

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Teori

1. Kepatuhan

Istilah kepatuhan (*compliance*) menurut Pranoto (2007) adalah sikap suka, menurut perintah, taat pada perintah. Secara sederhana kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah atau aturan (Slamet, 2007). Kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Kepatuhan dokter dan perawat adalah sejauh mana perilaku seorang perawat atau dokter sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan pimpinan perawat ataupun pihak rumah sakit (Niven & Neil, 2002).

Kepatuhan terhadap kewaspadaan mengandung arti bahwa seseorang tenaga kesehatan memiliki kesadaran untuk: (1) memahami dan menggunakan peraturan kesehatan yang berlaku; (2) mempertahankan tertib terhadap pelayanan kesehatan; dan (3) menegakkan kepastian kewaspadaan standar. Adapun ciri-ciri seseorang yang berperilaku sesuai dengan

aturan kepatuhan yang berlaku dapat dilihat dari perilaku yang diperbuatnya: (1) disenangi oleh masyarakat pada umumnya; (2) tidak menimbulkan kerugian bagi diri sendiri dan orang lain; (3) tidak menyinggung perasaan orang lain; (4) menciptakan keselarasan; (4) mencerminkan sikap sadar dan patuh; dan (5) mencerminkan kepatuhan terhadap standar kesehatan. Perilaku patuh mencerminkan sikap patuh terhadap standar kewaspadaan yang harus ditampilkan dalam kehidupan sehari baik di lingkungan keluarga, masyarakat, terutama pada lingkungan pelayanan kesehatan bangsa (Kemenkes RI, 2011).

Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Kewaspadaan Standar

Notoadmodjo (2003) merumuskan perilaku dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni *behavior causes* dan *non behavior causes*. Kemudian perilaku itu sendiri ditentukan oleh tiga faktor yaitu; (a) faktor predisposisi (*predisposing factor*) meliputi pengetahuan, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai dan lain-lain; (b) faktor pendorong (*reforcing factor*) meliputi sikap perilaku petugas kesehatan; dan (c) faktor pendukung (*enabling factor*) meliputi lingkungan fisik yang tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan.

Analisa perilaku kesehatan yang bertitik-tolak pada perilaku itu merupakan fungsi dari; (a) ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan (*acessebility of information*); (b) niat seseorang untuk bertindak (*behavior intention*); (c) dukungan sosial (*social support*); (d) otonom pribadi yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan (*personal autonomy*); dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*) (Notoadmodjo, 2003). Notoadmodjo (2003) menyatakan bahwa perasaan dan pemikiran dapat diungkapkan dalam bentuk sikap, pengetahuan, kepercayaan, penilaian, persepsi seseorang terhadap obyek yang terdiri atas: (1) Sikap, menggambarkan suka ataupun tidak suka terhadap suatu obyek sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat; (2) Pengetahuan, diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain; (3) Orang penting sebagai referensi (*Personal reference*), referensi dari perilaku orang lain sebagai panutan atau yang dianggap penting; (4) Kepercayaan (*Thoughts and feeling*), seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu; dan (5) *Culture*,

perilaku normal, nilai-nilai, kebiasaan, penggunaan sumber-sumber yang menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) umumnya disebut kebudayaan. Pentingnya budaya organisasi yang baik dalam mengimplementasikan kewaspadaan standar memberikan dampak positif bagi para tenaga kesehatan yang bekerja.

Menurut Kaur *et al* (2008) kepatuhan dari petugas kesehatan berhubungan dengan pengetahuan yang mereka miliki. Pengetahuan inilah kemudian akan diturunkan dalam bentuk sikap atau perilaku petugas kesehatan dalam menghadapi pasien. Kepatuhan dalam kewaspadaan standar di sini berhubungan erat dengan perilaku petugas kesehatan dalam menghindari terjadinya infeksi saat berhadapan dengan pasien. Hal yang sama diungkapkan oleh Bolaji-Osagie *et al* (2015) bahwa kepatuhan akan kewaspadaan standar berhubungan erat dengan seberapa banyak pengetahuan dan praktek yang telah dilakukan oleh para petugas kesehatan. Seberapa banyak petugas kesehatan memiliki pengetahuan akan kewaspadaan standar, maka akan semakin patuh bagi petugas kesehatan untuk menerapkannya. Begitu pula pendapat yang disampaikan oleh

Kale *et al* (2012) yang mengungkapkan bahwa kepatuhan dari petugas kesehatan sangat tergantung dari apa saja yang diketahui oleh petugas kesehatan tentang arti penting penerapan kewaspadaan standar dalam aktivitasnya.

2. Kewaspadaan Standar Pelayanan Kesehatan Gigi

a. Istilah Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan standar, 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). Menurut WHO dikutip Nasronudin (2007), kewaspadaan standar merupakan suatu pedoman yang ditetapkan oleh *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dan *The Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), untuk mencegah transmisi dari berbagai penyakit yang ditularkan melalui darah di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan (Kaplan, 2010).

Prinsip kewaspadaan standar (*Standard precautions*) pelayanan kesehatan adalah menjaga *hygiene* individu, *hygiene* sanitasi ruangan, serta sterilisasi peralatan. Hal ini penting mengingat sebagian besar yang terinfeksi virus lewat darah seperti HIV dan HBV tidak menunjukkan gejala fisik. Kewaspadaan standar diterapkan untuk melindungi setiap orang (pasien dan petugas kesehatan) apakah mereka terinfeksi atau tidak. Kewaspadaan standar berlaku untuk darah, sekresi ekskresi (kecuali keringat), luka pada kulit dan selaput lendir. Penerapan standar ini penting untuk mengurangi risiko penularan mikroorganisme yang berasal dari sumber infeksi yang diketahui atau tidak diketahui (misalnya, pasien, benda terkontaminasi, jarum suntik bekas pakai dan sputum) di dalam sistem pelayanan kesehatan.

Menurut Nursalam (2007) menyebutkan bahwa *universal precautions* perlu diterapkan dengan tujuan berikut ini: *Pertama*, mengendalikan infeksi secara konsisten *universal precautions* merupakan upaya pengendalian infeksi yang harus diterapkan dalam

pelayanan kesehatan kepada semua pasien, setiap waktu, untuk mengurangi risiko infeksi yang ditularkan melalui darah. *Kedua*, memastikan standar adekuat bagi mereka yang tidak didiagnosis atau tidak terlihat seperti berisiko *universal precautions* yang diharapkan akan mendapat perlindungan maksimal dari infeksi yang ditularkan melalui darah maupun cairan tubuh yang lain, baik infeksi yang telah diagnosis maupun yang belum diketahui. *Ketiga*, mengurangi risiko bagi petugas kesehatan dan pasien *universal precautions* tersebut bertujuan melindungi petugas dari risiko infeksi HIV, namun juga melindungi klien yang mempunyai kecenderungan rentan terhadap segala infeksi yang mungkin dibawa oleh petugas. *Keempat*, asumsi bahwa risiko atau infeksi berbahaya *universal precautions* ini juga sangat diperlukan untuk mencegah infeksi lain yang bersifat nosokomial terutama untuk infeksi yang ditularkan melalui darah/cairan tubuh.

