah tercukupi.	Yang di ICU kurang.	Cukup	-	Sudah cukup dan sudah memenuhi karakteristik yang dibutuhkan.
	Apakah rumah sakit memberikan pendidikan ataupun pelatihan terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?	Kalau untuk pelatihan, mungkin dokter ruangan nya yang tau ya untuk pelatihan. Tapi kalau di sini setiap perawat tu kan ada pelatihan basic life support itu tu rasanya sudah semua, cuman kalau yang untuk khusus skill untuk perawat ICU itu mungkin	Kalau kita di rumah sakit ngg 50% dari pegawai udah tersertifikat ngg PPI dasar, cuman yang oo belum tersertifikat sudah kita berikan sosialisasi, edukasi, dalam setiap supervisi kita ke setiap ruangan, jadi tu kan tindak lanjut	Kalau in house training kan cuma beberapa jam, pematernya adalah IPCN tetapi dia dilakukan 2 hari.	Udah	Udah, PPI kan yang berikan	-	Sudah diberikan pendidikan/ pelatihan

lebih ini ke ke
ruangannya yang
tau, berapa SDM
yang sudah dilatih
atau belum.

ke depannya tu
semua petugas harus
memiliki sertifikasi
dalam oo
memberikan
pencegahan dan
dalam pencegahan
dan pengendalian
infeksi.

rata-rata udah
bersertifikat PPI
dasar yang
dilakukan oleh
TOT dari luar.

Tapi yang di ICU
punya PPI dasar,
ada beberapa
orang yang
dilakukan oleh
TOT luar, yang
sama IPCN
semuanya udah
dan punya
sertifikat.

Kalau kakak
tengok
dilaksanakannya,
cuma kan
tergantung
kadang-kadang
situasi yang
mendesak kadang
mereka lupa untuk
cuci tangan seperti
ketika pasien
emergency yang
ketika menyentuh
pasien pasti sering
lupa. Haa itu ada
situasi-situasi
tertentu.

Maksimal
belum

Udah

-

Belum maksimal

Bagaimana kinerja
petugas dibidang
pelaksanaan
pencegahan dan
pengendalian
infeksi nosokomial
selama ini?

Perilaku itu kan
susah jugak untuk di
rubah, tapi kalau
memang ya ketemu
langsung ya bisa
langsung di tegur.
Kalau untuk masalah
fasilitas, sedapat
mungkin kita
lengkapi.

Karna PPI
berhubungan dengan
perubahan perilaku
ya, jadi kalau
dikatakan
sepenuhnya belum,
hanya 50% yang mau
menjalankan itu.

Apa saja hambatan
terkait tenaga untuk
melaksanakan

Setiap ruangan itu
harusnya ada tempat
cuci tangan terutama

Kalau hambatan oo
perilakunya sendiri
dari individu masing-

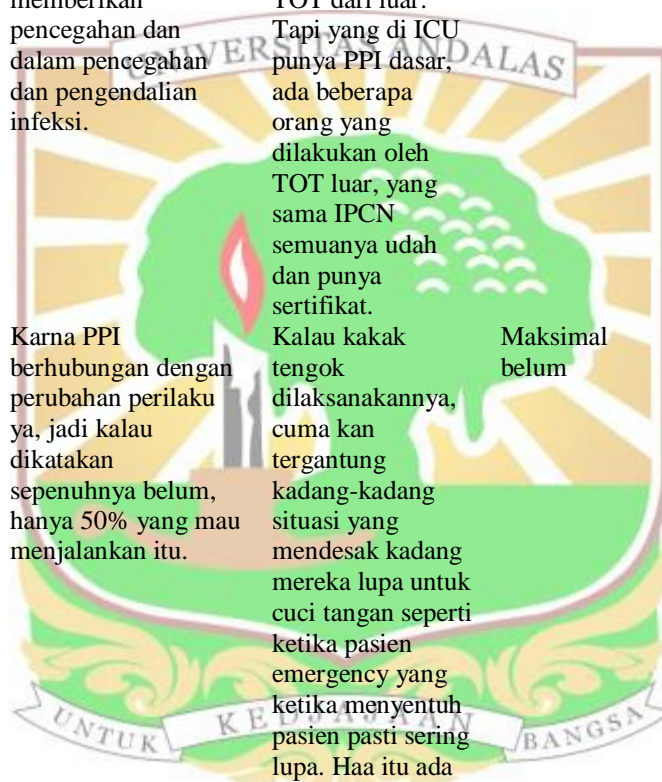
Kadang-kadang
ketersediaan APD
yang terbatas,

Hambatannya
khilaf, terus
wastafel ga

Mungkin
wastafelnya
sih, kan ga ada

-

Sarana dan
perilaku petugas.



	pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?	wastafel, bukan hanya handrub saja.	masing kemudian yang kedua itu hambatannya sarana prasarana kemudian dukungan dari oo manajemennya	terus kalau untuk cuci tangan wastafel langka, yang ada handrub.	ada.	wastafel nih kan.		
2.	Dana Bagaimana anggaran dana untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang? Apakah terdapat kendala dalam hal pendanaan?	Tidak dianggarkan khusus, digabungkan dengan kegiatan lain. Kalau sedang berhutang, kadang stok terhenti, tentu berhenti juga pakai APD atau apanya.	Anggaran yang berebentuk khusus buat PPI belum ada. PPI itu anggarannya ada disetiap kegiatan di rumah sakit Karna anggaran untuk kegiatan terpecah-pecah dan penanggungjawabnya pun berbeda-beda, jadi kadang koordinasinya susah, jadi kadang tercukupi kadang tidak.	-	-	-	Tidak ada anggaran khusus, anggaran digabung dengan kegiatan lain. Kalau sedang berhutang, pemakaia APD dan lainnya terhenti dan karna penangunjawab anggaran berbeda kadang sulit untuk koordinasi.	
3.	Sarana dan Prasarana Bagaimana ketersediaan sarana prasarana yang dibutuhkan serta kendala dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial?	Ya wastafel itu terutama.	Kalau sarana prasarana 70% tercukupi lah ya, cuma kadang sarananya ini tidak tepat guna. Contohnya aja wastafel. Wastafel ada cuma penempatannya tu yang kurang tepat.	Kalau untuk handrub bagus semuanya, bahkan disetiap tempat tidur ada fasilitas untuk kebersihan tangan.	Wastafel ga ada.	Mungkin wastafelnya sih, APD cukup.	-	Ketersediaan sarana dan prasarana belum mencukupi, terutama wastafel.



