

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Kewaspadaan Isolasi**

Kewaspadaan isolasi adalah tindakan pencegahan atau pengendalian infeksi yang disusun oleh *Center for Disease Control* (CDC) dan harus diterapkan di rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya. Kewaspadaan isolasi diterapkan untuk menurunkan resiko transmisi penyakit dari pasien ke pasien lain atau ke pekerja medis. Kewaspadaan isolasi memiliki 2 pilar atau tingkatan, yaitu Kewaspadaan Standar (*Standard/Universal Precautions*) dan Kewaspadaan berdasarkan cara penularan (*Transmission based Precautions*) (Muchtar, 2014; Akib, dkk, 2008; Rosa, 2015).

###### **a. Kewaspadaan Standar (*Standard/Universal Precautions*)**

Kewaspadaan standar adalah kewaspadaan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rutin dan harus diterapkan terhadap semua pasien di semua fasilitas kesehatan. Kewaspadaan Universal yaitu tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi resiko penyebaran infeksi dan didasarkan pada prinsip bahwa darah dan cairan tubuh dapat berpotensi menularkan penyakit, baik berasal dari pasien maupun petugas kesehatan (Nursalam, 2007). Tindakan dalam kewaspadaan standar meliputi:

- 1) Kebersihan tangan.
  - 2) APD : sarung tangan, masker, *goggle*, *face shield* , gaun.
  - 3) Peralatan perawatan pasien.
  - 4) Pengendalian lingkungan.
  - 5) Penatalaksanaan Linen.
  - 6) Pengelolaan limbah tajam/ Perlindungan & Kesehatan karyawan.
  - 7) Penempatan pasien
  - 8) *Hygiene* respirasi/Etika batuk
  - 9) Praktek menyuntik aman
  - 10) Praktek pencegahan infeksi untuk prosedur lumbal pungsi
- b. Kewaspadaan berdasarkan transmisi (*Transmission based Precautions*).

Kewaspadaan berdasarkan transmisi merupakan tambahan untuk kewaspadaan standar, yaitu tindakan pencegahan atau pengendalian infeksi yang dilakukan setelah jenis infeksi sudah terdiagnosa atau diketahui (Akib, dkk, 2008).Tujuannya untuk memutus mata rantai penularan mikroba penyebab infeksi, jadi kewaspadaan ini diterapkan pada pasien yang memang sudah terinfeksi kuman tertentu yang bisa ditransmisikan lewat udara, droplet, kontak kulit atau lain-lain (Muchtar, 2014). Berdasarkan IPC tahun 2008, jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi:

## 1) Kewaspadaan transmisi kontak

Transmisi kontak merupakan cara transmisi yang terpenting dan tersering menimbulkan *Healthcare Associated Infections (HAIs)*. Kewaspadaan transmisi kontak ini ditujukan untuk menurunkan resiko transmisi mikroba yang secara epidemiologi ditransmisikan melalui kontak langsung atau tidak langsung.

### a) Kontak langsung

Meliputi kontak permukaan kulit terluka/abrasi orang yang rentan/petugas dengan kulit pasien terinfeksi atau kolonisasi. Misal perawat membalikkan tubuh pasien, memandikan, membantu pasien bergerak, dokter bedah dengan luka basah saat mengganti verband, petugas tanpa sarung tangan merawat oral pasien dengan Virus Herpes Simplex (HSV) atau scabies.

### b) Transmisi kontak tidak langsung

Meliputi kontak antara orang yang rentan dengan benda yang terkontaminasi mikroba infeksius di lingkungan, instrumen yang terkontaminasi, jarum, kasa, tangan terkontaminasi dan belum dicuci atau sarung tangan yang tidak diganti saat menolong pasien satu dengan yang lainnya, dan melalui mainan anak serta kontak dengan cairan sekresi pasien

terinfeksi yang ditransmisikan melalui tangan petugas atau benda mati dilingkungan pasien.

Petugas harus menahan diri untuk menyentuh mata, hidung, mulut saat masih memakai sarung tangan terkontaminasi ataupun tanpa sarung tangan. Petugas harus menghindari mengkontaminasi permukaan lingkungan yang tidak berhubungan dengan perawatan pasien misal: pegangan pintu, tombol lampu, telepon.

