

Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial Di ICU RSUD Labuang Baji Makassar

Sukfitrianty Syahrir¹, Fitrahmadani Tirmanidhana^{2*}, Sitti Raodhah³,
Emmi Bujawati⁴

Abstrak

Infeksi nosokomial atau yang disebut juga *Hospital Acquired Infection* (HAI) adalah infeksi yang didapat di rumah sakit atau difasilitas kesehatan lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pencegahan dan pengendalian Infeksi Nosokomial di *Intensive Care Unit* RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2016. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif dengan metode penentuan informan menggunakan *purposive selected*, serta Informan dalam penelitian ini terdiri dari 7 informan. Hasil penelitian diketahui bahwa pelaksanaan kewaspadaan universal dilakukan dengan mencuci tangan handwash dan handrub. Penggunaan Alat Pelindung Diri digunakan berdasarkan indikasi masing-masing. Pengelolaan alat kesehatan dilakukan di CSSD (*Central Steril Supply Departement*). Pengolahan limbah dipisahkan berdasarkan jenisnya dan dilakukan penampungan sementara. *Airborn precaution* penempatan pasien diletakkan di RPK (Ruang Perawatan Khusus) dan menggunakan masker khusus (N95). *Drop-let precaution* pasien dapat ditempatkan di RPK, ruang isolasi ICU ataupun di tempat tidur biasa. *Contact precaution* pasien ditempatkan di tempat tidur pasien biasa. Kesimpulan penelitian yakni pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ICU RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2016 dilaksanakan berdasarkan kewaspadaan universal dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.

Kata Kunci : *Infeksi Nosokomial, Pencegahan Dan Pengendalian*

Pendahuluan

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial menjadi tantangan di seluruh dunia karena dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan biaya kesehatan disebabkan terjadi penambahan waktu pengobatan dan perawatan rumah sakit. Prevalensi infeksi nosokomial di negara berkembang dengan sumberdaya terbatas lebih dari 40%. pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit merupakan salah

satu upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat dengan menggunakan angka kejadian infeksi nosokomial sebagai indikator (Darmadi, 2008). Pada penelitian Ratna dkk (2012) menunjukkan prevalensi angka kejadian infeksi nosokomial pada semester II tahun 2009 (2,67), semester I dan II tahun 2010 (3,12 dan 4,36), serta semester I dan II tahun 2011 (9,68 dan 19,71) per 1000 pasien rawat inap. Proporsi kejadian infeksi nosokomial terbanyak menurut ruang adalah di Edelweis (47,36%) tahun 2009, di ruang bougenville (bedah) (65,3%) tahun 2010 dan di ruang Anggrek (19,47%) tahtn 2011. Distribusi menurut waktu

*Korespondensi : fitramandhani@gmail.com

^{1,2,3,4}Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri
Alauddin Makassar

rawat inap (bulan) proporsi tertinggi pada bulan Juli 2009 (36,84%), bulan maret dan agustus 2010 (16,32%), bulan november 2011 (19,47%). Distribusi menurut jenis kelamin proporsi tertinggi ditemukan pada perempuan untuk tahun 2009 dan 2010 (78,94% dan 63,26%), dan laki-laki (51,05%) pada tahun 2011.

Penelitian yang dilakukan oleh Evie pada tahun 2013, menunjukkan tahun 2012 pada Januari sampai Desember dari bangsal rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo dengan jumlah pasien rawat inap 7830 orang dan kasus infeksi nosokomial dari pasien yang dirawat di rumah sakit yaitu 37 orang yang terdiri dari kejadian pneumonia ada 3 kasus, sepsis ada 8 kasus, pasien dengan tirah baring (Dekubitus) ada 3 kasus dan pasien yang terpasang infus (Flebitis) ada 23 kasus.

Angka kejadian infeksi nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar pada tahun 2013-2015 masing-masing sebesar 1,59%, 2,08%, dan 2,38%. Diantaranya terjadi infeksi flebitis, dekubitus, ILO/IDO (Infeksi Luka Operasi/ Infeksi Daerah Operasi), serta saluran infeksi saluran kemih. Phlebitis dan dekubitus banyak terjadi di ruang perawatan intensif (Bag. Keperawatan RSUD Labuang Baji Makassar, 2015).

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti ingin mengetahui gambaran pencegahan dan pengendalian Infeksi Nosokomial di ruang ICU RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2016.

