

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### 2.1 Rumah Sakit

Menurut Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 19, rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua jenis bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus yaitu rumah yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya (Triwibowo, 2013)

Menurut Triwibowo (2013), berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah publik adalah rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba yaitu Badan Layanan Umum (BLU). Rumah sakit privat adalah rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

Dijelaskan juga tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit Menurut Pasal 12 PMK No. 56 Tahun 2014 yang tertulis Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi empat tingkatan antara lain (*PMK No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*) :

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A
- b. Rumah Sakit Umum Kelas B
- c. Rumah Sakit Umum Kelas C
- d. Rumah Sakit Umum Kelas D

Namun peneliti hanya menjelaskan tingkatan atau kelas rumah sakit tipe C yang disesuaikan dengan tipe Rumah Sakit Tk III Brawijaya Surabaya.

Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas C paling sedikit meliputi:

- 1. Pelayanan medik

Pelayanan medik paling sedikit terdiri dari:

- a. Pelayanan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat harus diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.

- b. Pelayanan medik umum

Pelayanan medik umum meliputi pelayanan medik dasar, medik gigi mulut, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana.

- c. Pelayanan medik spesialis dasar

Pelayanan medik spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi.

- d. Pelayanan medik spesialis penunjang

Pelayanan medik spesialis penunjang meliputi pelayanan anesthesiologi, radiologi, dan patologi klinik.

- e. Pelayanan medik spesialis lain

f. Pelayanan medik subspecialis

g. Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut

Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut paling sedikit berjumlah 1 (satu) pelayanan.

2. Pelayanan kefarmasian

Pelayanan kefarmasian meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik.

3. Pelayanan keperawatan dan kebidanan

Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

4. Pelayanan penunjang klinik

Pelayanan penunjang klinik meliputi pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan rekam medik.

5. Pelayanan penunjang non klinik

Pelayanan penunjang non klinik meliputi pelayanan *laundry/linen*, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih.

6. Pelayanan rawat inap

Pelayanan rawat inap harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:

a. Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen)

dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah.

- b. Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta.
- c. Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta.

Sumber daya manusia Rumah Sakit Umum kelas C terdiri atas:

1. Tenaga medis

Tenaga medis paling sedikit terdiri atas:

- a. 9 (sembilan) dokter umum untuk pelayanan medik dasar
- b. 2 (dua) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut
- c. 2 (dua) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar
- d. 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang
- e. 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut

2. Tenaga kefarmasian

Tenaga kefarmasian paling sedikit terdiri atas:

- a. 1 (satu) orang apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit.
- b. 2 (dua) apoteker yang bertugas di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 4 (empat) orang tenaga teknis kefarmasian.
- c. 4 (empat) orang apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian.
- d. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator penerimaan, distribusi dan produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau

rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit.

### 3. Tenaga keperawatan

Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan dihitung dengan perbandingan 2 (dua) perawat untuk 3 (tiga) tempat tidur. Kualifikasi dan kompetensi tenaga keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

### 4. Tenaga kesehatan lain

Jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan lain disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

### 5. Tenaga nonkesehatan

Jumlah dan kualifikasi tenaga nonkesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

## 2.2 Evaluasi

Evaluasi atau kegiatan penilaian adalah bagian integral dari fungsi manajemen dan didasarkan pada sistem informasi manajemen. Evaluasi dilaksanakan karena adanya dorongan atau kegiatan untuk mengukur pencapaian hasil kerja atau kegiatan pelaksanaan program terhadap tujuan yang telah ditetapkan (Supriyanto, 2007).

### 2.2.1 Tujuan Evaluasi

Tujuan diadakan evaluasi dari suatu program biasanya bervariasi, tergantung pada pihak yang memerlukan informasi hasil tersebut. Pada dasarnya evaluasi dilakukan dengan tujuan sebagai berikut (Supriyanto, 2007).

1. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijakan pelaksanaan program dan perencanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi memberikan pengalaman mengenai hambatan pelaksanaan program yang telah lalu yang selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan untuk memperbaiki kebijakan pelaksanaan program yang akan datang.
2. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana, sumber daya, manajemen (*resource*) saat ini serta di masa yang akan datang. Tanpa adanya evaluasi akan terjadi pemborosan penggunaan sumber dana, sumber daya yang sebenarnya dapat diadakan penghematan serta penggunaan untuk program lain.
3. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program kegiatan yang dilakukan antara lain mengecek perubahan-perubahan kecil terus menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab di dalam maupun di luar yang mempengaruhi pelaksanaan program.

#### 2.2.2 Jenis Evaluasi

Menurut (Supriyanto,2007), secara umum evaluasi dibagi menjadi dua antara lain :

1. Evaluasi formative, adalah evaluasi yang dilakukan pada tahap pelaksanaan program dengan tujuan untuk mengubah atau memperbaiki program. Evaluasi ini dilakukan untuk memperbaiki program yang sedang berjalan dan didasarkan atas kegiatan sehari-hari, mingguan, bulan bahkan tahun atau waktu yang relatif pendek. Manfaat evaluasi formative terutama

untuk memberikan umpan balik kepada manajer program tentang hasil yang dicapai beserta hambatan-hambatan yang dihadapi. Evaluasi formative sering disebut sebagai evaluasi proses atau monitoring.

2. Evaluasi summative, adalah evaluasi yang dilakukan untuk melihat hasil keseluruhan dari suatu program yang telah selesai dilaksanakan. Evaluasi ini dilakukan pada akhir kegiatan atau beberapa kurun waktu setelah program, guna menilai keberhasilan program.

### 2.2.3 Metodologi Evaluasi

Ada 2 jenis metodologi evaluasi antara lain (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2009) :

#### a. Metodologi Kuantitatif

1. Desain eksperimental, yaitu alokasi intervensi secara acak
2. Desain kuasi-eksperimental, dengan menggunakan berbagai metode ekonometrik seperti pencocokan (*matching*), selisih ganda (*double difference*), variable instrument(*instrumental variable*), dll
3. Analisa kontra-fakta(*counterfactual analysis*).

#### b. Metodologi Kualitatif

Pada metode ini biasanya berfokus pada pemahaman proses. Beberapa metode kualitatif antara lain : wawancara mendalam (*indepth interview*), diskusi kelompok terarah (FGD), pengamatan (*observasional*), sejarah hidup (*life history*), ranking kesejahteraan (*wealth ranking*), dan pemetaan masyarakat (*community mapping*).

### 2.3 Manajemen

Manajemen adalah ilmu dan seni untuk mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu. Sejalan dengan pendapat diatas, Miller menyatakan bahwa manajemen adalah proses memimpin dan melancarkan pekerjaan bagi orang-orang yang terorganisir secara formal sebagai kelompok untuk memperoleh tujuan yang diinginkan.(Torang, 2013). Menurut George R. Terry dalam buku *Principles of Management* menyatakan bahwa manajemen adalah pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditetapkan melalui atau bersama-sama usaha orang lain. (Sukarna, 2011).

### 2.4 Fungsi Manajemen

George R. Terry dalam bukunya *Principle of Management* membagi empat fungsi dasar manajemen, yaitu *Planning* (Perencanaan), *Organizing* (Pengorganisasian), *Actuating* (Pengarahan), *Controlling* (Pengawasan). Keempat fungsi manajemen ini disingkat dengan POAC (Sukarna, 2011).

