

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Teori – teori perilaku manusia

a. Definisi

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung (Sunaryo, 2004). Menurut Notoatmodjo (2005), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

b. Macam-macam teori perilaku kesehatan

1) *Theory Of Reason Action* (TRA)“ Teori Tindakan Beralasan“

Teori ini masih relatif baru dan kurang banyak dikenal, diperkenalkan Oleh Fishbein Tahun 1967, dikembangkan Oleh Ajzen dan Fishbein Tahun 1970, 1975, 1980. Merupakan model yang memfokuskan pada variabel-variabel sosial-kognitif, sebagai determinan-determinan perilaku kesehatan. Teori ini menghubungkan Keyakinan (*Belief*), Sikap (*Attitude*), Kehendak (*Intension*) dan Perilaku (*Behaviour*).

(a) Keuntungan TRA

(1) Memberi Pegangan untuk menganalisa komponen perilaku dalam item yang operasional

(2) Memerhatikan pertimbangan tindakan (*action*), sasaran (*target*), konteks (*context*), waktu (*time*)

(b) Kelemahan TRA

(1) Model Fishbein tidak mempertimbangkan pengalaman sebelumnya yang merupakan prediktor kuat untuk perilaku di masa mendatang. (Safarino, 1990)

(2) Model Fishbein kadang-kadang nampak meremehkan akibat yang jelas dari variabel eksternal terhadap pemenuhan intensi perilaku. (Shephard, 1986)

2) *Theory Of Planned Behaviour* (TPB) “Teori Perilaku Terencana”

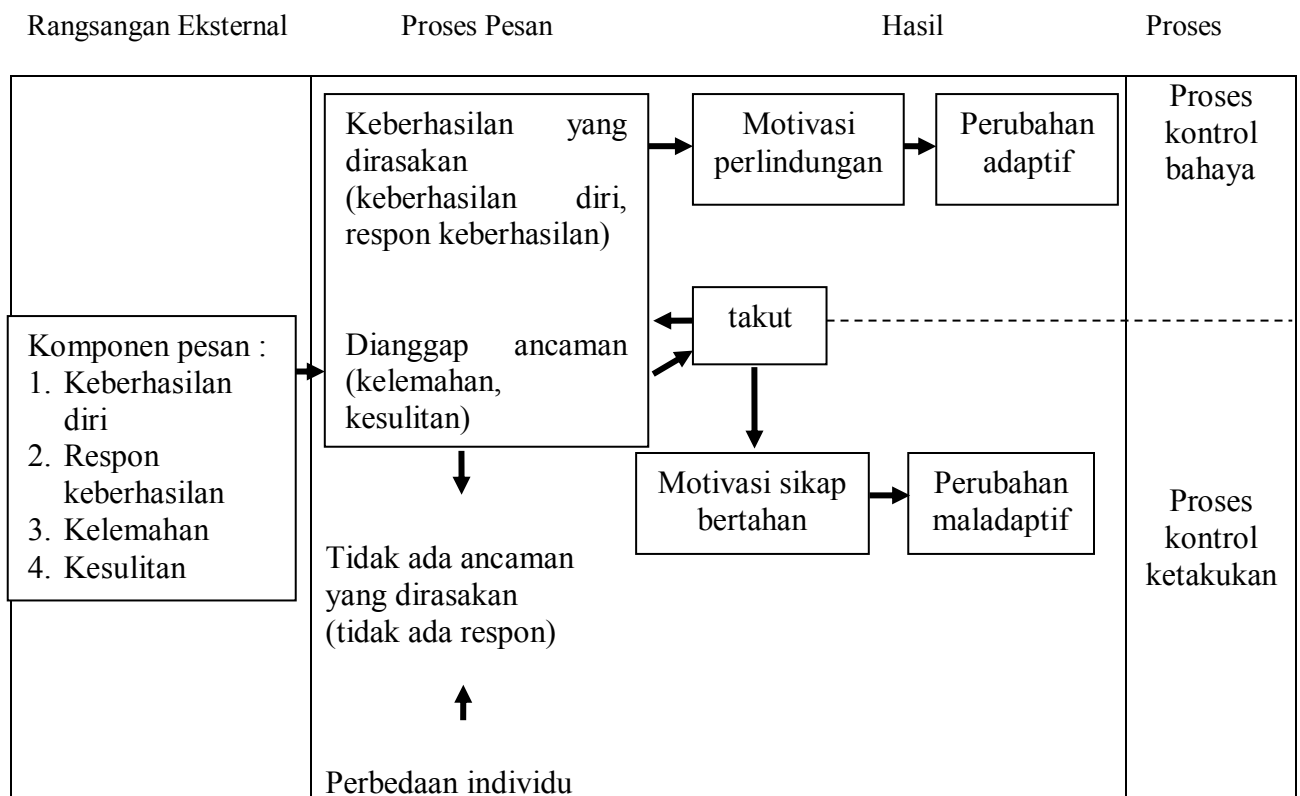
Teori ini dikembangkan oleh Ajzen dan koleganya (Ajzen 1985, 1988, Ajzen dan Madden 1986). Merupakan pengembangan dari Teori Tindakan Beralasan / *Theory of Reasoned Action* (TRA). TPB menekankan niat perilaku sebagai akibat atau hasil kombinasi beberapa kepercayaan. Niat merupakan konsepsi dari tindakan terencana dalam mencapai tujuan berperilaku.

Perilaku manusia dipandu oleh tiga macam pertimbangan, yaitu keyakinan perilaku, keyakinan normatif, dan keyakinan kontrol. Dalam agrerat masing-masing, keyakinan perilaku menghasilkan sikap

terhadap perilaku menguntungkan atau tidak menguntungkan ; keyakinan normatif mengakibatkan norma subjektif, dan keyakinan control menimbulkan control perilaku yang dirasakan.

3) *Health Belief Models* (HBM)

Health Belief Models dikembangkan oleh peneliti di *Us Public Health Service* pada tahun 1950, terinspirasi oleh sebuah studi tentang mengapa orang mencari pemeriksaan sinar X untuk *Tuberculosis* (Kholid, 2012).



Gambar 2.1. Teori *Health Belief models*

Health Belief Models (HBM) di dasarkan atas tiga faktor esensial :

- a) Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan
- b) Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku
- c) Perilaku itu sendiri.

Ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana dan petugas kesehatan. Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan. Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang ditawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa (Herqutanto, 2013).

Perilaku berobat dapat dijelaskan melalui model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Models*), Notoadmojo 2004 menyatakan bahwa model kepercayaan kesehatan adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosio-psikologis. Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa masalah kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

Kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behavior*), yang oleh Becker dikembangkan dari teori lapangan (*field theor lewin*) menjadi model kepercayaan kesehatan (*health belief models*).

Lima komponen *health belief models* yang menentukan munculnya perilaku menurut Becker (Bennet & Murphy, 1997), yaitu :

a) Perpepsi tentang kerentanan (*Perceived Susceptibility*)

Gagasan ini mengacu kepada suatu persepsi subjektif dari penyusutan kondisi kesehatan. Dimensi ini diformulasikan untuk penerimaan diagnosa, perkiraan kerentanan seseorang dan kerentanan terhadap semua penyakit. Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut. Suatu

tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul apabila seseorang telah merasakan ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tertentu.

b) Persepsi tentang keparahan (*Perceived Severity*)

Pandangan individu bahwa semakin berat penyakit tersebut, maka semakin besar ancaman yang harus dihadapi.

c) Motivasi kesehatan (*Health Motivation*)

Motivasi kesehatan yang timbul oleh adanya gejala-gejala penyakit, dan motivasi itu bervariasi pada masing-masing individu yang dipengaruhi oleh derajat kepeduliannya terhadap masalah kesehatan.

d) Persepsi tentang manfaat (*Perceived Benefits*)

Persepsi mengenai manfaat yang dirasakan apabila mengambil tindakan terhadap gejala yang dirasakan untuk mengurangi ancaman.

e) Persepsi tentang hambatan (*Perceived Barriers*)

Hambatan yang bertindak dapat berupa keadaan yang tidak menyenangkan atau rasa sakit yang ditimbulkan saat mendapatkan pengobatan, disamping itu hambatan dapat berupa biaya, baik bersifat *monetary cost* (biaya pengobatan) maupun *time cost* (waktu menunggu diruang tunggu, waktu

yang digunakan selama perawatan, dan waktu yang digunakan ke tempat pelayanan kesehatan).