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian ini akan dilakukan pada ruang perawatan ICU (*Intensive Care Unit*) di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar. Instrumen dalam penelitian ini berupa pedoman wawancara, ATK, kamera serta alat perekam. Jumlah informan sebanyak 7 orang yang terdiri dari Informan kunci yaitu kepala ruang ICU RSUD Labuang Baji, Tim PPI/ IPCN RSUD Labuang Baji Makassar dan informan biasa, yaitu 5 orang perawat pelaksana. Analisis dilakukan dengan metode "*content analysis*" atau analisis isi

kemudian diinterpretasikan dan disajikan dalam bentuk narasi.

Hasil

Kewaspadaan Universal

Pelaksanaan mencuci tangan di ruang ICU RSUD Labuang Baji Makassar dilakukan dengan dua cara cuci tangan yaitu *handwash* dan *handrub*. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

"jenisnya yaitu handwash dan handrub" (MS, 42 tahun, Februari 2016)

Indikasi mencuci tangan di ruang ICU RSUD Labuang Baji Makassar dilakukan berdasarkan five moment yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, sesudah terkena cairan tubuh pasien, sesudah kontak dengan pasien dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien.

Hal ini sesuai dengan wawancara berikut :

"sebelum melakukan tindakan ke pasien kita dianjurkan cuci tangan, sesudah kontak dengan pasien atau benda-benda yang sudah terkontaminasi dengan cairannya pasien atau setelah kontak dengan lingkungan yang memungkinkan kita terkena infeksi" (HJ, 38 tahun. Februari 2016).

Alat pelindung diri yang ada di ruang ICU RSUD Labuang Baji Makassar yaitu : Sarung tangan, yang terdiri dari sarung tangan steril dan nonsteril. Masker terdiri dari masker sekali pakai dan masker kain. Penutup kepala. Baju pelindung dan baju kerja serta Sepatu pelindung terdiri dari sepatu kain dan sepatu kulit. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

"ada dek...disini tersedia masker satu kali pakai dan jenis kain. penutup kepala. Sarung tangan steril dan non steril. sepatu bahan karet serta baju pelindung bahan kain dan baju kerja" (MS, 42 tahun, Februari 2016).

Pengelolaan alat kesehatan dilakukan dengan cara sterilisasi dan disinfeksi menggunakan *microwave* di ruang CSSD, kemudian dilakukan pencucian alat di ruang ICU dengan menggunakan

deterjen dan air setelah itu dilakukan penyimpanan digudang perlengkapan. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

“oh semua alat kesehatan itu sudah disterilisasi dek di CSSD, kemudian dilakukan pencucian, setelah bersih di simpan dilemari” (MS, 42 tahun, Februari 2016)

Pernyataan informan diatas didukung dengan pernyataan informan kunci sebagai berikut:

“dibelakang sudah tersedia ruang CSS, disana dilakukan sterilisasi dan disinfeksi menggunakan microwave, kemudian dibawa kesini, dicuci menggunakan deterjen dan air pada baskom, setelah itu di simpan di gudang ini” (Ct, 22 tahun, Februari 2016)

Jenis limbah yang ada di ruang ICU yaitu limbah rumah tangga dan limbah medis. Limbah rumah tangga merupakan limbah yang non infeksius seperti limbah plastik makanan dll. Limbah medis terdiri dari ampul, benda tajam habis pakai, botol infus, limbah infeksius dan limbah mudah pecah (botol obat kaca). Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

“ada limbah rumah tangga dan limbah medis seperti jarum suntik, ampul, yang terkena infeksi, botol infus, botol obat juga” (MS, 42 tahun, Februari 2016)

Penanganan limbah di ruang ICU RSUD labuang baji makassar dilakukan dengan perawatan khusus dengan membedakan tempat wadahnya sesuai jenis limbahnya. Kemudian dibawa ke tempat pembuangan akhir untuk dimusnahkan, setiap limbah yang ditampung dalam ruangan paling lama 1 hari. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

“disediakan wadah sementara disini, pada saat penuh kemudian dibawa ke pembuangan akhir untuk dimusnahkan ” (HJ, 38 tahun. Februari 2016)

Kewaspadaan Terhadap Transmisi

Penempatan pasien dengan penyakit infeksius melalui udara di tempatkan pada ruang perawatan khusus (RPK), karena ruang isolasi di ICU belum memadai. Hal ini sesuai dengan hasil wa-

wancara berikut :

“ada namanya RPK, karena ruang isolasi yang ada disini tidak cocok untuk pasien seperti itu karena bukan ruangan tertutup” (HJ, 38 tahun, Februari 2016).

