



ANALISIS *INFECTION CONTROL SELF ASSESSMENT TOOL (ICAT) MODUL 1-4* DI KLINIK PRATAMA PMI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA (DIY)

Siti Maria Ulfah¹, Maria Ulfa², Kusbaryanto³

Fakultas Kedokteran Universitas Swadaya Gunung Jati Cirebon
Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana,
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Yogyakarta, Indonesia
drsitimariaulfah@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Infeksi nosokomial atau Healthcare Acquired Infections (HAIs) semakin meningkat. Di Indonesia untuk fasilitas layanan primer belum terdapat alat untuk mengukur risiko pengendalian infeksi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Apakah metode Infection Control Self Assessment Tool (ICAT) for Primary Health Care Facilities dapat digunakan sebagai penilaian risiko infeksi di Klinik pratama PMI DIY, serta mengetahui pengendalian infeksi di Klinik pratama PMI DIY. **Metode:** Penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dengan cara telusur dokumen, observasi dan wawancara berdasarkan ICAT modul 1-4 yaitu modul Informasi Fasilitas Kesehatan, modul kesehatan karyawan, modul membersihkan fasilitas kesehatan serta modul Kebersihan Tangan. Proses pengambilan sampling dengan Purposive Sampling dengan subyek pihak manajemen serta karyawan Klinik Pratama PMI Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian dilakukan pada 23 hingga 26 januari 2017. **Hasil:** ICAT Modul Fasilitas Kesehatan, Membersihkan Fasilitas Kesehatan serta modul Kebersihan Tangan dapat di aplikasikan dengan persentasi 100%, namun pada modul Kesehatan Karyawan hanya didapatkan persentasi 95%. Pengendalian infeksi berdasarkan ICAT pada klinik pratama PMI DIY total keseluruhan dengan persentasi 84.90%. **Kesimpulan:** Semua modul instrumen ICAT dapat digunakan sebagai penilaian resiko infeksi pada Klinik pratama PMI DIY dengan memerlukan sedikit modifikasi pada modul kesehatan karyawan. Pengendalian infeksi berdasarkan ICAT modul 1-4 pada klinik pratama PMI DIY dalam kategori sangat baik.

Kata kunci: *Infection Control Risk Assesment, Infection Control Self Assesment Tool, USAID, Pengendalian Infeksi, Primary Health Care*

ABSTRACT

Background: *Nosocomial infections or Healthcare Acquired Infections (HAIs) are increasing. in Indonesia, for primary care facilities there is no tool to measure infection control risk. This study aims to find out whether the method of Infection Control Self Assessment Tool (ICAT) for Primary Health Care Facilities can be used as the risk assessment of infection in the PMI DIY Pratama Clinic as well as to know infection control in Primary Clinic PMI DIY.* **Method:** *Quantitative research with a descriptive approach using document search, observation, and interview based on ICAT module 1-4 consisting Health Facility Information, Employee Health, Cleaning Health Facility and Hand Hygiene module. Sampling process with Purposive Sampling with subject of management side and employees of Primary Clinic PMI Daerah Istimewa Yogyakarta. The study was conducted on 23 to 26 januari 2017.* **Result:** *ICAT Health Facility, Cleaning Health Facility, and Hand Hygiene module can be applied to the percentage of 100%, but in Employee Health module only get percentage rate of 95%. Infection control based on ICAT at primary clinic PMI DIY overall with an average achievement of value with the percentage of 84.90%.* **Conclusions:** *All ICAT instrument modules can be used as an infection risk assessment at PMI DIY Primary Clinic with slight modifications on the employee health module. Infection control based on ICAT module 1-4 at PMI DIY pratama clinic in very good category.* **Keywords :** *Infection Control Risk Assesment, Infection Control Self Assesment Tool, Infection Control, Primary Health Care, USAID*

PENDAHULUAN

Infeksi nosokomial atau infeksi yang didapat dari fasilitas pelayanan kesehatan semakin meningkat. Istilah infeksi nosokomial

diperluas dengan istilah *Healthcare Acquired Infections* (HAIs). Infeksi yang diperoleh dari fasilitas pelayanan kesehatan adalah salah satu penyebab utama kematian dan peningkatan morbiditas. Prevalensi HAIs diperkirakan 1,4 juta kematian setiap hari di seluruh dunia (Darmadi, 2008). Hal ini menyebabkan 50.000 kematian yang disebabkan dan 2 juta morbiditas disebabkan oleh HAIs di negara-negara maju setiap tahunnya (Ling, 2012). Berdasarkan data WHO (*World Health Organization*) kematian akibat HAIs 1,5 hingga 3 juta orang setiap tahun (Mooney *et al.*, 2007). Pada fasilitas layanan primer di Indonesia dilaporkan, insiden infeksi tuberculosis