## 2) Kewaspadaan transmisi *droplet*

Diterapkan sebagai tambahan Kewaspadaan Standar terhadap pasien dengan infeksi diketahui mengidap mikroba yang dapat ditransmisikan melalui *droplet* ( $> 5\mu\text{m}$ ). *Droplet* yang besar terlalu berat untuk melayang di udara dan akan jatuh dalam jarak 1 m dari sumber. Transmisi *droplet* melibatkan kontak konjungtiva atau mucus membrane hidung/mulut, orang rentan dengan *droplet* partikel besar mengandung mikroba berasal dari pasien pengidap atau carrier dikeluarkan saat batuk, bersin, muntah, bicara, selama prosedur *suction*, *bronkhoskopi*.

Transmisi *droplet* langsung, dimana droplet mencapai *mucus membrane* atau terinhalasi. Transmisi *droplet* ke kontak, yaitu *droplet* mengkontaminasi permukaan tangan dan ditransmisikan ke sisi lain misal: mukosa *membrane*. Transmisi jenis ini lebih sering terjadi daripada transmisi *droplet* langsung, misal: *commoncold*,

*respiratory syncytial virus* (RSV). Transmisi ini dapat terjadi saat pasien terinfeksi batuk, bersin, bicara, intubasi *endotrakheal*, batuk akibat induksi fisioterapi dada, resusitasi kardiopulmoner.

c. Kewaspadaan transmisi melalui udara ( *Airborne Precautions* )

Kewaspadaan transmisi melalui udara diterapkan sebagai tambahan kewaspadaan standar terhadap pasien yang diduga atau telah diketahui terinfeksi mikroba yang secara epidemiologi penting dan ditransmisikan melalui jalur udara. Seperti transmisi partikel terinhalasi (*varicella zoster*) langsung melalui udara. Kewaspadaan transmisi melalui udara ditunjukkan untuk menurunkan resiko transmisi udara mikroba penyebab infeksi baik yang ditransmisikan berupa *droplet* nuklei (sisa partikel kecil  $< 5\mu\text{m}$  *evaporasi* dari *droplet* yang bertahan lama di udara) atau partikel debu yang mengandung mikroba penyebab infeksi. Mikroba tersebut akan terbawa aliran udara  $> 2\text{m}$  dari sumber, dapat terinhalasi oleh individu rentan di ruang yang sama dan jauh dari pasien sumber mikroba, tergantung pada faktor lingkungan, misal penanganan udara dan ventilasi yang penting dalam pencegahan transmisi melalui udara, *droplet* nuklei atau sisik kulit luka terkontaminasi bakteri *S. aureus*.

## 2. Alat Pelindung Diri (APD)

a. Definisi

Alat Pelindung Diri (APD) adalah suatu alat yang membantu seseorang untuk melindungi atau mengisolasi tubuhnya dari segala

macam bahaya yang dapat mengancam jiwa di tempat kerja (Permenaker, 2010). Menurut Budiono (2006), APD merupakan seperangkat alat yang melindungi sebagian atau keseluruhan tubuh dari kemungkinan bahaya yang akan muncul di tempat kerja. Dari penjelasan tentang APD dapat diambil kesimpulan bahwa alat pelindung diri merupakan alat yang dapat membantu dan melindungi seseorang dari bahaya yang akan terjadi.

b. Macam-macam Alat Pelindung Diri (APD)

1) Sarung Tangan

Pemakaian sarung tangan merupakan bagian terpenting dari *standar precaution* bagi perawat yang sering berinteraksi dengan pasien maupun alat-alat yang terkontaminasi. Sarung tangan dapat membantu perawat untuk melindungi tangan dari kontak dengan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, eksreta, kulit yang tidak utuh, selaput lendir pasien dan benda yang terkontaminasi (Depkes RI, 2003). Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penggunaan sarung tangan meliputi (WHO, 2004) :

- a) Mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah menggunakan sarung tangan
- b) Mengganti sarung tangan jika berganti pasien atau sobek
- c) Mengganti sarung tangan segera setelah melakukan tindakan
- d) Menggunakan sarung tangan saat menggunakan alat yang terkontaminasi

- e) Menggunakan satu sarung tangan untuk satu prosedur tindakan
- f) Menghindari kembali atau mendaur ulang sarung tangan sekali pakai

Perawat maupun tenaga kesehatan lainnya perlu memperhatikan jenis dari sarung tangan yang digunakan. Sarung tangan secara umum terdiri dari dua jenis yaitu sarung tangan bersih dan sarung tangan steril. Perawat perlu menggunakan sarung tangan bersih jika akan berkontak dengan kulit, luka, atau benda yang terkontaminasi. Sarung tangan steril dapat digunakan dalam tindakan bedah maupun kontak dengan alat-alat steril (Potter & Perry, 2005).