Pernyataan informan diatas didukung dengan pernyataan informan kunci sebagai berikut :

“kita tempatkan terpisah dengan pasien yang tidak terinfeksi di ruang khusus, disana ada RPK”(Br, 40 tahun, Maret 2016)

Proteksi respirasi yang dilakukan untuk airborne precautions yaitu menggunakan masker khusus (N95) saat melakukan perawatan yang mampu melindungi pernafasan dari partikel organisme yang sangat kecil. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

“untuk melindungi saluran pernafasan itu kita harus menggunakan alat yang khusus” (HJ, 38 tahun. Februari 2016)

Pernyataan informan diatas didukung dengan pernyataan informan kunci sebagai berikut :

“saat kita rawat itu harus menggunakan masker N95....” (BR, 40 tahun, maret 2016)

Isolasi ICU apabila tempat tidur di RPK-sudah penuh. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

“di ruang isolasi” (HJ, 38 tahun. Februari 2016)

Pernyataan informan diatas didukung dengan pernyataan informan kunci sebagai berikut:

“di usahakan dia di RPK, tapi jika memang sudah penuh tidak apa-apa kalau tetap di ICU, karena terdapat ruang isolasi di ICU meskipun tidak tertutup penuh” (Br, 40 tahun Maret 2016)

Penanganan pasien untuk kewaspadaan terhadap droplet di ruang ICU RSUD labuang baji makassar dilakukan dengan menempatkan tempat tidur pasien secara berjauhan serta menggunakan

APD yang tepat saat merawat pasien. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

“tidak boleh berdekatan seperti di ruang perawatan lain terus dan perawat menggunakan baju pelindung” (HJ, 38 tahun. Februari 2016)

Penempatan untuk pasien yang jenis infeksi yang mampu menularkan melalui kontak langsung tetap di rawat di ruang ICU baik di tempat tidur isolasi ICU maupun tempat tidur pasien biasa. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

“kalau ada pasien begitu dirawat disini, jika bukan di tempat tidur yang isolasi...” (SA, 20 tahun, Februari 2016)

Pernyataan informan diatas didukung dengan pernyataan informan kunci sebagai berikut:

“sama juga begitu dia diisolasi tapi kadang tetap di ICU” (Br, 40 tahun, Maret 2016)

Penangan pasien dengan kontak precaution yaitu menggunakan APD saat melaksanakan kegiatan perawatan serta menjaga kebersihan alat kesehatan dan lingkungan pasien. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut :

“ya dijaga, di rawat, dijaga kebersihannya alatnya, tempat tidurnya perawat juga harus bersih jika akan mulai merawat” (HJ, 38 tahun. Februari 2016)

Pernyataan informan diatas didukung dengan pernyataan informan kunci sebagai berikut:

“segala pengelolaannya harus ditangani khusus, mulai dimana dia ditempatkan pakai apa dia dirawat, perawatnya juga harus jaga kebersihan karena dia bersentuhan langsung sama agen infeksinya”(Br, 40 tahun, Maret 2016)

Pembahasan

Kewaspadaan Universal

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pelaksanaan mencuci tangan di ruang ICU RSUD labuang baji makassar dilakukan dengan dua cara cuc tangan yaitu handwash dan handrub. Berdasarkan

hasil observasi bahwa terdapat Standar Operasional Prosedur tentang cuci tangan Handwash dan Handrub yang dibuat oleh Tim PPI yang berdiri sejak tahun 2014 namun baru berjalan sejak november tahun 2015 dan SPO tersebut belum disosialisasikan atau diturunkan ke setiap ruangan perawatan termasuk ruang ICU dikarenakan SPO tersebut masih dalam tahap penyempurnaan. Oleh karena itu Tim PPI menindaklanjuti dengan pemasangan leflet 6 langkah mencuci tangan di setiap dinding dekat westafel. Meskipun perawat mengetahui tentang cara mencuci tangan yang baik namun masih ada saja perawat yang tidak mencuci tangan saat akan merawat pasien. Kebiasaan mencuci tangan baru akan dilaksanakan pada saat selesai merawat pasien. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Parningsih (2011) yaitu perilaku cuci tangan oleh tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat menunjukkan bahwa sebagian besar petugas tersebut tidak melaksanakan cuci tangan. Hal ini terlihat pada waktu petugas akan memeriksa pasien, baik saat pertama kali atau pergantian dari pasien satu ke pasien lainnya. Mereka pada umumnya mencuci tangan setelah selesai melakukan pemeriksaan pasien keseluruhannya.