Surveilans menurut WHO merupakan proses pengumpulan, analisis dan interpretasi data yang berhubungan dengan kesehatan yang diperlukan untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi praktik kesehatan masyarakat yang dilakukan secara terus menerus. Data surveilans di Indonesia belum memadai, salah satu penyebabnya adalah dikarenakan proses analisis dan interpretasi data belum terstandar untuk menilai pengendalian risiko HAIs. Indonesia belum memiliki instrumen penilaian pengendalian risiko infeksi (*Infection Control Risk Assessment*) yang terstandar untuk menilai pengendalian risiko HAIs. Instrumen yang tidak terstandarisasi tidak bisa menghasilkan kesimpulan yang sebanding dan tidak dapat dipercaya hasilnya (WHO, 2016).

Mengingat besarnya dampak HAIs yang ditimbulkan maka penting untuk melakukan tindakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). *Infection Control Risk Assessment* (ICRA) merupakan suatu sistem pengontrolan pengendalian infeksi yang terukur dengan melihat kontinuitas dan probabilitas aplikasi pengendalian infeksi di lapangan berdasarkan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan, mencakup penilaian beberapa aspek penting pengendalian infeksi seperti kepatuhan cuci tangan, pencegahan penyebaran infeksi, manajemen kewaspadaan kontak, dan pengelolaan resistensi antibiotik (Lardo *et al.*, 2016). Untuk fasilitas layanan primer terdapat instrumen penilaian ICRA yang dapat digunakan yaitu *Infection Control Self Assessment Tool* (ICAT) for Primary Health Care Facilities yang dikeluarkan oleh USAID (United States Agency International Development) tahun 2013 (ICAT, 2013).

Risiko terkena HAIs bukan hanya pasien, namun semua sumber daya manusia yang berada di lingkungan fasilitas kesehatan baik pasien, petugas kesehatan, penunggu pasien ataupun pengunjung pasien (Darmadi,

2008). Sehubungan dengan hal tersebut Departemen kesehatan telah menerbitkan 2 aturan mengenai pedoman manajerial program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit (PPI RS) dan fasilitas pelayanan kesehatan lain melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 270 Tahun 2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain, serta Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 382 Tahun 2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit. Kedua aturan tersebut akan dijadikan pijakan hukum untuk menerapkan standarisasi fasilitas kesehatan terutama berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi (Depkes, 2013).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional, Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dapat berupa puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara dan Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara. pada Pemberi pelayanan tingkat pertama (PPK 1) terdapat 145 penyakit yang wajib ditangani, sehingga sangat memungkinkan terjadi HAIs (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Pelayanan pada klinik pratama bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative, dalam pelaksanaannya dapat menangani beberapa tindakan yang sangat berpotensi terjadinya infeksi contohnya tindakan bedah minor, pemasangan infus dan bahkan tindakan persalinan. Pada penelitian pekerja difasilitas kesehatan didapatkan hasil 69-5780 per 100.000 dalam setahun, Dua dari 509 responden (0,39%) dari 6 kabupaten menderita TB paru dalam 12 bulan (Tana, 2014).

Lardo, 2016 melakukan penelitian dengan judul *Infection Control Risk Assessment* (ICRA). Pada penelitian ini dilakukan critical review tentang ICRA. Manning, 2005. *Infection Control Risk Assessment (ICRA) of Indonesian satellite Health Clinics Caring For Displaced Survivor of The Desember 2005 Tsunami*. penelitian ini dilakukan pada tahun 2004 setelah terjadinya bencana alam gempa bumi dan tsunami di Aceh, Sumatra. Zhang dan Wang tahun 2014 melakukan penelitian dengan judul penelitiannya "*Infection Prevention and Control Measures of Risk Assessment in*

Hemodialysis Patient in Hospital” melakukan penelitian dengan sampling pasien hemodilisa di Rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Apakah metode *Infection Control Self Assessment Tool (ICAT) for Primary Health Care Facilities* dapat digunakan sebagai penilaian risiko infeksi pada Klinik Pratama PMI DIY.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Dalam penelitian ini dilakukan penilaian instrumen ICAT yang dikeluarkan oleh USAID untuk fasilitas layanan primer modul 1-4 yaitu modul Informasi Fasilitas Kesehatan, Kesehatan Karyawan, Membersihkan Fasilitas Kesehatan serta modul Kebersihan Tangan. dengan cara telusur dokumen, wawancara yang dilakukan setelah telusur dokumen dan observasi. Penelitian ini dilakukan di Klinik Pratama PMI Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada tanggal 23 hingga 26 Januari 2017.