Kelebihan

- (a) Cocok digunakan untuk penelitian yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit (misalnya screening, imunisasi/vaksinasi) dan pencarian pengobatan
- (b) Digunakan dalam menganalisis perilaku yang berisiko terhadap kesehatan, dan peran sakit

Kekurangan

- (a) HBM didasarkan pada beberapa asumsi yang diragukan seperti bahwa setiap pilihan perilaku berdasarkan pada pertimbangan rasional
- (b) HBM tidak memberikan spesifikasi yang tepat terhadap kondisi orang dalam membuat pertimbangan tertentu
- (c) HBM menganggap bahwa orang mencoba tetap sehat dan secara otomatis memperhatikan perilaku yang sehat hal ini tidak mencakup bahwa perilaku tidak sehat dapat memiliki banyak keuntungan (semu sesaat) seperti kepuasan sementara pada pecandu obat
- (d) HBM hanya memperhatikan keyakinan kesehatan, yang berarti ini dapat menyesatkan karena banyak pertimbangan perilaku

yang tidak ada kaitan dengan kesehatan tetapi dapat mempengaruhi kesehatan

(e) Masalah ukuran variabel HBM misalnya bagaimana mengukur kekebalan atau keseriusan yang dirasakan. Contoh studi menggunakan konsep operasional dan pengenalan yang berbeda sehingga sulit dibandingkan (Misal hasil dari Heggenhougen dan Clement)

2. *Health-care Associated Infections* (HAIs)

a. Definisi

Health-care Associated Infections (HAIs) adalah infeksi yang pertama muncul (penyakit infeksi yang tidak berasal dari pasien itu sendiri) dalam waktu antara 48 jam dan empat hari setelah pasien masuk rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya, atau dalam waktu 30 hari setelah pasien keluar dari rumah sakit. Dalam hal ini termasuk infeksi yang didapat dari rumah sakit tetapi muncul setelah pulang dan infeksi akibat kerja terhadap pekerja di fasilitas pelayanan kesehatan (Depkes, 2009).

b. Etiologi

Pasien akan terpapar berbagai macam mikroorganisme selama ia dirawat di rumah sakit. Kontak antara pasien dan berbagai macam mikroorganisme ini tidak selalu menimbulkan gejala klinis karena banyaknya faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya HAIs.

Kemungkinan terjadinya infeksi tergantung pada karakteristik mikroorganisme, resistensi terhadap zat-zat antibiotika, tingkat virulensi, dan banyaknya materi infeksius (Ducel, 2002).

Semua mikroorganisme termasuk bakteri, virus, jamur dan parasit dapat menyebabkan infeksi nosokomial. Infeksi ini dapat disebabkan oleh mikroorganisme yang didapat dari orang lain (*cross infection*) atau disebabkan oleh flora normal dari pasien itu sendiri (*endogenous infection*). Kebanyakan infeksi yang terjadi di rumah sakit ini lebih disebabkan karena faktor eksternal, yaitu penyakit yang penyebarannya melalui makanan dan udara dan benda atau bahan-bahan yang tidak steril. Penyakit yang didapat dari rumah sakit saat ini kebanyakan disebabkan oleh mikroorganisme yang umumnya selalu ada pada manusia yang sebelumnya tidak atau jarang menyebabkan penyakit pada orang normal (Ducel, 2002) .

c. Penilaian yang digunakan untuk HAIs

HAIs disebut juga dengan "*Hospital Acquired Infection*" apabila memenuhi batasan atau kriteria sebagai berikut:

- 1) Pada waktu penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak didapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut.
- 2) Pada waktu penderita mulai dirawat tidak dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut.

3) Tanda-tanda infeksi tersebut baru timbul setelah 48 jam sejak mulai dirawat.

4) Infeksi tersebut bukan merupakan sisa (*residual*) dari infeksi sebelumnya.

d. Faktor Risiko Terjadinya HAIs pada Pasien

1) Infeksi secara langsung atau secara tidak langsung

Infeksi boleh terjadi karena kontak secara langsung atau tidak langsung. Penularan infeksi ini dapat tertular melalui tangan, kulit dan baju, yang disebabkan oleh golongan *staphylococcus aureus*. Cairan yang diberikan secara intravena dan jarum suntik, peralatan serta instrumen kedokteran boleh menyebabkan HAIs. Makanan yang tidak steril, tidak dimasak dan diambil menggunakan tangan yang menyebabkan terjadinya *cross infection*.

2) Resistensi Antibiotika

Seiring dengan penemuan dan penggunaan antibiotika penicillin antara tahun 1950-1970, kebanyakan penyakit yang serius dan fatal ketika itu dapat diterapi dan disembuhkan. Bagaimanapun, keberhasilan ini menyebabkan penggunaan berlebihan dan penyalahgunaan antibiotika. Maka, banyak mikroorganisme yang kini menjadi lebih resisten. Peningkatan

resistensi bakteri dapat meningkatkan angka mortalitas terutama pada pasien yang *immunocompromised* (Ducel, 2002).

Penggunaan antibiotika yang terus-menerus ini meningkatkan multiplikasi serta penyebaran strain yang resisten. Penyebab utamanya adalah penggunaan antibiotika yang tidak sesuai dan tidak terkontrol, dosis antibiotika yang tidak optimal, terapi dan pengobatan menggunakan antibiotika yang terlalu singkat serta kesalahan diagnosa (Ducel, 2002).

3) Faktor alat

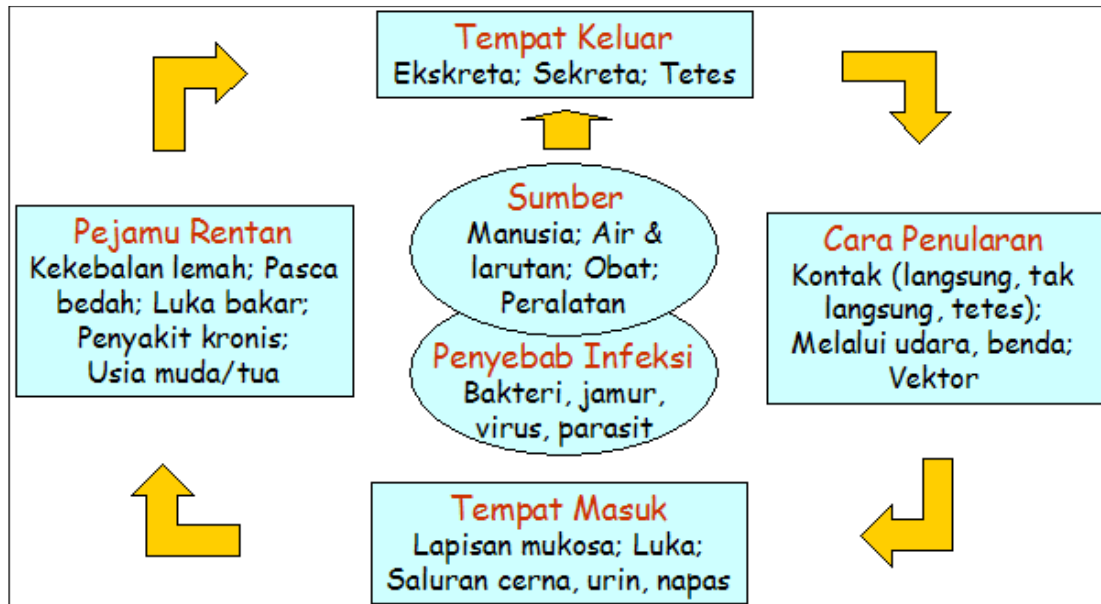
Suatu penelitian klinis menunjukkan infeksi nosokomial terutama disebabkan oleh infeksi dari kateter urin, infeksi jarum infus, infeksi saluran nafas, infeksi kulit, infeksi dari luka operasi dan septikemia. Penggunaan peralatan non steril juga boleh menyebabkan infeksi nosokomial (Ducel, 2002).

e. Cara Penularan HAIs

Cara penularan HAIs bisa berupa infeksi silang (*Cross infection*) yaitu disebabkan oleh kuman yang didapat dari orang atau penderita lain di rumah sakit secara langsung atau tidak langsung. Infeksi sendiri (*Self infection, Auto infection*) yaitu disebabkan oleh kuman dari penderita itu sendiri yang berpindah tempat dari satu jaringan ke jaringan yang lain. Infeksi lingkungan (*Environmental infection*) yaitu disebabkan oleh kuman yang berasal dari benda atau

bahan yang tidak bernyawa yang berada di lingkungan rumah sakit.

Misalnya lingkungan yang lembab dan lain-lain (Depkes RI, 2004).



Gambar 2.2. Rantai penularan HAI

Menurut James H. Hughes dkk, yang dikutip oleh Misnadiarli 2008, tentang model cara penularan, ada empat cara penularan HAI yaitu kontak langsung antara pasien dan personil yang merawat atau menjaga pasien. Seterusnya, kontak tidak langsung ketika objek tidak bersemangat/kondisi lemah dalam lingkungan menjadi kontaminasi dan tidak didesinfeksi atau sterilkan, sebagai contoh perawatan luka paska operasi. Selain itu, penularan cara *droplet infection* dimana kuman dapat mencapai ke udara (*air borne*) dan penularan melalui vektor yaitu penularan melalui hewan/serangga yang membawa kuman (Depkes RI, 2004).

f. Pencegahan terjadinya HAIs

Pencegahan dari HAIs ini diperlukan suatu rencana yang terintegrasi, monitoring dan program yang termasuk :

- 1) Membatasi transmisi organisme dari atau antara pasien dengan cara mencuci tangan dan penggunaan sarung tangan, tindakan septik dan aseptik, sterilisasi dan disinfektan
- 2) Mengontrol resiko penularan dari lingkungan
- 3) Melindungi pasien dengan penggunaan antibiotika yang adekuat, nutrisi yang cukup, dan vaksinasi
- 4) Membatasi resiko infeksi endogen dengan meminimalkan prosedur *invasive*
- 5) Pengawasan infeksi, identifikasi penyakit dan mengontrol penyebarannya.