Alat pelindung diri merupakan suatu alat yang dipakai untuk melindungi diri atau tubuh terhadap bahaya-bahaya kecelakaan kerja, dimana secara teknis dapat mengurangi tingkat keparahan dari kecelakaan kerja yang terjadi. Peralatan pelindung diri tidak menghilangkan bahaya ataupun mengurangi bahaya yang ada. peralatan ini hanya mengurangi jumlah kontak dengan bahaya dengan cara penempatan penghalang antara tenaga kerja dengan bahaya (Suma'mur, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian Alat pelindung diri yang ada di ruang ICU RSUD labuang baji makassar yaitu : Sarung tangan, yang terdiri dari sarung tangan steril dan onsteril. Masker terdiri dari masker sekali pakai dan masker kain.. Penutup kepala, baju pelindung, baju kerja, sepatu pelindung terdiri dari sepatu kain dan sepatu kulit. Hal ini sesuai dengan beberapa teori berikut bahwa Jenis alat pelindung terdiri dari Sarung tangan,

masker, gaun Pelindung, sepatu pelindung, pelindung wajah. Tidak semua alat pelindung tubuh harus dipakai, tetapi tergantung pada jenis tindakan yang akan dikerjakan (Depkes RI, 2010)

Berdasarkan hasil observasi bahwa terdapat Standar Operasional Prosedur tentang Penggunaan APD. Namun, SPO tersebut belum disosialisasikan atau diturunkan ke setiap ruangan perawatan termasuk ruang ICU dikarenakan SPO tersebut masih dalam tahap penyempurnaan. Sehingga 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 ataupun keluar rumah sakit. Hal ini lebih banyak terjadi pada perawat swa kelola.

Banyak faktor yang mempengaruhi petugas kesehatan dalam menggunakan alat pelindung diri dalam menjamin keselamatannya sebelum bersentuhan dengan pasien dan melakukan tindakan. Dapat dipengaruhi oleh motivasi, pengetahuan, ketersediaan prosedur, perilaku, kebiasaan maupun ketersediaan Alat Pelindung Diri tersebut (Bayuningsih, 2010).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Ristiawan (2013) terdapat standar operasional setiap penggunaan alat pelindung diri namun sebagian dari tenaga kesehatan di rumah sakit ini tidak menggunakan alat pelindung diri sesuai standar operasional prosedur yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian pengelolaan alat kesehatan dilakukan dengan cara sterilisasi dan disinfeksi menggunakan *microwave* di ruang CSSD, kemudian dilakukan pencucian alat di ruang ICU dengan menggunakan deterjen dan air setelah itu dilakukan penyimpanan digudang perlengkapan. Penyimpanan alat kesehatan di ICU disimpan di ruangan khusus yaitu di gudang perlengkapan, cara menyimpannya dibagi atas dua cara yaitu dengan dibungkus dan disimpan di kotak steril.

Hal ini sesuai dengan teori berikut pengel-

olaan alat kesehatan dilaksanakan berdasarkan 4 proses penatalaksanaan peralatan yang dilakukan yaitu dekontaminasi, pencucian, sterilisasi atau disinfeksi tingkat tinggi (DTT) serta penyimpanan. Penyimpanan alat kesehatan yang baik sama pentingnya dengan proses sterilisasi atau disinfeksi itu sendiri. Ada dua macam cara penyimpanan alat kesehatan yang baik yaitu alat yang dibungkus dan alat yang tidak dibungkus (Depkes RI, 2010).

Berdasarkan hasil observasi terdapat lemari dan kotak steril tempat penyimpanan alat kesehatan, setiap perawat yang telah melaksanakan pencucian terhadap alat kesehatan kemudian dikeringkan dan dibungkus kemudian dimasukkan dalam lemari. Untuk alat yang sering digunakan diletakkan di kotak steril. Tidak terdapat SPO yang mengatur tentang pelaksanaan pengelolaan alat kesehatan di ruang ICU, baik yang masih dalam tahap penyempurnaan dari tim PPI.

Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Herpan (2012) bahwa sterilisasi dilakukan di ruang CSSD (*Central Sterile Supply Department*) yang kemudian dilakukan dekontaminasi, pencucian alat dan penyimpanan di ruang perawatan masing-masing.