#### a. *Planning* (Perencanaan)

George R. Terry dalam bukunya *Principles of Management* Mengemukakan tentang *Planning* yaitu pemilih fakta dan penghubungan fakta-fakta serta pembuatan dan penggunaan perkiraan-perkiraan atau asumsi-asumsi untuk masa yang akan datang dengan jalan menggambarkan dan merumuskan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan (Sukarna, 2011).

b. *Organizing* (Pengorganisasian)

Pengorganisasian tidak dapat diwujudkan tanpa ada hubungan dengan yang lain dan tanpa menetapkan tugas-tugas tertentu untuk masing-masing unit. George R. Terry dalam bukunya *Principles of Management* mengemukakan tentang *organizing* yaitu penentuan, pengelompokkan, dan penyusunan macam-macam kegiatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan, penempatan orang-orang (pegawai), terhadap kegiatan-kegiatan ini, penyediaan faktor-faktor fisik yang cocok bagi keperluan kerja dan penunjukkan hubungan wewenang, yang dilimpahkan terhadap setiap orang dalam hubungannya dengan pelaksanaan setiap kegiatan yang diharapkan (Sukarna, 2011).

b. *Actuating* (Pengarahan)

George R. Terry dalam bukunya *Principles of Management* mengatakan bahwa penggerakkan adalah membangkitkan dan mendorong semua anggota kelompok agar berkehendak dan berusaha dengan keras untuk mencapai tujuan dengan ikhlas serta serasi dengan perencanaan usaha-usaha pengorganisasian dari pihak pimpinan (Sukarna, 2011).

c. *Controlling* (Pengawasan)

George R. Terry dalam bukunya *Principles of Management* mengemukakan tentang *controlling* yaitu pengawasan dapat dirumuskan sebagai proses penentuan apa yang harus dicapai yaitu *standard*, apa yang sedang dilakukan yaitu pelaksanaan, menilai pelaksanaan, dan bilamana perlu melakukan perbaikan-perbaikan, sehingga pelaksanaan sesuai dengan rencana, yaitu selaras dengan *standard* (ukuran) (Sukarna, 2011).

## 2.5 Teori Deming

Proses manajemen *Plan-Do-Check-Action* diperkenalkan oleh Edwards Deming yang terkenal dengan *Deming Wheel*. Deming memperkenalkan proses manajemen yang dimulai dengan Perencanaan, Penerapan, Pengukuran, dan Tindakan berkelanjutan. Fungsi-fungsi pokok manajemen PDCA antara lain sebagai berikut (Ramli, 2012) :

### 1. Perencanaan (*Planning*)

Fungsi pertama dari manajemen adalah perencanaan. Tanpa perencanaan yang baik, hasil kerja atau tujuan yang ingin dicapai tidak akan berhasil dengan efektif dan efisien.

### 2. Implementasi (*Do*)

Langkah berikutnya dalam fungsi manajemen adalah melakukan semua rencana yang telah disusun tersebut.

### 3. Pemantauan dan Pengukuran (*Check*)

Semua kegiatan yang telah dijalankan harus dipantau dan diukur secara berkala untuk memastikan bahwa program kerja dijalankan dengan baik sesuai dengan rencana yang telah ditentukan.

### 4. Perbaikan (*Act*)

Fase ini adalah tindakan perbaikan untuk meningkatkan pelaksanaan program kerja jika ditemukan adanya penyimpangan atau ketidaksesuaian dengan rencana kerja yang ditetapkan.

## 2.6 Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit

Rumah sakit termasuk dalam kriteria tempat kerja dengan berbagai macam ancaman bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan, tidak hanya terhadap para pelaku langsung yang bekerja di RS, tapi juga terhadap pasien maupun pengunjung RS. Sehingga sudah seharusnya pihak pengelola RS menetapkan upaya-upaya K3. Dari berbagai potensi bahaya yang ada di RS, maka perlu adanya upaya untuk mengendalikan, meminimalisasi dan bila mungkin meniadakannya, oleh karena itu K3RS perlu dikelola dengan baik. Agar penyelenggaraan K3RS lebih efektif, efisien dan terpadu, diperlukan sebuah pedoman manajemen K3 di RS, baik bagi pengelola maupun bagi karyawan RS.