Subyek dari penelitian ini pihak manajemen serta karyawan Klinik Pratama PMI DIY. Objek dari penelitian ini adalah kinerja dan sarana prasarana serta dokumen terkait yang tersedia pada Klinik Pratama PMI DIY. Populasi pada penelitian ini adalah manajemen dan karyawan Klinik Paratama PMI DIY, dengan teknik pengambilan sampling Purposive Sampling, yaitu sampling ditentukan dengan memilih perwakilan dari manajemen atau karyawan Klinik Pratama PMI DIY sebagai perwakilan yang dianggap dapat mewakili klinik dan memahami tentang pengendalian infeksi di Klinik Pratama PMI DIY yang disesuaikan dengan kebutuhan setiap modul dalam ICAT.

Penelitian ini akan melalui beberapa 6 tahapan. Tahap pertama menentukan instrumen. Instrumen yang kita gunakan adalah ICAT yang dikeluarkan oleh USAID tahun 2013. Tahap kedua penerjemahan instrumen, pada tahap ini instrumen ICAT yang berbahasa inggris diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia. Tahap ketiga Kesesuaian instrumen yaitu dengan cara melakukan diskusi panel membahas penerjemahan istrumen oleh ahli bahasa, jika dirasa kurang sesuai maka akan dilakukan penerjemahan kembali. Tahap keempat identifikasi unit, yaitu identifikasi unit sesuai modul ICAT 1-4, unit yang digunakan salah satunya adalah ruang perawatan pasien, sumber air serta ruang pembersihan. Tahap ke lima adalah preses penelitian dengan melakukan telusur dokumen, <http://jurnal.ugj.ac.id/index.php/tumed>

observasi dan wawancara terstruktur berdsarkan ICAT modul 1-4. Tahap terakhir adalah analisa hasil penelitian dengan cara menganalisis seberapa besar modul ICAT 1-4 dapat diaplikasikan serta analisis risiko infeksi pada Klinik Pratama berdasarkan Modul ICAT 1-4.

HASIL

ICAT Modul 1-4

Penelitian ini dilakukan oleh peneliti sendiri, masing-masing dari tools ini diujikan kepada salah satu karyawan yang dianggap paling memahami kondisi dan dapat mewakili Klinik Pratama PMI DIY dengan diberi kode 001 dan 002. Pengujian modul Informasi Fasilitas Kesehatan, Kesehatan Karyawan, Membersihkan Fasilitas Kesehatan serta modul Kebersihan Tangan dalam penelitian ini dilakukan pada tanggal 23 hingga 26 Januari 2017.

Modul pertama yaitu modul Informasi Fasilitas Kesehatan dapat di pergunakan atau diaplikasikan sepenuhnya dengan presentase 100%.

Modul kedua, Modul Kesehatan Kesehatan Karyawan. Dari 20 pertanyaan terdapat 1 pertanyaan yang tidak dapat di aplikasikan di Indonesia. Jumlah pertanyaan yang dapat di aplikasikan 19 dari 20 total pertanyaan, sehingga didapatkan persentase 95%.

Modul ketiga, Modul Membersihkan Fasilitas Kesehatan dapat diaplikasikan di Indonesia adalah seluruhnya sehingga didapatkan persentase 100%.

Modul keempat, Modul Kebersihan Tangan dapat diaplikasikan di Indonesia adalah seluruhnya sehingga didapatkan persentase 100%.

