

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Penelitian**

Rumah sakit sebagai tempat pengobatan, juga merupakan sarana pelayanan kesehatan yang dapat menjadi sumber infeksi dimana orang sakit dirawat dan ditempatkan dalam jarak yang sangat dekat. Infeksi dapat terjadi pada penderita, tenaga kesehatan dan juga setiap orang yang datang ke rumah sakit. Infeksi yang ada di pusat pelayanan kesehatan ini dapat ditularkan atau diperoleh melalui petugas kesehatan, orang sakit, pengunjung yang berstatus karier atau karena kondisi rumah sakit (Darmadi, 2008).

Perawat yang bekerja di fasilitas kesehatan sangat berisiko terpapar infeksi yang secara potensial membahayakan jiwanya, karena perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien akan kontak langsung dengan cairan tubuh atau darah pasien dan dapat menjadi tempat dimana agen infeksius dapat hidup dan berkembang biak yang kemudian menularkan infeksi dari pasien satu ke pasien yang lainnya.

Infeksi merupakan interaksi antara mikroorganisme dengan pejamu rentan yang terjadi melalui kode transmisi kuman yang tertentu. Cara transmisi mikroorganisme dapat terjadi melalui darah, udara baik *droplet* maupun *airbone*, dan dengan kontak langsung. Infeksi di rumah sakit lebih dikenal sebagai infeksi nosokomial. Saat ini infeksi nosokomial lebih dikenal dengan *Health-care Associated Infections* (HAIs) (Muktianingrum, 2013).

*Health-care Associated Infections* (HAIs) adalah infeksi yang didapatkan selama atau sebagai akibat perawatan di rumah sakit yang bermanifestasi setelah 48 jam rawat inap (Costy, 2014). *Health-care Associated Infections* (HAIs) terjadi sekitar lima hingga 10 kali lebih sering di ruang ICU daripada di ruang non-ICU. Saat ini angka kejadian HAIs telah dijadikan salah satu tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit. Berdasarkan Kepmenkes No. 129 tahun 2008, standar kejadian HAIs di rumah sakit sebesar  $\leq 1,5\%$ . Izin operasional sebuah rumah sakit bisa dicabut karena tingginya angka kejadian HAIs. Bahkan pihak asuransi tidak mau membayar biaya yang ditimbulkan oleh infeksi ini (Darmadi, 2008).

Kepmenkes No. 129 tahun 2008 ditetapkan suatu standar minimal pelayanan rumah sakit, termasuk didalamnya pelaporan kasus HAIs untuk melihat sejauh mana rumah sakit melakukan pengendalian terhadap infeksi ini. Data HAIs dari *surveilans* HAIs di setiap rumah sakit dapat digunakan sebagai acuan pencegahan infeksi guna meningkatkan pelayanan medis bagi pasien (Kepmenkes, 2008).

Penelitian yang dilakukan di 18 rumah sakit di Swiss menyebutkan bahwa prevalensi HAIs sebesar 10,1% dengan kejadian terbanyak pada ruang ICU sebesar 29,7% (Hugo, 2002). Sedangkan Angka *Health-care Associated Infections* (HAIs) tahun 2008 pada ruangan ICU sebesar 40% (Sukartik, 2009). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Bantul pada tanggal 31 Mei 2014 yaitu wawancara dengan sekretaris TIM PPI Wahyu Priyono S. Kep didapatkan sumber data dari indikator mutu keperawatan bahwa angka kejadian HAIs di ICU terbanyak jenis *Plebitis* 21,7% pada bulan Februari dan Maret di tahun 2014.

Infeksi terkait sarana pelayanan kesehatan adalah tantangan yang serius bagi rumah sakit karena hal tersebut dapat menyebabkan kematian, baik langsung maupun tidak langsung serta menjadikan pasien dirawat lebih lama dan memakan biaya lebih mahal. Semakin tingginya kasus infeksi yang didapat dari rumah sakit, hendaknya pihak rumah sakit menyusun program upaya pengendalian infeksi yang serius (Darmadi, 2008).

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul sudah membentuk TIM PPI (Pengendalian dan Pencegahan Infeksi) sejak tahun 2006 yang terdiri dari satu ketua TIM PPI, satu sekretaris TIM PPI dan empat anggota TIM PPI (Priyono, 2014). Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada tanggal 31 Mei 2014 dengan sekretaris TIM PPI RS PKU Muhammadiyah Bantul yaitu Wahyu Priyono S.Kep bahwa peran manajemen RS PKU Muhammadiyah Bantul terhadap pembentukan TIM PPI selalu mendukung semua kegiatan yang dilakukan oleh TIM PPI dan manajemen rumah sakit selalu menjadi penyedia dana bagi kegiatan yang dilakukan oleh TIM PPI.