Berdasarkan hasil penelitian jenis limbah yang ada di ruang ICU yaitu limbah rumah tangga dan limbah medis. Limbah rumah tangga merupakan limbah yang non infeksius seperti limbah plastik makanan dll. Limbah medis terdiri dari ampul, benda tajam habis pakai, botol infus, limbah infeksius dan limbah mudah pecah seperti : botol obat kaca.

Hal ini sesuai dalam pedoman Depkes RI (2010) menyebutkan secara umum limbah rumah sakit dibagi dalam 2 (dua) kelompok besar, yaitu: 1) limbah klinis, 2) limbah non klinis baik padat maupun cair. Limbah klinis/medis padat adalah limbah yang terdiri dari limbah benda tajam, limbah infeksius, limbah laboratorium, limbah patologi atau jaringan tubuh, limbah sitotoksik, limbah farmasi, dan limbah kimiawi.

Penanganan limbah di ruang ICU RSUD labuang baji makassar dilakukan dengan pewardahan khusus dengan membedakan tempat wadahnya

sesuai jenis limbahnya. Kemudian dibawa ke tempat pembuangan akhir untuk dimusnahkan, setiap limbah yang ditampung dalam ruangan paling lama 1 hari.

Hal ini sesuai dengan teori berikut bahwa upaya penanganan limbah di pelayanan kesehatan meliputi penangan limbah medis dan limbah non medis. Adapun teknik penanganan dari limbah tersebut yaitu pemisahan, pewadahan sementara pada tempat yang tahan air dan tahan bocor serta dilakukan pengangkutan untuk melakukan pemusnahan di IPAL (Depkes RI, 2010).

Berdasarkan hasil observasi bahwa terdapat Standar Operasional Prosedur tentang Pengelolaan Limbah Rumah Sakit Dan Pengelolaan Limbah Tajam. Namun, SPO tersebut belum disosialisasikan atau diturunkan ke setiap ruangan perawatan termasuk ruang ICU dikarenakan SPO tersebut masih dalam tahap penyempurnaan. Meskipun seperti itu, perawat telah membuang limbah pada tempatnya masing-masing karena di ICU RSUD labuang baji makassar telah tersedia beberapa jenis tempat pembuangan sementara untuk limbah diantaranya tempat sampah ampul, tempat sampah farmasi, tempat sampah botol infus, tempat sampah infeksius dan tempat sampah rumah tangga.

Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi

Dari hasil penelitian bahwa penempatan pasien dengan penyakit infeksius lewat udara di tempatkan pada ruang perawatan khusus (RPK), karena ruang isolasi di ICU belum memadai. Proteksi respirasi yang dilakukan untuk airborne precautions yaitu menggunakan masker khusus (N95) saat melakukan perawatan yang mampu melindungi pernafasan dari partikel organisme yang sangat kecil.

Hal ini sesuai dengan teori berikut bahwa tempatkan pasien di ruang terpisah (ruang isolasi perawatan) yang mempunyai laju pertukaran udara >12 ACH, Diletakkan pada lantai dasar yang tidak berhubungan langsung dengan lokasi tempat WBP/Tahanan melakukan aktifitas harian/area terbuka, Konsultasikan dengan tim PPI sebelum menempatkan pasien bila tidak ada ruang isolasi

dan pengelompokkan tidak memungkinkan. Kenakan Respirator partikulat (N95/Kategori N pada efisiensi 95%) saat masuk ruang pasien (Kemenkes RI, 2012).

Berdasarkan hasil observasi bahwa terdapat Standar Operasional Prosedur tentang Pengelolaan Pasien dengan Airborn yang dibuat oleh Tim PPI. Namun, SPO tersebut belum disosialisasikan atau diturunkan ke setiap ruangan perawatan termasuk ruang ICU dikarenakan SPO tersebut masih dalam tahap penyempurnaan. Ruang isolasi yang berada di ruang ICU belum memadai untuk penempatan pasien airborne precaution karena ruang isolasi seharusnya tertutup. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Salaswati (2012) terdapat ruang isolasi khusus infeksi sebanyak 2 tempat tidur dengan ruangan yang tertutup yang hanya bisa dimasuki oleh perawat. Baik petugas kesehatan maupun keluarga pasien yang memiliki daya tahan tubuh yang rendah tidak diperbolehkan masuk ke dalam ruang isolasi.