Jumlah nilai untuk semua jawaban yang didapat (Total penilaian)
-----X 100%
Jumlah nilai yang mungkin untuk pertanyaan (Total kemungkinan)

Tabel 1. Lembar Total penilaian ICAT Modul 1-4

Bagian Modul	1	2	3	4
	Total Penilaian	Total Kemungkinan	Persentase Nilai	Kriteria Berdasarkan Persentase Nilai
Modul 1 : Informasi Fasilitas Kesehatan				
a. Pasokan Air	4	4	100%	A
b. Praktek Umum Fasilitas Kesehatan	4	6	66%	B
Modul 2 :Kesehatan Karyawan				
a. Informasi Umum	2	3	66%	B
b. Tingkat paparan Kesehatan Karyawan	4	8	50%	B
c. Kontrol Peralatan tajam	14	18	77.7%	A
Modul 3 : Membersihkan fasilitas Kesehatan				
a. Pengetahuan Teknik Pembersihan	12	14	85.7%	A
b. Peralatan Dasar Untuk Pembersihan	14	14	100%	A
c. Tanggung jawab Staf di Prosedur Pembersihan	4	6	66%	B
Modul 4 : Kebersihan Tangan				
a. Peralatan dan Perlengkapan Kebersihan Tangan	18	18	100%	A
b. Praktek Kebersihan Tangan	14	15	93.3%	A
Total Untuk Modul	90	106	84.90 %	A

Hasil Standar Pengendalian Resiko Infeksi Pada Klinik Pratama PMI DIY.

Tabel 1 merupakan tabel yang disediakan oleh ICAT dari setiap akhir penilaian risiko infeksi untuk pusat layanan primer. Pada tabel 1 kolom 4 merupakan hasil persentase nilai standar pengendalian risiko infeksi pada klinik pratama PMI DIY dari setiap bagian modul dan didapatkan persentase nilai untuk modul ICAT 1-4 dengan rata-rata 84.90 %, hasil tersebut didapatkan dari:

PEMBAHASAN ICAT Modul 1-4

Modul Informasi Fasilitas Kesehatan yang merupakan modul pertama dalam ICAT memiliki 3 bagian yaitu bagian informasi demografi fasilitas terdapat 3 pertanyaan, pasokan air terdiri dari 4 pertanyaan dan bagian praktek umum di fasilitas kesehatan

terdiri 5 pertanyaan dengan jumlah total 12 pertanyaan. Dalam pelaksanaan penelitian ini modul informasi fasilitas kesehatan dapat di gunakan atau diaplikasikan sepenuhnya dengan presentase 100%.

Modul kedua, modul Kesehatan Kesehatan Karyawan memiliki 20 pertanyaan dan terbagi dalam 3 bagian yaitu: Informasi Umum yang terdiri dari 2 pertanyaan, tingkat paparan karyawan kesehatan dengan 6 pertanyaan serta kontrol peralatan tajam yang terdiri dari 12 pertanyaan. Dari 20 pertanyaan terdapat 1 pertanyaan dari bagian kontrol peralatan tajam (pertanyaan nomor 15) yang tidak dapat di aplikasikan di Indonesia. Jumlah pertanyaan yang dapat di aplikasikan 19 dari 20 total pertanyaan, sehingga didapatkan persentase 95%. Pada pertanyaan pembuangan isi wadah (sputum, benda tajam) tidak dapat diaplikasikan di Indonesia, karena pada fasilitas kesehatan layanan primer di Indonesia untuk pembuangan limbah padat ataupun cair berkerjasama dengan pihak ketiga dan pada

pilihan jawaban pada modul kesehatan karyawan bagian kontrol peralatan tajam tidak ada pilihan dengan jawaban pihak ketiga, sehingga pertanyaan tersebut memerlukan modifikasi untuk dapat digunakan seutuhnya dalam serangkaian modul kesehatan karyawan.

Modul ketiga, modul Membersihkan Fasilitas Kesehatan terdapat 19 pertanyaan yang terbagi dalam 3 bagian yaitu : Pengetahuan tentang teknik pembersihan yang terdiri dari 7 pertanyaan, peralatan dasar untuk pembersihan dengan 8 pertanyaan serta bagian tanggung jawab staf di prosedur pembersihan dengan 4 pertanyaan. Total pertanyaan yang dapat diaplikasikan di Indonesia adalah seluruhnya sehingga didapatkan persentase 100%.

Modul keempat, Modul Kebersihan Tangan terdapat 19 pertanyaan dan terdapat 2 bagian didalamnya, antara lain: peralatan dan perlengkapan kebersihan tangan serta Praktek Hygiene tangan. Bagian peralatan dan perlengkapan kebersihan tangan terdapat 11 pertanyaan, serta 8 pertanyaan untuk bagian Praktek Hygiene tangan. Total pertanyaan yang dapat diaplikasikan di Indonesia adalah seluruhnya sehingga didapatkan persentase 100%.

Standar Pengendalian Resiko Infeksi Pada Klinik Pratama PMI DIY.