Standard precautions dapat dilihat dari perilaku dari petugas kesehatan saat menangani pasien. Pengertian perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme

yang bersangkutan, yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung (Sunaryo, 2004). Menurut Notoatmodjo (2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu: (a) perilaku tertutup (*covert behavior*). Respons perilaku seseorang terhadap suatu stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau suatu reaksi terhadap suatu stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain; dan (b) perilaku terbuka (*overt behavior*). Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*) yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain (Nursalam, 2007).

b. Prinsip Kewaspadaan Standar Kesehatan

Penerapan kewaspadaan standar menurut WHO (2009) merupakan sesuatu tindakan yang diharapkan dapat

menurunkan risiko penularan patogen melalui darah dan cairan tubuh lain dari sumber yang diketahui maupun yang tidak diketahui. Penerapan ini merupakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang harus rutin dilaksanakan terhadap semua pasien dan di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Kebersihan tangan merupakan komponen terpenting dari kewaspadaan standar dan merupakan salah satu metode yang paling efektif dalam mencegah penularan patogen yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Selain kebersihan tangan, pemilihan alat pelindung diri (APD) yang akan dipakai harus didahului dengan antisipasi kontak dengan patogen dalam darah dan cairan tubuh (Nursalam, 2007).

Untuk mendukung praktik yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan saat memberikan pelayanan perawatan, semua individu (termasuk pasien dan pengunjung) harus mematuhi program pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan. Peningkatan penerapan kewaspadaan standar ini di seluruh dunia akan secara signifikan menurunkan risiko yang tidak perlu dalam

pelayanan kesehatan. Peningkatan lingkungan kerja yang aman sesuai dengan langkah yang dianjurkan dapat menurunkan risiko transmisi. Kebijakan dan dukungan pimpinan dibutuhkan untuk pengadaan sarana, pelatihan untuk petugas kesehatan, dan penyuluhan untuk pasien serta pengunjung. Hal tersebut penting dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang aman (Nursalam, 2007).

c. Penerapan Kewaspadaan Standar Pelayan Kesehatan

Kewaspadaan standar seperti yang diungkapkan oleh WHO dapat berupa *hand hygiene*, alat pelindung diri (APD), penanganan linen (*textile and laundry*), manajemen lingkungan (*enviromental control*), penanganan instrumen dan alat kedokteran gigi (sterilisasi dan pemeliharaan alat), penyuntikan yang aman (*safe injection practice*), perlindungan kesehatan karyawan, manajemen limbah dan benda tajam, etika batuk (Dioso, 2014). Berikut merupakan penjelasan lebih lanjut:

1) *Hand Hygiene*

Kebersihan tangan yang dimaksud di sini adalah terkait bagaimana petugas kesehatan menjaga

kebersihan tangan mereka dengan mencuci tangan. Mencuci tangan merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan infeksi (WHO, 2009). Tujuan mencuci tangan adalah untuk membuang kotoran dan organisme yang menempel dari tangan dan untuk mengurangi jumlah mikroba total pada saat itu. Mikroorganisme pada kulit manusia dapat diklasifikasikan dalam dua kelompok yaitu flora residen dan flora transien. Flora residen adalah mikroorganisme yang secara konsisten dapat diisolasi dari tangan manusia, tidak mudah dihilangkan dengan gesekan mekanis yang telah beradaptasi pada kehidupan tangan manusia. Flora transien yang flora transit atau flora kontaminasi, yang jenisnya tergantung dari lingkungan tempat bekerja. Mikroorganisme ini dengan mudah dapat dihilangkan dari permukaan dengan gesekan mekanis dan pencucian dengan sabun atau detergen.

Hand hygiene memiliki peran yang penting dalam berhubungan dengan perawatan pasien (James *et al.*, 1997). Dalam *hand hygiene* terdapat langkah-

langkah yang penting yang harus diperhatikan oleh petugas kesehatan agar saat berinteraksi dengan pasien segala sesuatunya dapat terjaga dan arena tangan merupakan bagian tubuh yang sering berinteraksi langsung dengan pasien maka menjaga kebersihan tangan merupakan hal penting untuk dilakukan. Hal ini sesuai dengan pendapat Pronovost (2015) yang bahwa proses yang berlangsung dalam *health treatment* adalah pencegahan terjadinya infeksi dan tangan merupakan bagian tubuh yang langsung melakukan kontak dengan pasien, maka kebersihan tangan merupakan hal penting yang tidak boleh dilewatkan. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan tangan adalah dengan rutin melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak terhadap pasien.

Cuci tangan harus dilakukan dengan benar sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan walaupun memakai sarung tangan atau alat pelindung lain untuk menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran penyakit dapat di kurangi dan lingkungan

terjaga dari infeksi. Tangan harus di cuci sebelum dan sesudah memakai sarung tangan. Cuci tangan tidak dapat digantikan oleh pemakaian sarung tangan. Mencuci tangan dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan dan alat pelindung lain. Tindakan ini untuk menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi dan lingkungan kerja tetap terjaga (WHO, 2009).

2) Alat Pelindung Diri

ILO/WHO (2005) alat pelindung diri (APD) adalah peralatan yang dirancang untuk melindungi pekerja dari kecelakaan atau penyakit yang serius di tempat kerja, akibat kontak dengan potensi bahaya kimia, radiologik, fisik, elektrik, mekanik atau potensi bahaya lainnya di tempat kerja. Alat pelindung diri berperan penting terhadap kesehatan dan keselamatan kerja. Penggunaan APD terhadap tenaga kerja merupakan pilihan terakhir apabila keempat tahapan

tidak dapat dilakukan, atau dapat dilakukan namun demikian masih terdapat bahaya atau potensi bahaya yang dapat mengganggu kesehatan tenaga kerja (Ridley, 2003). Sitorus (2011) dalam menyediakan perlindungan terhadap bahaya, prioritas pertama adalah melindungi tenaga kerja secara keseluruhan daripada secara individu.

Terdapat beberapa prinsip umum yang harus diikuti. Hafidiyah (2007) menyebutkan bahwa APD harus mempunyai persyaratan sebagai berikut; (1) tidak mengganggu kerja dalam arti APD tersebut harus fix dengan besar tubuh pemakainya dan tidak menyulitkan gerak; (2) memberikan perlindungan efektif terhadap jenis bahaya yang khusus sebagaimana APD tersebut didesain; (3) enak dipakai pada kondisi pekerja yang sesuai dengan desain alat tersebut; (4) APD harus mudah dibersihkan; (5) harus ada desain, konstruksi, penyajian terhadap penggunaan APD sesuai standar.

Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan alat pelindung diri (APD) dibawah ini antara lain; Pertama, **sarung tangan**. Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan sarung tangan ketika melakukan perawatan yang memungkinkan berkontak dengan darah atau cairan tubuh lainnya. Sarung tangan harus diganti tiap pasien, lepaskan sarung tangan dengan benar setelah digunakan dan segera lakukan kebersihan tangan untuk menghindari transfer mikroorganisme ke pasien lain atau permukaan lingkungan. Lepaskan sarung tangan jika sobek, atau bocor dan lakukan kebersihan tangan sebelum memakai kembali sarung tangan. Disarankan untuk tidak mencuci, mendesinfeksi atau mensterilkan ulang sarung tangan yang telah digunakan.

Prosedurnya dapat dijelaskan sebagai berikut;

- (1) ambil salah satu sarung tangan dengan memegang sisi sebelah dalam lipatannya;
- (2) posisikan sarung tangan setinggi pinggang dan menggantung ke lantai, sehingga bagian lubang jari-jari tangannya terbuka, lalu

masukkan tangan; (3) ambil sarung tangan kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang sudah memakai sarung tangan ke bagian lipatan (bagian yang tidak bersentuhan dengan kulit tangan); dan (4) pasang sarung tangan kedua dengan cara memasukkan jari-jari tangan yang belum memakai sarung tangan, kemudian luruskan lipatan dan atur posisi sarung tangan sehingga terasa pas di tangan. Selain sarung tangan yang digunakan untuk pemeriksaan, ada jenis sarung tangan yang digunakan untuk mencuci alat serta membersihkan permukaan meja kerja, yaitu sarung tangan rumah tangga (*utility gloves*) yang terbuat dari *lateks* atau *vinil* yang tebal.

Kedua, **masker**. Tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut wajib menggunakan masker pada saat melakukan tindakan untuk mencegah potensi infeksi akibat kontaminasi aerosol serta percikan saliva dan darah dari pasien dan sebaliknya. Masker harus sesuai dan melekat dengan baik dengan wajah sehingga menutup mulut dan hidung dengan baik. Nichol *et al*

(2013) mengungkapkan bahwa penggunaan masker merupakan hal penting yang harus dilakukan oleh petugas kesehatan demi melindungi petugas kesehatan dari ancaman terjadinya infeksi atau persebaran penyakit. Ganti masker diantara pasien atau jika masker lembab atau basah dan ternoda selama tindakan ke pasien. Masker akan kehilangan kualitas perlindungannya jika basah. Lepaskan masker jika tindakan telah selesai.

Masker dengan efisiensi tinggi merupakan jenis masker khusus yang direkomendasikan, bila penyaringan udara dianggap penting misalnya pada perawatan seseorang yang telah diketahui atau dicurigai menderita flu burung atau SARS. Masker dengan efisiensi tinggi misalnya N-95 melindungi dari partikel dengan ukuran < 5 mikron yang dibawa oleh udara. Pelindung ini terdiri dari banyak lapisan bahan penyaring dan harus dapat menempel dengan erat pada wajah tanpa ada kebocoran. Pelindung ini juga lebih mengganggu pernapasan dan lebih mahal daripada

masker bedah. Sebelum petugas memakai masker N-95 perlu dilakukan *fit test* pada setiap pemakaiannya. Ketika sedang merawat pasien yang telah diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular melalui *airborne* maupun *droplet*, seperti misalnya flu burung atau SARS, petugas kesehatan harus menggunakan masker efisiensi tinggi. Pelindung ini merupakan perangkat N-95 yang telah disertifikasi oleh *US National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), disetujui oleh European CE, atau standar nasional atau regional yang sebanding dengan standar tersebut dari negara yang memproduksinya. Masker efisiensi tinggi dengan tingkat efisiensi lebih tinggi dapat juga digunakan. Masker efisiensi tinggi, seperti khususnya N-95 harus diuji pengepasannya (*fit test*) untuk menjamin bahwa perangkat tersebut pas dengan benar pada wajah pemakainya.

Ketiga, **kacamata pelindung**. Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan kacamata pelindung untuk menghindari kemungkinan

infeksi akibat kontaminasi aerosol dan percikan saliva dan darah. Kacamata ini harus didekontaminasi dengan air dan sabun kemudian didesinfeksi setiap kali berganti pasien. Keempat, **gaun (baju pelindung)**. Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan gaun atau baju pelindung yang digunakan untuk mencegah kontaminasi pada pakaian dan melindungi kulit dari kontaminasi darah dan cairan tubuh. Gaun pelindung ini harus dicuci setiap hari. Gaun pelindung terbuat dari bahan yang dapat dicuci dan dapat dipakai ulang, tetapi dapat juga terbuat dari bahan kertas kedap air yang hanya dapat sekali pakai (*disposable*).

3) Penanganan Linen (*Textile and Laundry*).

Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit adalah melalui pelayanan penunjang medik, khususnya dalam pengelolaan linen di rumah sakit. Linen di rumah sakit dibutuhkan di setiap ruangan. Kebutuhan akan linen di setiap ruangan ini sangat bervariasi, baik jenis, jumlah dan kondisinya. Alur pengelolaan linen cukup panjang, membutuhkan

pengelolaan khusus dan banyak melibatkan tenaga kesehatan dengan bermacam-macam klasifikasi. Klasifikasi tersebut terdiri dari ahli manajemen, teknisi, perawat, tukang cuci, penjahit, tukang setrika, sanitasi, serta ahli kesehatan dan keselamatan kerja. Untuk mendapatkan kualitas linen yang baik, nyaman dan siap pakai, diperlukan perhatian khusus, seperti kemungkinan terjadinya pencemaran infeksi dan efek penggunaan bahan-bahan kimia (Depkes, 2004).

Ada bermacam-macam jenis linen yang digunakan di rumah sakit. Jenis linen dimaksud antara lain: (1) kain alas instrumen; (2) kain sarung dental unit; (3) celemek; (4) topi operasi; (5) *wash lap*; (6) baju jas dokter (jika penyucian oleh bagian Rumah sakit); (7) baju operasi (biasanya untuk kasus bedah mulut); dan (8) celana operasi dan lain-lain. Segera ganti linen yang terkontaminasi dengan darah, bahan infeksius dan cairan tubuh. Ganti linen diantara pasien. Peran pengelolaan manajemen linen di rumah sakit cukup penting. Diawali dari perencanaan, salah satu

subsistem pengelolaan linen adalah proses pencucian. Alur aktivitas fungsional dimulai dari penerimaan linen kotor, penimbangan, pemilahan, proses pencucian, pemerasan, pengeringan, sortir noda, penyetricaan, sortir linen rusak, pelipatan, merapihkan, mengepak atau mengemas, menyimpan, dan mendistribusikan ke unit-unit yang membutuhkannya, sedangkan linen yang rusak dikirim ke kamar jahit (Depkes, 2004).