System manajemen keselamatan dan kesehatan di rumah sakit menurut Pemenkes No 66 tahun 2016 tentang keselamatan dan kesehatan kerja Rumah sakit adalah bagian dari manajemen rumah sakit secara keseluruhan dalam rangka pengendalian resiko yang berkaitan dengan aktifitas proses kerja di rumah sakit guna terciptanya lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman, dan nyaman bagi sumber daya manusia dirumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit (*Pemenkes No 66 tahun 2016 tentang keselamatan dan kesehatan kerja Rumah sakit*).

Disebutkan dalam Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012 bahwa siklus dari SMK3 (Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja) adalah *Plan-Do-Check-Action* sedangkan langkah-langkah penerapan K3 dimulai dari penetapan kebijakan K3 yang disahkan tertulis, tertanggal, dan di tanda tangani oleh pucuk pimpinan rumah sakit dan secara jelas menyatakan tujuan dan sasaran

K3, perencanaan K3 yang meliputi identifikasi potensi bahay, penilaian, dan pengendalian resiko, membuat peraturan terkait K3, tujuan dan sasaran, menentukan skala prioritas, indikator pencapaian dan program K3 (*Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012 tentang penerapan system manajemen keselamatan dan kesehatan kerja*).

Tahap pelaksanaan manajemen K3 harus melibatkan semua pihak dan harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai. Dalam tahap pelaksanaan ada beberapa kegiatan yang dilakukan antara lain sosialisasi K3 keseluruh penghuni rumah sakit, mengadakan pelatihan K3, dan melaksanakan program K3, tahap pemantauan dan evaluasi kinerja K3 merupakan suatu langkah yang di lakukan untuk mengetahui dan menilai sampai mana program K3 diterapkan di rumah sakit. kegiatan pemantauan dan evaluasi K3 antara lain pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal. Untuk mencapai sebuah tujuan dan pengembangan dari SMK3 maka diperlukan alat-alat (*tool*) untuk membantu tercapainya tujuan. Alat-alat manajemen yang digunakan yaitu 5M yang meliputi:

1. Manusia (*Man*)

Penerapan K3 memerlukan sumber daya manusia yang memadai.

2. Dana (*Money*)

Pengembangan K3 yang baik tentunya memerlukan dukungan finansial untuk mendukung penerapan K3.

3. Bahan (*Material*)

K3 berkaitan dengan bahan yang digunakan dalam suatu proses.

#### 4. Alat (*Machine*)

Mesin dan peralatan yang digunakan dalam proses produksi mempunyai dampak keselamatan yang sangat besar.

#### 5. Metode (*Method*)

Metode atau cara kerja memiliki kaitan langsung dengan terjadinya kecelakaan. Metode yang salah dan prosedur yang tidak akurat dapat menimbulkan kecelakaan.

### 2.7 *Hand Hygiene*

#### 2.7.1 *Pengertian Hand Hygiene*

Menurut WHO, 2009 *Hand Hygiene* adalah suatu upaya atau tindakan membersihkan tangan, baik menggunakan sabun antiseptik dibawah air mengalir (*Handwashing*) atau dengan menggunakan *Handrub* berbasis alkhol (*Handrubbing*) dengan langkah-langkah yang sistematis sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah bakteri yang berada pada tangan. Selain itu praktek *Hand Hygiene* merupakan suatu upaya untuk mencegah infeksi-infeksi yang ditularkan melalui tangan (*Peraturan Menteri Kesehatan No 27 Tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi dirumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya*).

Dalam melaksanakan kegiatan cuci tangan/*Hand hygiene* dibagi menjadi dua macam yaitu :

### 1. Cuci Tangan (*Hand Wash*)

Proses menggosok kedua permukaan tangan dengan kuat secara bersama menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air yang mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme sebanyak mungkin (Keevil, 2011).