Salah satu strategi yang bermanfaat dalam pengendalian *Health-care Associated Infections* (HAIs) adalah peningkatan kemampuan petugas kesehatan dalam metode *universal precautions* (Depkes, 2010). *Universal precautions* merupakan suatu pedoman yang ditetapkan oleh *the Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dan *the Occupational Safety and Health Administration* (OSHA). *Universal Precaution* saat ini dikenal dengan kewaspadaan standar. Kewaspadaan standar tersebut dirancang untuk mengurangi resiko infeksi penyakit menular pada petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui (Depkes, 2008).

*Universal precautions* diharapkan akan mendapat perlindungan maksimal dari infeksi yang telah diagnosis maupun yang belum diketahui. *Universal precautions* juga berguna untuk menurunkan transmisi infeksi saluran kemih, infeksi luka operasi, *pneumonia, sepsis, dan plebitis* pada individu dan tenaga kesehatan, sehingga dapat diberlakukan di semua unit pelayanan kesehatan maupun perorangan (Nasronudin, 2007).

Komponen - komponen *Universal Precaution* terdiri dari : pelaksanaan kebersihan tangan (*Hand Hygiene* ), penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) (yang terdiri dari penggunaan sarung tangan, penggunaan pelindung wajah (masker, kacamata), penggunaan gaun pelindung, penggunaan penutup kepala, penggunaan sepatu pelindung), pencegahan luka tusukan jarum dan benda tajam lainnya, pengelolaan linen, pembuangan limbah, pengelolaan peralatan perawatan pasien, penempatan pasien, etika batuk dan praktek menyuntik aman.

Kewaspadaan *universal* dimaksudkan untuk melindungi petugas kesehatan dan pasien terhadap penularan berbagai infeksi dalam darah dan cairan tubuh lain. *Universal precautions* secara umum merupakan upaya yang sering dilakukan untuk melindungi diri dari resiko tertular penyakit dalam tindakan melindungi individu dimulai dengan menelaah riwayat medik pasien, pemakaian APD, cuci tangan, dan tindakan penempatan pasien. Oleh karena itu, tiga hal yang menjadi ukuran paling penting dalam *Universal Precaution* yaitu pelaksanaan *hand hygiene*, penggunaan alat pelindung diri, dan penempatan pasien setelah dilakukan diagnosis.

Pelaksanaan *hand hygiene* dengan melakukan cuci tangan harus dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan dan alat pelindung diri lain. Prinsip-prinsip cuci tangan yang efektif dengan sabun atau *handsrub* yang berbasis alkohol menggunakan 6 langkah. Tindakan ini penting untuk mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi dan lingkungan kerja terjaga dari infeksi saat akan memeriksa (kontak langsung dengan pasien), saat akan memakai sarung tangan bersih maupun steril, saat akan melakukan injeksi dan pemasangan infus. Setelah memeriksa pasien, setelah memegang alat bekas pakai dan bahan yang terkontaminasi, setelah menyentuh selaput mukosa.

Penggunaan Alat pelindung diri untuk melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskreta kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien. Penggunaan alat pelindung diri yang sesuai untuk setiap tindakan. Penggunaan sarung tangan melindungi tangan dari bahan infeksius dan melindungi pasien dari mikroorganisme pada tangan petugas. Penggunaan pelindung wajah (masker, kaca mata), pemakaian pelindung wajah ini dimaksudkan untuk melindungi selaput lendir hidung, mulut selama melakukan perawatan pasien yang memungkinkan terjadi percikan darah dan cairan tubuh lain. Penggunaan gaun pelindung merupakan salah satu jenis pakaian kerja. Pemakaian gaun pelindung untuk melindungi petugas dari kemungkinan genangan atau percikan darah atau cairan tubuh lain. Gaun pelindung harus dipakai apabila ada indikasi seperti halnya pada saat membersihkan luka. Penggunaan sepatu pelindung tertutup, dipakai pada saat memasuki daerah pasien tertutup sebatas mata kaki dan sepatu

booth tertutup yang biasa dipakai pada operasi yang memungkinkan terjadinya genangan percikan darah atau cairan.