<p>4. Kebijakan Bagaimana penerapan kebijakan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?</p>	<p>SOP itu harusnya dibuat, disosialisasikan kemudian didesiminasikan. SOP hanya sebatas SOP saja, nanti pelaksanaannya belum semua, evaluasi tu mungkin dari manajemen karna kesibuan atau apa ya masih dibbilang kurang, nah itu kadang ada ditindaklanjuti kadang-kadang ada juga yang enggak.</p>	<p>Kebijakan di PPI ada lengkap semuanya, ya individunya lagi yang melaksanakan bagaimana, kalau dari kita nya kan sosialisasi sudah, kita edukasi lagi, re-edukasi lagi, kita supervisi lagi, kita audit lagi, dari hasil audit nanti mana yang perlu pembenahan gitu, ya rata-rata emang di perilaku yang susah untuk merubah.</p>	<p>Udah</p>	<p>Udah, kan udah akreditasi kan. Cuman ya itu yang tadi belum maksimal.</p>	<p>Hmm sudah, tapi kadang-kadang ya kadang dek di lapangan nya gak sesuai juga kadang kan. Kalau ingat dikerjain, tapi kalau ga ingat kan, kan adek liat kan</p>	<p>-</p>	<p>Sudah ada kebijakan namun belum seluruh petugas yang menerapkan.</p>
<p>5. Process Pelaksanaan Kebersihan Tangan Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 5 momen cuci tangan?</p>	<p>Kebanyakan orang ini sebelum menyentuh pasien dia tidak mencuci tangan. Kalau sudah terkena baru dia cuci tangan karna akan merasa jijik atau apa itu tu perilaku rata-rata kayak gitu.</p>	<p>Kalau 5 moment belum, yang dari audit 2019 moment yang terbanyak dilakukan itu adalah moment 3 dan moment 4. Kalau yang kontak dengan cairan tubuh tu udah 100%, kalau setelah kontak dengan pasien itu di kisaran 80 apa 90 persen kalau ga salah. Yang lainnya itu kisaran 60% semua.</p>	<p>Kita udah di lingkungan pasien masalahnya, cuma ketika memegang ada yang melakukan ada yang tidak. Tapi yang rutin itu setelah memegang pasien pasti mereka aaa atau terkena cairan tubuh pasti dilakukannya.</p>	<p>5 moment itu, 5 moment itu sebagian lah ya</p>	<p>Hmm udah</p>	<p>Oh iyalah cuci tangan. Jadi perawatannya ya memang saya rasa ya bagus, semuanya dilaksanakan itu memang peraturan.</p>	<p>Masih ada beberapa momen yang belum dilakukan, seperti sebelum kontak dengan pasien</p>

Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan 6 langkah cuci tangan menurut WHO?

6 langkah insyaAllah sudah, sering diingatkan di apel pagi. Cuman kalau untuk pelatihan ke keluarga pasien itu IPCLN nya lagi yang masih perlu ditambah harus diingatkan terus. Rencana kita itu yang harus di push jugak lagi.

Kalau langkah-langkah sih mereka oo rata-rata udah tau cuman kadang karna tidak sering diterapkan jadi langkah-langkah kadang terbalik gitu, atau asal sekedar cuci tangan yang penting cuci tangan gitu ada yang seperti itu.

Tengoklah sama niken gimana

6 langkahnyaaa, oo untuk yang pertama tuh biasanya jalan tuh 6 langkah yang pertama dan yang terakhir, kalau gak tuh udah gosok-gosok aja

6 langkah udah

-

Petugas sudah tau, tapi masih ada beberapa langkah yang belum dilakukan.

Apakah tenaga kesehatan sudah mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor selama 40-60 detik atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol bila tangan tidak tampak kotor selama 20-30 detik?

-

Pasti, kalau tu kak bilang tadi yang di moment 3 sama 4 tu pasti mereka lakukan tapi moment lainnya tu ya itu merubah perilaku nya itu, apalagi kalau terkena cairan tubuh kan pasti mereka ke kamar mandi tu cuci tangan.

Udah rata-rata, tapi kalau handwash mungkin lebih dari itu tu mereka ma apalagi kalau udah ada darah gitu aa.

-

Iya

-

Sudah dilakukan sesuai ketentuan.

6. **Penggunaan APD**
Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan APD dalam menangani pasien?

Kalau untuk APD, kalau untuk ketersediannya udah tapi untuk pemakaiannya secara benar sama tepat mungkin jugak masih kurang.

APD sudah digunakan, tapi APD yang sesuai itu masih belum maksimal lah kalau kepatuhannya penggunaan APD sesuai dengan tindakan nya itu 60%.

Ada yang pake skort, pake handscoon, pake masker. Ada, ada tapi tengoklah dulu.

Masker, karna pasien-pasien saya non infeksi saya ga make, karna pasien saya bukan pasien terbuka saya ga make.

Udah, kaya handscoon udah.

Udah pakek, iya pakek.

APD sudah tersedia, tetapi ada beberapa hambatan dan belum semua penggunaan sesuai dengan tindakan.

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-------------|--|---------------|---|
| <p>7. Melakukan Etika Batuk dan Bersin
Apakah tenaga kesehatan sudah melakukan langkah-langkah yang telah ditentukan ketika batuk dan bersin?</p> | <p>Bantuk dan bersin, orang rajin pakek masker. Cuman kalau untuk yang keluarga pasien mungkin edukasinya, belum tiap minggu juga sih. Idealnya kan gitu di poli atau pasien-pasien paru di belakang tu harusnya tetap diedukasi.</p> | <p>Ooo rata-rata belum. Etika batuk kalau ICU 70,59 angkanya, karna biasanya kalau petugas lagi dinas tu maskernya ga lepas-lepas, jadi kan salah satu pencegahannya bisa menggunakan tisu atau sapu tangan abis tu menggunakan lengan atas kalau pake masker masuk pencegahannya makanya 70.</p> | <p>Batuk dan bersin, ada kan. Tapi mereka pada umumnya pake masker. Pada umumnya mereka udah pake masker.</p> | <p>Ada</p> | <p>Tutup pake masker</p> | <p>-</p> | <p>Ada yang pake masker, ada yang menutup mulut dengan lengan atas, ada juga yang tidak melakukan etika batuk dan bersin</p> |
| <p>8. Praktik Menyuntik yang Aman
Apakah tenaga kesehatan sudah menggunakan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, kemudian membuang jarum suntik bekas pakai ke <i>safety box</i>?</p> | <p>Penggunaan jarum satu spuit satu orang, pembuangan limbahnya ke limbah benda tajam. Ada <i>safety box</i> kita sediakan. Ada yang patuh di buangnya. Tapi ada jugak tetep aja gak mau, dicuekin. Itu untuk recappingnya, sudah dipakai langsung dibuang, masih ada tertusuk jarum tu terutama mahasiswa praktek di sini yang paling sering kena.</p> | <p>Udah 100% kita di sini cuman pembuangan limbah benda tajamnya kadang yang gak, sebenarnya <i>safety box</i> tu udah tersedia cuman kadang petugas ni udah nyesak banget <i>safety box</i>nya baru diganti harusnya kan 2/3 kan diganti.</p> | <p>Udah, pake disposable semuanya</p> | <p>Udah</p> | <p>Sekali pakai, masuk <i>safety box</i> kan</p> | <p>Iyalah</p> | <p>Praktik menyuntik yang aman sudah dilakukan oleh semua petugas, tetapi masih ada petugas yang tidak membuang jarum dan spuit bekas pakai ke <i>safety box</i>.</p> |