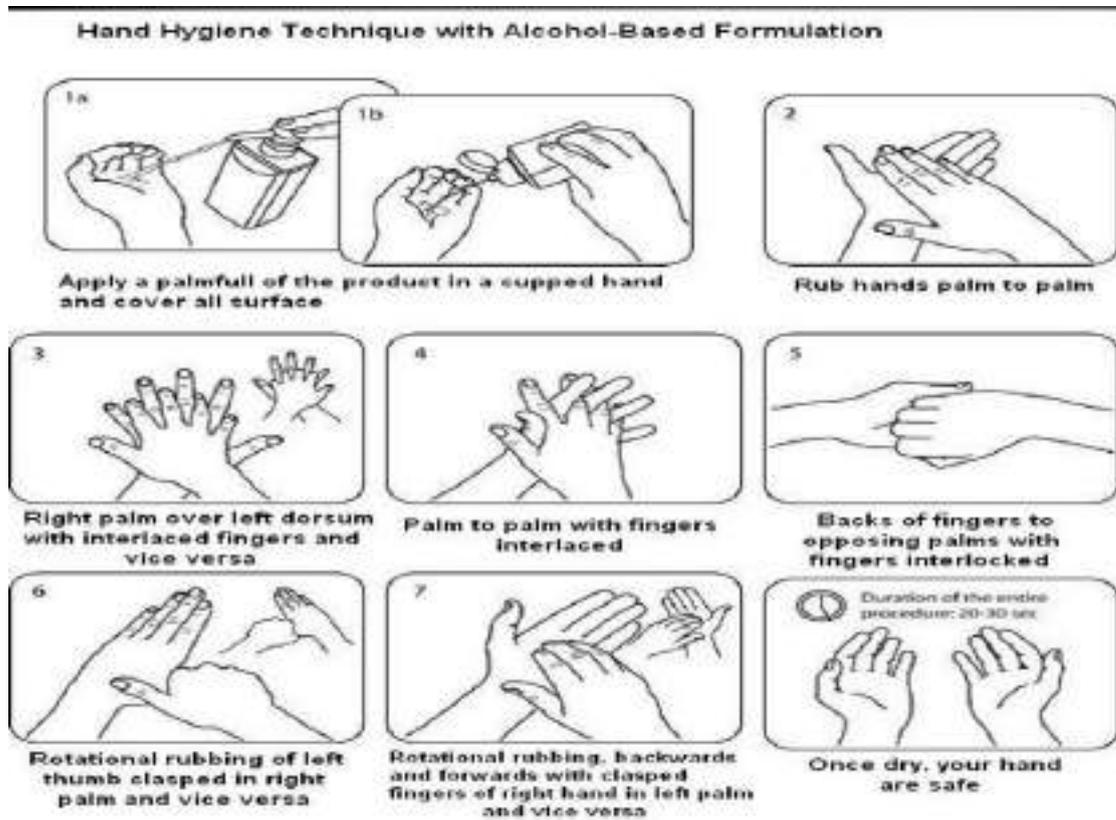
### 2. Antiseptik Untuk Tangan (*Hand Rub Antiseptic*)

Cairan antiseptik yang digosokkan pada keseluruhan permukaan tangan untuk meminimalisir pertumbuhan mikroorganisme tanpa menggunakan air atau handuk. Kegiatan ini dilakukan pada kondisi-kondisi tertentu ketika cuci tangan dengan menggunakan air tidak memungkinkan (Rohani, 2010).

#### 2.7.2 Cara Melakukan Cuci Tangan

Menurut WHO, 2009 penerapan *Hand Hygiene* ini bertujuan untuk menghilangkan kotoran dan kontaminasi mikroba dari kontak dengan pasien, dalam melakukan cuci tangan dengan air mengalir, tetapi jika tangan tidak tampak kotor bisa dilakukan dengan cara menggunakan *Handrub*. Dalam melaksanakan cuci tangan atau *Hand Hygiene* terdapat 2 cara untuk melaksanakannya yaitu dengan cara sebagai berikut (WHO, 2009):

## 1. Cuci Tangan Dengan *Handrub* Berbasis Alkohol



**Gambar 2. 1 Cuci Tangan Dengan Antiseptik**

### A. Prosedur Cuci Tangan Dengan *Handrub*

1. Tuangkan 3-5 cc antiseptik berbasis alkohol seperti gambar diatas ke seluruh permukaan tangan.
2. Gosok kedua telapak tangan hingga merata
3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
4. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari
5. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.

6. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
7. Gosok dengan memutar ujung jari-jari di telapak tangan kiri dan sebaliknya.

## 2. Cuci Tangan Dengan Menggunakan Air dan Sabun



WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (advanced draft) / modified according to EN1500

**Gambar 2. 2 Cuci Tangan Dengan Air dan Sabun**

## B. Prosedur Cuci Tangan Dengan Air dan Sabun

1. Basahi tangan dengan air mengalir yang bersih
2. Tuangkan 3-5cc sabun cair untuk menyabuni seluruh permukaan tangan
3. Ratakan dengan kedua telapak tangan
4. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
5. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari
6. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
7. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya
8. Gosok dengan memutar ujung jari-jari di telapak tangan kiri dan sebaliknya
9. Bilas kedua tangan dengan air mengalir
10. Keringkan dengan handuk sekali atau menggunakan tissue hingga kering
11. Gunakan handuk sekali pakai atau tissue towel untuk menutup kran air

Catatan : setiap gerakan dilakukan 4 kali hitungan (20-30°) untuk *Handrub* (40-60°) untuk *Handwash*.

### 2.7.3 Lima Moment Cuci Tangan

Lima moment mencuci tangan adalah sebagai berikut (WHO, 2006).

#### 1. Sebelum kontak dengan pasien

Mencuci tangan sebelum menyentuh pasien ketika mendekati pasien dalam keadaan seperti berjabat tangan, membantu pasien berpindah posisi, dan pemeriksaan klinis.

## 2. Sebelum Melakukan Tindakan Aseptik

Mencuci tangan segera sebelum tindakan aseptik dalam situasi seperti perawatan gigi dan mulut, aspirasi skresi, pembalutan dan perawatan luka, inseri kateter, dan mempersiapkan makanan dan obat untuk pasien.

## 3. Setelah Terkena Cairan Dari Tubuh Pasien

Mencuci tangan segera setelah terpapar dengan cairan tubuh yang berasal dari tubuh pasien yang memiliki resiko tinggi atau setelah melepaskan sarung tangan dalam situasi seperti perawatan gigi dan mulut, aspirasi skresi, pengambilan dan pemeriksaan darah, pembersihan urine, pembersihan feses, dan penanganan limbah.

## 4. Setelah Kontak Dengan Pasien

Mencuci tangan setelah menyentuh pasien dan lingkungan sekitar pasien begitupun juga setelah meninggalkan pasien setelah melakukan pemeriksaan atau membantu pasien untuk berpindah posisi.

## 5. Setelah Bersentuhan Dengan Lingkungan Sekitar Pasien

Mencuci tangan setelah menyentuh benda atau peralatan yang berada di sekitar pasien dan ketika meninggalkan ruangan pasien bahkan setelah melakukan penggantian linen untuk pasien dan setelah melakukan penyetulan kecepatan perfusi.

### 2.7.4 Indikasi Cuci Tangan

Indikasi cuci tangan adalah sebagai berikut (WHO,2009) :

1. Cuci tangan dengan air dan sabun ketika terlihat kotor atau terpapar dengan darah atau cairan tubuh dari pasien, dan setelah menggunakan toilet.