Penempatan pasien Menurut Depkes tahun 2009 penempatan pasien harus sesuai standar, mengatur suhu ruang gunakan AC + filter HEPA, Pintu harus selalu tertutup rapat, *Kohorting* (menempatkan pasien terinfeksi atau kolonisasi patogen yang sama di ruang yang sama, pasien lain tanpa patogen yang sama dilarang masuk), Seharusnya kamar terpisah, terbukti mencegah transmisi, atau kohorting jarak >1 m.

Pelaksanaan *hand hygiene* penggunaan alat pelindung diri, dan penempatan pasien setelah dilakukan diagnosis sesuai prosedur tentunya dapat melindungi diri namun jika pelaksanaannya tidak dilakukan sesuai dengan standar oleh seluruh tenaga kesehatan dan pihak rumah sakit terkait dengan sarana prasana tentunya dapat berisiko tertular penyakit, disebabkan berinteraksi dengan petugas kesehatan yang tertular penyakit. Kesadaran dan tanggung jawab serta disiplin melaksanakan tugas tentunya sebagai tindakan untuk melindungi diri dalam *universal precautions*.

*Universal precautions* tidak hanya melindungi petugas dari risiko terpajan oleh infeksi namun juga melindungi klien yang mempunyai kecenderungan rentan terhadap segala infeksi yang mungkin dibawa oleh petugas (Kurniawati & Nursalam, 2007). Usaha pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi antara lain dapat dilakukan dengan meningkatkan perilaku *universal precautions* bagi perawat. Tindakan *universal precautions* diperlukan kemampuan perawat untuk mencegah infeksi, ditunjang oleh sarana dan prasarana, serta Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur langkah-langkah tindakan *universal precautions* (Kurniawati & Nursalam, 2007).

Temuan hasil penelitian yang dilakukan Said Hafizullah Fayaz (2013) menunjukkan rendahnya tingkat praktek *Universal Precautions* antara petugas kesehatan di Kabul; hanya 19,0% dari responden yang melakukan praktik penuh dengan semua 11 item *Universal Precautions*. Petugas kesehatan di Kabul tidak selalu mengganti sarung tangan saat menangani pasien yang berbeda, dan 40,7% dari petugas kesehatan tidak selalu memakai perisai mata / kacamata ketika mereka terkena percikan darah debit / cairan.

Di negara-negara berkembang, kurangnya sumber daya dan kurangnya peraturan dan kontrol yang tepat adalah alasan utama untuk ketidaksesuaian pengelolaan limbah kesehatan. Rendahnya kesadaran petugas kesehatan akan standar yang dibutuhkan dapat membuat situasi lebih buruk (Alagoz AZ, Kocasoy G, 2008). Menurut data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, prevalensi nasional berperilaku benar dalam cuci tangan masih kurang yakni hanya 23,2% tahun 2007 sedangkan tahun 2013 meningkat sebesar 47% masih kurang dari 50%, sehingga perilaku cuci tangga dengan benar perlu ditingkatkan (Riskesdas, 2013). Keberhasilan praktek mencuci tangan pada perawat dan petugas kesehatan lainnya didukung oleh lama mencuci tangan, frekuensi mencuci tangan, efektifitas masing-masing bahan antimikroba dan juga kepatuhan perawat dalam mencuci tangan (Zuhriyah, 2004). Hasil ini menunjukkan bahwa perilaku perawat dalam mencuci tangan sebagai salah satu tindakan *universal precaution* sebagian besar masih kurang baik.

Hasil penelitian yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Bantul oleh Priyono (2013) tentang kepatuhan perawat dalam pemakaian alat pelindung diri (APD) dalam standar *precaution* mencapai 55% dalam kurun waktu enam bulan yaitu bulan Januari – Juni 2013. Badan Litbang Kesehatan (2006) tentang upaya perawat dalam mencegah infeksi nosokomial pneumonia telah meneliti perilaku yang cuci tangan aseptik. Hasil penelitian memberi gambaran bahwa pelaksanaan prosedur cuci tangan secara aseptik sebelum melakukan tindakan perawatan invasif hanya 25% kegiatan dilaksanakan dengan baik, 12,5% cukup baik dan 62,5% kurang baik.

Menurut Kusmiyati (2009), faktor yang mempengaruhi rendahnya perilaku perawat dalam tindakan *universal precautions* yaitu : Pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana alat pelindung pribadi dan motivasi perawat. Ketidakpatuhan atau keengganan petugas untuk melakukan prosedur *universal precautions* adalah karena dianggap terlalu merepotkan dan tidak nyaman. Tugas perawat yang sangat banyak juga menjadi faktor lain menyebabkan perawat sulit untuk menerapkan *universal precautions*.