Dari data diatas didapatkan hasil nilai total penelitian pada Klinik Pratama PMI DIY untuk modul Informasi fasilitas kesehatan, Kesehatan Karyawan, Membersihkan Fasilitas Kesehatan dan Membersihkan Tangan secara total keseluruhan dengan pencapaian rata rata nilai A dengan persentasi **84.90 %** yang diartikan praktek sangat baik pada klinik Pratama tersebut. Namun, jika dipisahkan antar modul didapatkan variasi nilai yang berbeda beda.

Kriteria penilaian tersebut diartikan A: Praktek sangat baik dalam area tersebut: Lebih dari 75% dari nilai yang mungkin. B: Praktek yang baik dalam area tersebut: 50-75% dari nilai yang mungkin serta C: Praktek buruk yang membutuhkan perhatian segera: Kurang dari 50% dari nilai yang mungkin.

Modul 1 yaitu Informasi Fasilitas Kesehatan, pada bagian Pasokan Air didapatkan presentase nilai 100% namun, pada bagian Praktek Umum Fasilitas Kesehatan didapatkan presentasi nilai 66%, hal tersebut dikarenakan terdapat kebijakan/prosedur tertulis untuk kebersihan umum dan membersihkan permukaan, dinding, lantai, toilet, tempat tidur, pakaian dan peralatan pada unit tersebut tetapi

prosedur tersebut tidak ditempelkan pada dinding atau daerah yang mendukung serta tidak terdapatnya prosedur/kebijakan mengenai mendekontaminasi daerah yang terkontaminasi oleh tumpahan (seperti darah atau cairan tubuh).

Pada Modul 2, Kesehatan Karyawan bagian Informasi Umum didapatkan presentasi nilai 66% hal tersebut dikarenakan terdapat prosedur atau kebijakan tertulis untuk kegiatan kesehatan bagi karyawan namun tidak terpublikasi atau tercantum didinding.

Pada bagian Tingkat Paparan Karyawan Kesehatan didapatkan persentasi 50% hal tersebut dikarenakan tidak adanya petugas yang ditunjuk sebagai koordinator jika terdapat kasus paparan terhadap pathogen melalui darah, tidak adanya pengecekan untuk karyawan yang terpapar kasus TB secara periodik. Pada bagian kontrol peralatan tajam mendapatkan persentase 77.7%, hal tersebut dikarenakan pada Klinik Pratama PMI DIY terdapat kebijakan tertulis tentang kontrol peralatan tajam namun kebijakan tersebut tidak dipajang atau di tampilkan untuk praktek sehari-hari.

Pihak Klinik Pratama PMI DIY berkerjasama dengan pihak ke-3 dalam pengolahan limbah baik limbah padat ataupun limbah cair, sehingga tidak dapat menjawab pertanyaan pada bagian pembuangan isi kontainer *safety box* yang akhirnya tidak mendapatkan point pada bagian tersebut.

Pegawai Klinik Pratama PMI DIY banyak yang tidak mengetahui penanganan jarum suntik setelah digunakan, terdapat beberapa diantara karyawan menutup kembali jarum suntik pada saat akan dibuang ke *safety box*, yang justru akan meningkatkan resiko tertusuknya jari petugas dan meningkatkan resiko infeksi akibat jatam suntik.

Pada Modul 3, Membersihkan fasilitas kesehatan didapatkan persentase 85.7%. Terdapat beberapa evaluasi diantaranya adalah saat membersihkan spre/mengganti spre salah satu petugas meletakkan spre kotor pada lantai dan tidak terdapat kebijakan tentang penanganan jika terjadi tumpahan (*discharge*,darah).

Pada Modul 4, Kebersihan Tangan bagian Peralatan dan Perlengkapan kebersihan tangan didapatkan persentasi 100%. Namun pada bagian Praktek Hygiene Tangan diadapatkan persentasi nilai 93.3 %, hal tersebut dikarenakan Kebijakan/prosedur tertulis pada Klinik Pratama PMI DIY tentang praktek cuci tangan tidak di pajang atau ditempatkan di dinding atau daerah yang

sesuai untuk praktek sehari-hari. Di Klinik Pratama PMI DIY memasang poster 6 langkah cuci tangan di setiap tempat cuci tangan dan memasang poster 5 moment cuci tangan pada tempat-tempat yang disediakan hand sanitizer atau alkohol.