Terdapat berbagai pencegahan yang perlu dilakukan untuk mencegah HAIs. Antaranya adalah dikontaminasi tangan dimana transmisi penyakit melalui tangan dapat diminimalisasi dengan menjaga hygiene dari tangan. Tetapi pada kenyataannya, hal ini sulit dilakukan dengan benar, karena banyaknya alasan seperti kurangnya peralatan, alergi produk pencuci tangan, sedikitnya pengetahuan mengenai pentingnya hal ini, dan waktu mencuci tangan yang lama. Penggunaan sarung tangan sangat dianjurkan

apabila melakukan tindakan atau pemeriksaan pada pasien dengan yang dirawat di rumah sakit (*Louisiana, 2002*).

Pembersihan yang rutin sangat penting untuk meyakinkan bahwa rumah sakit sangat bersih dan benar-benar bersih dari debu, minyak dan kotoran. Administrasi rumah sakit harus ada waktu yang teratur untuk membersihkan dinding, lantai, tempat tidur, pintu, jendela, tirai, kamar mandi, dan alat-alat medis yang telah dipakai berkali-kali. Usahakan pemakaian penyaring udara, terutama bagi penderita dengan status imun yang rendah atau bagi penderita yang dapat menyebarkan penyakit melalui udara.

Kamar dengan pengaturan udara yang baik boleh menurunkan resiko terjadinya penularan tuberkulosis. Selain itu, rumah sakit harus membangun suatu fasilitas penyaring air dan menjaga kebersihan pemrosesan serta filternya untuk mencegah terjadinya pertumbuhan bakteri. *Toilet* rumah sakit juga harus dijaga, terutama pada unit perawatan pasien diare untuk mencegah terjadinya infeksi antar pasien. Permukaan *toilet* harus selalu bersih dan diberi disinfektan (*Wenzel, 2002*).

Penyebaran dari HAIs juga dapat dicegah dengan membuat suatu pemisahan pasien. Ruang isolasi sangat diperlukan terutama untuk penyakit yang penularannya melalui udara, contohnya tuberkulosis, dan SARS, yang mengakibatkan kontaminasi berat.

Penularan yang melibatkan virus, seperti HIV serta pasien yang mempunyai resistensi rendah seperti leukimia juga perlu diisolasi agar terhindar dari infeksi. Ruang isolasi ini harus selalu tertutup dengan ventilasi udara yang menuju keluar (Babb. Liffe, 2005).

Hal yang perlu diperhatikan dalam pencegahan HAIs luka operasi adalah harus melakukan pemeriksaan terhadap pasien operasi sebelum pasien masuk/dirawat di rumah sakit yaitu dengan memperbaiki keadaan pasien, misalnya gizi. Sebelum operasi, pasien operasi dilakukan dengan benar sesuai dengan prosedur, misalnya pasien harus puasa, desinfeksi daerah operasi dan lain-lain. Semua petugas harus mematuhi peraturan kamar operasi yaitu bekerja sesuai SOP (*standard operating procedure*) yaitu dengan perhatikan waktu/lama operasi. Seterusnya, pasca operasi harus diperhatikan perawatan alat-alat bantu yang terpasang sesudah operasi seperti kateter, infus dan lain-lain (Farida Betty, 2005).

3. *Universal Precaution*

a. Definisi

Universal Precaution adalah 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).

Universal Precautions (UPs) adalah seperangkat tindakan pencegahan atau tindakan yang dirancang untuk mencegah petugas kesehatan agar tidak terkena darah dan tubuh dalam cairan dengan menerapkan prinsip-prinsip dasar pengendalian infeksi melalui cuci tangan, pemanfaatan hambatan pelindung yang tepat seperti sarung tangan, masker, gaun, dan perisai mata, penanganan yang aman dan pembuangan jarum, dan dekontaminasi aman dari instrumen dan peralatan yang terkontaminasi (Fayaz, 2013).

b. Tujuan

Kurniawati dan Nursalam (2007), menyebutkan bahwa *Universal precautions* perlu diterapkan dengan tujuan :

1) 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.

2) Memastikan standar adekuat bagi mereka yang tidak didiagnosis atau tidak terlihat seperti berisiko.

Prinsip *universal precautions* 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.

3) Mengurangi risiko bagi petugas kesehatan dan pasien.

Universal precautions tersebut bertujuan tidak hanya melindungi petugas dari risiko terpajan oleh infeksi HIV namun juga melindungi klien yang mempunyai kecenderungan rentan terhadap segala infeksi yang mungkin dibawa oleh petugas.

4) 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.

c. Pelaksanaan *Universal Precaution*

Pelaksanaan *Universal Precaution* merupakan bagian dari upaya pengendalian infeksi di sarana pelayanan kesehatan yang tidak terlepas dari peran masing-masing pihak yang terlibat di dalamnya yaitu pimpinan termasuk staff administrasi, staff pelaksana pelayanan termasuk staff penunjangnya dan juga pengguna yaitu pasien dan pengunjung sarana kesehatan tersebut. Pelaksanaan *Universal Precaution* didasarkan pada keyakinan bahwa darah dan cairan tubuh sangat potensial menularkan penyakit baik yang berasal dari pasien maupun petugas kesehatan (Nursalam, 2007).

Menurut pusat informasi penyakit *infeksi nosokomial*, (2009) pasien terinfeksi atau tidak, setiap petugas layanan kesehatan harus menerapkan *universal Precaution* secara penuh dalam hubungan dengan semua pasien. Prosedur *Universal Precaution* ini juga dapat dianggap sebagai pendukung program K3 bagi petugas kesehatan (Nursalam, 2007). Tindakan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Cuci tangan selama 10-15 detik (pastikan sela-sela jari, punggung tangan, ujung jari dan ibu jari digosok menyeluruh) dengan sabun di air mengalir setelah bersentuhan dengan pasien.
- 2) Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah atau terkontaminasi dengan cairan tubuh.
- 3) Pakai masker dan kaca mata pelindung bila mungkin ada percikan cairan tubuh dan darah.
- 4) Tangani dan buang jarum suntik dan alat kesehatan tajam sekali pakai.
- 5) Bersihkan dan *disinfeksi* tumpahan cairan tubuh pasien dengan *disinfektan*.
- 6) Penanganan alat medis harus sesuai dengan standar *disinfeksi* dan *sterilisasi*.
- 7) Tangani semua bahan yang telah tercemar cairan tubuh pasien dengan cara *sterilisasi* atau *disinfeksi*.

8) Pembuangan limbah sesuai dengan prosedur pembuangan limbah RS.

d. Alasan *Universal Precaution* sering diabaikan

Ada banyak alasan mengapa *Universal Precaution* tidak diterapkan, diantaranya :

- 1) Petugas layanan kesehatan kurang pengetahuan
- 2) Kurang dana untuk menyediakan pasokan yang dibutuhkan, misalnya sarung tangan dan masker.
- 3) Penyediaan pasokan tersebut kurang.
- 4) Petugas layanan kesehatan 'terlalu sibuk'.
- 5) Dianggap Odha harus 'mengaku' bahwa dirinya *HIV-positif* agar kewaspadaan dapat dilakukan.

e. Komponen *Universal Precaution*

1) Pelaksanaan kebersihan tangan (*Hand Hygiene*)

Cuci tangan harus dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan dan alat pelindung diri lain. Tindakan ini penting untuk mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi dan lingkungan kerja terjaga dari infeksi (Kurniawati & Nursalam, 2007).

Indikator mencuci tangan digunakan dan harus dilakukan untuk antisipasi terjadinya perpindahan kuman melalui tangan yaitu:

- a) Sebelum melakukan tindakan, misalnya saat akan memeriksa (kontak langsung dengan klien), saat akan memakai sarung tangan bersih maupun steril, saat akan melakukan injeksi dan pemasangan infus.
- b) Setelah melakukan tindakan, misalnya setelah memeriksa pasien, setelah memegang alat bekas pakai dan bahan yang terkontaminasi, setelah menyentuh selaput mukosa.

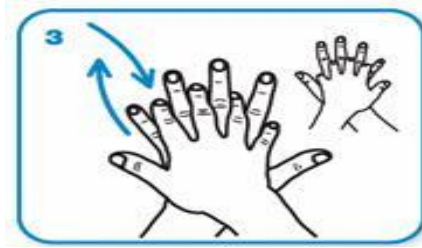
Prinsip-prinsip cuci tangan yang efektif dengan sabun atau handsrub yang berbasis alkohol menggunakan 7 langkah menurut WHO :

- (1) Basahi kedua telapak anda dengan air mengalir, lalu beri sabun ke telapak usap dan gosok dengan lembut pada kedua telapak tangan



Gambar 2.3. Langkah pertama cuci tangan

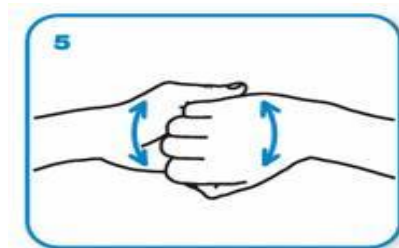
- (2) Gosok masing- masing punggung tangan secara bergantian.