Penelitian yang dilakukan Zanele (2012) menunjukkan bahwa meskipun petugas kesehatan mengambil tindakan pencegahan untuk mencegah infeksi, mereka tidak mencapai kepatuhan penuh dengan kewaspadaan universal. Data kualitatif menunjukkan bahwa alasan ketidakpatuhan tersebut antara lain adalah kurangnya pengetahuan tentang kewaspadaan universal, faktor komunikasi, sumber daya, termasuk pemeliharaan peralatan, kurangnya pasokan dan kekurangan sumber daya manusia dan sikap petugas kesehatan.

Perawat yang mampu menjelaskan secara benar tentang tindakan pencegahan *universal*, maka perawat juga mampu melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi tentang tindakan pencegahan *universal*, dan diaplikasikan melalui tindakan pencegahan *universal*. Hal ini ditunjukkan dengan penelitian Yusran (2010) tentang tingkat pengetahuan tentang *universal precautions* pada perawat di RSUD Abdoel Moeloek Bandar Lampung sebanyak 67,5% masuk dalam kriteria pengetahuan baik dengan tingkat kepatuhan *universal precautions* hanya 66,5% yang masuk kategori kurang.

Tingkat kepatuhan perawat yang masih rendah ditunjukkan dengan tidak menutup kembali jarum suntik habis pakai dan tidak menggunakan alat pelindung diri (pelindung diri dan pelindung wajah) (Yusran, 2010). Sikap juga menjadi faktor yang berperan dalam menentukan kepatuhan perawat dalam menerapkan *universal precautions*. Berdasarkan penelitian Yusran (2010) perawat yang mempunyai sikap yang baik akan lebih patuh dalam menerapkan *universal precautions* di rumah sakit.

Motivasi juga mempengaruhi penerapan *universal precaution*. Perawat yang mempunyai motivasi yang tinggi, muncul suatu keinginan untuk memenuhi kebutuhan pencegahan *universal*. Penelitian Kusmiyati (2009) menunjukkan ada hubungan antara motivasi perawat terhadap penerapan prosedur tindakan pencegahan *universal* dengan perilaku perawat dalam menjalankan prosedur tindakan pencegahan *universal* di ICU Rumah Sakit Telogorejo Semarang.

Berdasarkan permasalahan diatas peneliti menilai bahwa pelaksanaan *Universal Precaution* sangat penting untuk meningkatkan program pencegahan dan pengendalian infeksi di ruang ICU karena dapat mendeteksi terjadinya *Health-care Associated Infections* (HAIs). Pengetahuan tentang pencegahan infeksi sangat penting untuk petugas rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya, karena merupakan sarana umum yang sangat berbahaya dalam artiannya transmisi infeksi di rumah sakit dan upaya pencegahan infeksi adalah tingkat pertama dalam pemberian pelayanan yang bermutu.

## **B. Rumusan masalah**

Atas dasar latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah “ Bagaimanakah pelaksanaan *universal precaution* oleh perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul ?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk menganalisis pelaksanaan *Universal Precaution* oleh perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis pelaksanaan *hand hygiene* oleh perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul.
- b. Menganalisis penggunaan Alat pelindung Diri (APD) meliputi penggunaan sarung tangan, penggunaan pelindung wajah (masker, kacamata), penggunaan gaun pelindung, dan penggunaan sepatu pelindung oleh perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul.

- c. Menganalisis pelaksanaan penempatan pasien (kohorting) oleh perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi rumah sakit

- a. Tenaga kesehatan

Hasil penelitian dapat digunakan untuk menambah pengetahuan dan dapat diterapkan bagi tenaga kesehatan khususnya yang ada di Ruang ICU tentang pentingnya pelaksanaan *universal precaution* dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.

- b. Pasien

Hasil penelitian dapat memberikan pengetahuan baru bagi pasien akan pencegahan dan pengendalian infeksi khususnya bagi pasien yang dirawat di ruang ICU.

2. Bagi dunia akademik

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai referensi khususnya bidang kesehatan untuk pelaksanaan *universal precaution* dalam meningkatkan pencegahan dan pengendalian infeksi di ruang ICU.

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian dapat menambah pengetahuan bagi peneliti lain yang ingin memperluas wawasan mengenai pelaksanaan *universal precaution* dalam meningkatkan pencegahan dan pengendalian infeksi di RS.