## 2) Alat Pelindung Wajah

Alat pelindung wajah merupakan peralatan wajib perawat untuk menjaga kemanana dirinya dalam menjalankan asuhan keperawatan. Alat pelindung wajah dapat melindungi selaput lendir dibagian mulut, hidung dan mata perawat terhadap resiko percikan darah maupun cairan tubuh pasien (Hegner, 2010). Alat pelindung wajah terdiri dari dua alat yaitu masker dan kaca mata pelindung (Depkes RI, 2003). Kedua jenis alat pelindung tersebut dapat digunakan terpisah maupun bersamaan sesuai jenis tindakan.

Masker bagian alat pelindung wajah khususnya untuk melindungi *membrane* mukosa pada mulut dan hidung perawat ketika berinteraksi dengan pasien. Masker dianjurkan untuk selalu

digunakan perawat ketika melakukan tindakan dengan semua pasien khususnya pasien Tuberkulosis (Depkes RI, 2003). Hal ini diharapkan mampu melindungi perawat terhadap transmisi infeksi melalui udara. Secara umum masker dibagi menjadi dua jenis yaitu masker standar dan masker khusus yang dibuat untuk menyaring partikel-partikel atau mikroorganisme kecil (Rosdahl & Marry, 2008). Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penggunaan masker :

- a) Memasang masker sebelum memasang sarung tangan
- b) Tidak dianjurkan menyentuh masker ketika menggunakannya
- c) Mengganti masker ketika kotor dan lembab
- d) Melepas masker dilakukan setelah melepas sarung tangan dan cuci tangan
- e) Tidak membiarkan masker menggantung dileher
- f) Segera melepas masker ketika jika tidak digunakan
- g) Tidak dianjurkan kembali menggunakan masker sekali pakai

Kaca mata sebagai bagian dari APD yang bertujuan melindungi mata. Kaca mata digunakan untuk mencegah masuknya cairan darah maupun cairan tubuh lainnya pada mata (Potter & Perry, 2005). Penggunaan kaca mata digunakan sesuai kebutuhan dan tindakan yang memiliki resiko tinggi terpapar dengan darah ataupun cairan tubuh lainnya.

### 3) Penutup Kepala



Penutup kepala sebagai bagian dari *standard precaution* memiliki fungsi dua arah. Fungsi pertama, penutup kepala membantu mencegah terjadinya percikan darah maupun cairan pasien pada rambut perawat. Selain itu, penutup kepala dapat mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut maupun kulit kepala ke arah steril (Depkes RI, 2003).

#### 4) Gaun Pelindung (*Cover Gown*)

Gaun pelindung dapat memberikan manfaat bagi perawat untuk melindungi kulit dan pakaian dari kontaminasi cairan tubuh pasien. Gaun pelindung wajib digunakan ketika melakukan tindakan irigasi, menangani pasien dengan perdarahan massif, melakukan pembersihan luka, maupun tindakan lainnya yang terpapar dengan cairan tubuh pasien (Depkes RI, 2003).

Gaun pelindung terdiri dari beberapa macam berdasarkan kegunaannya. Terdapat dua jenis gaun pelindung yaitu gaun pelindung steril dan non steril (Depkes RI, 2003). Gaun steril digunakan untuk memberikan perlindungan ketika berada di area steril seperti di ruang bersalin, ICU, rawat darurat dan pada tindakan yang memerlukan keseterilan. Gaun non steril digunakan pada tindakan selain tindakan sebelumnya.

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan perlu mengetahui penggunaan gaun pelindung secara benar. Penggunaan gaun pelindung secara benar dapat melindungi perawat dari bahaya

infeksi. Hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam penggunaan gaun pelindung meliputi (Rosdahl & Marry, 2008):

- a) Bagian dalam gaun adalah bersih dan bagian luarnya yang nantinya harus dijaga
  - b) Ukuran gaun pelindung harus cukup panjang dan dapat menutupi seragam perawat bagian depan dan belakang tetapi tidak menutupi bagian lengan
  - c) Jika menggunakan seragam lengan panjang, seragam harus digulung diatas siku dan perawat baru menggunakan gaun pelindung
  - d) Ketika hendak melepaskan gaun pelindung, cara melepaskannya adalah dari dalam keluar untuk mencegah kontaminasi cairan dengan seragam
  - e) Setelah melepas gaun jangan lupa untuk selalu mencuci tangan sebelum melakukan aktivitas lain.
- 5) Sepatu pelindung (Pelindung Kaki)

Sepatu pelindung adalah sepatu khusus yang digunakan oleh petugas yang bekerja diruangan tertentu misalnya ruang bedah, laboratorium, ICU, ruang isolasi dan petugas sanitasi, tidak boleh dipakai ke ruangan lainnya. Tujuannya untuk melindungi kaki petugas dari tumpahan atau percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan (Depkes, 2010).

c. Tujuan dan Manfaat Alat Pelindung Diri

Penggunaan APD bertujuan untuk melindungi tenaga kerja dan merupakan salah satu upaya mencegah terjadinya KAK dan PAK oleh bahaya potensial pada suatu perusahaan yang tidak dapat dihilangkan atau dikendalikan (Suma'mur, 2006).

Menurut Power & Polovich (2015), APD digunakan sebagai pelindung kulit dan selaput lendir petugas dari resiko pajanan, terutama petugas yang bekerja dan beresiko terkena paparan radiasi. Berdasarkan penjelasan tentang manfaat dan tujuan alat pelindung diri dapat diambil kesimpulan bahwa APD memiliki manfaat dan tujuan sebagai pelindung tubuh pekerja dari bahaya-bahaya yang berada di tempat kerja.

d. Prinsip dalam Penggunaan APD

Prinsip penggunaan APD berdasarkan Panduan Pemakaian Alat Pelindung Diri di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II tahun 2015, yaitu:

- 1) Setiap pegawai RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II harus dapat menggunakan APD dengan baik dan benar.
- 2) Setiap tindakan atau kegiatan yang dapat menimbulkan potensi bahaya di rumah sakit harus dilakukan dengan menggunakan APD.

- 3) Penggunaan APD disesuaikan dengan jenis tindakan dan kegiatan disetiap instalasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.
- 4) Kejadian tidak diharapkan yang disebabkan oleh kelalaian dalam menggunakan APD di rumah sakit, bukan merupakan tanggung jawab rumah sakit.

e. Penggunaan APD

**Tabel 1. Penggunaan APD sesuai transmisi**

	<b>Kontak</b>	<b>Droplet</b>	<b>Udara/Airborne</b>
<b>APD petugas</b>	<p><b>Sarung tangan dan cuci tangan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memakai sarung tangan bersih non steril, lateks saat masuk ke ruang pasien.</li> <li>- Mengganti sarung setelah kontak dengan bahan infeksius (feses, cairan drain).</li> <li>- Melepaskan sarung tangan sebelum keluar dari kamar pasien dan cuci tangan dengan antiseptic.</li> </ul> <p><b>Gaun:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memakai gaun bersih, tidak steril saat masuk ruang pasien untuk melindungi baju dari kontak dengan pasien, permukaan lingkungan, barang di ruang pasien, cairan diare pasien, ileostomy, colostomy, luka terbuka.</li> <li>- Lepaskan gaun sebelum keluar ruangan.</li> <li>- Jaga agar tidak ada kontaminasi silang ke lingkungan dan pasien lain.</li> </ul>	<p><b>Masker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dipakai bila bekerja dalam radius 1 m terhadap pasien, saat kontak erat.</li> <li>- Masker seyogyanya melindungi hidung dan mulut.</li> <li>- Dipakai saat memasuki ruang rawat pasien dengan infeksi saluran nafas.</li> </ul>	<p>Perlindungan saluran napas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memakai masker respirator (N95) saat masuk ruangan pasien atau suspek TB paru.</li> <li>- Orang yang rentan seharusnya tidak boleh masuk ruang pasien yang diketahui atau suspek campak, cacar air kecuali petugas yang telah imun.</li> <li>- Bila terpaksa harus masuk maka harus menggunakan masker untuk pencegahan.</li> <li>- Orang yang pernah sakit campak atau cacar air tidak perlu memakai masker.</li> </ul> <p><b>Masker bedah, Sarung tangan, Gaun, Goggle</b></p> <p>Bila melakukan tindakan dengan kemungkinan timbul koloid yang mengandung partikel-partikel padat atau cairan yang sangat halus(<i>aerosol</i>).</p>

Sumber: Pedoman PPI, 2008

f. Penetapan Jenis APD

Penetapan Jenis APD ruang rawat inap berdasarkan Panduan Pemakaian Alat Pelindung Diri di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II tahun 2015, yaitu:

- 1) Pelayanan pasien dengan luka, tindakan menjahit, Bedah Minor, rawat luka pasien resiko rendah (pasien tanpa HIV, Hepatitis B / C, dan penyakit menular berbahaya lainnya yang ditularkan lewat cairan tubuh) :
  - a) Pelindung Pernafasan : masker bedah
  - b) Pelindung tangan : sarung tangan bersih atau sarung tangan steril menyesuaikan dengan jenis tindakan dan kondisi luka
- 2) Pelayanan pasien dengan luka, tindakan menjahit, bedah minor, rawat luka pasien resiko tinggi (pasien dengan HIV, Hepatitis B/C, dan penyakit menular berbahaya lainnya yang ditularkan lewat cairan tubuh) :
  - a) Pelindung mata: *Spectacle Google*
  - b) Pelindung kepala: Tutup kepala
  - c) Pelindung respirasi/hidung/mulut: Masker bedah
  - d) Pelindung Tubuh: *Apron/scotch/celemek /gaun*
  - e) Pelindung tangan: Sarung tangan bedah bersih dipasang *double* dengan sarung tangan panjang bila ada. Bila tidak ada di *double* dengan sarung tangan sejenis.
  - f) Pelindung kaki: Sepatu boot karet.

- 3) Pelayanan pasien dengan penyakit paru menular berbahaya (TBC, Pneumonia) :
  - a) Pelindung pernafasan : Masker respirator N95
  - b) Pelindung tangan : Sarung tangan bedah bersih
- 4) Pelayanan pasien dengan kemungkinan sangat tinggi terpapar cairan tubuh baik pada pasien infeksius maupun tidak.
  - a) Pelindung mata Pelindung mata: *Spectacle Google*
  - b) Pelindung kepala: Tutup kepala
  - c) Pelindung respirasi/hidung/mulut: Masker bedah
  - d) Pelindung Tubuh: *Apron/Scotch/Celemek*
  - e) Pelindung tangan: Sarung tangan bedah bersih dipasang *double* dengan sarung tangan panjang bila ada. Bila tidak ada di *double* dengan sarung tangan sejenis.
  - f) Pelindung kaki: sepatu boot karet.
- 5) Pelayanan pasien dengan penyakit kulit menular
  - a) Pelindung hidung/mulut: masker bedah
  - b) Pelindung tangan: sarung tangan bedah bersih
- 6) Pelayanan pasien dengan risiko terpapar cairan tubuh minimal
  - a) Pelindung hidung/mulut: masker bedah
  - b) Pelindung tangan: sarung tangan bedah bersih

g. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi dalam Penggunaan APD

1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan tahu terjadi dari proses penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan tersebut terjadi dengan panca indera manusia yaitu pendengaran, penglihatan, perasa, penghidu dan peraba (Notoatmodjo, 2007) tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari proses penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan tindakan atau perilaku seseorang.

Pengetahuan perawat tentang APD dan manfaatnya sangat penting agar terciptanya perilaku penggunaan APD secara tepat yang bermanfaat untuk mencegah transmisi infeksi di rumah sakit dan upaya pencegahan infeksi merupakan langkah pertama dalam pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu (Setianingsih, 2014).

2) Pengawasan

Dalam pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit diperlukan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan oleh menteri kesehatan, dinas kesehatan provinsi, dan dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai fungsi dan tugasnya masing-masing (KEMENKES RI, 2010). Pengawasan dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kedisiplinan pekerja untuk

melakukan pekerjaan sesuai dengan SPO. Begitu pula pada penerapan penggunaan alat pelindung diri harus di atas pengawasan yang tepat agar terlaksana sesuai dengan SPO yang ada di rumah sakit (Siburian, 2012).

Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II sesuai dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Nomor : 0255/PS.1.2/III/2015 Tentang Panduan Pemakaian Alat Pelindung Diri, Kepala Instalasi/Kepala Ruangan bertugas untuk memastikan Penggunaan APD sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan dan mengidentifikasi setiap kelalaian yang timbul dalam pelaksanaan penggunaan APD dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya kembali insiden tersebut.

### 3) Standar Prosedur Operasional ( SPO)

Menurut Direktorat Jenderal Medis Depkes RI 2002, SPO adalah instruksi atau langkah-langkah yang dilakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, yang berupa kebijakan yang telah ditetapkan. SPO bertujuan untuk memberikan langkah-langkah yang benar agar mengurangi terjadinya kesalahan dan pelayanan di bawah standar dalam melaksanakan berbagai kegiatan dari fungsi pelayanan (Siburian, 2012). Maka dari itu diperlukannya peraturan atau acuan untuk melaksanakan keselamatan pasien dan petugas kesehatan dalam bentuk SPO.



Rumah sakit harus memiliki SPO yang mengatur dan sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan pasien, petugas, pengunjung, jenis-jenis tindakan, alat-alat, isolasi, pemberian obat, pengaturan ruang, transportasi, ruang perawatan maupun penggunaan APD (Siburian, 2012). RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah memiliki SPO yaitu Keputusan Direktur Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Nomor : 0255/PS.1.2/III/2015 Tentang Panduan Pemakaian Alat Pelindung Diri.

#### 4) Fasilitas APD di Rumah Sakit

APD yang tersedia di rumah sakit seperti sarung tangan, masker, baju pelindung, kacamata pelindung dan sepatu pelindung. Fasilitas APD yang tersedia di rumah sakit ini sangat berpengaruh, karena walaupun tingkat pengetahuan tenaga keperawatan sudah baik, adanya pelatihan dan terdapat SPO apabila fasilitas pendukung APD rumah sakit tidak terpenuhi/tidak sesuai standar maka penggunaan APD oleh perawat tidak maksimal (Amalia dkk, 2011; WHO, 2009).

### 3. *Hand Hygiene* / Mencuci Tangan

Mencuci tangan merupakan salah satu bagian penting dalam penggunaan APD, khususnya pada penggunaan sarung tangan (CDC, 2002). Mencuci tangan merupakan teknik yang paling penting dan paling

mendasar dalam mencegah dan mengendalikan penularan infeksi (Potter & Perry, 2006).

Larson (1995) mendefinisikan mencuci tangan adalah menggosok dengan sabun secara bersamaan seluruh kulit permukaan tangan dengan kuat dan ringkas yang kemudian dibilas dengan air yang mengalir. Tujuan melakukan mencuci tangan adalah untuk membuang kotoran dan organisme yang menempel dari tangan dan untuk mengurangi jumlah mikroba yang ada saat itu serta mencegah perpindahan organisme multi resisten dari lingkungan rumah sakit ke pasien dan dari pasien ke petugas kesehatan begitu juga sebaliknya (Perdalin, 2010; Potter & Perry, 2005).

Menurut CDC (2002) mencuci tangan direkomendasikan dalam situasi sebelum dan setelah kontak dengan pasien, sebelum memakai sarung tangan steril dan sebelum melakukan prosedur invasive seperti pemasangan kateter intravascular atau kateter menetap, setelah kontak dengan kulit klien (misalnya, ketika mengukur tekanan darah atau nadi, dan mengangkat klien), setelah kontak dengan sumber mikroorganisme (darah atau cairan tubuh, membrane mukosa, kulit yang tidak utuh, melakukan pembalutan luka walaupun tangan tidak terlihat kotor), setelah kontak dengan benda-benda (misalnya peralatan medis) yang bersangkutan atau terkontaminasi dengan klien, dan setelah melepaskan sarung tangan (Potter & Perry, 2006).

#### 4. Pengetahuan

##### a. Definisi Pengetahuan

Menurut Potter & Perry pada tahun 2005, pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan yang berupa fakta-fakta dan informasi yang mampu menarik atau mempengaruhi individu tersebut. Penginderaan manusia biasanya terjadi melalui proses panca indera, di antaranya yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Biasanya pengetahuan manusia akan diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan menjadi domain penting bagi terbentuknya tindakan dan perilaku pada manusia. Perilaku yang didasari dengan pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari dengan pengetahuan (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan penjelasan tentang pengetahuan dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari berbagai macam penginderaan yang dapat mempengaruhi seseorang.

##### b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), tingkat pengetahuan mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

###### 1) Tahu (*know*)

Tahu yaitu mengingat suatu hal yang telah didapat dan dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini adalah mengingat

kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2) Memahami (*comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menguraikan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata.

4) Analisis(*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau dengan kata sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada sebelumnya.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan suatu justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang

ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang sudah ada.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Mubarak (2007) adalah pendidikan, informasi, budaya, pengalaman, pekerjaan, umur dan minat. Selain itu faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003) adalah :

1) Umur

Umur merupakan variabel yang selalu diperhatikan dalam penelitian-penelitian epidemiologi yang merupakan salah satu hal yang mempengaruhi pengetahuan. Umur adalah lamanya hidup seseorang dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Semakin tinggi umur seseorang, maka semakin bertambah pula ilmu atau pengetahuan yang dimiliki karena pengetahuan seseorang diperoleh dari pengalaman sendiri maupun pengalaman yang diperoleh dari orang lain. Berikut kategori umur menurut Depkes RI (2009) :

a) Masa remaja akhir ( 17-25 tahun)

Masa remaja adalah masa peralihan dimana perubahan secara fisik dan psikologis dari masa kanak-kanak ke masa dewasa (Hurlock, 2003). Perubahan psikologis yang terjadi pada remaja meliputi intelektual, kehidupan emosi, dan kehidupan sosial. Perubahan fisik mencakup organ seksual

yaitu alat-alat reproduksi sudah mencapai kematangan dan mulai berfungsi dengan baik (Sarwono, 2006).

Muagman (1980) dalam Sarwono (2006) mendefinisikan remaja berdasarkan definisi konseptual *World Health Organization* (WHO) yang mendefinisikan remaja berdasarkan 3 (tiga) kriteria, yaitu : biologis, psikologis, dan sosial ekonomi. Remaja adalah situasi masa ketika individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekunder sampai saat ia mencapai kematangan seksual, remaja adalah suatu masa ketika individu mengalami perkembangan psikologis dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa. remaja adalah suatu masa ketika terjadi peralihan dari ketergantungan sosial-ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri.

b) Masa dewasa awal (26-35 tahun)

Santrock (2002) mengatakan masa dewasa awal adalah masa untuk bekerja dan menjalin hubungan dengan lawan jenis, terkadang menyisakan sedikit waktu untuk hal lainnya. Kenniston (dalam Santrock, 2002) mengemukakan masa muda (*youth*) adalah periode kesementaraan ekonomi dan pribadi, dan perjuangan antara ketertarikan pada kemandirian dan menjadi terlibat secara sosial. Periode

masa muda rata-rata terjadi 2 sampai 8 tahun, tetapi dapat juga lebih lama. Dua kriteria yang diajukan untuk menunjukkan akhir masa muda dan permulaan dari masa dewasa awal adalah kemandirian ekonomi dan kemandirian dalam membuat keputusan. Mungkin yang paling luas diakui sebagai tanda memasuki masa dewasa adalah ketika seseorang mendapatkan pekerjaan penuh waktu yang kurang lebih tetap.

c) Masa dewasa akhir (36-45 tahun)

Pada usia tersebut peran dan tanggung jawab semakin bertambah besar, tidak tergantung secara ekonomis, sosiologis maupun psikologis. Pada usia tersebut termasuk usia yang produktif, kemandirian secara ekonomis, kemandirian dalam membuat keputusan.

2) Pendidikan

Pendidikan merupakan proses menumbuh kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengetahuan, sehingga dalam pendidikan perlu dipertimbangkan umur (proses perkembangan klien) dan hubungan dengan proses belajar. Tingkat pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang atau lebih mudah menerima ide-ide dan teknologi. Pendidikan meliputi peranan penting dalam menentukan kualitas manusia, dengan pendidikan manusia dianggap akan

memperoleh pengetahuan implikasinya. Semakin tinggi pendidikan maka hidup manusia akan semakin berkualitas karena pendidikan yang tinggi akan membuahkan pengetahuan yang baik.

### 3) Paparan media massa

Melalui berbagai media massa baik cetak maupun elektronik maka berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa akan memperoleh informasi yang lebih banyak dan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki.

### 4) Sosial Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan primer, maupun sekunder keluarga, status ekonomi yang baik akan lebih mudah tercukupi dibanding orang dengan status ekonomi rendah. Semakin tinggi status sosial ekonomi seseorang semakin mudah pula dalam mendapatkan pengetahuan, sehingga menjadikan hidup lebih berkualitas.

### 5) Hubungan sosial

Faktor hubungan sosial mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi media. Apabila hubungan sosial seseorang dengan individu baik maka pengetahuan yang dimiliki juga akan bertambah.

### 6) Pengalaman



Pengalaman adalah suatu sumber pengetahuan atau suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu. Pengalaman seseorang individu tentang berbagai hal biasanya diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses pengembangan misalnya sering mengikuti organisasi.

## **5. Kriteria Responden**

- a. Perawat yang bekerja di bangsal rawat inap rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping

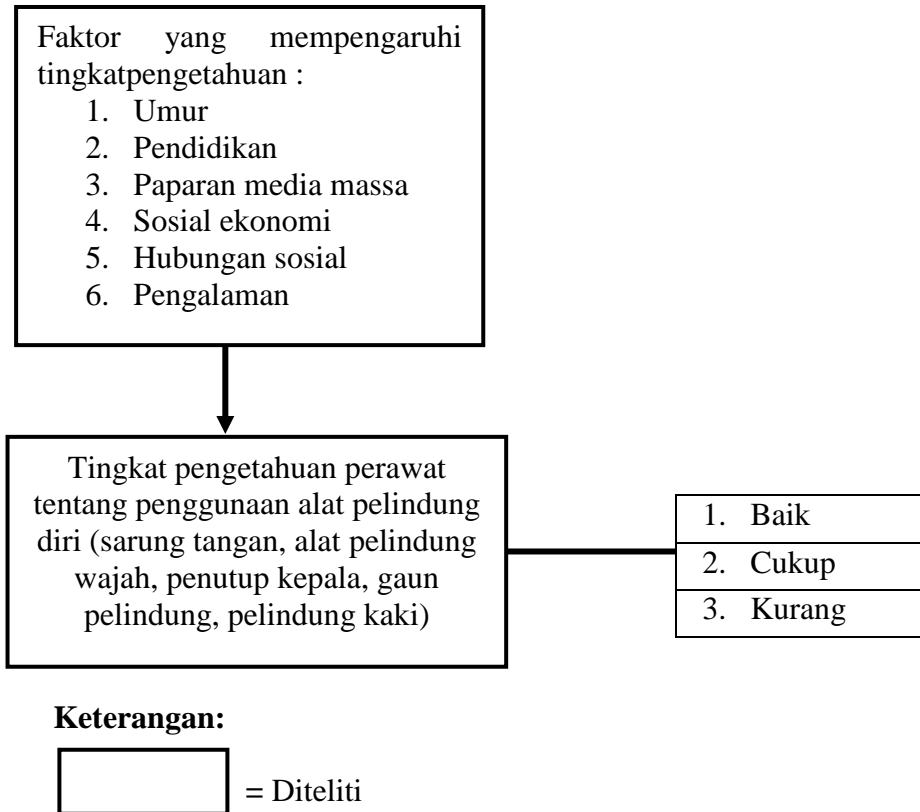
Perawat yang bekerja di bangsal rawat inap yang dimaksud adalah perawat pelaksana. Menurut Gaffar dalam Praptianingsih (2006) peran sebagai pelaksana bertindak sebagai *Comforter and protector* (melindungi pasien dan mengupayakan terlaksananya hak dan kewajiban pasien dalam pelayanan kesehatan), *communicator* (tampak ketika perawat bertindak sebagai penghubung antara pasien dengan anggota tim kesehatan) serta rehabilitator (perawat membantu pasien untuk beradaptasi dengan perubahan tubuhnya).

- b. Perawat yang berstatus pegawai tetap dan kontrak di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman.

Menurut Hasibuan (2002) karyawan tetap merupakan karyawan yang telah memiliki kontrak ataupun perjanjian kerja dengan perusahaan/instansi dalam jangka waktu yang tidak ditetapkan

(permanent). Karyawan tetap biasanya cenderung memiliki hak yang jauh lebih besar dibandingkan dengan karyawan tidak tetap. Selain itu, karyawan tetap juga cenderung jauh lebih aman (dalam hal kepastian lapangan pekerjaan) dibandingkan dengan karyawan tidak tetap.

## B. Kerangka Konsep



Gambar1. Kerangka Konsep