2. Sebelum dan sesudah menyentuh atau melakukan kontak dengan pasien.
3. Sebelum melakukan prosedur invasive dengan atau tanpa menggunakan sarung tangan.
4. Setelah bersentuhan dengan kulit pasien yang tidak *intact* atau balutan luka.
5. Bila berpindah dari satu bagian tubuh yang terkontaminasi ke bagian tubuh yang lainnya dalam satu tindakan pada pasien yang sama.
6. Setelah melakukan kontak dengan peralatan medis
7. Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non-steril
8. Sebelum pemberian medikasi atau

## 2.8 Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial dikenal pertama kali pada tahun 1847 oleh Semmelweis, dan hingga saat ini tetap menjadi masalah yang cukup menyita perhatian. Sejak tahun 1950 infeksi nosokomial mulai diteliti dengan sungguh-sungguh di berbagai Negara, terutama di Amerika Serikat, dan Eropa. Insiden infeksi nosokomial berlainan antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya. Angka infeksi nosokomial yang tercatat di beberapa Negara berkisar antara 3,3%-9,2% artinya sekian persen penderita yang dirawat tertular infeksi nosokomial, dan dapat terjadi secara akut atau kronis. Secara umum infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit (Darmadi, 2008).

### 2.8.1 Batasan Infeksi Nosokomial

Batasan infeksi nosokomial antara lain sebagai berikut (Septiari, 2012) :

1. Pada waktu penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak didapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut.
2. Pada waktu mulai dirawat di rumah sakit, tidak sedang dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut.
3. Tanda-tanda klinik infeksi tersebut timbul sekurang-kurangnya setelah 3x24 jam sejak mulai perawatan.
4. Infeksi tersebut bukan merupakan sisa dari infeksi sebelumnya.
5. Bila saat mulai dirawat di rumah sakit sudah ada tanda-tanda infeksi, dan terbukti infeksi tersebut didapat penderita ketika dirawat dirumah sakit yang sama pada waktu yang lalu, serta belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial.

### 2.8.2 Tahapan Infeksi Nosokomial

Tahap pertama dari infeksi nosokomial adalah mikroba pathogen bergerak menuju ke penjamu/penderita dengan mekanisme penyebaran (*mode of transmission*) yang terdiri dari penularan langsung, dan penularan tidak langsung (Darmadi,2008).

Tahap kedua dari infeksi nosokomial adalah upaya dari mikroba pathogen untuk menginvasi ke jaringan/organ pasien dengan cara mencari akses masuk (*port d'entrée*) seperti adanya kerusakan kulit atau mukosa dari rongga hidung, mulut, orifisium uretra, dan sebagainya.

Tahap ketiga dari infeksi nosokomial adalah mikroba patogen berkembang biak (multiplikasi) disertai dengan tindakan destruktif terhadap jaringan, walaupun mengakibatkan perubahan morfologis, dan gangguan fisiologi jaringan.

### 2.8.3 Cara Penularan Infeksi Nosokomial

Penularan infeksi nosokomial dapat dilihat dengan 4 cara antara lain (Betty Bea Septiari, 2012). :

#### 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 penderita, 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). Hal ini terjadi karena benda mati tersebut telah terkontaminasi oleh infeksi, 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 penderita. Adapun jenis-jenis *common vehicle* adalah 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 penderita dalam jarak yang cukup jauh, dan

melalui saluran pernafasan. Misalnya mikroorganisme yang terdapat dalam sel-sel kulit yang terlepas (*staphylococcus*), dan tuberculosis.