9. Output Bagaimana hasil dari pelaksanaan dan pencegahan infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang?	Berusaha sebaik mungkin. Minimal kalau ndak sarana prasarana ndak ada ya, perilaku lah berubah, dari etika batuk aja kan sudah jelas itu merupakan perilaku, cuci tangan itu kan perilaku, semuanya APD itu perilaku, itu yang semaksimal mungkin kita berusaha. Tapi ya itu yo tetap orang lain yang nilai udah baik atau endak	Kalau pencegahan dan pengendalian infeksinya tu pertama kita belum maksimal ya, kalau pelaporan belum maksimal, tapi kalo pelaksanaannya kita pakai bundless sebenarnya, bundless tu pencegahan masing-masing tiap infeksinya, kalau phlebitis pencegahannya apa ada aturanya, kalau untuk ventilator ada pencegahannya	-	Aduh, jujur aja ya, kadang jalan, kadang kagak.	-	-	Belum maksimal	
10. Bagaimana kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU dr. Rasidin Padang?	HAIs itu kan yang 4 kategori itu, pemasangan vena central, pemasangan ventilator, infeksi daerah operasi, satu lagi ISK. Nah kalau yang selama ini justru yang tercatat di kami tu phlebitis. Sebetulnya karna belum terlacak.	Kalau di ICU, kalau untuk tahun 2019 yang terbanyak tu phlebitis, cuman phlebitis di ICU bukan yang tertinggi di rumah sakit, tapi kalau untuk tahun ini kita memasukkan ventilator juga karna sudah ada pemakaian ventilator sejak 2020, kita masukkan jugak ventilator VAP untuk ngg infeksi yang ada di ICU salah satunya	-	Ooo dari tahun kemaren, yang tahun kemaren ya oo infeksi nosokomial angka phlebitis, angka blablabla nya 0% kalau kakak ya dari mutu kebulatan 0% ga ada phlebitis, cuma gatau lah ya kalau januari belum kakak rekap lagi.	Eggak yah	Hmm rendah	-	Angka kejadian <i>phlebitis</i> adalah yang tertinggi.



LAMPIRAN 6

Tabel Checklist Observasi

No	Aspek yang diobservasi	Penilaian		Keterangan
		Ya	Tidak	
1	Input			
	Terdapat kelengkapan sarana <i>hand hygiene</i>	√		Hanya ada <i>handrub</i> , tidak ada wastafel.
	Ketersediaan alat pelindung diri	√		Sudah tersedia masker, sarung tangan, gaun pelindung, <i>google</i> dan perisai wajah, topi pelindung, dan sepatu pelindung.
	Terdapat sarana tempat pembuangan sampah	√		Sudah tersedia tong sampah infeksius dan non infeksius serta <i>safety box</i> .
	Media promkes terakit <i>hand hygiene</i>	√		Poster 5 momen dan 6 langkah cuci tangan.
2	Process			
	<p>Pelaksanaan <i>hand hygiene</i> 5 moment:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum menyentuh pasien 2. Sebelum prosedur aseptik 3. Setelah terpajan cairan tubuh 4. Setelah menyentuh pasien 5. Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien <p>Pelaksanaan <i>hand hygiene</i> 6 langkah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gosok telapak tangan dengan sabun 2. Gosok telapak punggung tangan 3. Gosok sabun ke sela-sela jari 4. Gosok punggung jari dengan gerakan saling mengunci 5. Gosok memutas jempol kanan dengan tangan kiri dan sebaliknya 6. Gosok ujung jari kanan dengan telapak kiri dan sebaliknya 	<p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p>	<p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p>	Rata-rata petugas melakukan cuci tangan pada momen 3, 4, dan 5, sedangkan untuk langkah yang sering dilakukan adalah langkah 1,2, dan 3.
	<p>Pemakaian alat pelindung diri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 2. Masker 3. Gaun Pelindung 4. <i>Google</i> dan perisai wajah 5. Sepatu pelindung 6. Topi pelindung 	<p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p>		Untuk sarung tangan, gaun pelindung, <i>google</i> dan perisai wajah, dan topi pelindung digunakan pada indikasi tertentu sedangkan untuk masker dan sepatu pelindung digunakan untuk seluruh kondisi.
	<p>Etika batuk dan bersin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menutup hidung dan mulut dengan tisu atau saputangan atau lengan atas 2. Tisu dibuang ke tempat sampah infeksius dan kemudian mencuci tangan 	√	√	Petugas menggunakan masker sebagai pencegahan penularan infeksi selama jam dinas kerja.
	Praktik menyuntik yang aman pakai spuit dan jarum suntik steril sekali pakai	√		Sudah 100% dilakukan oleh petugas.