Dalam melaksanakan aktivitas tersebut dengan baik, maka diperlukan alur yang terencana dengan baik. Peran sentral lainnya adalah perencanaan, pengadaan, pengelolaan, pemusnahan, kontrol dan pemeliharaan fasilitas kesehatan, dan lain-lain, sehingga linen dapat tersedia di unit-unit yang membutuhkan (Depkes, 2004). Loveday *et al* (2014) menyebutkan bahwa kebersihan linen berhubungan erat dengan penjagaan kesehatan pasien, karena linen merupakan perlengkapan yang sering digunakan oleh petugas kesehatan dan pasien selama melakukan

perawatan. Menjaga kebersihan linen maka akan membantu perlindungan terhadap pasien.

4) Manajemen Lingkungan (*Enviromental Control*).

Sistem Manajemen lingkungan dikembangkan untuk memberikan panduan dasar agar kegiatan bisnis senantiasa akrab lingkungan. Kondisi lingkungan yang memburuk akibat kegiatan manusia, sudah waktunya untuk dikendalikan (ISO-14000, 2004).

Berdasarkan Standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Pelayanan Kedokteran Gigi (Kemenkes, 2012) dilihat beberapa kriteria; (1) perhatikan instruksi pabrik penggunaan dan pemakaian bahan disinfektan untuk pembersihan permukaan lingkungan secara tepat; (2) untuk disinfeksi permukaan lingkungan tidak dianjurkan menggunakan disinfektan tingkat tinggi; (3) selalu gunakan Alat Pelindung Diri saat membersihkan atau disinfeksi permukaan lingkungan; (4) gunakan pelindung permukaan untuk mencegah permukaan kontak klinik terkontaminasi, khususnya yang sulit dibersihkan

seperti *switches on dental chair* dan ganti pelindung permukaan setiap pasien serta disinfeksi permukaan kontak klinik yang tidak di lindungi dengan pelindung setelah kegiatan satu pasien, gunakan disinfeksi tingkat sedang jika kontaminasi dengan darah; (5) gunakan *desinfektan* atau detergen dan air untuk membersihkan seluruh permukaan lingkungan (lantai, dinding, meja, *trolley*), tergantung dari permukaan, tipe dan tingkat kontaminasi.

Selain itu terdapat lima syarat dalam pembersihan tangan, yakni (1) bersihkan kain pembersih setelah digunakan dan keringkan sebelum dipakai ulang, atau gunakan yang sekali pakai (*disposable*); (2) cairan disinfektan atau pembersih selalu tersedia; (3) dinding, pembatas ruangan, gorden jendela di area perawatan pasien harus dibersihkan jika terlihat kotor dan berdebu; (4) jika ada tumpahan darah atau bahan infeksius harap segera dibersihkan menggunakan cairan disinfektan; dan (5) jangan menggunakan karpet dan *furniture* dari bahan kain yang menyerap di daerah kerja, laboratorium dan daerah

pemrosesan instrumen. Menurut Loveday *et al* (2014) menyebutkan bahwa terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam menjaga kebersihan lingkungan, diantaranya adalah sebagai berikut: (a) lingkungan rumah sakit harus selalu terlihat bersih, baik bersih dari debu maupun bersih dari kotoran apapun yang terlihat maupun tak terlihat; (b) menjaga kebersihan lingkungan rumah sakit harus senantiasa dilakukan setiap waktu dan ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan. Jika terjadi kasus infeksi maka menunjukkan perlunya peningkatan penjagaan dibidang lingkungan rumah sakit; (c) penggunaan disinfektan harus senantiasa dilakukan dan secara praktis, setiap sudut lingkungan rumah sakit harus tersedia disinfektan agar dapat digunakan kapanpun oleh siapapun yang berada dilingkungan rumah sakit; (d) setiap penggunaan alat-alat kesehatan yang digunakan secara bersama-sama maka harus senantiasa dijaga kebersihannya; dan (d) pentingnya mengedukasi setiap petugas kesehatan akan pentingnya menjaga kebersihan dalam lingkungan rumah sakit.

5) Penanganan instrumen dan alat kedokteran gigi
(*Patient Care Equipment and Device*)

Penanganan pasien harus selalu dilakukan dengan sebaik mungkin agar tidak terjadi masalah dengan kesehatan pasien ke depannya. Untuk menghindari terjadinya masalah inilah yang kemudian *International Labour Organization (ILO)*, *Center for Disease Control and Prevention (CDC)*, *Occupational Safety and Health Administration (OSHA)* *World Health Organization (WHO)* dan *United Nations and Acquired Immuno deficiency Syndrome (UNAIDS)* menghasilkan garis pedoman internasional baru yang penting bagi tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, bidan staf teknik seperti apoteker dan laborat, manajer kesehatan, petugas kebersihan, dan tenaga kerja lainnya (Lugito, 2013).

Tahun 2003, CDC menerbitkan garis pedoman tentang pelatihan perlindungan diri tenaga kedokteran gigi, pencegahan transmisi patogen *bloodborne*, kebersihan tangan, dermatitis kontak dan hipersensitif lateks, sterilisasi dan disinfeksi alat, kontrol infeksi

lingkungan, jalur air dental unit, biofilm, kualitas air, radiologi, teknik aseptis, perangkat sekali pakai, prosedur bedah mulut, penanganan spesimen biopsi, kontrol infeksi lab dental, tuberkulosis dan program evaluasi. *Universal precautions* terdiri dari dua yaitu standar tindakan pencegahan dan *transmission based precautions*, yaitu standar tindakan pencegahan yang diaplikasikan terhadap semua pasien dirancang untuk mereduksi resiko transmisi mikroorganisme dari sumber infeksi yang diketahui dan tidak diketahui (darah, cairan tubuh, ekskresi dan sekresi). Pencegahan ini diterapkan terhadap semua pasien tanpa memedulikan diagnosis atau status infeksi yang pasti (Lugito, 2013).

6) Penyuntikan yang Aman (*Safe Injection Practice*)

Administrasi obat-obatan kepada pasien dapat melalui berbagai rute seperti rute *oral*, topikal dan parenteral. Injeksi intra muskuler merupakan salah satu rute yang banyak digunakan dalam administrasi obat parenteral. Prosedur injeksi intra muskuler dilakukan

dengan cara menusuk jarum suntik ke lapisan otot untuk tujuan pengobatan atau profilaksis. Teknik injeksi intra muskuler terdiri dari teknik standar atau tradisional dan teknik track. Pada kenyataannya praktek ini bervariasi di seluruh dunia, dipicu pola praktek berbasis penelitian yang terus berkembang. Penelitian tersebut didasarkan pada perkembangan iptek, jenis obat-obatan, perubahan populasi. Teknik injeksi mencakup lokasi injeksi, ukuran jarum, kedalaman menyuntik juga diteliti yang memberikan arahan dalam mengembangkan praktek kedokteran (Kozier *etal.*,2008).