#### 4. Penularan dengan perantara vector

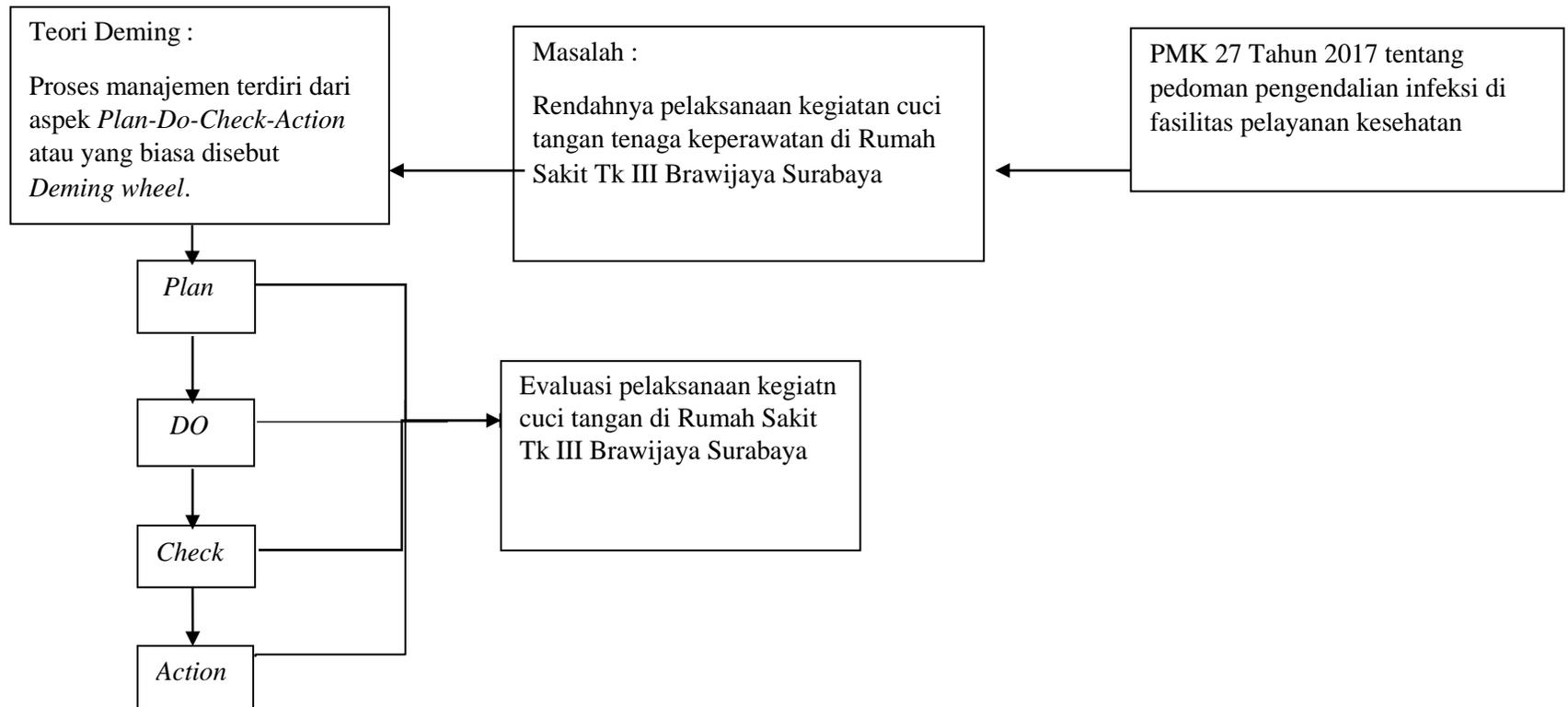
Penularan ini dapat terjadi secara eksternal maupun internal. Disebut penularan secara eksternal apabila hanya terjadi pemindahan secara mekanis dari mikroorganisme yang menempel pada tubuh vector, misalnya shigella, dan salmonella oleh lalat. Penularan internal terjadi apabila mikroorganisme masuk ke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

#### 2.8.4 Dampak Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial dapat memberikan dampak sebagai berikut (Betty Bea Septiari, 2012).:

1. Menyebabkan cacat fungsional, serta stress emosional, dan dapat menyebabkan cacat yang permanen serta kematian.
2. Dampak tertinggi pada Negara berkembang dengan prevalensi HIV/AIDS yang tinggi.
3. Meningkatkan biaya kesehatan di berbagai Negara yang tidak mampu, dengan meningkatkan lama perawatan dirumah sakit, pengobatan dengan obat-obat mahal, dan pengguna pelayanan lainnya.
4. Morbiditas, dan mortalitas semakin tinggi
5. Adanya tuntutan secara hukum.
6. Penurunan citra Rumah Sakit.

## 2.9 Kerangka Teoritis Penelitian



**Gambar 2. 3 Kerangka Teoritis Penelitian**