LAMPIRAN 7

Tabel Checklist Dokumen

No	Aspek yang diobservasi	Penilaian		Keterangan
		Ya	Tidak	
1	Profil RSUD dr. Rasidin Padang	√		Adanya sejarah dan jenis-jenis fasilitas yang ada di RSUD
2	Data ketenagaan RSUD dr. Rasidin Padang	√		Adanya nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan pelatihan yang dimiliki oleh tenaga perawat di ruang ICU
3	Laporan bulanan komite PPI RSUD dr. Rasidin Padang	√		Adanya angka infeksi nosokomial dan angka kepatuhan petugas setiap bulannya
4	SPO mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD dr. Rasidin Padang	√		Adanya seluruh SPO tentang kewaspadaan standar serta pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi
5	Rencana Kerja Anggaran untuk Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD dr. Rasidin Padang	√		Adanya sumber dan alokasi dana untuk pencegahan dan pengendalian infeksi



LAMPIRAN 8

Lembar Observasi

Hari/ Tanggal :

Kewaspadaan Standar	Perawat Jaga di Ruang ICU dr. Rasidin Padang							
	Pagi			Siang		Malam		
I. Hand Hygiene a. 5 Momen Cuci Tangan 1) Sebelum kontak dengan pasien 2) Sebelum melakukan tindakan 3) Setelah kontak dengan darah dan cairan tubuh 4) Setelah kontak dengan pasien 5) Setelah kontak dengan lingkungan disekitar pasien b. 6 Langkah Cuci Tangan 1) Gosok telapak tangan dengan sabun 2) Gosok telapak punggung tangan 3) Gosok sabun ke sela-sela jari 4) Gosok punggung jari dengan gerakan saling mengunci 5) Gosok memutar jempol kanan dengan tangan kiri dan sebaliknya 6) Gosok ujung jari kanan dengan telapak kiri dan sebaliknya								
II. APD 1) Sarung tangan 2) Masker 3) Gaun pelindung 4) <i>Google</i> dan perisai wajah 5) Topi pelindung 6) Sepatu pelindung								
III. Etika Batuk dan Bersin 1) Menutup hidung dan mulut dengan tisu/ saputangan/ lengan atas 2) Membuang tisu ke tempat sampah infeksius dan mencuci tangan								
IV. Praktik Menyuntik yang Aman Pakai spuit dan jarum suntik steril sakali pakai untuk setiap suntikan								

LAMPIRAN 9

Formulir Persetujuan Pengambilan Data Penelitian oleh Pembimbing

Kepada Yth.

Wakil Dekan I

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas

Saya menerangkan bahwa mahasiswa bimbingan :

Nama : NIKEN YULIKA
No.HP : 08116993719
N.BP : 1611211002
Program Studi : IKM
Peminatan : AKK

Telah lulus ujian usulan penelitian skripsi

tanggal : 24 Januari 2020

(Wajib: Lampirkan pengesahan revisi ujian usulan penelitian dari penguji)

Telah diizinkan untuk pengambilan/pengumpulan data untuk penulisan skripsi. Atas perhatian dan kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih

Mahasiswa



(NIKEN YULIKA
1611211002)

Padang, Februari 2020

Pembimbing,



(dr. Adila Kurni Ashien, MARS
NIP.)

Formulir Persetujuan Pengambilan Data Penelitian oleh Pembimbing

Kepada Yth.
Wakil Dekan I
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas
Saya menerangkan bahwa mahasiswa bimbingan :


Nama : NIKEN YULIKA
No.HP : 08116953719
N.BP : 1611211002
Program Studi : IKM
Peminatan : AKK

Telah lulus ujian usulan penelitian skripsi
tanggal : 24 Januari 2020
(Wajib: Lampirkan pengesahan revisi ujian usulan penelitian dari penguji)

Telah diizinkan untuk pengambilan/pengumpulan data untuk penulisan skripsi. Atas perhatian dan kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih

Padang, Februari 2020

Mahasiswa



(.....
NIKEN YULIKA
1611211002

Pembimbing,



(.....
Ch. Tuty ERNAWATI, SKM, M.Kes
NIP. 196101161983022001

LAMPIRAN 10



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS ANDALAS

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Alamat : Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat, Limau Manis, Padang-25613

Telepon : 0751 – 38613 Faksimile : 0751 – 38612

Laman : <http://fkm.unand.ac.id> email : sekretariat@fkm.unand.ac.id

Nomor : 516/UN16.12.WD.I/KM/2020
Perihal : Penerbitan Surat Izin/Rekomendasi Penelitian

6 Februari 2020

Yth. Kepala Kantor Kesbangpol Kota Padang
di
Padang

Dengan Hormat,

Bersama ini disampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas yang tersebut dibawah ini :

Nama	:	Niken Yulika
Nomor BP	:	1611211002
Peminatan	:	Administrasi Kebijakan Kesehatan
Alamat	:	Jl. Nangka No. 163 Perumnas Indarung Padang
Nomor HP	:	08116953719
E-mail	:	nikeny58@yahoo.com
Dosen Pembimbing 1	:	dr. Adila Kasni Astiena, MARS
Dosen Pembimbing 2	:	Tuty Ernawati, SKM, M. Kes
Melaksanakan Kegiatan	:	Penelitian
Waktu	:	Februari s.d selesai
Tempat/Lokasi	:	RSUD dr. Rasidin Padang
Dalam Rangka	:	Penyelesaian Skripsi
Judul Penelitian	:	Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang Tahun 2020

Sehubungan kegiatan mahasiswa tersebut diatas, bersama ini kami mohon bantuan Bapak/Ibu untuk dapat menerbitkan Surat Izin/Rekomendasi Penelitian agar mahasiswa yang bersangkutan dapat melaksanakan kegiatan dimaksud sebagaimana mestinya.

Demikian hal ini disampaikan kepada Bapak/Ibu, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Tembusan :
1. Dekan



LAMPIRAN 11



PEMERINTAH KOTA PADANG
RSUD dr. RASIDIN

Jl. Air Paku Sei. Sapih Telp. (0751) 499158 Fax. (0751) 495330

Nomor : 445.38 /RSUD.P/890/II/ 2020
Lampiran :
Hal : Izin Penelitian

Padang, 12 Februari 2020

kepada Yth,
Ka.....

di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Padang Nomor. 200.02.409/Kesbangpol/2020 tanggal, 10 Februari 2020, Surat dari Wakil Ketua Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang, Perihal Skripsi yang dilakukan oleh:

Nama : **Niken Yulika**
pekerjaan : **Mahasiswa**
Judul Penelitian : **Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah dr.Rasidin Padang Tahun 2020**

Bersama ini kami harapkan Saudara dapat membantu kelancaran proses kegiatan yang bersangkutan.

Demikian untuk dapat dilaksanakan terima kasih.