World Health Organization (WHO, 2010) mengungkapkan tentang cara-cara melakukan injeksi yang benar adalah sebagai berikut: (1) persiapan alat mencakup; (a) verifikasi order dokter; (b) cuci tangan; (c) siapkan jarum sesuai ketebalan lapisan kulit; (d) aspirasi obat dan tambah udara sekitar 0.2-0.5 cc; dan (e) ganti jarum dengan jarum sesuai ketebalan kulit yang sudah disiapkan. (2) persiapan prosedur

mencakup; (a) identifikasi pasien (gunakan paling sedikit 2 cara); (b) bersihkan area penyuntikan dengan alkohol *swab* (gunakan tehnik dari dalam ke luar area tusukan jarum); (c) pakai sarung tangan bersih; dan (d) lakukan penyuntikan; dan (3); Persiapan pasien setelah penusukan jarum suntik, seperti (a) jangan lakukan pijatan pada area penyuntikan; (b) instruksikan pasien untuk tidak menggunakan pakaian dalam yang ketat; (c) intruksikan pasien untuk segera mobilisasi; (d) buang jarum suntik ke tempat pembuangan jarum; (e) buka sarung tangan; dan (e) dokumentasikan pelaksanaan injeksi pada kartu pasien (Komite Keselamatan Rumah Sakit, 2012).

7) Perlindungan Kesehatan Karyawan

Perlindungan kesehatan karyawan dalam hal ini berhubungan dengan bagaimana rumah sakit melindungi tenaga medis yang bekerja dibawahnya, kesehatan karyawan sering disebut sebagai Keselamatan dan Kesehatan Karyawan (K3). Sutrisno (2010) menyatakan keselamatan kerja adalah

keselamatan yang berkaitan dengan alat kerja, bahan dan proses pengolahannya, tempat kerja, dan lingkungannya, serta cara-cara karyawan dalam melakukan pekerjaannya. Husni (2005) menyatakan bahwa kesehatan kerja adalah bagian dari ilmu kesehatan yang bertujuan agar tenaga kerja memperoleh keadaan kesehatan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosialnya sehingga memungkinkan karyawan dapat bekerja secara optimal. Keselamatan diri para karyawan di dalam bekerja adalah hal yang sangat penting.

Perlindungan kesehatan merupakan hal utama yang harus diperhatikan oleh petugas kesehatan karena perlindungan kesehatan karyawan disini akan berhubungan dengan performa petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Penjagaan kesehatan petugas kesehatan disini akan mempengaruhi kinerja dari petugas kesehatan itu sendiri. Dalam perlindungan diri, yang terpenting adalah menjaga kelematan diri dari petugas kesehatan

agar tidak terkena infeksi. Karyawan berupaya semaksimal mungkin agar terhindar dari kecelakaan dalam melaksanakan pekerjaannya, sehingga dapat dikatakan keselamatan dan kecelakaan kerja mempunyai hubungan dengan tingkat kinerja karyawan pada perusahaan (Jarwis, 2010)

Menurut Sutrisno (2010) menyatakan bahwa keselamatan kerja bertalian dengan kecelakaan kerja yaitu kecelakaan yang terjadi di tempat kerja atau dikenal dengan istilah kecelakaan industri. Kecelakaan industri ini secara umum dapat diartikan suatu kejadian yang tidak diduga semula dan tidak dikehendaki yang mengacaukan proses yang telah diatur dalam suatu aktivitas. Perlindungan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) terhadap karyawan ini bertujuan agar tidak terjadi kecelakaan ditempat kerja atau paling tidak mengurangi tingkat kecelakaan di tempat kerja, sehingga proses produksi dapat berjalan dengan semestinya. Husni (2005) menyatakan bahwa kesehatan dan keselamatan kerja, merupakan suatu

upaya untuk menekan atau mengurangi risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang pada hakikatnya tidak dapat dipisahkan antara keselamatan dan kesehatan. Perhatian pada kesehatan karyawan dapat mengurangi terjadinya kecelakaan dalam melaksanakan pekerjaannya, jadi antara kesehatan dan keselamatan kerja bertalian dan dapat mencegah terjadinya kecelakaan di tempat kerja. Yusra (2008) Keselamatan dan kesehatan kerja (K3), adalah suatu sistem program yang dibuat bagi pekerja maupun pengusaha sebagai upaya pencegahan (*preventif*) timbulnya kecelakaan kerja dan penyakit akibat hubungan kerja dalam lingkungan kerja dengan cara mengenali hal-hal yang berpotensi menimbulkan kecelakaan kerja dan penyakit akibat hubungan kerja dan tindakan antisipatif bila terjadi hal yang demikian.

8) Manajemen Limbah dan Benda Tajam

Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan yang potensial menimbulkan dampak negatif pada lingkungan. Seperti halnya sektor industri,

kegiatan rumah sakit berlangsung dua puluh empat jam sehari dan melibatkan berbagai aktifitas orang banyak sehingga potensial dalam menghasilkan sejumlah besar limbah (Kementerian Negara Lingkungan Hidup RI, 2008). Limbah medis merupakan bahan infeksius dan berbahaya yang harus dikelola dengan benar agar tidak menjadi sumber infeksius baru bagi masyarakat disekitar rumah sakit maupun bagi tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit itu sendiri (Kementerian Negara Lingkungan Hidup RI, 2008). Menurut Lugito *et al* (2014) menyebutkan bahwa setiap penggunaan benda tajam harus dilakukan sesuai prosedur dan bahkan penggunaannya pun harus sesuai dengan aturan yang berlaku. Terdapat beberapa ketentuan yang telah diatur berkaitan dengan penggunaan benda tajam dalam pelayanan kesehatan diantaranya adalah sebagai berikut; (1) setiap cara untuk memegang benda tajam harus dilakukan dengan baik dan benar; (2) adanya edukasi kepada setiap petugas kesehatan akan pentingnya kehati-hatian dalam menggunakan benda

tajam; (3) jarum yang sudah digunakan tidak seharusnya digunakan lagi; dan (4) pihak rumah sakit harus mengevaluasi setiap penggunaan benda tajam dalam pelayanan kesehatan.