Dari hasil penelitian bahwa penempatan untuk pasien dengan jenis infeksius menularkan lewat percikan tetap dirawat di ruang ICU apabila tempat tidur di RPK sudah penuh. Penanganan pasien untuk kewaspadaan terhadap droplet di ruang ICU RSUD labuang baji makassar dilakukan dengan menempatkan tempat tidur pasien secara berjauhan serta menggunakan APD yang tepat saat merawat pasien.

Tempatkan pasien di ruang terpisah, bila tidak mungkin lakukan pengelompokkan. Tempatkan dalam ruangan yang memiliki ventilasi dengan laju pertukaran udara. Pakailah masker bila bekerja dalam radius 1 m terhadap pasien, saat kontak erat. Masker seyogyanya melindungi hidung dan mulut, dipakai saat memasuki ruang rawat pasien dengan infeksi saluran napas serta menggunakan Apron bila baju pelindung tembus cairan (Kemenkes RI, 2012).

Berdasarkan hasil observasi di ICU terdapat 7 tempat tidur bagi pasien perawatan intensif yang diletakkan berjauhan serta 1 tempat tidur isolasi yang memiliki dinding kaca dan pintu tersendiri.

Sedangkan di RPK terdapat 5 tempat tidur untuk pasien khusus infeksi. Berdasarkan hasil penelitian penempatan untuk pasien yang jenis infeksi yang mampu menularkan melalui kontak langsung, tetap dirawat di ruang ICU baik di tempat tidur isolasi ICU maupun tempat tidur pasien biasa. Penangan pasien dengan *contact precaution* yaitu menggunakan APD saat melaksanakan kegiatan perawatan serta menjaga kebersihan alat kesehatan dan lingkungan pasien.

Kesimpulan

Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di ICU RSUD Labuang Baji Makassar dilakukan dengan cuci tangan *handwash* dan *handrub* menggunakan alkoglyserin dengan cara 6 langkah cuci tangan WHO. Pengelolaan alat kesehatan dilakukan sterilisasi di ruang CSSD (*Central Steril Supply Department*). Pengolahan limbah dilakukan dengan pewadahan khusus dengan membedakan tempat wadahnya sesuai jenis limbah rumah tangga dan limbah medis. Pelaksanaan Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi di ICU RSUD Labuang Baji Makassar yang terdiri dari *airborn precaution* dengan pasien ditempatkan pada ruang perawatan khusus (RPK) serta menggunakan masker N95. *Droplet precaution* pasien ditempatkan pada RPK atau pada ruang ICU dengan menggunakan APD baju pelindung serta tempat tidur diletakkan berjauhan. *Contact precaution* pasien ditempatkan di ruang ICU dengan menggunakan APD sarung tangan serta menjaga kebersihan tangan dan alat pasien.

Daftar Pustaka

- Bayuningsih R. (2010). Breathalyzer For The Hand Washing (Reminding For Hand Washing) Bagi Perawat Di Ruang Icu. *Ilmu Keperawatan*, 2: 11-13
- Darmadi. (2008). *Infeksi Nosokomial Problematika Dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes RI (2010). *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.
- Fauzia, Neila. (2014). Kepatuhan Standar Prosedur Operasional Hand Hygiene Pada Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28 : 1
- HerpanY.W. (2012). Analisis Kinerja Perawat dalam Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD Muhammadiyah Bantul Yogyakarta. *Kes Mas*, 6: 174-189.
- Kemenkes RI (2012). *Pedoman Teknis Ruang Perawatan Intensif Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Penunjang Medik Dan Sarana Kesehatan.
- Parningsih S.H. (2011). Gambaran Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di RSUD Dr.Moewardi Surakarta. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 1: 19-24
- Ratna N., . (2012). Infeksi Nosokomial di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 1: 201-204
- Ristiawan D. (2013) Hubungan Antara Lama Perawatan dan Penyakit yang Menyertai dengan Terjadinya Infeksi Nosokomial di RSI Sultan Hadlirin Jepara. *JIKK*, 1: 10-15.
- Salawati L. (2012). Pengendalian Infeksi Nosokomial. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 12 : 104-105
- Sugiyono. (2009). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta
- Suma'mur. (2009). *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (HIPERKES)*. Jakarta: Sagung Seto.
- Zulkarnain, I. (2009). *Infeksi Nosokomial*. In: *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam III. Edisi ke-5*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.