A.n Direktur,
Kabag Tata Usaha,

dr. RASIDIN M. S. Kep. MARS
*Ambona/Nip.19671206 198803 2005



PEMERINTAH KOTA PADANG
RSUD dr. RASIDIN

Jl. Air Paku Sei. Sapih Telp. (0751) 499158 Fax. (0751) 495330

SURAT KETERANGAN

Nomor : 445. 88 / RSUD/890/III/2020

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ALIMARNI,S.Kep.MARS
Jabatan : Kabag Tata Usaha

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Niken Yulika
Pekerjaan : Mahasiswa
Nim : -
Judul Penelitian : Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr.Rasidin Padang Tahun 2020

Telah melakukan Penelitian di RSUD dr.Rasidin Padang dari Bulan Februari sampai dengan Maret 2020.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Padang, 23 Maret 2020
Direktur,
Kabag Tata Usaha,
ALIMARNI, S.Kep.MARS
Pembina/Nip. 19671206 198803 2005
A D A N

LAMPIRAN 13





LAMPIRAN 14

NIKEN YULIKA

ORIGINALITY REPORT

10%	10%	0%	3%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.scribd.com Internet Source	5%
2	es.scribd.com Internet Source	2%
3	edoc.pub Internet Source	2%
4	scholar.unand.ac.id Internet Source	2%

Exclude quotes On Exclude matches < 2%
Exclude bibliography On



MANUSKRIP

Judul:

ANALISIS PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG ICU RSUD dr. RASIDIN PADANG TAHUN 2020

Penulis:

Niken Yulika¹
dr. Adila Kasni Astiena, MARS¹
Ch. Tuty Ernawati, SKM., M.Kes¹

Institusi Afiliasi:


¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas, Padang, Sumatera Barat, 25163

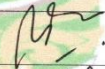
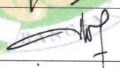
Korespondensi:

dr. Adila Kasni Astiena, MARS
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas
Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat Limau Manis, Padang, Sumatera Barat, 25163
Telepon/HP: 081363358366
Email: dr.adilakasni@gmail.com

Alamat Email:

NY : niken758@yahoo.com
AKA : dr.adilakasni@gmail.com
CTE : ernawati.tuti@yahoo.co.id



Nama Pembimbing	Tanda Tangan
dr. Adila Kasni Astiena, MARS	
Ch. Tuty Ernawati, SKM., M.Kes	

ABSTRAK

Tujuan Penelitian

Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang pada Agustus 2018 – Agustus 2019 memiliki angka infeksi nosokomial yang melebihi Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit berdasarkan Kepmenkes RI nomor 129 tahun 2008, yaitu untuk angka kejadian *phlebitis*. Hal ini berkaitan dengan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial berdasarkan kewaspadaan standar, terutama untuk perilaku individu masing-masing petugas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara mendalam mengenai pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang.

Metode

Desain penelitian ini adalah *Mix-Method* dengan model *concurrent embedded strategy*. Penelitian kualitatif dilakukan kepada 6 informan dan ditentukan berdasarkan *purposive sampling*. Analisis data dilakukan dengan cara triangulasi sumber dan triangulasi metode. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Penelitian kuantitatif dilakukan dengan mengobservasi 3 orang perawat jaga pada 3 *shift* dinas kerja selama 7 hari berturut-turut. Data dianalisis menggunakan ms.Excel dengan tahap *editing*, *coding*, *processing entry*, dan *cleaning* untuk memperoleh persentase kepatuhan petugas.

Hasil

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perawat paling sering mencuci tangan setelah kontak dengan pasien, dan jarang mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien. Langkah-langkah dalam mencuci tangan belum semuanya dilakukan. APD sudah tersedia tetapi penggunaan APD secara benar belum maksimal. Etika batuk dan bersin belum dilakukan oleh seluruh petugas, sedangkan untuk praktik menyuntik yang aman sudah dilakukan 100%.

Kesimpulan

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU belum semuanya yang sesuai dengan standar, disebabkan oleh perilaku individu petugas, kelengkapan sarana dan prasarana belum terpenuhi seperti tidak adanya wastafel, serta belum ada dukungan manajemen dalam bentuk *reward* kepada petugas.

Kata Kunci : Infeksi Nosokomial, Kewaspadaan Standar, ICU

ABSTRACT

Objectives

ICU of RSUD dr. Rasidin Padang in August 2018 – August 2019 had a number of nosocomial infections that exceeded the Standards for Hospital Minimum Service based on the Republic of Indonesia Decree No. 129 of 2008, for the incidence of plhebitis. This related to the implementation prevention and control of nosocomial infections based on standard precautions, especially for the individual behavior of each officer. Therefore, this study aims to analyze in depth the implementation prevention and control of nosocomial infections in the ICU room of RSUD dr. Rasidin Padang.

Method

The design of this research is Mix-Method with concurrent embedded strategy model. Qualitative research was conducted on 6 informants and determined based on purposive sampling. Data analysis was performed by triangulation of source and method. Data collection was done by in-depth interviews, observations, and document review. Quantitative research was conducted by observing 3 nurses on 3 shifts of work service for 7 consecutive days. Data was analyzed using ms.Excel by editing, coding, processing entry, and cleaning to get a percentage of officer compliance.

Result

The results of this study indicated that nurses wash their hands most often after contact with patients, and rarely wash their hands before contact with patients. Not all steps have been taken to wash hands. PPE is available but the use of PPE is not optimal. The ethics when coughing and sneezing have not been carried out by all officers, while for safe injection practices it has been done 100%.

Conclusion

Not all of the implementation prevention and control of nosocomial infections in the ICU room is in accordance with the standards, caused by the behavior of individual officers, the completeness of facilities and infrastructure has not been fulfilled such as the absence of a sink, and there is no management support in the form of rewards to officers.