Penyebaran penyakit di sarana pelayanan kesehatan sebagian besar disebabkan oleh kecelakaan kerja, seperti tertusuk jarum atau terkena benda tajam lainnya dari instrumen, termasuk pecahan kaca yang terkontaminasi. Guna menghindari perlukaan karena kecelakaan kerja, maka semua benda tajam penggunaannya *single used* atau sekali pakai, dan untuk menutup jarum suntik habis pakai gunakan teknik *single handed recapping method*. Penting diperhatikan dengan cermat bahwa petugas kesehatan harus memerhatikan prosedur pengamanan, dimulai sejak pembukaan bungkus, penggunaan, dekontaminasi hingga ke penampungan sementara berupa wadah yang aman tahan terhadap tusukan benda tajam. Resiko akan kecelakaan sering terjadi saat memindahkan alat tajam dari satu orang ke orang yang lain, dianjurkan

penyerahan alat tajam secara *hands free* dengan menggunakan alat perantara dan membiarkan petugas mengambil sendiri dari tempatnya, terutama prosedur pembedahan. Situasi kerja dimana tenaga kesehatan mendapat pandangan bebas tanpa halangan dengan mengatur pasien pada posisi yang mudah secara visual dan mengatur sumber pencahayaan yang baik (Kemenkes, 2012).

Penting diperhatikan dalam manajemen limbah dan benda tajam di pelayanan kedokteran gigi; (1) peraturan pembuangan limbah sesuai peraturan lokal yang berlaku; (2) pastikan bahwa tenaga pelayanan kesehatan gigi yang menangani limbah medis dilatih tentang penanganan limbah yang tepat, metode pembuangan dan bahaya kesehatan; (3) gunakan kode warna dan label kontainer, warna kuning untuk limbah infeksius dan warna hitam untuk limbah non infeksius; (4) tempatkan limbah tajam seperti jarum, *blade scapel*, *orthodontic bands*, pecahan instrumen metal dan bur pada kontainer yang tepat yaitu tahan tusuk

dan tahan bocor, kode warna kuning; (5) darah, cairan *suction* atau limbah cair lain dibuang ke dalam *drain* yang terhubung dengan sistem sanitary; dan (6) buang gigi yang dicabut ke limbah infeksius, kecuali diberikan kepada keluarga (Depkes, RI, 2004).

9) Etika Batuk

Penyebaran penyakit sangat mudah jika melalui udara, dan ketika dalam satu ruangan antara pasien dan dokter berbagi udara yang sama tanpa menggunakan perlindungan diri maka kemungkinan untuk tertular sangat besar. Batuk merupakan salah satu hal yang mampu menularkan penyakit dengan sangat cepat antara satu orang dengan orang lainnya. Menurut WHO (2008) seseorang dengan gejala gangguan napas harus menerapkan langkah-langkah pengendalian sumber: (1) tutup hidung dan mulut saat batuk atau bersin dengan tisu dan masker, serta membersihkan tangan setelah kontak dengan sekret saluran napas; (2) menempatkan pasien dengan gejala gangguan pernapasan akut setidaknya 1 meter dari pasien lain saat berada di ruang

umum jika memungkinkan; (3) letakkan tanda peringatan untuk melakukan kebersihan pernapasan dan etika batuk pada pintu masuk fasilitas pelayanan kesehatan; dan (4) pertimbangkan untuk meletakkan fasilitas kebersihan tangan di tempat umum dan area evaluasi pasien dengan gangguan pernapasan.

3. Tenaga Kesehatan Kedokteran Gigi

a. Istilah Tenaga/Pelayan Kesehatan Gigi

Sebelum memformulasikan pelayanan tenaga kesehatan gigi, maka terlebih dahulu diuraikan istilah pelayanan dan tenaga kesehatan agar tidak terjadi distorsi dalam pemahaman terhadap kedua frase tersebut. Tenaga kesehatan merupakan istilah medis bagi tenaga profesional yang bekerja di bidang kesehatan. Undang-undang tentang Pokok-pokok Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 bahwa tenaga kesehatan merupakan petugas masyarakat dan negara yang berpendidikan dan berpengetahuan khusus, karena itu mereka mempunyai tugas dan fungsi yang khusus pula. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang

kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan mendefinisikan; Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang dimaksud tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang memerlukan kewenangan dalam menjalankan pelayanan kesehatan (Depkes RI, 1992). Tenaga kesehatan yang diatur dalam Pasal 2 ayat (2) sampai dengan ayat (8) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan terdiri dari; (1) Tenaga medis terdiri dari dokter dan dokter gigi; (2) Tenaga keperawatan terdiri dari perawat dan bidan; (3) Tenaga kefarmasian terdiri dari apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker (Depkes RI, 1996).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1173/MENKES/PER/X/2004 Tentang Rumah Sakit Gigi Dan Mulut pada bagian umum butir 'b' menyatakan bahwa kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan lainnya, sangat membutuhkan sarana pelayanan kesehatan khusus yang

komprehensif berupa Rumah Sakit Gigi dan Mulut yang merupakan pusat rujukan, pendidikan dan penelitian; Sedangkan butir 'c' menyatakan bahwa agar pelayanan rumah sakit gigi dan mulut dapat berjalan efektif dan efisien dan masyarakat terlindungi perlu ditetapkan Rumah Sakit Gigi Dan Mulut dengan Peraturan Menteri Kesehatan (DepKes RI, 2004).

b. Tingkat Pelayanan Tenaga Kesehatan Gigi

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Menurut Notoatmojo (2009) merupakan sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Sedangkan pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat (Darmadi, 2008). Pelayanan Kesehatan

menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Sistem pelayanan kesehatan meliputi; (1) **Sistem**; komponen yang saling berkaitan dan berfungsi ke arah tercapainya tujuan yang telah ditetapkan; dan (2) **Teori sistem**, menekankan kesatuan, keutuhan bagian-bagian dari keseluruhan sistem yang bekerjasama dalam sistem tersebut. **Sistem terdiri dari:** (1) **Input**, subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem, seperti sistem pelayanan kesehatan; potensi masyarakat, tenaga kesehatan dan sarana kesehatan; (2) **Proses**, yaitu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah sebuah masukan menjadi sebuah hasil yang diharapkan dari sistem tersebut, yaitu berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan; (3) **Output**, yaitu hasil yang diperoleh dari sebuah proses, *Output* pelayanan kesehatan: pelayanan yang

berkualitas, efektif dan efisien serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat sehingga pasien sembuh dan sehat optimal; (4) **Dampak**, yaitu akibat yang dihasilkan sebuah hasil dari sistem, relatif lama waktunya. Dampak sistem Pelayanan kesehatan adalah masyarakat sehat, angka kesakitan dan kematian menurun. (5) **Umpan balik** (*feedback*), yaitu suatu hasil yang sekaligus menjadikan masukan dan ini terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi, berupa kualitas tenaga kesehatan; dan (6) **Lingkungan**, yaitu semua keadaan di luar sistem tetapi dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan (Darmadi, 2008)

c. Pengendalian Infeksi pada Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia mempunyai kewajiban untuk selalu memenuhi salah satu kriteria standar pelayanan kedokteran gigi di Indonesia, yaitu melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Prosedur pelaksanaan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi tersebut harus

dilaksanakan pada semua fasilitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut di seluruh Indonesia. Dokter gigi harus dapat memastikan seluruh tenaga pelayanan yang bekerja di dalam lingkungannya mempunyai pengetahuan dan mendapatkan pelatihan yang adekuat tentang pencegahan dan pengendalian infeksi. Hal tersebut termasuk kebersihan tangan, pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi peralatan serta bahan yang digunakan. Teknik pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi harus sesuai dengan perkembangan keilmuan dan secara rutin dilakukan monitoring.