Gambar 2.4. Langkah kedua cuci tangan
(3) Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari



Gambar 2.5. Langkah ketiga cuci tangan
(4) Gosokan ujung jari (buku-buku) dengan mengatupkan jari tangan kanan terus gosokan ke telapak tangan kiri bergantian



Gambar 2.6. Langkah keempat cuci tangan

(5) Gosok dan putar ibu jari secara bergantian



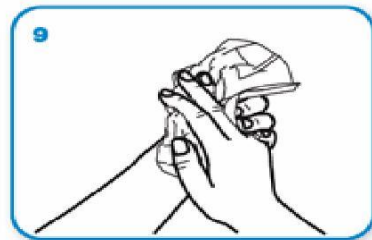
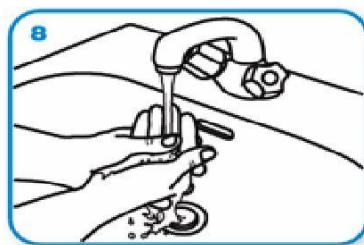
Gambar 2.7. Langkah kelima cuci tangan

(6) Gosokkan ujung kuku pada telapak tangan secara bergantian



Gambar 2.8. Langkah keenam cuci tangan

(7) Menggosok kedua pergelangan tangan dengan cara diputar dengan telapak tangan bergantian setelah itu bilas dengan menggunakan air bersih dan mengalir, lalu keringkan.



Gambar 2.9. Langkah ketujuh cuci tangan

2) Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Alat pelindung diri digunakan untuk melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko pajanan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskreta kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien. Penggunaan alat pelindung diri yang sesuai untuk setiap tindakan seperti :

a) Penggunaan Sarung Tangan

Melindungi tangan dari bahan infeksius dan melindungi pasien dari mikroorganisme pada tangan petugas. Alat ini merupakan pembatas fisik terpenting untuk mencegah penyebaran infeksi dan harus selalu diganti untuk mencegah infeksi silang. Menurut Tiedjen (2004), ada tiga jenis sarung tangan yaitu:

- (1) Sarung tangan bedah, dipakai sewaktu melakukan tindakan infasif atau pembedahan
- (2) Sarung tangan pemeriksaan, dipakai untuk melindungi petugas kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin
- (3) Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

Prosedur pemakaian sarung tangan steril (DepKes RI, 2003 : 22) adalah sebagai berikut:

- (a) Cuci tangan
- (b) Siapkan area yang cukup luas, bersih dan kering untuk membuka paket sarung tangan. Perhatikan tempat menaruhnya (steril atau minimal DTT)
- (c) Buka pembungkus sarung tangan, minta bantuan petugas lain untuk membuka pembungkus sarung tangan. Letakan sarung tangan dengan bagian telapak tangan menghadap keatas.
- (d) Ambil salah satu sarung tangan dengan memegang pada sisi sebelah dalam lipatannya, yaitu bagian yang akan bersentuhan dengan kulit tangan saat dipakai
- (e) Posisikan sarung tangan setinggi pinggang dan menggantung ke lantai, sehingga bagian lubang jari-jari tangannya terbuka. Masukkan tangan (jaga sarung tangan supaya tidak menyentuh permukaan)
- (f) Ambil sarung tangan kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang sudah memakai sarung tangan ke bagian lipatannya, yaitu bagian yang tidak akan bersentuhan dengan kulit tangan saat dipakai

(g) Pasang sarung tangan yang kedua dengan cara memasukan jari-jari tangan yang belum memakai sarung tangan, kemudian luruskan lipatan, dan atur posisi sarung tangan sehingga terasa pas dan enak ditangan.

b) Penggunaan pelindung wajah (masker, kacamata)

Pemakaian pelindung wajah ini dimaksudkan untuk melindungi selaput lendir hidung, mulut selama melakukan perawatan pasien yang memungkinkan terjadi percikan darah dan cairan tubuh lain. Masker tanpa kaca mata hanya digunakan pada saat tertentu misalnya merawat pasien tuberkulosa terbuka tanpa luka bagian kulit atau perdarahan.

Masker kacamata dan pelindung wajah secara bersamaan digunakan petugas yang melaksanakan atau membantu melaksanakan tindakan beresiko tinggi terpajan lama oleh darah dan cairan tubuh lainnya antara lain pembersihan luka, membalut luka, mengganti kateter atau dekontaminasi alat bekas pakai. Bila ada indikasi untuk memakai ketiga macam alat pelindung tersebut, maka masker selalu dipasang dahulu sebelum memakai gaun pelindung atau sarung tangan, bahkan sebelum melakukan cuci tangan bedah.

Langkah – langkah pemakaian masker (Potter & Perry, 2005) sebagai berikut :

- (1) Ambil bagian tepi atas masker (biasanya sepanjang tepi tersebut / metal yang tipis)
- (2) Pegang masker pada dua tali atau ikatan bagian atas. Ikatan dua tali atas pada bagian atas belakang kepala dengan tali melewati atas telinga
- (3) Ikatkan dua tali bagian bawah pas eratnya sekeliling leher dengan masker sampai kebawah dagu
- (4) Dengan lembut jepitkan pita metal bagian atas pada batang hidung.

c) Penggunaan gaun pelindung

Gaun pelindung merupakan salah satu jenis pakaian kerja. Jenis bahan sedapat mungkin tidak tembus cairan. Tujuan pemakaian gaun pelindung adalah 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, melakukan irigasi, melakukan tindakan drainase, menuangkan cairan terkontaminasi ke dalam lubang wc, mengganti pembalut, menangani pasien dengan perdarahan masif.

Sebaiknya setiap kali dinas selalu memakai pakaian kerja yang bersih, termasuk gaun pelindung. Gaun pelindung harus segera diganti bila terkena kotoran, darah atau cairan tubuh. Cara menggunakan gaun pelindung (Anita, D, A, 2004) sebagai berikut :

- (1) Hanya bagian luar saja yang terkontaminasi, karena tujuan pemakaian gaun untuk melindungi pemakai dari infeksi
- (2) Gaun dapat dipakai sendiri oleh pemakai atau dipakaikan oleh orang lain.

d) Penggunaan sepatu pelindung

Sepatu tertutup, dipakai pada saat memasuki daerah ketat. Sepatu ini dapat berupa sepatu tertutup biasa sebatas mata kaki dan sepatu booth tertutup yang biasa dipakai pada operasi yang memungkinkan terjadinya genangan percikan darah atau cairan tubuh pasien, misalnya pada operasi sectio caesarea atau laparatomy.

3) Pencegahan luka tusukan jarum dan benda tajam lainnya

Penggunaan benda tajam memaparkan staff pada resiko cedera dan terpapar dengan agen infeksius yang menular melalui darah, termasuk virus Hepatitis B, Hepatitis C, dan HIV (NHMRC, 2010). Cidera benda tajam dapat terjadi pada setiap setting pelayanan kesehatan, termasuk di luar rumah sakit.

Pedoman WHO (2004) dalam rangka mencegah cedera benda tajam adalah sebagai berikut :

- a) Menggunakan benda tajam dengan hati-hati
- b) Tempatkan jarum, spuit, *scalpel*, dan benda tajam lain pada container/ *safety box* yang tahan tusukan dengan penutup rapat dan di tempatkan dekat dengan area di mana benda tersebut biasa digunakan
- c) Jika membersihkan benda tajam yang *reusable* harus selalu hati-hati
- d) Jangan pernah menutup kembali jarum yang telah dibuka
- e) Benda tajam harus didesinfeksi dengan tepat dan atau di hancurkan sesuai dengan aturan nasional atau rumah sakit.

Untuk menghindari perlukaan atau kecelakaan kerja maka semua benda tajam harus digunakan sekali pakai, dengan demikian jarum suntik bekas tidak boleh digunakan lagi. Sterilitas jarum suntik dan alat kesehatan yang lain yang menembus kulit atau mukosa harus dapat dijamin. Keadaan steril tidak dapat dijamin jika alat-alat tersebut didaur ulang walaupun sudah di otoklaf.

Tidak dianjurkan untuk melakukan daur ulang atas pertimbangan penghematan karena 17% kecelakaan kerja disebabkan oleh luka tusukan sebelum atau selama pemakaian, 70% terjadi sesudah pemakaian dan sebelum pembuangan serta

13% sesudah pembuangan. Hampir 40% kecelakaan ini dapat dicegah dan kebanyakan kecelakaan kerja akibat melakukan penjarangan jarum suntik setelah penggunaannya.

Risiko kecelakaan sering terjadi pada saat memindahkan alat tajam dari satu orang ke orang lain, oleh karena itu tidak dianjurkan menyerahkan alat tajam secara langsung, melainkan menggunakan tehnik tanpa sentuh (*hands free*) yaitu menggunakan nampan atau alat perantara dan membiarkan petugas mengambil sendiri dari tempatnya, terutama pada prosedur bedah.