Keterbatasan pada penelitian ini adalah pengujian Infection Control Self Assessment Tool (ICAT) for Primary Health Care Facilities hanya dilaksanakan pada satu fasilitas layanan primer saja tanpa membandingkan dengan pengujian atau aplikasi instrument di fasilitas layanan primer lainnya sehingga hasil yang didapatkan kurang dapat mewakili keseluruhan fasilitas layanan primer yang ada di Indonesia. Peneliti berharap penelitian ini dapat dilanjutkan dengan membandingkan hasil penelitian di fasilitas layanan primer yang berbeda.

KESIMPULAN

DAFTAR PUSTAKA

1. Al Kadi, A., & Salati, S. A. (2012). Hand hygiene practices among medical students. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 2012. <http://doi.org/10.1155/2012/679129>
2. Brannigan, E. T., Murray, E., & Holmes, A. (2009). Where does infection control fit into a hospital management structure? *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 392–396. <http://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.03.031>
3. Darmadi, 2008. *Infeksi Nosokomial: Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta. Salemba Medika.
4. Depkes. (2013). *Pedoman Manajerial Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit Dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
5. Diseases, Z. I. (2013). Guide to Infection Prevention for Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care. *Centers for Disease Control and Prevention*, (September), 1–17.
6. Fauerbach, L. L., Ruse, C. W., Kelly, R. E., & Gross, M. A. (2006). Infection Control Risk Assessment Activities for Floods, Sewage Spills, and Malfunctions. *American Journal of Infection Control*, 34(5), E37.
7. Ducel, J. Fabry, L. N. (2002). Prevention of hospital-acquired infections. *World Health Organization*, 1–64. <http://doi.org/WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12>
8. Infection Control Assessment Tool for Primary Health Care Facilities Infection Control Self-Assessment Tool for Primary Health Care Facilities. (2013), (January).
9. Lardo, S., Prasetyo, B., Purwaamidjaja, D. B., Infeksi, P., & Sakit, R. (2016). 35-64-1-Sm, 43(3), 215–219.
10. Ling, L. C. (2012). Factors Affecting Hand Hygiene Compliance in Intensive Care Units: A Systematic Review.
11. Manning, 2005. Infection Control Risk Assessment (ICRA) of Indonesian satellite Health Clinics Caring For Displaced Survivor of The Desember 2005 Tsunami. *American Journal of Infection Control*, 3(3), E37.
12. Mooney, B. L., & Bate, R. (2007). *First, Do No Harm: The Toll of Unhealthy Health Care Practices*, (13).
13. Prevention, C. for D. C. and. (2003). Guidelines for Environmental Practices Advisory Committee (HICPAC), 52(Cdc), 1–42.
14. Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2008). Draft guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. U.S.-Centre for Disease Control and Protection (CDC), 1–158. <http://doi.org/10.1086/423182> Infection control in Health-care Facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control
15. Sehulster, L., & Chinn, R. Y. W. (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(RR10), 1–42.

Instrumen yang terstandarisasi pada metode ICAT dari USAID modul Informasi fasilitas kesehatan, Membersihkan fasilitas Kesehatan, Kebersihan Tangan dapat digunakan sebagai penilaian risiko infeksi pada Klinik Pratama PMI DIY, namun untuk modul Kesehatan karyawan perlu dilakukan sedikit modifikasi Standar pengendalian risiko infeksi di Klinik Pratama PMI Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) yang dinilai dari modul 1-4 termasuk dalam kategori sangat baik.

Rekomendasi untuk peneliti selanjutnya agar melakukan uji penerapan ICAT dari USAID pada fasilitas layanan primer lebih dari satu baik kepemilikan swasta ataupun pemerintah dengan harapan didapatkan variasi hasil.

16. Tana, L. (2014). Gambaran TB Paru pada Pekerja Puskesmas di Enam Kabupaten Kota di Indonesia (Pulmonary Tuberculosis among Primary Health Center Workers in 6 Districts in Indonesia), (29), 319–325. <http://doi.org/10.1179/oeh.1996.2.4.319>
17. Tietjen, L., & Mcintosh, N. (2003). *Infection Prevention Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources. Prevention*. Retrieved from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnact433.pdf.
18. WHO W health O. Public health surveillance [Internet]. World health Organization. 2016 [cited 2016 Mar 1]. Available from: http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/
19. Zhang, X. & Wang, C., 2014. Infection prevention and control measures of risk assessment in hemodialysis patients in hospital. , 6(7), pp.2646–2649.