Infeksi merupakan bahaya yang sangat nyata pada praktek pelayanan kedokteran gigi. Pada kenyataannya, prosedur kebersihan tangan merupakan komponen paling penting diantara program pencegahan dan pengendalian infeksi. Tujuan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut adalah untuk mencegah penularan infeksi baik kepada pekerja layanan kesehatan maupun pasien ketika sedang dilakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut (Kemenkes, 2012). Menurut WHO (2003) pengendalian infeksi di klinik dalam

memberikan perlindungan pada pasien, tenaga kesehatan dan pengunjung dapat dilakukan melalui pencegahan mendasar. Upaya pencegahan mendasar tersebut meliputi: mencuci tangan, penggunaan antiseptik dan peralatan pelindung diri, penanganan peralatan kesehatan untuk pasien mencegah terjadinya luka karena jarum suntik, dan peralatan tajam lainnya serta manajemen kebijakan lingkungan dan sampah.

B. Penelitian Terdahulu

1. Penelitian yang dilakukan oleh Huber dan Terézhalmy (2013) dengan judul *HIV: Infection Control/Exposure Control Issues for Oral Healthcare Worker*. Metode yang digunakan adalah dalam penelitian ini adalah deskriptif. Tujuan penelitiannya adalah untuk mengetahui penyebab HIV dan cara pencegahannya. Hasil penelitiannya membuktikan bahwa pencegahan HIV dilakukan agar tidak terjadi infeksi saat memberikan pelayanan kesehatan pada petugas kesehatan merupakan hal penting untuk dilakukan, sehingga meskipun kemungkinan terjadinya infeksi HIV kecil, hati-hati dalam penggunaan jarum suntik.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Kohli dan Puttaiah (2011) dengan judul *Dental Safety Dental Infection Control & Occupational Safety For Professionals For Oral Health Professionals Dental*. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif. Hasil penelitiannya memberikan saran akan bagaimana mencegah terjadinya infeksi bagi para professional dalam mencegah terjadinya infeksi dalam kesehatan mulut terutama di negara-negara berkembang atau negara miskin.

C. Kerangka Berpikir/Teori

Bolaji-Osagie (2015) mengungkapkan bahwa kewaspadaan standar sangat penting bagi para petugas kesehatan, karena dengan kewaspadaan standar yang dilakukan dengan baik akan mencegah terjadinya infeksi. Kepatuhan dalam kewaspadaan standar perlu untuk ditingkatkan, karena kepatuhan berhubungan erat dengan kesuksesan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Rendahnya tingkat kepatuhan standar ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti sikap, pengetahuan, pelatihan, iklim keselamatan, hambatan penerapan, dukungan pimpinan, sarana dan

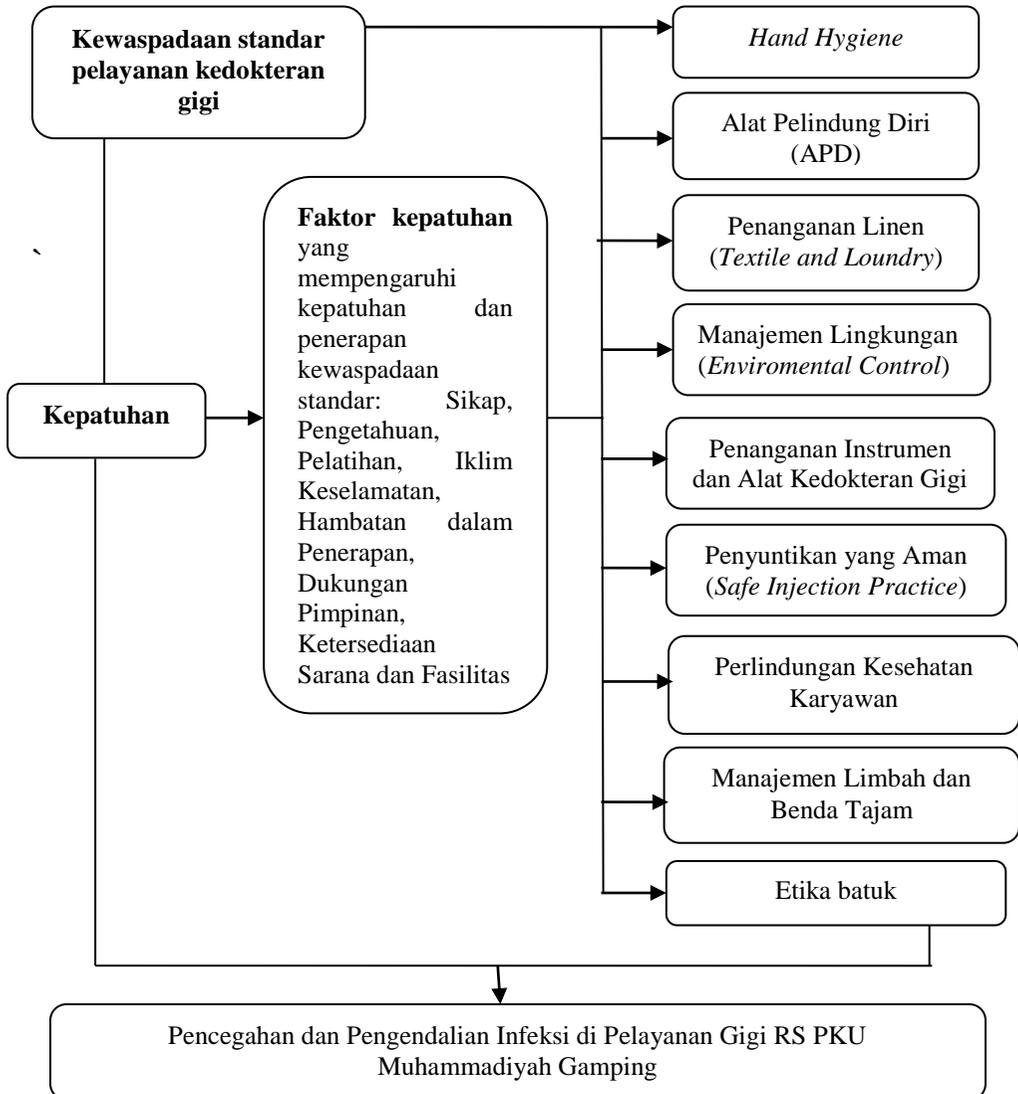
fasilitas. Faktor pertama yang mempengaruhi adalah sikap merupakan fase awal kepatuhan dalam penerapan kewaspadaan standar. Kewaspadaan standar dapat diterapkan dalam pelayanan bila sikap seseorang patuh pada peraturan kewaspadaan standar yang telah ditetapkan. Sikap merupakan perilaku alamiah seseorang dalam menerima stimulus yang diberikan (Notoatmodjo, 2007:27). Sikap berperan penting dalam pribadi seseorang untuk patuh atau tidak dalam menjalankan tugas yang diberikan, seperti bertanggungjawab, masa bodoh dan lain-lain. Faktor kedua yang mempengaruhi penerapan kewaspadaan standar adalah pengetahuan. Pengetahuan adalah bagaimana tenaga kesehatan mengetahui cara dan prosedur penerapan pelayanan kesehatan. Ada tenaga kesehatan yang kurang paham atau tidak mengerti dalam pelayanan.