Risiko perlukaan dapat ditekan dengan mengupayakan situasi kerja dimana petugas kesehatan mendapat pandangan bebas tanpa halangan, dengan cara meletakkan pasien pada posisi yang mudah dilihat dan mengatur sumber pencahayaan yang baik. Pada dasarnya adalah menjalankan prosedur kerja yang *legeartis*, seperti pada penggunaan forsep atau pingset saat mengerjakan penjahitan.

Kecelakaan yang sering terjadi pada prosedur penyuntikan adalah pada saat petugas berusaha memasukkan kembali jarum suntik bekas pakai kedalam tutupnya, oleh karena itu sangat tidak dianjurkan untuk menutup kembali jarum suntik tersebut melainkan langsung buang ke penampungan sementara, tanpa menyentuh atau memanipulasinya seperti membengkokkannya. Jika jarum terpaksa ditutup kembali (*recapping*) gunakanlah dengan

cara penutupan dengan satu tangan untuk mencegah jari tertusuk jarum.

Sebelum dibuang ketempat pembuangan akhir atau tempat pemusnahan, maka diperlukan wadah penampungan sementara yang bersifat kedap air dan tidak mudah bocor serta kedap tusukan. Wadah penampung jarum suntik bekas pakai harus dapat digunakan dengan satu tangan agar pada saat memasukkan jarum tidak usah memegangnya dengan tangan yang lain. Wadah tersebut ditutup dan diganti setelah $\frac{3}{4}$ bagian terisi dengan limbah, dan setelah ditutup tidak dapat dibuka lagi sehingga tidak tumpah. Hal tersebut dimaksudkan agar menghindari perlukaan pada pengelolaan yang selanjutnya. Idealnya benda tajam dapat diinsinerasi, tetapi bila tidak mungkin dapat dikubur dan dikaporisasi bersama limbah lainnya.

4) Pengelolaan linen

Linen yang telah digunakan dan terkontaminasi cairan tubuh harus ditampung dengan benar untuk memastikan tidak adanya kebocoran cairan. Linen tersebut kemudian harus dikelola dengan benar sesuai pedoman yang berlaku, baik RS maupun produsen (WHO, 2004).

Penanganan, transportasi, dan pemrosesan linen yang telah dipakai dengan cara mencegah penyebaran pathogen ke pasien lain dan lingkungan serta mencegah pajanan pada kulit dan membrane mukosa serta kontaminasi pada pakaian (WHO, 2008).

Standar Linen menurut DEPKES 2001, Prinsip dasar dalam pengadaan linen harus mempertimbangkan beberapa aspek sebagai berikut :

- a) Bahan harus menyerap keringat / air
- b) Mudah dibersihkan
- c) Ukuran memenuhi standarisasi yang telah ditetapkan
- d) Pemilihan warna memperhatikan aspek psikologis pasien
- e) Tidak berfungsi sebagai mediator kuman
- f) Tidak menyebabkan iritasi / perlukaan kulit

5) Pelaksanaan pembuangan limbah

Penanganan limbah padat B3 (medis) yang dimulai sejak dari pewadahan dan pengumpulan hingga pengolahan dan penimbunan/pemusnahan. Limbah dari sarana kesehatan secara umum dibedakan atas :

- a) Limbah rumah tangga atau limbah non medis, yaitu limbah yang tidak kontak dengan darah atau cairan tubuh lainnya sehingga resiko rendah. Yaitu seperti sampah-sampah yang dihasilkan dari kegiatan ruang tunggu pasien dan administrasi

b) Limbah medis bagian dari sampah rumah sakit yang berasal dari bahan yang mengalami kontak dengan darah atau cairan tubuh lainnya disebut sebagai limbah berisiko tinggi. Beberapa limbah medis dapat berupa : limbah klinis, limbah laboratorium, darah atau cairan tubuh yang lainnya, material yang mengandung darah sebagai perban, kassa dan benda-benda dari kamar bedah, sampah organik, misalnya potongan tubuh, plasenta, benda-benda tajam bekas pakai jarum suntik

c) Pemilahan

Pemilahan dilakukan dengan menyediakan sampah yang sesuai dengan jenis sampah medis. Wadah-wadah tersebut biasanya menggunakan kantong plastik berwarna misalnya kuning untuk infeksius, hitam untuk non medis atau wadah yang diberi label yang mudah dibaca

d) Penampungan sementara

Pewadahan sementara sangat diperlukan sebelum sampah dibuang. Syarat yang harus dipenuhi adalah :

- (1) Ditempatkan pada daerah yang mudah dijangkau petugas, pasien dan pengunjung
- (2) Harus tertutup dan kedap air

(3) Hanya bersifat sementara dan tidak boleh lebih dari satu hari.

e) Pembuangan benda tajam

(1) Wadah benda tajam merupakan limbah medis yang harus dimasukkan kedalam kantong sebelum insinerasi

(2) Idealnya semua benda tajam dapat diinsinerasi tetapi bila tidak mungkin dapat dikubur dan dikapurisasi limbah lain

(3) Apapun metode yang dilakukan haruslah tidak memberikan perlukaan.

6) Pengelolaan peralatan perawatan pasien

Peralatan perawatan pasien yang sudah ternodai oleh darah, cairan tubuh, sekret, dan ekskresi harus diperlakukan sedemikian rupa sehingga pajanan pada kulit dan membran mukosa, kontaminasi pakaian, dan penyebaran patogen ke pasien lain atau lingkungan dapat dicegah. Jika ingin memakai kembali peralatan perawatan pasien maka jangan lupa untuk membersihkan, disinfeksi, dan memproses kembali perlengkapan yang digunakan ulang dengan benar sebelum digunakan pada pasien lain (WHO, 2008).

Pengelolaan peralatan perawatan pasien bertujuan untuk mencegah penyebaran infeksi melalui alat kesehatan atau untuk menjamin alat tersebut dalam kondisi steril dan siap pakai. Semua alat, bahan dan obat yang akan dimasukkan ke dalam jaringan di bawah kulit harus dalam keadaan steril. Proses penatalaksanaan peralatan dilakukan melalui empat tahap kegiatan yaitu dekontaminasi, pencucian, sterilisasi atau DDT dan penyimpanan. Pemilihan cara pengelolaan peralatan perawatan pasien tergantung pada kegunaan alat tersebut dan berhubungan dengan tingkat penyebaran infeksi.

a) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah menghilangkan mikroorganisme patogen dan kotoran dari suatu benda sehingga aman untuk pengelolaan selanjutnya dan dilakukan sebagai langkah pertama bagi pengelolaan pencemaran lingkungan, seperti misalnya tumpahan darah atau cairan tubuh pasien, juga sebagai langkah pertama pengelolaan limbah yang tidak dimusnahkan dengan cara insinerasi atau pembakaran

b) Pencucian alat

Setelah dekontaminasi dilakukan pembersihan yang merupakan langkah penting yang harus dilakukan, tanpa pembersihan yang memadai maka pada umumnya proses

disinfeksi atau selanjutnya menjadi tidak efektif, pencucian menggunakan detergen dan air.

Pencucian harus dilakukan dengan teliti sehingga darah atau cairan tubuh pasien betul-betul hilang dari permukaan tersebut. Pencucian yang hanya menggunakan air tidak dapat menghilangkan minyak, protein dan partikel-partikel. Tidak dianjurkan mencuci tangan dengan menggunakan sabun biasa untuk membersihkan peralatan, karena sabun yang bereaksi dengan air akan menimbulkan residu yang sulit untuk dihilangkan.

7) Penempatan pasien

Menurut Depkes tahun 2009 penempatan pasien harus sesuai standar berikut :

- a) Pertukaran udara $\geq 6-12$ x/jam, aliran udara yang terkontrol
- b) Jangan menggunakan AC sentral, bila memungkinkan gunakan AC + filter HEPA
- c) Pintu harus selalu tertutup rapat
- d) Kohorting (menempatkan pasien terinfeksi atau kolonisasi patogen yang sama di ruang yang sama, pasien lain tanpa patogen yang sama dilarang masuk)
- e) Seharusnya kamar terpisah, terbukti mencegah transmisi, atau kohorting jarak >1 m

f) Perawatan tekanan negatif sulit, tidak membuktikan lebih efektif mencegah penyebaran

g) Ventilasi airlock *ventilated anteroom* terutama pada *varicella* (lebih mahal)

h) Terpisah jendela terbuka (TBC), tak ada orang yang lalu lalang
Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan tahun 2009 tentang Perizinan Rumah sakit bahwa area pasien harus memenuhi syarat sebagai berikut :

(1) Unit terbuka 12 – 16 m²/ tempat tidur

(2) Unit tertutup 16 – 20 m²/ tempat tidur

(3) Jarak antara tempat tidur : 2 m

8) Etika batuk

Menurut WHO 2008 hal-hal yang harus diperhatikan oleh pelayanan kesehatan adalah :

(a) Seseorang dengan gejala gangguan pernafasan harus menutup hidung dan mulut saat batuk/bersin dengan tisu atau masker, serta membersihkan tangan setelah kontak dengan secret saluran nafas

(b) Menempatkan pasien dengan gejala gangguan pernapasan akut setidaknya 1 meter dari pasien lain saat berada di ruang umum jika memungkinkan

- (c) Meletakkan tanda peringatan untuk melakukan kebersihan pernapasan dan etika batuk pada pintu masuk fasilitas pelayanan kesehatan
- (d) Mempertimbangkan untuk meletakkan perlengkapan/ fasilitas kebersihan tangan di tempat umum dan area evaluasi pasien dengan gangguan pernapasan.

Melaksanakan Etika Batuk dan Bersin tentu tidak berarti Anda tidak boleh untuk batuk ataupun bersin. Karena batuk maupun bersin (yang tunggal) merupakan mekanisme pertahanan tubuh terhadap masuknya zat asing ataupun bahan iritan ke dalam saluran nafas. Tetapi pada orang-orang yang sakit, batuk dan bersin (yang berulang-ulang) merupakan gejala adanya infeksi kuman (bakteri atau virus) seperti pada penyakit TBC Paru, influenza dan lain-lain yang biasanya disertai keluarnya sekret/cairan tubuh/lendir atau dahak.

Para ilmuwan telah menemukan bahwa bila seseorang batuk/bersin, maka dalam sekali batuk/bersin tersebut keluar ribuan percikan dahak berukuran sangat kecil, yang disebut '*Droplets*', ke udara bebas. *Droplets* tersebut dapat mengandung kuman infeksius yang berpotensi menular ke orang lain disekitarnya melalui udara pernafasan. Penularan penyakit melalui media udara pernafasan disebut "*air borne disease*".

Tim Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Bandung berbagi informasi untuk melaksanakan Etika Batuk/Bersin, yaitu :

- (a) Bila Anda merasa akan batuk atau bersin, segeralah berpaling/menjauh sedikit dari orang-orang disekitar Anda
- (b) Kemudian tutuplah hidung dan mulut anda dengan menggunakan tissue/saputangan atau lengan dalam baju anda
- (c) Segera buang tissue yang sudah dipakai ke dalam tempat sampah
- (d) Cucilah tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau gel pembersih tangan
- (e) Bila perlu gunakan masker.

9) Praktek menyuntik aman

Hal hal yang harus diperhatikan sebelum menyuntik pasien adalah, sebagai berikut :

- (a) Jelaskan pada pasien resiko pemberian injeksi dengan alat yang kotor, yakinkan pada pasien bahwa pemberian oral lebih aman dan efektifitasnya sama
- (b) Jarum dan alat injeksi keduanya dapat terinfeksi
- (c) Jangan menggunakan lagi jarum dan alat injeksi yang tidak steril
- (d) Jangan mengemas kembali jarum alat injeksi sekali pakai, alat ini harus langsung dirusak dan dibuang
- (e) Sterilkan jarum dan alat injeksi pakai ulang selama 20 menit
- (f) Gunakan indikator TST untuk menuju proses sterilisasi

(g) Suntik di tempat yang benar, resiko kerusakan syaraf, bila anak atau orang dewasa disuntik di pantat terlalu dalam

Untuk meminimalkan risiko injeksi, para petugas kesehatan seharusnya mendapat pelatihan pemberian injeksi yang aman dan menggunakan alat injeksi sekali pakai. Dari hasil pengamatan WHO penggunaan alat injeksi berulang kali pakai yang hanya diganti jarumnya saja ternyata di daerah endemik HIV masih menularkan HIV. Demi menjaga keamanan petugas harus mengganti alat suntiknya setiap ganti pasien.

Cara sterilisasi jarum suntik

- (a) Masukkan alat suntik dengan pingset ke dalam air mendidih dan didihkan selama 20 menit
- (b) Tuangkan air tanpa menyentuh alat suntik dan jarum
- (c) Gunakan pingset untuk memasang jarum ke dalam alat suntik
- (d) Bersihkan ampul dengan air suling dan pecahkan ampul
- (e) Isi alat suntik dengan obatnya, hati-hati jangan sampai jarum menyentuh bagian luar ampul
- (f) Bila obat berupa serbuk dalam vial, bersihkan tutup karet dengan kapas yang dibasahi alkohol atau air suling
- (g) Suntik vial dengan air suling dan kocok sampai obat larut
- (h) Isi jarum suntik dengan obat
- (i) Tegakan jarum suntik dan keluarkan semua udara.

Injeksi dapat dilakukan di beberapa anggota tubuh dan kepada semua kalangan, diantaranya :

- (a) Sebaiknya disuntik di atas pinggul
- (b) Jangan menyuntik pada kulit yang terinfeksi atau ruam
- (c) Jangan menyuntik anak yang berumur di bawah 2 tahun diatas pinggul.
- (d) Suntiklah anak di paha atas bagian luar.

Cara menyuntik yang benar :

- (a) Bersihkan kulit dengan sabun dan air atau alkohol, untuk menghindari rasa sakit pastikan benar bahwa alkoholnya sudah kering
- (b) Tusukkan jarum, kerjakan dengan gerakan cepat untuk mengurangi rasa sakit
- (c) Setelah jarum ditusukkan, pompa ditarik untuk melihat apakah jarum masuk ke pembuluh darah, bila masuk ke pembuluh darah pindahkan
- (d) Bila tidak ada darah masuk, muntahkan obat pelan-pelan
- (e) Cabut jarum dan bersihkan kulit kembali
- (f) Setelah selesai cuci alat suntik dengan air, sterilkan alat suntik sebelum digunakan kembali
- (g) Sebaiknya menggunakan alat suntik sekali pakai karena lebih aman.

Komponen *Universal Precaution* menurut WHO (2008) diantaranya:

1) *Hand hygiene*

Hand Hygiene sangat penting untuk mencegah penularan infeksi. Hal ini harus dilakukan pada saat proses perawatan pasien sesuai dengan WHO Lima Moments Kebersihan Tangan. Teknik mencuci tangan adalah : *Hand washing* (40–60 detik): basahi tangan dan gunakan sabun; gosok semua permukaan; bilas tangan hingga kering secara menyeluruh dengan menggunakan handuk tunggal; gunakan handuk untuk mematikan kran. *Hand rubbing* (20–30 detik): gunakan produk secukupnya untuk mencuci semua bagian di tangan; gosok tangan sampai kering.

Ringkasan indikasi:

- a) Sebelum dan sesudah kontak langsung dengan pasien dan antara pasien, apakah atau tidak menggunakan sarung tangan.
- b) Segera setelah sarung tangan dilepas.
- c) Sebelum menangani perangkat invasif.
- d) Setelah menyentuh darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, dan barang-barang yang terkontaminasi, bahkan menggunakan sarung tangan.
- e) Selama perawatan pasien, ketika bergerak dari yang terkontaminasi ke situs tubuh bersih dari pasien.

f) Setelah kontak dengan benda mati di sekitar langsung dari pasien

2) Menggunakan Sarung tangan

Penggunaan sarung tangan tunggal, dan dapat mengurangi risiko tertular infeksi melalui kontak kulit langsung antara petugas kesehatan dan pasien. Ini bukan pengganti kebersihan tangan yang tepat, penggunaan sembarangan dan berkepanjangan dapat menyebabkan iritasi kulit.

Kenakan saat menyentuh darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi, membran mukosa, kulit non utuh. Ubah antara tugas-tugas dan prosedur pada pasien yang sama setelah kontak dengan bahan infeksius. Buang sarung tangan setelah digunakan, sebelum menyentuh barang dan permukaan yang tidak terkontaminasi, dan sebelum pergi ke pasien lain. Bersihkan tangan segera setelah melepas.

3) Menggunakan Pelindung Wajah (mata, hidung, dan mulut)

Membrane mukosa pada mata dan mulut harus dilindungi ketika ada risiko percikan, tetesan dan aerosol dari darah atau cairan tubuh. Pelindung mata dapat dilakukan dengan menggunakan kacamata. Mereka harus nyaman dipakai, cocok dengan benar dan memungkinkan untuk visi yang jelas.

Gunakan masker dan pelindung mata atau pelindung wajah untuk melindungi selaput lendir mata, hidung, dan mulut selama kegiatan yang mungkin menimbulkan percikan darah, cairan tubuh, sekresi, dan ekskresi.

4) Menggunakan Gaun Pelindung

Ketika melakukan perawatan pasien langsung atau membersihkan lingkungan sekitar pasien dan peralatan, ada potensi untuk transmisi pathogen. Penggunaan *disposable apron* plastik tunggal harus dipakai untuk mengurangi kontaminasi seragam pakaian dan melindungi pasien dan tenaga kesehatan.

Pakai untuk melindungi kulit dan mencegah kotor pada pakaian selama kegiatan yang mungkin menimbulkan percikan darah, cairan tubuh, sekresi, atau ekskresi. Buang gaun kotor secepat mungkin, dan segera bersihkan tangan.

5) Pencegahan terhadap tusukan jarum dan luka dari benda tajam lainnya

Berhati-hatilah saat menggunakan jarum, pisau bedah, dan instrumen tajam lainnya atau perangkat. Segera bersihkan jarum yang sudah digunakan. Segera buang jarum yang digunakan dan alat tajam lainnya.

6) Praktik Kebersihan Pernapasan Dan Etika Batuk

Orang dengan gejala pernafasan harus menutup hidung dan mulut saat batuk / bersin dengan tisu atau masker, buang tisu bekas dan masker, dan bersihkan tangan setelah kontak dengan sekret pernapasan.

Fasilitas pelayanan kesehatan harus

- a) Menempatkan pasien dengan demam pernapasan pasien bergejala setidaknya 1 meter dari orang lain di ruang tunggu umum jika memungkinkan.
- b) Memasang peringatan visual di pintu masuk ke sarana pelayanan kesehatan serta menginstruksikan orang dengan gejala pernapasan untuk berlatih kebersihan pernapasan / etika batuk.
- c) Pertimbangkan membuat sumber kebersihan tangan, jaringan dan masker yang tersedia di area umum dan area yang digunakan untuk evaluasi pasien dengan penyakit pernapasan.

7) Pembersihan Lingkungan

Gunakan prosedur yang memadai untuk pembersihan rutin dan desinfeksi lingkungan dan benda-benda lain yang sering disentuh.

8) Mengelola Linen

Menangani, pengangkutan, dan proses yang digunakan linen dengan cara mencegah kulit dan paparan selaput lendir dan kontaminasi pakaian dan menghindari transfer patogen ke pasien lain dan atau lingkungan.

9) Pembuangan limbah

- a) Pastikan pengelolaan limbah yang aman.
- b) Perlakukan limbah yang terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh, sekret, dan ekskresi sebagai limbah klinis, sesuai dengan peraturan setempat.
- c) Jaringan Manusia dan limbah laboratorium yang secara langsung terkait dengan proses spesimen juga harus diperlakukan sebagai limbah klinis.
- d) Buang item dengan benar

10) Perawatan Peralatan Pasien

- a) Tangani peralatan yang kotor terkena cairan darah, tubuh, sekresi, dan ekskresi dengan cara yang mencegah kulit dan selaput lendir eksposur, kontaminasi pakaian, dan transfer patogen ke pasien lain atau lingkungan.
- b) Bersihkan, disinfeksi, dan proses ulang peralatan kembali sebelum digunakan dengan pasien lain

Menurut Slevin (2012) terdapat Kewaspadaan Tambahan dalam *Universal Precaution*. Tambahan (berdasarkan transmisi) tindakan pencegahan yang dilakukan saat masih melakukan tindakan universal precaution diantaranya kewaspadaan transmisi berbasis kewaspadaan kontak, kewaspadaan droplet, dan kewaspadaan udara.

Berdasarkan beberapa pendapat di atas, komponen *Universal Precautions* terdiri atas *hand hygiene*, penggunaan sarung tangan, penggunaan pelindung wajah, penggunaan gaun pelindung, pencegahan luka tusukan jarum, etika batuk, pembersihan lingkungan pasien, pengelolaan linen, pengelolaan limbah, perawatan peralatan pasien, dan kewaspadaan penempatan pasien (Kontak, Kewaspadaan Droplet, dan Kewaspadaan Udara)

B. Penelitian Terdahulu

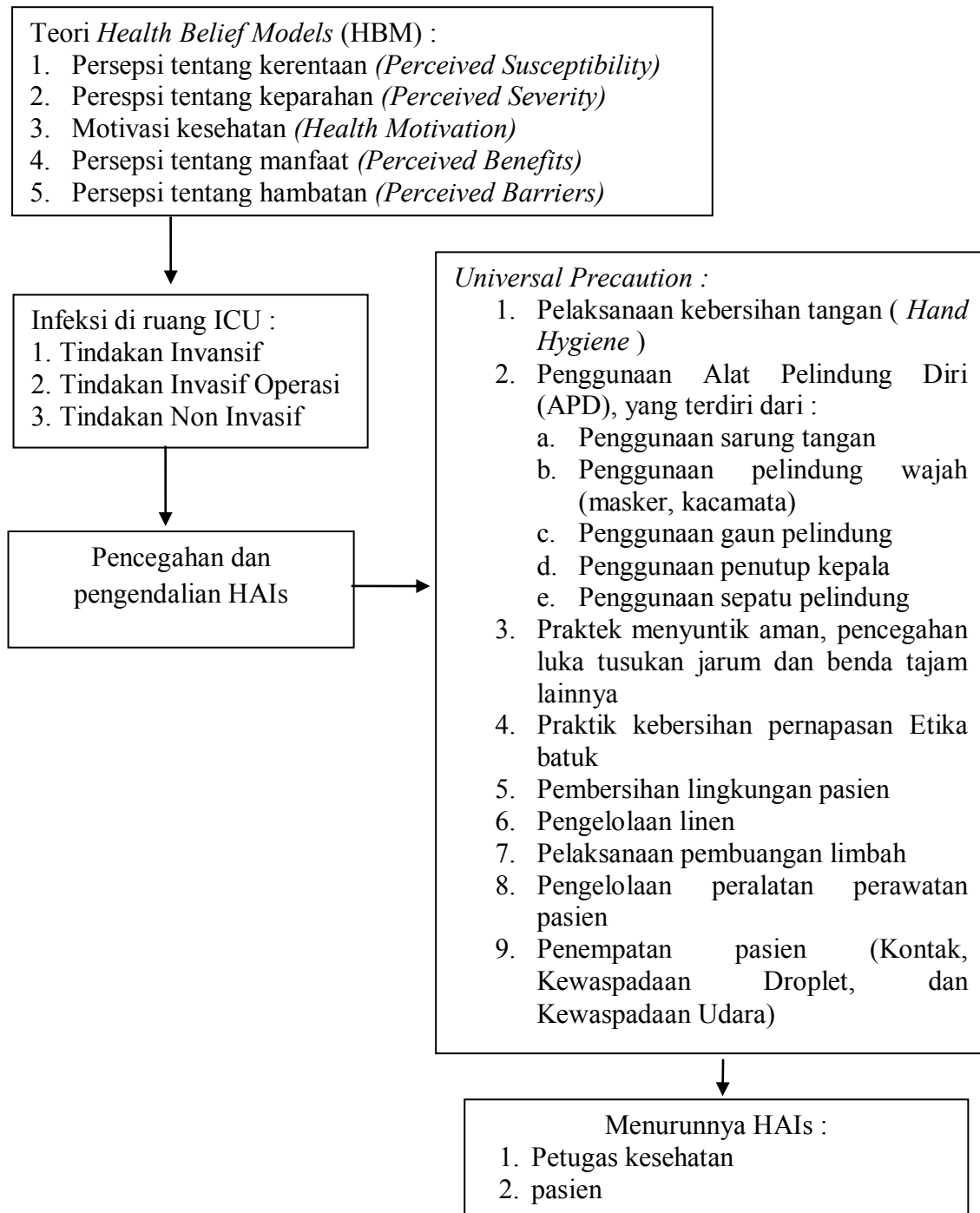
Tabel 2.1. Penelitian Terdahulu

No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
1	Sharma BK	2014	<i>Role of knowledge in practicing universal precautions among staff nurses</i>	Penelitian observasional survey. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner. Teknik analisis data menggunakan uji <i>chi square</i> .	Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan praktek universal precaution. Dengan nilai chi square 1,12 dan nilai sig. > 0,05. Pengetahuan perawat cenderung tinggi tetapi praktek kewaspadaan universal tergolong rendah.	Jenis penelitian, variabel pengetahuan, alat pengumpulan data, teknik analisis data.
2	Chenko Rayndi	2013	Gambaran Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Puskesmas Tanawangko	Perupakan penelitian diskriptif kuantitatif. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling. Teknik analisis data menggunakan rumus prosentase	Hasil penelitian menunjukkan seluruh responden mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, mencuci dengan sabun dan air mengalir, menggunakan sarung tangan steril, melakukan dekontaminasi dan sterilisasi dan mencuci alat dengan sabun (100%). Sebesar 54,5% responden menggunakan masker saat menangani pasien. Sebesar 86,36% responden selalu memakai sarung tangan	Jenis penelitian, teknik analisis data
3	Said Hafizullah Fayaz	2013	<i>Knowledge and practice of universal precautions among health care workers in four national hospitals in Kabul, Afghanistan</i>	Merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Teknik pengambilan sampel menggunakan simple random sampling. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner. Teknik analisis data menggunakan uji regresi logistik.	Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan praktek universal precaution. Pengetahuan petugas kesehatan cenderung tinggi tetapi praktek kewaspadaan universal tergolong rendah.	Jenis penelitian, variabel pengetahuan, alat pengumpulan data, teknik analisis data.

No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
4	Rajinder Kaur	2008	<i>Knowledge, Attitude and Practice Regarding Universal Precautions among Nursing Students</i>	Penelitian observasional survey. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner	Pengetahuan tentang universal precaution pada mahasiswa keperawatan sebagian besar kurang, Praktek kewaspadaan universal menunjukkan bahwa hanya 1 siswa yang memperoleh skor di bawah 60. Sebesar 4,17% siswa memperoleh skor 60-70, sekitar 96% dari siswa memperoleh skor lebih dari 70. Perbandingan skor pengetahuan dan praktek mahasiswa dari institusi yang berbeda menunjukkan bahwa siswa yang mendapatkan jam praktek lebih banyak cenderung memiliki sikap dan praktek yang baik pada <i>universal precaution</i> .	Jenis penelitian, variabel pengetahuan dan sikap, alat pengumpulan data, teknik analisis data.
5	Esther Wanjiku Nderitu	2010	<i>The Experience of Ugandan Nurses in the Practice of Universal Precautions</i>	Desain penelitian kualitatif untuk mengeksplorasi pengalaman perawat Uganda dalam praktek kewaspadaan universal. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan kuesioner. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 16 orang perawat.	Beberapa perawat menyatakan mereka digunakan sarung tangan ganda ketika melakukan prosedur seperti perban kemudian mengganti sarung tangan setelah terkontaminasi dengan pasien. Ketika sterilisasi peralatan, sebagian besar perawat menggunakan pemutih. Praktek untuk pembuangan limbah ditetapkan menggunakan ember yang berbeda dengan kode warna, Namun, beberapa perawat digunakan apa pun yang tersedia bukannya mengikuti standar yang dianjurkan. Perawat improvisasi menggunakan apa pun yang tersedia. Keputusan perawat dalam mempraktekkan kewaspadaan universal tidak didasarkan pada protokol standar tapi pada persepsi dan pengalaman mereka sendiri.	Tempat dan waktu penelitian, aspek yang digunakan dalam mengidentifikasi praktek <i>universal precaution</i>

No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
6	Zanele E. Massinga	2012	<i>Compliance with universal precautions in Northern Kwa-Zulu Natal operating theatres</i>	Desain penelitian menggunakan <i>mixed method</i> . Pengumpulan data menggunakan lembar interview dan kuesioener. Teknik analisis data kuantitatif menggunakan rumus prosentase.	Temuan dari data kuantitatif 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.	Jenis penelitian, metode pengumpulan data, teknik analisis data.
7	Gunawan	2012	Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Universal Precautions Pada Perawat Pelaksana Di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. Kariadi Semarang.	Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan rancangan cross sectional. Sampel sebanyak 40 responden dengan teknik pengambilan sampel purposive sampling. Teknik analisis data menggunakan uji <i>product moment</i> .	Berdasarkan hasil penelitian dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang positif antara Pengetahuan, sikap dan motivasi dengan perilaku <i>universal precautions</i> pada perawat pelaksana di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. Kariadi.	Jenis penelitian, variabel pengetahuan, sikap dan motivasi, teknik analisis data.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.10. Kerangka Teori

D. Landasan Teori

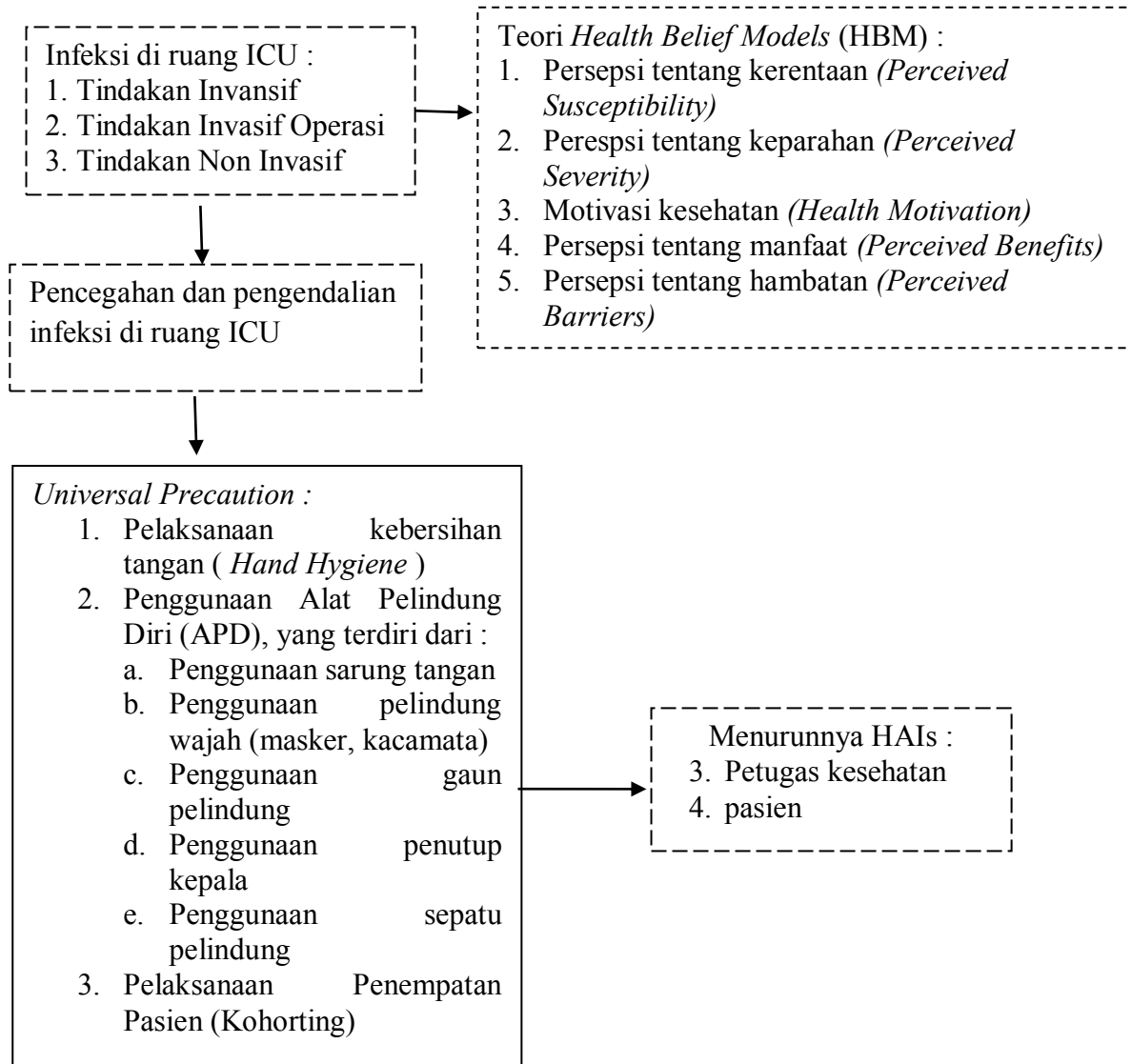
Health-care Associated Infections (HAIs) berasal dari proses penyebaran dari pelayanan kesehatan salah satunya rumah sakit. Rumah sakit merupakan tempat berbagai macam penyakit yang berasal dari pasien maupun dari pengunjung yang berstatus karier. Kuman penyakit ini dapat hidup dan berkembang di lingkungan rumah sakit, seperti : udara, air, lantai, makanan, dan benda-benda medis maupun non medis (Darmadi, 2008). Salah satu sumber penularan HAIs di rumah sakit adalah petugas kesehatan, yang dapat menyebarkan melalui kontak langsung kepada pasien. Cara penularan terutama melalui tangan dan dari petugas kesehatan ke petugas kesehatan lainnya melalui, jarum infeksi, kateter urine, kateter intravena, perban, dan cara yang keliru dalam menangani luka ataupun peralatan operasi yang terkontaminasi (Hidayat, 2008).

Salah satu upaya pencegahan HAIs adalah menerapkan *universal precaution* pada petugas kesehatan. *Universal precaution* adalah kewaspadaan terhadap darah dan cairan tubuh yang tidak membedakan perlakuan terhadap setiap pasien, dan tidak tergantung pada diagnosis penyakitnya (Irianto,2010). Kewaspadaan universal dimaksudkan untuk melindungi petugas kesehatan dan pasien lain terhadap penularan berbagai infeksi dalam darah dan cairan tubuh lain.

Kebersihan tangan merupakan ukuran yang paling penting untuk mencegah transmisi mikroorganisme. *Hand Hygiene* (misalnya, cuci tangan, antiseptic tangan, atau *surgical hand antisepsis*) mengurangi pathogen potensial pada tangan dan ini mengurangi resiko transmisi organism ke pasien atau petugas kesehatan lainnya.

Strategi control *universal precaution* pada ruang ICU diperlukan untuk mengurangi resiko tertularnya penyakit pada pasien atau petugas kesehatan yang disebabkan oleh aliran darah yang terinfeksi seperti HBV dan HIV karena semua pasien dan petugas kesehatan yang terinfeksi tidak dapat diidentifikasi catatan medic, pemeriksaan fisik maupun tes laboratorium. Tindakan melindungi individu dimulai dengan menelaah riwayat medik pasien, pemakaian APD, cuci tangan, dan tindakan *Universal precaution* lain berupa sterilisasi dan pembuangan limbah yang baik.

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.11. Kerangka Konsep