Keywords : Nosocomial Infections, Standards Precautions, ICU

Pendahuluan

Infeksi nosokomial atau Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.⁽¹⁾ Adapun perantara yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit ialah faktor mikroorganisme (bakteri, virus, jamur dan parasit), faktor pengobatan, faktor lingkungan, dan faktor tuan rumah.⁽²⁾

World Health Organization (WHO) menyebutkan dampak kejadian HAIs adalah dapat menyebabkan lamanya hari rawat, cacat pada waktu lama, meningkatkan resistensi terhadap mikroorganisme, meningkatnya beban biaya perawatan dan yang paling berbahaya dapat menyebabkan kematian.⁽³⁾ Dampak akibat terjadinya infeksi nosokomial juga dapat dirasakan oleh staf medis dan non medis yaitu bertambahnya beban kerja, merasa terancam dalam menjalankan pekerjaan, dan memungkinkan untuk terjadi tuntutan malpraktek.⁽⁴⁾ Izin operasional rumah sakit bisa dicabut karena tingginya angka kejadian infeksi nosokomial. Angka kejadian infeksi nosokomial juga menjadi tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit dan menjadi standar penilaian akreditasi.⁽³⁾

ICU memiliki angka resistensi bakteri yang lebih tinggi dibandingkan dengan area pelayanan lain di rumah sakit, sehingga semakin terbatas pilihan terhadap antibiotika untuk mengatasi infeksi-infeksi yang berat dan mempersulit proses terapi penderita penyakit infeksi. Pasien yang dirawat di ICU sangat rentan terhadap infeksi

akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh. Selain itu, pasien yang dirawat di ICU juga berisiko terinfeksi akibat mendapatkan berbagai tindakan medis yang invasif seperti pemasangan intubasi, ventilasi mekanik, ataupun ventilator.⁽⁵⁾

Menurut Depkes RI tahun 2011 angka kejadian infeksi di rumah sakit sekitar 3 – 21% (rata-rata 9%) atau lebih 1,4 juta pasien rawat inap di rumah sakit seluruh dunia. Di negara maju, HAIs berkisar 4,8 – 15,5%. Di negara berkembang termasuk Indonesia, rata-rata prevalensi infeksi nosokomial adalah sekitar 9,1% dengan variasi 6,1% - 16,0%.⁽⁶⁾ Berdasarkan Kepmenkes RI nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, angka kejadian infeksi nosokomial ditetapkan dengan standar $\leq 1,5\%$ dan dikumpulkan setiap bulannya. Data diperoleh melalui survei diseluruh instalasi yang tersedia minimal 1 parameter (Infeksi Luka Operasi, Infeksi Luka Infus, *Ventilator Associated Pneumonia*, Infeksi Saluran Kemih) demi keamanan pasien, petugas, dan pengunjung. Oleh karena itu, harus ada pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit yang dilakukan oleh tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).⁽⁷⁾

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu upaya untuk mencegah dan menghentikan kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan adalah dengan memutus atau menghilangkan rantai penularan infeksi yang terdiri dari 6 komponen (agen infeksi, *reservoir*, *portal of exit*, metode transmisi, *portal of entry*, dan *susceptible host*).⁽¹⁾

Berdasarkan survei awal ke RSUD dr. Rasidin, data angka kejadian infeksi nosokomial untuk *phlebitis* yang diperoleh dari laporan PPI pada tahun 2019 untuk bulan Januari sebesar 18,70%, Februari sebesar 22,70%, Maret sebesar 46,54%,

April sebesar 17,50%, Mai sebesar 19,03%, Juni sebesar 18,02%, Juli sebesar 23,89%, dan Agustus sebesar 12,64%. Data tersebut menunjukkan bahwa *phlebitis* merupakan jenis infeksi yang masih melebihi standar pelayanan minimal rumah sakit yaitu $\leq 1,5\%$. Kejadian ini disebabkan oleh rendahnya angka kepatuhan petugas terhadap *hand hygiene*, pemasangan infus tidak steril, konsentrasi cairan terlalu pekat, tipe kateter yang digunakan tidak sesuai dengan ukuran pembuluh darah, serta umur pasien.

Berdasarkan uraian di atas, permasalahan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU rumah sakit masih banyak ditemukan hingga saat ini. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial Di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2020”.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kombinasi (*Mix Method Research*) dengan *concurrent embedded strategy* yaitu mengkombinasikan penggunaan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif secara bersama atau sebaliknya, tetapi bobot metodenya berbeda. Pada penelitian ini, bobot metode kualitatif adalah primer sedangkan metode kuantitatif adalah sekunder.⁽⁸⁾ Penelitian kualitatif dilakukan kepada 6 informan dan ditentukan berdasarkan *purposive sampling*. Analisis data dilakukan dengan cara triangulasi sumber dan triangulasi metode. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Penelitian kuantitatif dilakukan dengan mengobservasi 3 orang perawat jaga pada 3 *shift* selama 7 hari. Data dianalisis menggunakan ms.Excel dengan tahap *editing*, *coding*, *processing entry*, dan *cleaning* untuk memperoleh persentase kepatuhan petugas.

Hasil

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen tentang tenaga dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang diperoleh bahwa jumlah perawat sebanyak 16 orang dengan latar belakang pendidikan 7 orang S1 Ners dan 9 orang D3 Keperawatan. Pembagian *shift* kerja dibagi menjadi 3 yaitu pagi, sore, dan malam. Ketersediaan tenaga sudah mencukupi dan sudah sesuai dengan karakteristik yang dibutuhkan. Rumah sakit telah memberikan pendidikan/ pelatihan kepada petugas. Kinerja petugas belum maksimal karena perilaku individu masing-masing. Dilihat dari segi dana, belum ada anggaran khusus dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, tetapi digabung dengan kegiatan lain. Kemudian dilihat dari segi sarana dan prasarana belum memenuhi wastafel, sedangkan dari segi kebijakan sudah tersedia SOP dan buku panduan terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen menyebutkan bahwa belum semua perawat ICU melakukan 5 momen dan 6 langkah cuci tangan. Dalam hal pemakaian APD secara benar dan tepat belum dilakukan secara optimal, walaupun APD sudah tersedia. Kemudian belum semua perawat yang menerapkan etika batuk dan bersin, tetapi pada umumnya perawat sudah menggunakan masker selama jam dinas kerja, sedangkan untuk praktik menyuntik yang aman sudah dilakukan oleh semua perawat.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen menyebutkan bahwa pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU belum dilakukan secara maksimal, terutama untuk pelaporan dan perilaku petugas, berupa kepedulian terhadap *handhygiene*, penggunaan APD yang

tepat dan tidak menerapkan bundles sesuai ketentuan. Hal ini dibuktikan dengan tingginya angka kejadian *plebitis* di ruang ICU.

Berdasarkan hasil observasi pada 5 momen cuci tangan, momen yang belum diterapkan perawat jaga, yaitu melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien sebanyak 27% dan sebelum melakukan tindakan sebanyak 27%. Kemudian untuk 6 langkah cuci tangan, langkah yang belum dilakukan perawat jaga, yaitu menggosok punggung jari dengan gerakan saling mengunci sebanyak 56%, gosok memutar jempol kanan dengan tangan kiri dan sebaliknya sebanyak 44%, dan menggosok ujung jari kanan dengan telapak kiri dan sebaliknya sebanyak 46%. Selanjutnya untuk perawat jaga yang menggunakan APD berupa sarung tangan sebanyak 100%, menggunakan masker sebanyak 100%, menggunakan gaun pelindung sebanyak 100%, menggunakan *google* dan perisai wajah sebanyak 0%, menggunakan topi pelindung sebanyak 0%, dan menggunakan sepatu pelindung sebanyak 92%. Lalu perawat jaga yang menutup hidung dan mulut dengan tisu/ saputangan/ lengan atas ketika batuk dan bersin sebanyak 50% sedangkan yang membuang tisu ke tempat sampah infeksius dan mencuci tangan sebanyak 0%. Terakhir untuk perawat jaga yang menggunakan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan sudah 100%.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan tenaga sudah mencukupi dan sudah sesuai dengan karakteristik yang dibutuhkan. Rumah sakit telah memberikan pendidikan/ pelatihan kepada petugas, namun kinerja petugas belum maksimal karena perilaku individu masing-masing. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil Mike R, dkk (2019) menyatakan bahwa perilaku petugas menerapkan PPI masih rendah.⁽⁹⁾ Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat

melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang agar baik pasien maupun petugas dapat terlindungi dari kemungkinan tertular infeksi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa belum ada anggaran khusus dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, melainkan digabung dengan kegiatan lain. Anggaran yang terpecah-pecah disetiap kegiatan memiliki penanggungjawab yang berbeda menimbulkan sulitnya koordinasi, sehingga terkadang barang yang dibutuhkan tidak tercukupi, tetapi sejauh ini pihak rumah sakit sudah memenuhi kebutuhan sesuai permintaan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Vivi SS, dkk (2018) yang menyatakan bahwa untuk menunjang upaya pencegahan dan pengendalian HAIs tidak tersedia dana secara khusus tetapi digabungkan atau disamakan dengan dana yang lainnya.⁽¹⁰⁾ Oleh karena itu, diharapkan kepada komite PPI untuk mengajukan penganggaran dana khusus sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial agar tidak terjadi dampak kekosongan stok barang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada wastafel sebagai sarana dan prasarana dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU, sehingga petugas harus mencuci tangan ke kamar mandi, tetapi untuk *handrub* sudah tersedia. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Zulkarnain (2018) menyatakan bahwa ada beberapa hal yang membuat perawat berperilaku kurang antara lain disebabkan karena kurangnya sarana yang mendukung pelayanan keperawatan seperti wastafel ada tetapi airnya tidak mengalir dengan baik.⁽¹¹⁾ Oleh karena itu, diharapkan kepada rumah sakit untuk dapat memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana sebagai penunjang dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sudah ada kebijakan terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU seperti SOP dan buku panduan, namun belum semua petugas yang melaksanakan. Salah satu penyebabnya adalah karena belum ada *reward* dari pihak manajemen. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil Riani, dkk (2019) menyatakan bahwa salah satu hal yang menyebabkan kurangnya kepatuhan dari beberapa responden melaksanakan hand hygiene enam langkah di lima moment adalah tidak adanya reward dari rumah sakit terhadap perawat yang patuh.⁽¹²⁾ Oleh karena itu diharapkan kepada pihak manajemen untuk dapat memberikan *reward* kepada petugas yang menerapkan PPI dan diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat melaksanakan kebijakan yang telah ditentukan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa belum semua perawat ICU melakukan 5 momen cuci tangan. Momen yang terbanyak dilakukan adalah setelah kontak dengan darah dan cairan tubuh pasien serta setelah kontak dengan pasien, sedangkan sebelum kontak dengan pasien dan sebelum memberikan tindakan aseptik perawat jarang melakukan cuci tangan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil Zulkarnain (2018) yang menyatakan bahwa sebagian besar perawat tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan atau kontak dengan pasien.⁽¹¹⁾ Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat melakukan 5 momen cuci tangan sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat ICU telah mengetahui apa saja 6 langkah dalam mencuci tangan, tetapi belum semua petugas yang menerapkan. Hal ini disebabkan karena kebiasaan petugas dan terkadang kondisi pasien yang *emergency* sehingga petugas tidak sempat melakukan 6 langkah mencuci tangan dengan maksimal. Langkah yang terbanyak dilakukan adalah gosok telapak tangan

dengan sabun, gosok punggung tangan, dan gosok sabun ke sela-sela jari. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Mera D, dkk (2018) menyatakan bahwa semakin sering kita melakukan cuci tangan 6 langkah yang benar semakin sedikit peluang terjadinya infeksi nosokomial, begitu juga sebaliknya.⁽¹³⁾ Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat melakukan 6 langkah cuci tangan sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan APD sudah ada, tetapi kadang ada keterlambatan dalam pendistribusian ke ruangan. Perawat ICU telah menggunakan APD dalam menangani pasien, tetapi pemakaian secara benar dan tepat belum maksimal. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sukfitrianty S, dkk (2018) menyatakan bahwa APD yang ada di ruang ICU tidak digunakan oleh perawat sesuai indikasi.⁽¹⁴⁾ Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat menggunakan APD sesuai dengan indikasinya, serta diharapkan kepada pihak manajemen agar mendistribusikan APD secepat mungkin ke setiap ruangan supaya para petugas dapat menggunakannya dalam menangani pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat ICU menggunakan masker selama jam dinas kerja, sehingga apabila mereka batuk/ bersin tidak menularkan virus kepada orang lain. Untuk petugas yang belum menggunakan masker, sudah menutup mulut dan hidung menggunakan lengan atas ketika batuk dan bersin, tetapi masih ada petugas yang tidak menutup mulut dan hidung ketika batuk dan bersin. Hal ini sangat dipengaruhi oleh perilaku individu masing-masing. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sutianik R, dkk (2017) menyatakan bahwa petugas kesehatan di RSUD Tugurejo Semarang memakai masker saat batuk/flu, apabila tidak menggunakan masker maka petugas kesehatan menutup hidung dan mulut menggunakan tisu atau bagian dalam siku.⁽¹⁵⁾ Oleh karena itu, diharapkan kepada

petugas yang batuk dan bersin untuk dapat melakukan langkah-langkah etika batuk dan bersin karena hal tersebut dapat mencegah penularan virus kepada orang lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat ICU sudah menggunakan satu spuit dan satu jarum suntik setiap satu orang kemudian limbah dibuang ke *safety box*, tetapi kendalanya adalah ketika *safety box* habis. Kemudian masih ada perawat yang tidak membuang limbah jarum suntik ke *safety box* dan masih ada perawat yang tertusuk jarum suntik, termasuk mahasiswa praktek. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sutianik R, dkk (2017) menyatakan bahwa secara keseluruhan di RSUD Tugurejo Semarang, menggunakan tiap-tiap jarum dan semprit hanya sekali pakai serta tidak melepas jarum setelah digunakan.⁽¹⁵⁾

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU dilakukan sebaik mungkin, walaupun demikian masih terdapat kekurangan dalam pelaksanaan pelaporan. Hal ini berhubungan dengan perilaku individu petugas dalam menerapkan kewaspadaan standar sebagai salah satu cara mencegah terjadinya infeksi nosokomial. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Vivi SS, dkk (2018) menyatakan bahwa pencatatan dan pelaporan HAIs yang sudah dilakukan belum maksimal, hambatan yang diungkapkan partisipan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HAIs adalah perilaku petugas kesehatan.⁽¹⁰⁾ Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU yang tertinggi adalah *phlebitis*, tetapi angka kejadian *phlebitis* di ruang ICU bukan yang tertinggi di rumah sakit, sedangkan untuk kejadian infeksi nosokomial lainnya mungkin ada tetapi belum tercatat. Salah satu penyebab *phlebitis*

adalah rendahnya kepatuhan petugas terhadap *hand hygiene*. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ratna N, dkk (2012) yang menyatakan bahwa para medis tidak mencuci tangan terlebih dahulu, dan langsung memakai sarung tangan. Hal ini sebagai salah satu penyebab infeksi *phlebitis*.⁽¹⁶⁾ Oleh karena itu, diharapkan kepada seluruh petugas untuk dapat melaksanakan bundles *phlebitis* sebagai pencegahan dan pengendalian kejadian *phlebitis*.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2020, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Jumlah tenaga sudah mencukupi dan sesuai dengan karakteristik yang dibutuhkan.
2. Belum ada anggaran khusus untuk PPI, melainkan digabung dengan kegiatan lain.
3. Sarana dan prasarana belum memadai, seperti tidak adanya wastafel.
4. Kebijakan sudah lengkap tersedia seperti SOP dan buku panduan.
5. Pelaksanaan kebersihan tangan belum sesuai dengan prosedur.
6. APD sudah tersedia, tetapi penggunaan secara tepat belum maksimal dilakukan.
7. Etika batuk dan bersin sudah dilakukan oleh sebagian besar petugas.
8. Praktik menyuntik yang aman sudah dilakukan oleh seluruh petugas.

Penghargaan

Studi ini merupakan bagian dari skripsi NY. Ucapan terimakasih disampaikan kepada Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas, kepada dosen pembimbing dan dosen penguji skripsi, kepada seluruh dosen dan staf akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas, serta kepada seluruh petugas Komite PPI dan perawat ICU RSUD dr. Rasidin Padang yang sudah membantu dalam penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
2. Abubakar, Nabillah. Nilamsari, Neffrety. Pengetahuan dan Sikap Keluarga Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Haji Surabaya terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, Volume 3, No. 1, Oktober 2017 : 49 - 61
3. Arifin, Anisa. Safri. Ernawaty, Juniar. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Hand Hygiene Mahasiswa Profesi Ners di Ruang Rawat Inap. *JOM FKp*, Vol. 6 No.1 (Januari-Juni) 2019
4. Karo, Mestiana BR. Barus, Mardiaty. Tumanggor, Agnes Sutantri. Hubungan Persepsi, Motivasi dan Karakteristik Perawat dengan Pelaksanaan Hand Hygiene. *Fundamental and Management Nursing Journal* Vol. 2, No. 1, April 2019
5. Kurniawati, Ajeng FS. Satyabakti, Prijono. Arbianti, Novita. Perbedaan Risiko Multidrug Resistance Organisms (Mdro) Menurut Faktor Risiko dan Kepatuhan Hand Hygiene. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 3, No. 3 September 2015: 277–289
6. Irdan. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Infeksi Nosokomial (INOS) oleh Perawat di IRNA Bedah RSUD Kayu Agung Kabupaten OKI Tahun 2017. *Prosiding Seminar Nasional dan Diseminasi Penelitian Kesehatan STIKes Bakti Tunas Husada Tasikmalaya*, 21 April 2018
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
8. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (*Mixed Methods*). Bandung: Penerbit Alfabeta; 2014.
9. Rismayanti, Mike. Hardisman. Gambaran Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Umum X Kota Y. *Jurnal Kesehatan Andalas* 2019; 8(1)
10. Sapardi, Vivi Syofia. Machmud, Rizanda. Gusty, Reni Prima. Analisis Pelaksanaan Manajemen Pencegahan dan Pengendalian *Healthcare Associated Infections* di RS Ibnu Sina. *Jurnal Endurance* 3(2) Juni 2018 (358-366)

11. Zulkarnain. Analisis Hubungan Perilaku Perawat Terhadap Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial (Phelibitis) Di Ruang Perawatan Interna RSUD Bima Tahun 2018. *Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan*, Vol. 2 No. 1 Maret 2018
12. Riani. Syafriani. Hubungan antara Motivasi dengan Kepatuhan Perawat melaksanakan *Handhygiene* sebagai Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit AH Tahun 2019. *Jurnal Ners Volume 3 Nomor 2 Tahun 2019* Halaman 49 – 59
13. Delima, Mera. Andriani, Yessi. Gustinawati. *Penerapan Cuci Tangan Five Momen dengan Angka Kejadian Infeksi Nosokomial*. Prosiding Seminar Kesehatan Perintis E-ISSN: 2622-2256 Vol. 1 No. 2 Tahun 2018
14. Syahrir, Sukfitrianty, Tirmanidhana, Fitrahmadani, Raodhah, Sitti. Bujawati, Emmi. Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial Di ICU RSUD Labuang Baji Makassar. Volume 4, No.2, Mei-Agustus 2018
15. Romadhoni, Sutianik. Widowati, Evi. Penerapan Kewaspadaan Standar sebagai Upaya Pencegahan Bahaya Biologi pada Tenaga Keperawatan. *Higeia Journal of Public Health Research and Development* 1 (4) 2017
16. Nugraheni, Ratna. Suhartono. Winarni, Sri. Infeksi Nosokomial di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, Vol.11/No.1, April 2012.