Variabel pelatihan merupakan salah satu faktor berpengaruh dalam penerapan kewaspadaan standar. Apabila seorang yang menerima informasi di tempat pelatihan dan diikutsertakan dalam pelatihan, maka ia akan mengerti dan memahami prosedur dan cara penerapan kewaspadaan standar yang benar. Sedangkan faktor iklim kerja turut mempengaruhi penerapan kewaspadaan standar. Jika komunikasi yang terjalin baik dan kondusif antara dokter dan

perawat maupun pimpinan, maka penerapan kewaspadaan standar dapat berjalan dengan baik pula (Notoadmodjo, 2007:23). Hambatan penerapan bisa datang dari berbagai persoalan, misalnya kebanyakan pasien atau pelayanan kesehatan yang terlambat waktu dan sebagainya. Hal ini sangat menyebabkan penerapan kewaspadaan standar terkadang diabaikan.

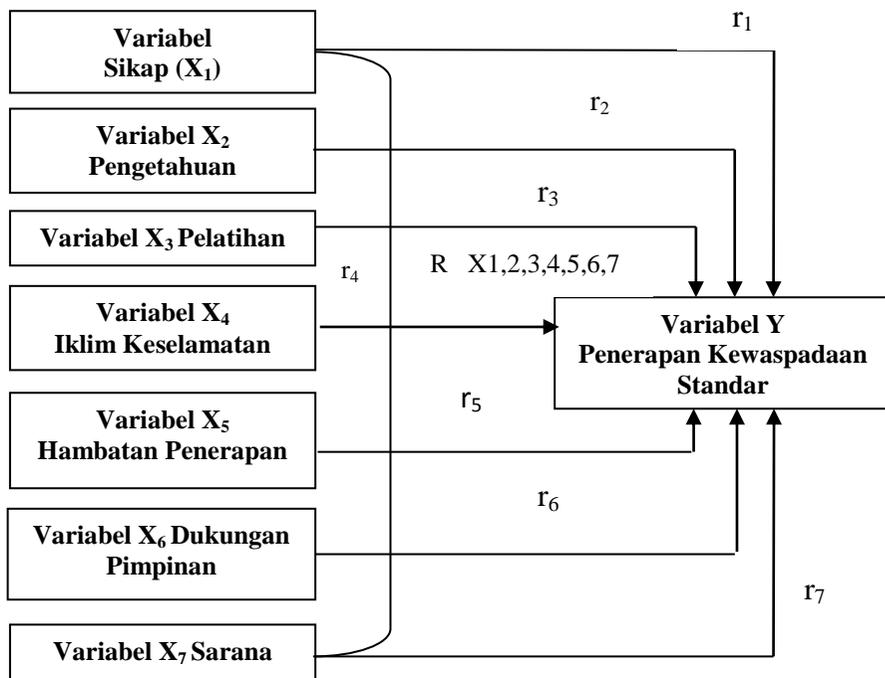
Faktor dukungan pimpinan juga sangat mempengaruhi penerapan kewaspadaan standar. Pimpinan yang baik, tegas dan disiplin akan mempengaruhi sikap bawahan dalam menjalankan SOP yang telah diberikan. Pimpinan harus menegur bawahan yang tidak patuh dan member peringatan agar bawahan menjalankan tugas sesuai SOP semaksimal mungkin. selain itu faktor sarana sangat mempengaruhi penerapan kewaspadaan standar. Sarana dan fasilitas yang tidak memadai sesuai SOP sangat menghambat penerapan kewaspadaan standar (Notoadmodjo, 2007:34), Semua faktor ini sangat mempengaruhi penerapan kewaspadaan standar pelayanan kesehatan. Jika semua faktor ini terpenuhi dan dilaksanakan, maka seorang tenaga kesehatan dikatakan patuh terhadap penerapan kewaspadaan standar dan pelayanan kesehatan gigi akan berjalan maksimal sesuai SOP. memahami kerangka

konseptual dalam penelitian ini, maka akan digambarkan kerangka dasar teori sebagai berikut :



Gambar. 2.1 Bagan Konsep/Kerangka Berpikir Penelitian

Berdasarkan kerangka konseptual di atas, dapat diasumsikan bahwa suatu gejala dapat diklasifikasikan dalam suatu hubungan yang bersifat kausal (sebab-akibat), maka peneliti dapat melakukan penelitian terhadap beberapa variabel yang disebut paradigma penelitian. Hubungan antar variabel akan diteliti sesuai dengan rumusan masalah dan metode penelitian. Merujuk pada konsep tersebut, maka paradigma penelitian kuantitatif adalah paradigma ganda dengan tujuh (7) variabel *independent* dan satu variabel *dependent* yang terdiri dari tiga rumusan masalah deskriptif dan satu rumusan masalah kuantitatif dengan tujuh variabel penelitian yang menurut pandangan peneliti sangat mempengaruhi penerapan kewaspadaan standar dengan (tujuh korelasi sederhana dan satu korelasi berganda) yang dapat dilihat dalam bagan berikut :



Gambar 2.2.
Bagan Paradigma Ganda Tujuh Variabel Independen

Berdasarkan kerangka berpikir di atas, dapat diasumsikan bahwa faktor kepatuhan (X_1 , X_2 , X_3 , X_4 , X_5 , X_6 dan X_7) secara parsial maupun bersama-sama diduga kuat berpengaruh terhadap penerapan kewaspadaan standar pelayanan kesehatan kedokteran gigi. Artinya tinggi rendahnya penerapan kewaspadaan standar pelayanan kesehatan kedokteran gigi dipengaruhi kuat oleh variabel sikap, pengetahuan, pelatihan, iklim kerja, hambatan penerapan, dukungan pimpinan serta sarana dan fasilitas.

D. Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah dan tujuan penelitian yang telah diuraikan sebelumnya, maka rumusan hipotesisnya adalah terdapat pengaruh signifikan faktor-faktor; sikap, pengetahuan, pelatihan, iklim keselamatan , hambatan penerapan, dukungan pimpinan dan sarana/fasilitas terhadap penerapan kewaspadaan standar tenaga kedokteran gigi pada RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta.