

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi Data**

##### **1. Gambaran umum RS PKU Muhammadiyah Bantul**

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Kabupaten Bantul adalah Yayasan RS milik pemerintah Kabupaten Bantul terletak di jalan Jendral Sudirman Nomor 124 Bantul Yogyakarta, berdiri pada tanggal 1 Maret 1966 yang awalnya merupakan sebuah klinik dan rumah bersalin di kota Bantul yang diberi nama Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul. Pada tahun 1984 perkembangan klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah berkembang semakin pesat dengan ditandai adanya pengembangan pelayanan di bidang kesehatan anak baik sebagai upaya penyembuhan maupun pelayanan di bidang pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal tersebut yang menjadi dasar perubahan Rumah Bersalin menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak menjadi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul dengan Surat Keputusan Kanwil Depkes Propinsi DIY nomor 503/1009/PK/IV/1995 dan diterbitkannya ijin operasional dari Dina Kesehatan No : 445/4318/2001. Kemudian telah memperoleh sertifikasi ISO 9001 – 2008 Akreditasi Kemenkes RI Versi 2012 untuk Pelayanan Kesehatan Standar Mutu Internasional.

Sebagai salah satu pusat pelayanan kesehatan, RS PKU Muhammadiyah Bantul memerlukan arah yang jelas bagi kegiatannya, untuk itu diperlukan visi dan misi. Visi RS PKU Muhammadiyah Bantul adalah terwujudnya rumah sakit islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global, dan menjadi kebanggaan

umat. Misi RS PKU Muhammadiyah Bantul adalah berdakwah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan mengutamakan peningkatan keputusan pelanggan serta peduli pada kaum dhu'afa. Selain itu RS PKU Muhammadiyah Bantul juga memiliki Motto yaitu Layananku Ibadahku.

## 2. Deskripsi Narasumber

Responden atau informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian, (Moleong, 2007). Dalam rangka proses pengumpulan data, guna memperoleh data dan informasi yang selengkap-lengkapnyanya, peneliti melakukan wawancara dan pengamatan dengan berbagai pihak yang terkait dengan pelaksanaan *universal precaution* di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul yang digunakan sebanyak 3 responden. Informan meliputi 1 Kepala Ruang ICU, 1 Perawat Senior dan 1 Perawat Junior.

Adapun data dari ketiga informan tersebut antara lain:

### a. Perawat junior

R1 merupakan perawat junior yang ada di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul. Beliau sudah bekerja selama 4 tahun di ruang ICU. Pendidikan akhir beliau ialah Diploma III Keperawatan, kompetensi yang dimiliki beliau adalah pelatihan PPGD.

### b. Kepala Ruang

R2 adalah Kepala Ruang di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul yang telah bekerja di ruang icu selama 11 tahun dari mulai ruang ICU di RS PKU Muhammadiyah Bantul di buka. Pendidikan terakhir Beliau ialah Diploma III

Keperawatan, kompetensi yang beliau miliki adalah pelatihan PPGD dan pelatihan ICU .

c. Perawat Senior

R3 merupakan salah satu perawat senior yang bekerja di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul. Beliau sudah bekerja di ruang ICU selama 9 tahun. Pendidikan akhir beliau adalah Diploma III Keperawatan, kompetensi yang beliau miliki adalah pelatihan PPGD dan pelatihan ICU.

## **B. Hasil Penelitian**

Dalam penelitian penulis memfokuskan pada kajian pelaksanaan *Universal Precaution* oleh perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul. *Universal Precaution* merupakan tindakan pengendalian atau pencegahan infeksi yang dilakukan oleh semua tenaga kesehatan. Pelaksanaan *Universal Precaution* oleh perawat di ruang ICU diidentifikasi langsung dengan melakukan wawancara, observasi, kepada perawat dan dokumentasi. Berikut merupakan hasil penelitian mengenai pelaksanaan *Universal Precaution* oleh perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul.

*Universal Precaution* dalam penelitian ini meliputi bagaimana pelaksanaan kebersihan tangan di Ruang ICU, sesuai SOP atau belum, kendala pelaksanaan kebersihan tangan dan untuk mengetahui adanya kegiatan monitoring dalam pelaksanaannya. *Universal precaution* merupakan upaya pengendalian atau pencegahan infeksi yang dilakukan oleh semua tenaga kesehatan. Penularan penyakit baik yang berasal dari pasien maupun petugas kesehatan tidak dapat dibiarkan begitu saja karena dapat mengakibatkan penyebaran, bakteri, virus HIV maupun infeksi lain

yang membahayakan kesehatan, sehingga perlu dilakukan adanya pencegahan dengan melakukan *hand hygiene*.

## 1. Pelaksanaan *Universal Precaution Hand Hygiene* oleh perawat di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul

Tabel 4.1. Hasil wawancara Pelaksanaan *universal precaution hand hygiene*

Open Coding	Axial Coding	Sub Tema	Tema
Sudah melakukan sebelum dan sesudah tindakan	Saat <i>hand hygiene</i>	Pelaksanaan <i>hand hygiene</i> sudah benar	Pelaksanaan <i>hand hygiene</i> sudah
Kadang lupa	Kelalaian perawat	SDM kurang kompeten	dilakukan tetapi belum maksimal
Pasien membutuhkan tindakan segera	Pelayanan pada pasien	Keterbatasan waktu	
Pasien harus segera ditanganin			
Pasien sedang penuh			
Tidak ada monitoring	Tidak ada monitoring <i>hand hygiene</i>	Tidak ada monitoring <i>hand hygiene</i>	Tidak ada monitoring <i>hand hygiene</i>

### a. Pelaksanaan *hand hygiene* di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul

Kebersihan tangan merupakan kegiatan mencuci tangan yang dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya perpindahan kuman melalui tangan. Menurut Kurniawati & Nursalam (2007) tindakan *hand hygiene* penting dilakukan guna untuk mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi dan lingkungan kerja terjaga dari infeksi.

Hasil wawancara dari tabel 4.1 informan dari perawat di ICU menjelaskan bahwa pelaksanaan kebersihan tangan di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul sudah dilakukan sesuai prosedur baik sebelum maupun sesudah tindakan. Menurut perawat senior yang telah bekerja selama 9 tahun (R2) dan (R1) bahwa pelaksanaan cuci tangan telah dilakukan baik

sebelum maupun sebelum tindakan. R1 juga menambahkan penjelasan berkaitan waktu pelaksanaan atau lamanya melakukan *hand hygiene* yaitu 40-60 detik sesuai aturan praktek dan ketika akan bersentuhan dengan pasien menggunakan *handscrub* terlebih dahulu.

Berdasarkan hasil wawancara pada tabel 4.1. perawat junior dan kepala ruang ICU tersebut diketahui pelaksanaan *hand hygiene* sudah dilakukan sesuai dengan prosedur tindakan yaitu 6 langkah dan 5 momen cuci tangan. Langkah yang dilakukan yaitu sebelum dan sesudah tindakan selama 40-60 detik. *Hand hygiene* dilakukan sesuai prosedur SOP yang ada, pelaksanaan tersebut didukung dengan adanya poster cara mencuci tangan yang ditempel, selain itu perawat juga sudah hafal karena pernah mengikuti pelatihan.

Ada beberapa kendala dalam pelaksanaan *hand hygiene* karena sumber daya manusia yang belum kompeten. Perawat terkadang lalai dalam melakukan cuci tangan. Meskipun perawat sudah melaksanakan cuci tangan dengan benar, akan tetapi dalam pelaksanaannya perawat terkadang lupa melakukan *hand hygiene*. Masih kurangnya kompetensi yang dimiliki perawat dapat menjadi kendala dalam melaksanakan tugas sebagai tenaga kesehatan yang handal. Kendala tersebut juga dapat disebabkan kondisi pasien membutuhkan tindakan dengan segera ataupun kondisi ruangan yang penuh dengan pasien. Jadi kadang perawat rutin melakukan *hand hygiene* setelah melakukan tindakan saja.

Secara keseluruhan hasil wawancara pada tabel 4.1. menunjukkan bahwa pelaksanaan kebersihan tangan di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul sudah dilakukan sesuai prosedur tindakan, namun belum maksimal. Perawat sudah melakukan cuci tangan dengan benar sebelum maupun sesudah proses tindakan dengan aturan praktek selama 40-60 detik. Sumber daya manusia yang masih kurang kompeten menjadi kendala dalam pelaksanaan *hand hygiene* dengan maksimal. Selain itu, pelayanan kepada pasien yang membutuhkan tindakan segera dan pasien yang dirawat penuh menjadi faktor yang menyebabkan perawat lalai dalam melakukan tindakan *hand hygiene*.

Tabel 4.2. Hasil observasi saat *hand hygiene*

NO	KRITERIA	RESPONDEN 1		RESPONDEN 2		RESPONDEN 3		TOTAL
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	
1	Sebelum menyentuh pasien		1		1		1	
2	Sebelum membersihkan dengan antiseptik		1		1		1	
3	Setelah menyentuh pasien	1		1		1		
4	Setelah terekspose dengan cairan tubuh pasien	1		1		1		
5	Setelah menyentuh alat-alat disekitar pasien	1		1		1		
		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	
<b>TOTAL</b>		60.00%	40.00%	60.00%	40.00%	60.00%	40.00%	<b>60.00%</b>

Hasil observasi pada tabel 4.2. yang dilakukan peneliti terhadap R1, R2, R3 pada tanggal 13 April sampai 19 April 2016 pada saat *hand hygiene* shift pagi dan siang sebesar 60% perawat melakukan cuci tangan setelah menyentuh pasien dan alat-alat disekitar pasien. Perawat tidak melakukan cuci tangan sebesar 40% sebelum menyentuh pasien. Perawat tidak melakukan

cuci tangan sebelum menyentuh pasien dengan alasan perawat sudah melakukan cuci tangan setiap sesudah menyentuh pasien.

Berdasarkan hasil observasi pada tabel 4.2. dari ketiga responden tersebut diketahui bahwa perawat sebagian besar telah melakukan tindakan *hand hygiene* dengan tepat, perawat melakukan tindakan cuci tangan setelah menyentuh pasien. Perawat tidak melakukan cuci tangan sebelum menyentuh pasien disebabkan perawat telah melakukan tindakan cuci tangan setelah menyentuh pasien lain dan alat-alat disekitar pasien. Hasil observasi saat *hand hygiene* memberikan gambaran bahwa sebagian besar perawat tidak melakukan cuci tangan sebelum menyentuh pasien, namun perawat melakukan tindakan cuci tangan setelah menyentuh pasien. Artinya perawat hanya melakukan cuci tangan sebanyak satu kali.

*Hand Hygiene* dapat membantu pencegahan penularan infeksi, sehingga para perawat harus dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap penularan virus dan bakteri. Kewaspadaan perawat dilakukan saat *hand hygiene* dengan melakukan sebanyak 2 kali cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien dan alat-alat disekitar pasien dengan menggunakan antiseptik.

**b. *Standard operating procedure* (SOP) Pelaksanaan kebersihan tangan di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul**

Standar operasional prosedur merupakan standar operasi yang mengatur langkah-langkah tindakan yang harus dipatuhi dan ditaati oleh semua perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul. Menurut

Farida Betty (2005) menjelaskan bahwa semua petugas harus mematuhi peraturan kamar operasi yaitu bekerja sesuai SOP (*standard operating procedure*). Perawat memperhatikan waktu/lama operasi, pasca operasi, alat-alat bantu yang terpasang sesudah operasi seperti kateter, infus dan kebersihan alat.

Pelaksanaan kebersihan tangan di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul sudah sesuai dengan SOP yang berlaku. Menurut informasi yang peneliti peroleh dari wawancara dengan tiga responden di ruang ICU, responden menjawab dengan sama yaitu sudah sesuai dengan 6 langkah cuci tangan. RI juga menambahkan bahwa poster cara mencuci tangan dengan benar sudah ditempel, sehingga perawat akan selalu ingat dan melakukan dengan benar. SOP yang berlaku diharapkan dapat menjadi panduan bagi perawat dalam menjaga kebersihan tangan mereka, untuk mengingatkan hal tersebut telah dipasang poster cara mencuci tangan yang benar di ruang ICU.

Tata cara mencuci tangan dengan baik dilakukan dengan baik jika pasien tidak begitu banyak namun jika pasien banyak yang harus ditangani perawat terkendala untuk melaksanakan SOP dengan alasan terlalu ribet untuk dilakukan sebab pasien harus dilakukan tindakan. Dalam prakteknya perawat melakukan tindakan *handscrub* hanya dengan 30 detik, sesuai pernyataan dari R3.

Hasil wawancara dengan ketiga responden menunjukkan bahwa pelaksanaan kebersihan tangan di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul telah berjalan sesuai dengan SOP yang berlaku mengingat dalam pelaksanaannya para perawat hanya memerlukan waktu sekitar 40-60 detik.

Tabel 4.3. Hasil observasi prosedur *hand hygiene*

NO	KRITERIA	RESPONDEN 1		RESPONDEN 2		RESPONDEN 3		TOTAL
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	
1	Membasahi tangan dengan air mengalir	1		1		1		
2	6 langkah cuci tangan terlaksana		1	1			1	
3	Membilas tangan dengan air sampai bersih	1		1		1		
4	Mengeringkan dengan handuk satu kali pakai	1		1		1		
5	Waktu seluruhnya minimal 40-60 detik		1	1			1	
		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	
<b>TOTAL</b>		60.00%	40.00%	100.00%	0.00%	60.00%	40.00%	<b>73.33%</b>

Hasil observasi pada tabel 4.3. yaitu R1 (pada tanggal 14, 18 dan 19 April 2016) dan R3 (pada tanggal 14, 17 dan 18 April 2016) pada prosedur cuci tangan shift pagi dan siang sebesar 60% melakukan prosedur cuci tangan dengan membasahi tangan dengan air mengalir, membersihkan tangan hingga bersih serta mengeringkan dengan tisu satu kali pakai. Hasil observasi R2 (pada tanggal 13, 14 dan 15 April 2016) pada prosedur cuci tangan shift pagi sebesar 100% melakukan prosedur cuci tangan dengan sesuai dengan SOP.

Pada tabel 4.3. perawat R1 dan R3 tidak melakukan prosedur cuci tangan sebesar 40% terkait dengan 6 langkah cuci tangan dengan waktu 40-60 detik. Perawat tidak melakukan prosedur cuci tangan dengan pertimbangan saat mencuci tangan sudah menggunakan antiseptik dan

menggunakan air mengalir dibilas sampai bersih. Sedangkan waktu yang dibutuhkan tidak tercapai disebabkan pasien harus dilakukan tindakan dengan cepat.

Enam langkah cuci tangan dan mencuci tangan selama 40-60 detik merupakan point yang sering diabaikan oleh perawat dengan alasan pasien banyak yang harus dilakukan tindakan. Perawat tetap melakukan tindakan *handscrub* karena waktu yang dibutuhkan hanya 20-30 detik tergolong waktu yang cukup singkat dalam melakukan kebersihan tangan terlebih dahulu sebelum maupun sesudah melakukan tindakan penanganan. Hal tersebut dapat meningkatkan resiko penularan infeksi yang berbahaya antar pasien dan perawat baik melalui cairan darah maupun cairan tubuh.

Berdasarkan hasil wawancara dan hasil observasi memberikan gambaran bahwa kebersihan tangan di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul telah dinyatakan sesuai SOP, adanya prosedur pencucian tangan dengan baik dan benar, poster telah di tempelkan di ruang ICU untuk mengingatkan kepada perawat akan pentingnya melakukan kebersihan tangan sesuai SOP. Selesai membersihkan tangan perawat menggunakan *handwash* selama 40-60 detik. Hasil observasi yang menyatakan bahwa perawat tidak melakukan 6 langkah cuci tangan dan waktu pembersihan cuci tangan selama 40-60 detik dikarenakan dapat diatasi tindakan *handscrub* dan penggunaan *gel antiseptic botol* yang dipasang di berbagai ujung tembok sehingga perawat dapat menggunakannya sewaktu-waktu tanpa menggunakan *handwash* lagi.

**c. Kendala Pelaksanaan kebersihan tangan di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul berdasarkan SOP**

Pelaksanaan *hand hygiene* di ruang ICU perawat terkendala dengan salah satunya pemenuhan kebutuhan pelayanan pasien yang menempati ruangan ICU dan monitoring pasien yang harus segera dilakukan. Hal tersebut yang membuat prosedur pelaksanaan kebersihan tangan tidak dilakukan secara optimal. Wawancara dengan R2 dan R3 menjelaskan bahwa kendala pelaksanaan *hand hygiene* yaitu keterbatasan waktu disebabkan pasien yang ditangani penuh dan membutuhkan pertolongan segera.

Berdasarkan hasil wawancara tersebut memberikan gambaran adanya kendala yang menyebabkan para perawat tidak melakukan kegiatan kebersihan tangan. Perawat yang melakukan kebersihan tangan cenderung merasa lebih berprinsip agar selalu melindungi diri sehingga perawat melakukan tindakan pencucian tangan dengan rutin guna mencari titik aman. Sedangkan beberapa perawat yang tidak melakukan *hand hygiene* disebabkan karena lebih mengutamakan kecepatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Tabel 4.4. Hasil observasi prosedur alternatif cuci tangan

NO	KRITERIA	RESPONDEN 1		RESPONDEN 2		RESPONDEN 3		TOTAL
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	
1	Tangan tidak kotor	1		1		1		
2	6 langkah hand scrub terlaksana		1	1			1	
3	Waktu seluruhnya minimal 20-30 detik	1		1		1		
		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
<b>TOTAL</b>		66.67%	33.33%	100.00%	0.00%	66.67%	33.33%	77.78%
<b>HAND HYGIENE</b>								<b>70.37%</b>

Hasil observasi pada tabel 4.4 prosedur alternatif cuci tangan R1 (pada tanggal 14, 18 dan 19 April 2016) dan R3 (pada tanggal 14,17 dan 18 April 2016) diketahui sebesar 66.67% melakukan prosedur alternative cuci tangan, tangan tidak kotor dan waktu SOP minimal 20-30 detik. Hasil observasi R2 pada prosedur alternatif cuci tangan sebesar 100% melaksanakan prosedur alternative cuci tangan, 6 langkah *hand scrub* sudah terlaksana dengan waktu 20-30 detik.

Pada tabel 4.4. perawat R1 dan R3 tidak melakukan prosedur cuci tangan sebesar 33.33% terkait dengan pelaksanaan 6 langkah *hand scrub* dengan waktu 20-30 detik. Perawat tidak melakukan prosedur alternative cuci tangan dengan pertimbangan saat mencuci tangan karena mengalami kendala waktu yang tidak tercapai disebabkan pasien harus melakukan tindakan dengan cepat.

Kendala-kendala yang terjadi tidak seharusnya menjadi alasan perawat dalam melalaikan pelaksanaan kebersihan tangan. Adanya point-point pada lembar observasi tidak mencuci tangan sebelum menyentuh pasien dan membersihkan dengan antiseptik, menyentuh alat-alat disekitar pasien, 6 langkah cuci tangan dan *hand scrub* yang tidak terlaksana sangat mempermudah dalam mempercepat penyebaran virus maupun infeksi. Meskipun para perawat telah menggunakan sarung tangan, namun setelah pemakaian sarung tangan pelaksanaan *universal precauiton hand hygiene* tetap harus dilakukan guna menghindari penyebaran infeksi.

Kesadaran diri dari perawat untuk melakukan *hand hygiene* saja tidak cukup, perlu adanya daya dukung dari pihak lain yaitu rekan kerja dan pihak rumah sakit. Adanya pengawasan dari pihak rumah sakit dapat membantu berjalannya prosedur *hand hygiene* untuk dapat dipraktekkan secara teratur. Pengawasan dapat dilakukan secara rutin secara langsung akan membantu perawat terhindar dari infeksi.

**d. Monitoring Pelaksanaan kebersihan tangan di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul berdasarkan SOP**

Kegiatan monitoring merupakan kegiatan pemantauan yang dilakukan pihak rumah sakit maupun kepala ruang ICU dalam pelaksanaan *Universal Precaution*, dengan adanya tindakan monitoring yang rutin maka dapat meningkatkan kewaspadaan para pengawas dalam melakukan kebersihan tangan di ruang ICU. Namun di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul ini tidak ada tim monitoring lebih lanjut yang memantau pelaksanaan kebersihan tangan.

Kegiatan monitoring juga belum pernah dilakukan bagian PPI maupun KARU. R2 menyatakan bahwa pernah melakukan monitoring pada saat diadakannya penelitian berkaitan dengan kegiatan melakukan 6 langkah cuci tangan. Meskipun tidak ada kegiatan monitoring lebih lanjut namun sebagai rekan kerja setiap perawat kadang mengingatkan perawat lain yang kadang lupa membersihkan tangan mereka baik sebelum maupun setelah melakukan tindakan penanganan.

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat memberikan gambaran bahwa tidak ada monitoring yang mengawasi pelaksanaan kebersihan pencucian tangan baik dari pihak PPI maupun KARU di RS PKU Muhammadiyah Bantul, adanya kesadaran diri perawat yang menggerakkan perawat dalam melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan penanganan, kondisi yang sedang terjadi kadang membuat perawat lupa melakukan. Hal tersebut dapat teratasi dengan komunikasi dan saling mengingatkan antar perawat.

Kegiatan monitoring seharusnya dapat ditingkatkan guna mengingatkan dan memantau pelaksanaan *hand hygiene* yang dilakukan semua perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul, tidak harus secara langsung dalam setiap harinya, tindakan ini dapat dilakukan secara berkala dengan menerapkan pola kerjasama antar pihak rumah sakit dengan PPI, atau PPI dengan KARU sehingga KARU yang bergerak memantau perawat yang sedang bertugas.

**e. Hasil Dokumentasi Peneliti Mengenai Pelaksanaan *hand hygiene* di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul**



Gambar 4.1. Poster 5 moment cuci tangan

Berdasarkan gambar 4.1 dapat diketahui telah ditempel poster tentang 5 moment cuci tangan yang ada di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul mengenai pencegahan infeksi dengan cara *hand hygiene* yaitu cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan penanganan pasien. Terdapat 2 moment kegiatan yang harus dilakukan perawat yaitu mencuci tangan sebelum melakukan kontak dengan pasien dan sebelum melakukan tindakan antiseptik. Selain itu melakukan cuci tangan setelah melakukan kontak dengan pasien, cairan dan lingkungan pasien menjadi 3 moment yang melengkapi pelaksanaan 5 moment yang harus dilakukan perawat dalam mencegah penyebaran infeksi dan virus.

Perawat di Ruang ICU berjalan kesana kemari dalam memberikan pelayanan kepada pasien sehingga adanya gambar yang terpasang di dinding ruangan ICU tersebut dapat terlihat secara langsung oleh perawat dan sangat efektif dalam mengingatkan para perawat untuk senantiasa melakukan kegiatan dalam 5 moment mencuci tangan sesuai tindakan.



Gambar 4.2. Poster 6 langkah cuci tangan di ruang tunggu

Pada gambar 4.2. dapat di lihat bahwa pihak RS PKU juga telah memasang informasi untuk melakukan cuci tangan untuk pengunjung di area pengambilan jas pengunjung pasien ICU lengkap dengan gambar praktek pencucian tangan 6 langkah. Selain itu terdapat pula penjelasan mengenai pengertian cuci tangan, pentingnya melakukan tindakan cuci tangan dan macam-macam cuci tangan sesuai prosedur. Hasil dokumentasi peneliti penempatan gambar poster terlalu ke bawah, sehingga jika pengunjung menggantungkan jas ditempat tersebut gambar tulisan cuci tangan akan tertutupi sebagian untuk dilihat dan dibaca.



Gambar 4.3. Fasilitas cuci tangan di ruang icu

Hasil dokumentasi pada gambar 4.3. menunjukkan adanya fasilitas yang mendukung pelaksanaan *hand hygiene* di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul. Berdasarkan gambar dapat dilihat adanya *hand soap* dan *softa-man*, yaitu cairan anti septik yang efektif terhadap perlindungan tangan terhadap virus baik HCV, HIV dan lainnya. Terdapat tempelan gambar mengenai pelaksanaan teknik disinfeksi tangan yang efektif.

Adanya fasilitas cuci tangan yang berada di Ruangan ICU diharapkan dapat membantu para perawat untuk lebih aktif dan sering dalam menjaga kebersihan tangan setiap waktu. Ditambah lagi dengan tersedianya gambar yang tepat berada di depan perawat ketika perawat sedang mencuci tangan secara tidak langsung perawat akan melihat dan dapat mempraktekkan tindakan *hand hygiene* sesuai gambar yang mereka lihat.

## 2. Pelaksanaan *Universal Precaution* Penggunaan Alat Pelindung Diri oleh perawat di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul

Tabel 4.5. Pelaksanaan *Universal Precaution* APD

Open Coding	Axial Coding	Sub Tema	Tema
Masker	Logistik tersedia ( masker dan saarung tangan )	Resourcing tersedia	Alat pelindung diri sudah tersedia tetapi
Sarung tangan			belum optimal
Sepatu tidak dipakai karena panas	Logistik yang terbatas ( sepatu pelindung, kacamata pelindung, dan penutup kepala )	Resourcing terbatas	
Ukuran sepatu tidak sesuai			
Kacamata tidak ada			
Pelindung kepala tidak ada			
Tidak ada monitoring	Tidak ada monitoring APD	Tidak ada monitoring APD	Tidak ada monitoring APD

### a. Macam-macam Alat Pelindung Diri

Alat Pelindung Diri (APD) merupakan peralatan perlindungan diri yang dikenakan perawat seperti penggunaan sarung tangan, penggunaan pelindung wajah, gaun pelindung diri, dan lainnya 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.

Berdasarkan hasil wawancara pada tabel 4.5. diketahui bahwa para perawat mengetahui macam-macam alat pelindung diri seperti baju, topi, sepatu, sandal, masker, dan sarung tangan. Alat pelindung diri penting untuk digunakan guna melindungi diri sendiri dari hal-hal yang tidak diinginkan, perawat di ruang ICU juga telah paham akan aturan penggunaan APD tersebut. Alat Pelindung diri berupa penutup kepala di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul tidak tersedia.

Secara keseluruhan hasil wawancara pada tabel 4.5. menunjukkan bahwa para perawat telah mengetahui dan memahami tentang macam-macam alat pelindung diri yang tersedia di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul kecuali penutup kepala, namun perawat tidak menggunakan peralatan tersebut sesuai dengan prosedur dengan alasan panas sehingga kurang nyaman, misalnya penggunaan alas kaki yang seharusnya digunakan secara tertutup seperti sepatu. Prosedur menggunakan alat pelindung diri seharusnya dilakukan untuk menjaga resiko tersebarnya infeksi.

**b. Alat Pelindung Diri yang Sudah Digunakan di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul**

Alat pelindung diri yang digunakan perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul meliputi masker, namun untuk penutup kepala tidak mereka kenakan dengan alasan sudah terwakili dengan penggunaan jilbab.

Selain itu gaun pelindung yang mereka kenakan hanya berupa baju tindakan dan celemek. Mereka juga tidak mengenakan kaca mata pelindung.

Secara keseluruhan hasil wawancara pada tabel 4.5. dengan karyawan dan kepala ruangan dapat diketahui bahwa alat pelindung diri yang sudah dikenakan perawat berupa masker, sarung tangan, gaun pelindung dan sepatu tertutup. Untuk penggunaan penutup kepala tidak mereka gunakan karena telah mengenakan jilbab, mengenakan celemek dan baju tindakan sebagai gaun pelindung, sedangkan untuk sepatu tertutup mereka gunakan secara bergantian. Para perawat tidak menggunakan kaca mata pelindung atau google karena di ruang ICU peralatan tersebut tidak tersedia.

**c. Kelengkapan Alat Pelindung Diri yang sudah digunakan di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul**

Hasil wawancara pada tabel 4.5. dari ketiga responden diketahui bahwa penggunaan APD di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul sudah sesuai SOP dan pemakaian juga disesuaikan dengan tindakan yang akan dilakukan. Beberapa APD seperti penutup kepala dan kaca mata tidak pernah dikenakan karena tidak tersedia di ruang ICU. Penggunaan alat pelindung diri di lingkungan RS yang telah dilaksanakan berupa masker dan sarung tangan.

Berdasarkan wawancara pada tabel 4.5. dapat diketahui bahwa penggunaan APD di lingkungan RS PKU Muhammadiyah Bantul hanya berupa masker, baju tindakan dan sarung tangan. Namun masih ada beberapa perawat yang tidak menaati akan prosedur yang berlaku dalam penggunaan

APD seperti hanya memakai sandal, diharapkan adanya peraturan yang dapat membuat para perawat lebih taat dan memakai APD sesuai prosedur.

**d. Tim Monitoring Alat Pelindung Diri di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul**

Hasil wawancara pada tabel 4.5. mengenai kegiatan monitoring dengan kepala ruangan dan perawat menjelaskan bahwa tidak dilaksanakannya kegiatan monitoring. Adanya monitoring dari Tim PPI hanya dilakukan pada saat tertentu saja. Dari wawancara ketiga responden menjelaskan bahwa tidak ada tim yang memonitoring penggunaan APD. Monitoring Tim PPI hanya dilakukan di bangsal dan hal tersebut dilakukan ketika akan diadakan akreditasi saja.

Tabel 4.6. Hasil observasi APD

NO	ALAT PELINDUNG DIRI Saat melakukan Tindakan	RESPONDEN 1		RESPONDEN 2		RESPONDEN 3		TOTAL
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	
1	Menggunakan sarung tangan saat menangani pasien	1		1		1		
2	Menggunakan pelindung wajah masker , kacamata saat melakukan tindakan medis		1		1		1	
3	Menggunakan penutup kepala saat melakukan tindakan medis		1		1		1	
4	Menggunakan gaun pelindung saat melakukan tindakan medis	1		1		1		
5	Menggunakan sepatu pelindung saat melakukan tindakan medis		1	1			1	
		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
<b>TOTAL</b>		40.00%	60.00%	60.00%	40.00%	40.00%	60.00%	<b>46.67%</b>

Hasil observasi pada tabel 4.6. pelaksanaan *Universal Precaution* penggunaan alat pelindung R1 (pada tanggal 14, 18 dan 19 April 2016) dan R3 (pada tanggal 14, 17 dan 18 April 2016) diketahui sebesar 40% menggunakan alat pelindung diri dengan sarung tangan dan gaun pelindung.

Sedangkan sebesar 60% tidak menggunakan kaca mata, penutup kepala dan sepatu pelindung. Hasil observasi responden 2 (pada tanggal 13, 14 dan 15 April 2016) dalam melakukan tindakan *Universal Precaution* dengan menggunakan alat pelindung diri sebesar 60% sudah dilakukan dengan sarung tangan, gaun pelindung dan sepatu. Sedangkan sebesar 40% tidak menggunakan APD dengan kacamata dan penutup kepala.

Hasil observasi pada tabel 4.6. dari informan R1, R2, R3 diketahui bahwa sebagian perawat tidak menggunakan alat pelindung diri berupa pelindung wajah (kacamata) dan penutup kepala, pada saat melakukan tindakan medis. Perawat tidak menggunakan alat pelindung diri tersebut dengan alasan sudah menggunakan masker dan jilbab sebagai penutup kepala, sedangkan kacamata tidak digunakan karena tidak tersedia di Rumah Sakit.

Hasil observasi tersebut sesuai dengan hasil wawancara, menunjukkan bahwa tindakan *hand hygiene* dan penggunaan APD yang tidak dilakukan sesuai prosedur dapat berdampak pada penularan infeksi. Peran pengawasan sangat berguna dalam mengefektifitaskan pemakaian Alat Pelindung Diri, selain itu faktor ketidak tersediaan APD juga harus mendapat tindakan lebih lanjut dari pihak rumah sakit agar secepat mungkin dilengkapi di ruang ICU demi terjaganya kesehatan para perawat dari serangan infeksi dan virus.

**e. Hasil Dokumentasi Peneliti Mengenai Pelaksanaan Penggunaan Alat Pelindung Diri di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul**



Gambar 4.4. Penggunaan Alat Pelindung Diri oleh Perawat

Hasil dokumentasi pada gambar 4.4. yang didapatkan peneliti terkait pelaksanaan penggunaan alat pelindung diri di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul terlihat bahwa perawat melakukan tindakan penanganan peralatan pasien dengan menggunakan alat pelindung diri yaitu gaun pelindung, sarung tangan, masker dan menggunakan sepatu khusus yang tertutup. Perawat tidak terlihat mengenakan penutup kepala seperti topi, namun penggunaan APD tersebut sudah terganti dengan penggunaan jilbab yang dipakai perawat.

Berdasarkan gambar 4.4. dapat dilihat bahwa perawat masih mengenakan gelang atau jam tangan dalam melakukan tindakan penanganan pasien. Padahal pada saat pemakaian sarung tangan seharusnya perawat dapat mencopot gelang tersebut sesaat ketika melakukan proses tindakan karena benda tersebut dapat menjadi penyebab bertumbuhnya infeksi yang

kemudian dapat tersebar melalui tindakan yang perawat berikan kepada pasien.



Gambar 4.5. Sepatu Pelindung yang Tertutup

Pada gambar 4.5. Di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul terdapat sepatu tertutup. Sepatu tertutup merupakan alat pelindung diri yang dipakai pada saat perawat memasuki daerah ketat, berupa sepatu tertutup sebatas mata kaki yang harus dikenakan guna melindungi perawat dari kemungkinan terjadinya genangan percikan darah atau cairan tubuh pasien yang dapat mengenai perawat.

Sepatu tertutup ini tidak dimiliki perorangan namun hanya tersedia dengan pemakaian secara bergilir. Sepatu yang ketat dan terbuat dari plastik ini jika dipakai dapat membuat perawat merasakan gerah sehingga dalam prakteknya para perawat jarang mengenyakannya dan menggunakan sandal karet biasa. Hal tersebut sesuai dengan dokumenasi dibawah ini :



Gambar 4.6. Penggunaan APD dengan Sandal

Para perawat yang merasa panas jika mengenakan sepatu penutup lebih memilih mengenakan sandal karet di ruang ICU. Pada gambar 4.6. sandal yang mereka pakai tergolong terbuka dan sangat mudah mengakibatkan terjadinya penyebaran infeksi yang mungkin terjadi.

Penggunaan alat perlindungan diri yang dikenakan perawat sangat penting dalam upaya melakukan pencegahan terjadinya penularan infeksi, sehingga pemakaian APD tersebut harus ditingkatkan, perawat diharapkan dapat selalu mengenakan APD untuk menjaga kebersihan diri dari infeksi yang terdapat dilingkungan kerja maupun pada diri pasien.

### 3. Pelaksanaan *Universal Precaution* Penempatan Pasien di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul

Tabel 4.7. Pelaksanaan *universal precaution* penempatan pasien

Open Coding	Axial Coding	Sub Tema	Tema
Konsul KEC Diagnosa Tidak ada penempatan khusus	Langkah penempatan pasien Tempat terbatas	Proses penempatan sesuai aturan Sarana terbatas	Penempatan pasien belum maksimal
Butuh tempat yang luas Butuh ruang yang ada ventilator Alat sudah disposable Maintenance baik secara elektrik	Alat memadai	Prasarana memadai	
Menjenguk pasien maksimal 2 orang Hanya keluarga yang boleh masuk Anak-anak tidak diperbolehkan masuk Jam berkunjung 10-13 dan 17-19	Pelayanan pengunjung	Prosedur berkunjung	
Tidak ada monitoring	Tidak ada monitoring penempatan pasien	Tidak ada monitoring penempatan pasien	Tidak ada monitoring penempatan pasien

#### a. Proses Penempatan Pasien di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul

Hasil wawancara pada tabel 4.7. dengan ketiga responden diketahui bahwa penempatan pasien di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul dilakukan dengan melalui tindakan konsul KEC terlebih dahulu baru melihat bagaimana kondisi diagnosanya setelah diketahui hasilnya baru kemudian pasien dimasukkan ke ruang isolasi. Untuk penempatan pasien PPOK,

penggunaan ventilator sangat diperlukan, sedangkan ventilator hanya tersedia di ruang ICU jadi pasien PPOK tidak ditempatkan di ruang isolasi melainkan di ruang ICU. Tidak ada penempatan isolasi yang khusus ketika terdapat pasien yang menderita diagnosa menular.

Berdasarkan hasil wawancara pada tabel 4.7. dapat diketahui bahwa penempatan pasien di ruang ICU belum terlaksana dengan optimal, hal tersebut dikarenakan penempatan isolasi pasien yang menderita diagnosa menular tidak ditempatkan di ruangan khusus. Padahal penderita diagnosa menular harusnya ditangani di ruangan tersendiri guna menghindari penularan infeksi kepada pasien lain.

**b. Penerapan Peraturan pada Pasien di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul**

Hasil wawancara pada tabel 4.7. menegaskan bahwa pihak RS telah bekerja sama dengan pihak keluarga pasien bahwa peraturan pada pasien kohorting agar pengunjung tidak berlalu lalang yaitu dengan menerapkan peraturan hanya keluarga inti satu pasien maksimal 2 orang yang diperbolehkan untuk masuk. Pada umumnya pasien telah menetapkan jam besuk pada pengunjung yaitu pada jam 10-13 dan jam 17-19.

Berdasarkan hasil wawancara pada tabel 4.7. bahwa perawat menerapkan peraturan pasien kohorting agar tidak terdapat keluarga berlalu lalang untuk menjenguk telah diterapkan peraturan. Adanya pihak keluarga yang meminta untuk tetap menjenguk di luar jam kunjungan dengan alasan datang dari jauh diperbolehkan untuk masuk jika tidak ada kegiatan tindakan.

**c. Peralatan yang Digunakan dalam Perawatan Pasien di Ruang ICU RS  
PKU Muhammadiyah Bantul**

Wawancara pada tabel 4.7. yang dilakukan mengenai peralatan yang digunakan dalam perawatan pasien R1 dan R2 menyebutkan bahwa penggunaan sarung tangan dengan melihat kondisi dan situasi. Selain itu penggunaan alat juga sudah disposable, artinya bahwa setiap pasien memiliki masing-masing satu. *Maintenance* dan cara penggunaannya juga telah terpasang di Ruang ICU.

Secara keseluruhan hasil wawancara menyatakan bahwa pada saat proses perawatan pasien peralatan kohorting telah disposable satu pasien satu alat seperti *handscoon*, selain itu adanya *maintenance* yang telah dipasang lengkap dengan tata cara penggunaannya mempermudah perawat dalam melakukan proses tindakan. Dalam melakukan tindakan perawatan peralatan yang terdapat diruangan akan dicek, dibersihkan dan disimpan oleh ahli elektromedisnya.

**d. Monitoring Perawatan saat Penempatan Pasien di Ruang ICU RS PKU  
Muhammadiyah Bantul**

Kegiatan monitoring dalam penempatan pasien di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul dinyatakan tidak ada seperti pada tabel 4.7. Ketiga responden memberi jawaban yang sama mengenai tidak adanya monitoring yang dilakukan dalam penempatan pasien. Menurut R1 penempatan bed antara satu dengan yang lain terlalu sempit sehingga sangat mengganggu aktifitas perawat dalam melakukan kegiatan tindakan. Dalam

melakukan tindakan perawat harus menggeser barang-barang yang mengganggu dalam aktivitasnya, seperti ventilator. Dalam penggunaannya tidak ada *maintenance* pasien yang memakai ventilator karena hanya dipakai sebentar.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti menyimpulkan bahwa dalam melakukan tindakan kohorting tidak ada tim monitoring yang memantau maupun mengawasi jalannya kegiatan kohorting. Berdasarkan informasi perawat tentang tata letak dan penempatan bed dalam ruang ICU tergolong sangat sempit sehingga sangat mengganggu aktivitas perawat dalam melakukan tindakan penanganan pasien. Selain itu tidak ada *maintenance* pasien yang memakai ventilator karena hanya dipakai selama sebulan saja dan pihak rumah sakit tidak punya alat pembersihnya.

Tabel 4.8. Hasil observasi penempatan pasien

NO	PENEMPATAN PASIEN	RESPONDEN 1		RESPONDEN 2		RESPONDEN 3		TOTAL
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	
1	Mengontrol pertukaran aliran udara $\geq 6 - 12$ x/km	1		1		1		
2	Tidak menggunakan AC central dan menggunakan AC + Filter HEPA jika dibutuhkan	1		1		1		
3	Pintu harus selalu ditutup dengan rapat	1		1		1		
4	Menempatkan pasien terinfeksi atau kolonisasi pathogen yang sama di ruang yang sama	1		1		1		
5	Tidak memasukkan pasien lain tanpa pathogen yang sama masuk ke ruangan	1		1		1		
6	Memisahkan kamar pasien, atau kohorting jarak > 1 m		1		1		1	
7	Memisahkan jendela terbuka (TBC) memastikan tak ada orang yang lalu lalang		1		1		1	
8	Mengatur jarak tempat tidur pasien sekitar 2 m antar pasien		1		1		1	
		<b>5</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	
<b>TOTAL</b>		62.50%	37.50%	62.50%	37.50%	62.50%	37.50%	<b>62.50%</b>

Hasil observasi pada tabel 4.8. pelaksanaan *Universal Precaution* pelaksanaan penempatan pasien R1 (pada tanggal 14, 18 dan 19 April 2016) R2 (pada tanggal 13, 14 dan 15 April 2016) dan R3 (pada tanggal 14, 17 dan 18 April 2016) diketahui sebesar 62,5% perawat sudah menempatkan pasien dengan tepat dengan mengontrol pertukaran aliran udara, menggunakan AC filter pintu selalu ditutup, menempatkan pasien terinfeksi di tempat yang sama. Perawat tidak melakukan tindakan penempatan pasien sebesar 37,5% tidak memisahkan jarak pasien lebih dari 1 meter, memisahkan jendela terbuka dan mengatur jarak tempat tidur.

Hasil observasi pada tabel 4.8. memberikan gambaran bahwa perawat tidak melakukan pelaksanaan penempatan pasien disebabkan terkendala adanya sarana prasana di rumah sakit yang tidak mendukung. Faktor ruangan yang sempit dan kurang memadai untuk mengatur jarak tempat pasien. Pemisahan pengaturan jarak tempat tidur pasien sekitar 2 meter dan memisahkan kamar pasien sudah menjadi tanggung jawab RS PKU Muhammadiyah Bantul dalam melakukan pembenahan ruangan yang tergolong sempit tersebut. Penempatan bed yang terlalu dekat dengan kondisi ruangan yang kurang memadai sangat berpengaruh dalam penyebaran infeksi secara cepat.

Untuk itu peran pihak rumah sakit dalam melakukan pembangunan atau pelebaran ruangan diharapkan mampu mengantisipasi jarak antar bed menjadi lebih dari 2 meter, atau memberikan fasilitas yang memadai sehingga penanganan tindakan perawat terhadap pasien dapat berjalan

dengan lancar. Penempatan pasien harus dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang sudah ada. Fasilitas di Rumah Sakit yang lengkap memberikan daya dukung dalam pelaksanaan penempatan pasien.

**e. Hasil Dokumentasi Peneliti Mengenai Pelaksanaan Penempatan Pasien (Kohorting) di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul**



Gambar 4.7. Penempatan bed pasien

Pelaksanaan Penempatan Pasien di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul belum terlaksana sesuai prosedur. Seperti pada gambar 4.7. menunjukkan bahwa penempatan kamar pasien belum dilakukan secara terpisah. Bahkan penempatan bed pasien masih berdekatan dan tidak sesuai jarak yang berlaku yaitu lebih dari 1 meter.

Hasil dokumentasi dapat diketahui bahwa jika terdapat pasien dengan penyakit TBC maupun terinfeksi virus masih dirawat dalam satu ruangan dengan pasien lain, hal tersebut sangat berbahaya bagi kondisi pasien lain karena dapat menularkan serangan infeksi yang diderita pasien dengan penyakit virus menular tersebut.



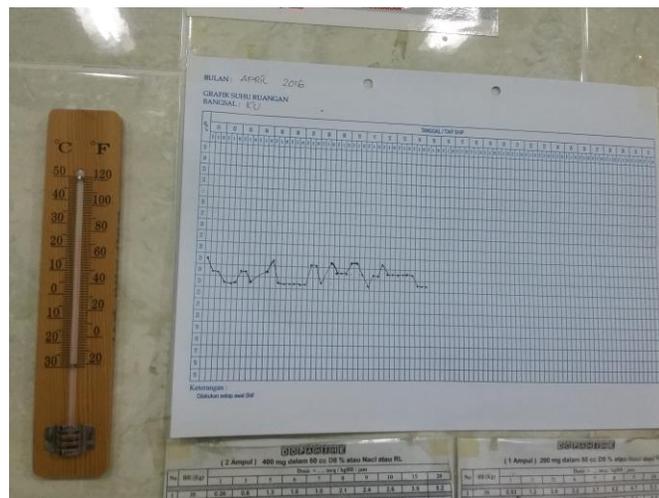
Gambar 4.8. Peraturan Jam Kunjung

Pada gambar 4.8. pihak Rumah Sakit telah menerapkan peraturan jam berkunjung dan penjagaan pasien yang ditunggu oleh keluarga maksimal 2 orang, hal tersebut dilakukan guna mencegah pengunjung yang berlalu lalang dalam menjenguk pasien, sehingga tidak dapat mengganggu ketenangan pasien. Adanya peraturan tersebut telah ditempelkan di ruang ICU sebagai peringatan bagi para penunggu pasien yang diharapkan dapat dipatuhi dan dijalankan untuk kebaikan bersama dalam menjaga peraturan dan mencegah terjadinya penularan infeksi.



Gambar 4.9. Ruang ICU memakai AC split

Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul terdapat AC yang terpasang di dinding, dilihat pada gambar 4.9. AC tidak berada di dekat pasien namun penggunaan AC di ruang ICU dapat meminimaliskan udara kotor yang dapat di serap oleh AC tersebut. Jika memungkinkan penggunaan AC pihak rumah sakit dapat menyediakan AC dengan filter HEPA, karena dengan cara membuka jendela dengan tidak terkontrol ditakutkan terdapat beberapa orang yang berlalu lalang melewati daerah terbukanya jendela tersebut.

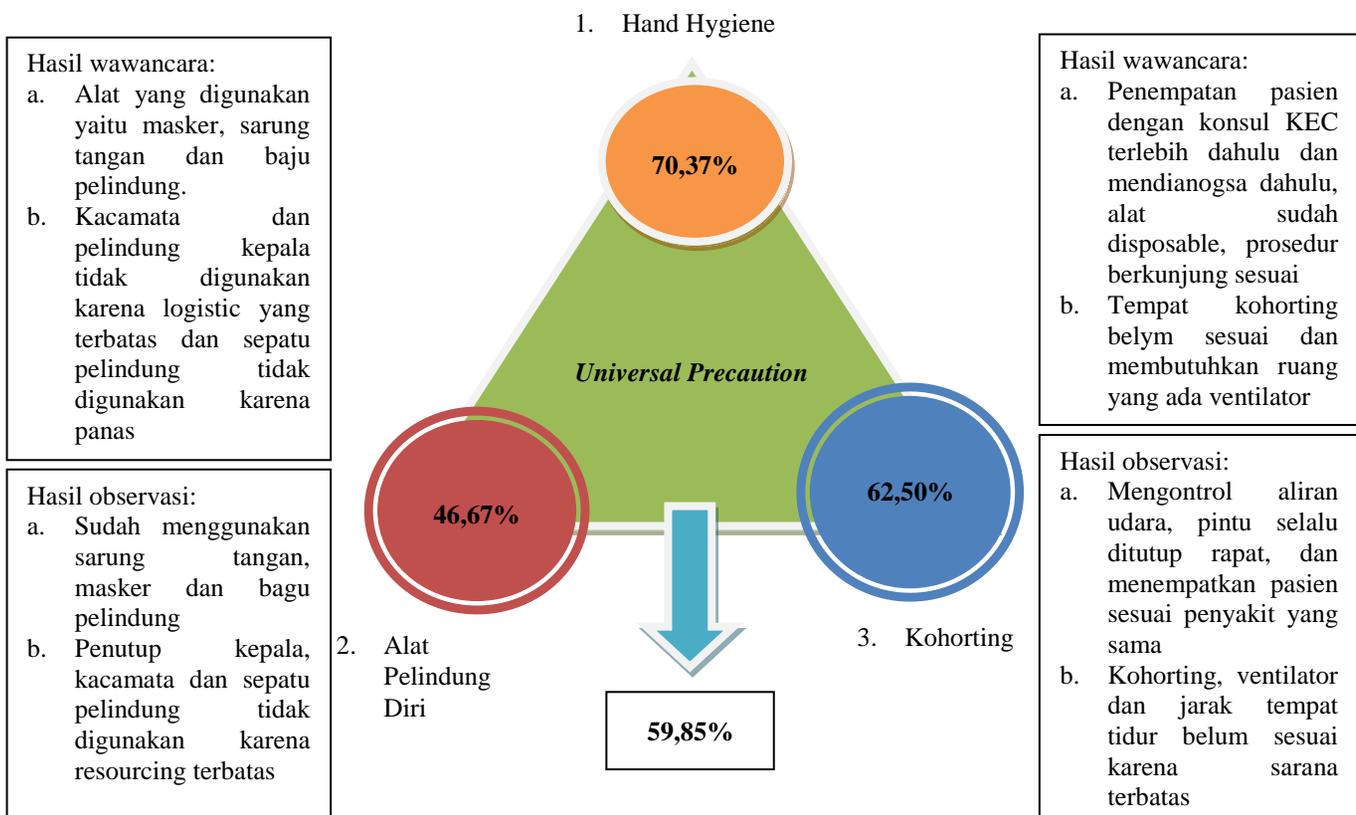


Gambar 4.10. Grafik Perubahan Suhu Ruangan

Pada gambar 4.10 telah tersedia pencatatan grafik suhu di ruang ICU, para perawat telah melakukan pengisian grafik sesuai titik perubahan suhu yang terjadi pada setiap pergantian shift baik di pagi hari, siang maupun malam hari. Penempatan pasien di ruang ICU harus mendapat pertukaran atau aliran udara yang terkontrol lebih dari 6 - 12 kali per jam. Untuk itu pelaksanaan atau pemantauan suhu dan aliran udara harus tetap terkontrol dan terjaga oleh pengawas.

## Intisari Hasil Penelitian Pelaksanaan *Universal Precaution* di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul

Hasil wawancara	Hasil observasi
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pelaksanaan <i>hand hygiene</i> sudah benar dan sesuai SOP 6 langkah cuci tangan</li> <li>b. Perawat terkadang lupa dalam melakukan cuci tangan sebelum tindakan</li> <li>c. Tidak ada monitoring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cuci tangan sebelum tindakan tidak dilakukan namun setelah melakukan tindakan sudah dilakukan</li> <li>b. Prosedur <i>hand hygiene</i> terlaksana</li> <li>c. Alternatif cuci tangan dengan <i>hand scrub</i></li> </ul>



Gambar 4.11. Intisari hasil penelitian pelaksanaan *Universal Precaution*

Berdasarkan gambar 4.11. hasil penelitian diketahui bahwa pelaksanaan *universal precaution* secara keseluruhan sebesar 59,85%. Hasil tersebut diketahui bahwa pelaksanaan *universal precaution* sudah dilakukan namun belum maksimal, yaitu pada pelaksanaan *hand hygiene*, dan penempatan pasien (*kohorting*), terutama pada penggunaan alat pelindung diri. Pihak rumah sakit dapat melakukan / mengadakan penyuluhan maupun pembinaan agar perawat dalam melaksanakan *hand hygiene* dengan benar dan sesuai prosedur, sehingga dapat meningkatkan kompetensi perawat. Selain itu tim monitoring perlu dibentuk agar perawat ada yang mengawasi dan mengingatkan untuk melakukan *hand hygiene* sebelum dan setelah tindakan. Manajemen RS PKU Muhammadiyah Bantul hendaknya mendukung penyediaan dana guna melengkapi sarana dan prasarana yang dibutuhkan dan diwajibkan seperti alat pelindung diri yang belum tersedia misalnya kacamata pelindung dan pelindung kepala. Penempatan pasien terutama dalam hal prasarana juga perlu diperhatikan sesuai dengan prosedur kohorting terutama pada luas kamar dan jarak tempat tidur pasien. Rumah sakit juga perlu menambahkan ruangan yang ada ventilator.

### C. Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan *Universal Precaution* oleh perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul. Saat ini 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). 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 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. Komponen *Universal Precaution* pada penelitian ini meliputi:

1. Pelaksanaan *Hand Hygiene* oleh perawat di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Hasil penelitian berdasarkan wawancara menunjukkan bahwa pelaksanaan *hand hygiene* di Ruang ICU RS KU Muhammadiyah Bantul telah terlaksana sesuai prosedur tindakan yaitu melaksanakan kebersihan tangan sebelum dan sesudah proses tindakan. Perawat yang telah melakukan tindakan *hand hygiene* mampu menerapkan pelaksanaan kebersihan tangan selama 40-60 detik sebelum

dan sesudah melakukan tindakan dengan baik. Namun jika perawat hanya bersentuhan dengan pasien mereka akan mengenakan *hanscrub* untuk mencegah terjadinya penularan infeksi.

Kebersihan tangan merupakan kegiatan mencuci tangan yang dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya perpindahan kuman melalui tangan. Hasil penelitian sesuai dengan pendapat Kurniawati & Nursalam (2007) Tindakan *hand hygiene* penting dilakukan guna untuk mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi dan lingkungan kerja terjaga dari infeksi. Apabila seorang perawat melakukan tindakan kebersihan tangan sesuai tekniknya yaitu melakukan *Hand washing* (40–60 detik) dengan membasahi tangan dan gunakan sabun; gosok semua permukaan; bilas tangan hingga kering secara menyeluruh dengan menggunakan handuk tunggal; gunakan handuk untuk mematikan kran maka dapat mencegah terjadinya penularan infeksi.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian terdahulu yang dilakukan Chenko Rayndi (2013) yang meneliti tentang pelaksanaan kewaspadaan universal di Puskesmas Tanawangko bahwa seluruh responden telah melaksanakan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada pasien. Penelitian lain yang dilakukan oleh Said Hafizullah Fayaz (2014) juga menunjukkan bahwa 88,6% perawat sudah menerapkan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

Pelaksanaan kebersihan tangan di Ruang ICU sudah dilakukan sesuai SOP yang berlaku di RS. Terdapat tempelan poster yang menggambarkan tindakan cuci tangan yang benar, dengan adanya poster tersebut diharapkan mampu

mengingatkan dan menjadi bahan acuan bagi perawat dalam menjaga kebersihan tangan mereka. Adanya poster cuci tangan yang sudah ditempel di dinding dapat menjadi daya dukung pelaksanaan *hand hygiene*. Namun hasil wawancara juga diketahui bahwa terkadang perawat lupa untuk mencuci tangan baik sebelum maupun sesudah tindakan.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul sudah ada SOP (*Standar Operasional Prosedur*) dalam melakukan *universal precaution*, salah satunya tindakan *hand hygiene*. Menurut Kurniawati & Nursalam (2007) tindakan *universal precaution* diperlukan kemampuan perawat untuk mencegah infeksi, ditunjang oleh sarana dan prasarana, serta *Standar Operasional Prosedur* (SOP) yang mengatur langkah-langkah tindakan *universal precaution*.

Hasil wawancara menyebutkan terdapat beberapa kendala yang mengakibatkan para perawat tidak melaksanakan kegiatan *hand hygiene* antara lain : waktu, para perawat merasa terburu-buru dalam melakukan suatu tindakan sehingga tidak melaksanakan kegiatan *hand hygiene*, selain itu terdapat juga pasien yang membutuhkan pertolongan dengan segera sehingga para perawat tidak sempat melakukan *hand hygiene* terlebih dahulu dalam menangani pasien.

Pelaksanaan *hand hygiene*, perawat seringkali mendapat berbagai kendala yang kadang membuat perawat melupakan tindakan *hand hygiene*. Sumber daya manusia yang kurang kompetensi menjadi hambatan perawat dalam melaksanakan *Universal Precaution*. Kelalaian perawat dalam melakukan tindakan *hand hygiene*. Selain itu penanganan pasien yang membutuhkan pertolongan dengan segera juga menjadi penyebabnya. Teori dalam penelitian ini menunjukkan ada

banyak alasan mengapa *Universal Precaution* tidak diterapkan, diantaranya adalah petugas layanan kesehatan kurang pengetahuan dan petugas layanan kesehatan terlalu sibuk.

Selain itu tidak adanya monitoring yang dilakukan pihak rumah sakit baik bagian KARU maupun PPI juga menjadi kendala para pasien dalam melakukan tindakan *hand hygiene*. Kondisi tersebut yang akhirnya membuat para perawat tidak melakukan tindakan *hand hygiene* secara maksimal sehingga menjadi resiko terjadinya penularan virus dan infeksi.

Hasil observasi perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul belum melakukan tindakan kebersihan tangan sesuai prosedur, seperti melakukan 6 langkah cuci tangan dan *hand scrub* yang hanya memerlukan waktu seluruhnya minimal 40-60 menit dan 20-30 detik, tidak mencuci tangan menyentuh pasien dan sebelum membersihkan antiseptic, bahkan terdapat beberapa perawat yang tidak melakukan tindakan kebersihan tangan setelah menyentuh alat-alat disekitar pasien. Prosedur tersebut belum dilakukan secara optimal sehingga para perawat melakukan tindakan operasional dengan kondisi tangan yang tidak hygenis.

Hasil dokumentasi menunjukkan bahwa telah tersedia fasilitas yang dapat digunakan para perawat dalam melakukan kegiatan *hand hygiene* seperti tempat cuci tangan, cairan antiseptik dan hand soap. Selain itu terdapat pula beberapa tempelan gambar maupun tata cara prosedur cuci tangan yang tepat. Adanya fasilitas tersebut dapat digunakan perawat sebagai acuan pelaksanaan *hand hygiene* sesuai prosedur.

Berdasarkan hasil wawancara, observasi dan dokumentasi terkait kendala yang ada dan mengakibatkan para perawat tidak melaksanakan kegiatan *hand hygiene* tersebut berdampak pada hal yang sama yaitu penularan infeksi dan virus yang terdapat di sekitar ruangan ICU maupun perawat atau pasien. Mengingat Infeksi merupakan cara transmisi mikroorganisme yang dapat terjadi dengan mudah baik melalui darah, udara baik droplet maupun airborne, dan dengan kontak langsung yang dapat terjadi antar pasien, dari pasien ke petugas, dari petugas ke petugas, dan dari petugas ke pasien.

Hasil mendukung penelitian yang dilakukan Sharma and George (2014) yang meneliti mengenai *role of knowledge in practicing universal precautions among staff nurses*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa penggunaan kewaspadaan universal menurunkan risiko infeksi. Perawat staf memiliki pengetahuan yang baik tapi praktek kewaspadaan universal yang lebih rendah. Baik praktek kewaspadaan universal adalah alat yang ampuh untuk mengurangi risiko tertular infeksi dalam pengaturan klinis. Untuk mengatasi masalah ini adalah penting untuk merencanakan program peningkatan kesadaran untuk berlatih antara staf perawat.

Dalam setiap aktivitasnya tangan merupakan hal yang sangat pokok yang digunakan dalam penanganan pasien, perpindahan kuman sangat efektif terjadi melalui tangan. Apabila perawat sukar melakukan tindakan kebersihan tangan dengan alasan waktu yaitu sibuk tentu tidak hanya berbahaya bagi kesehatan perawat itu sendiri namun bagi pasien yang ia tangani. Penularan infeksi yang terjadi tidak hanya berdampak bagi keburukan kesehatan tetapi lamanya pasien

untuk tetap bertahan di Ruang ICU dengan biaya yang tidak sedikit, selain itu dampak yang paling berbahaya dalam penyebaran infeksi ialah dapat berujung ke kematian baik sekarang maupun kedepannya.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori serta penelitian sebelumnya terkait dengan pelaksanaan kebersihan tangan atau *hand hygiene* dapat disimpulkan bahwa para perawat telah melaksanakan kebersihan cuci tangan dengan benar namun masih belum maksimal. Terdapat beberapa faktor yang membuat perawat tidak melakukan tindakan tersebut diantaranya faktor kesibukan perawat dalam menangani pasien dengan segera yang membuat perawat hanya menggunakan *handscrub* tanpa mencuci tangan. Adanya kesadaran penuh dari dalam diri perawat untuk menjaga kebersihan tangan sebelum menangani pasien harus ditingkatkan. Faktor kelalaian perawat tersebut dalam melakukan *hand hygiene*. Semua perawat telah memahami dan mengerti akan pentingnya melakukan *hand hygiene* namun kadang tidak mereka lakukan karena lupa. Adanya komunikasi saling mengingatkan atau menegur dan peraturan tertulis maupun tertempel di ruangan sangat dibutuhkan untuk mengingatkan kembali tugas mereka dalam mencegah terjadinya penularan infeksi maupun virus.

Salah satu strategi yang bermanfaat dalam pengendalian infeksi di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul adalah peningkatkan, kemampuan kesadaran dan kewaspadaan petugas kesehatan dengan diadakannya penyuluhan meningkatkan motivasi perawat yang bertugas di ruang ICU. Adanya motivasi perawat untuk untuk senantiasa melindungi diri dari tertularnya infeksi yaitu pelaksanaan *hand hygiene*. Perawat yang memiliki motivasi tinggi untuk

melindungi dari tertularnya infeksi akan merubah perilaku untuk melakukan cuci tangan dengan baik dan benar sesuai standar operasional prosedur. *Health Belief Model* (Model Kepercayaan Kesehatan) meliputi rangsangan eksternal diantara komponennya adalah keberhasilan diri dan respon keberhasilan. Rangsangan tersebut melalui proses pesan yang berhasil merasakan rangsangan berupa motivasi perlindungan diri dengan melakukan *hand hygiene* sesuai dengan prosedur.

Petugas yang mempunyai tingkat kemampuan yang baik dalam menangani pasien mampu membagi dan meluangkan waktu sejenak guna melakukan kegiatan *hand hygiene* meskipun pasien minta cepat untuk ditangani, perawat diharapkan memiliki tingkat kewaspadaan yang tinggi dalam melakukan suatu tindakan, dengan berwaspada akan pentingnya kesehatan, petugas dapat berpartisipasi dalam pencegahan terjadinya infeksi mulai dari melindungi diri sendiri sampai ke perlindungan pasien dari infeksi yang mungkin tersebar.

Program pelatihan antara staf perawat harus dilaksanakan dengan perawat untuk meningkatkan pengetahuan dan praktek kemahiran. Di antara strategi yang berbeda, kepatuhan untuk pedoman untuk ketat berlatih bersama dengan pengetahuan yang universal tindakan pencegahan merupakan unsur penting untuk kegiatan yang bertujuan mencegah perawat staf yang terkena infeksi.

## 2. Penggunaan Alat Pelindung Diri di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa para perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul telah memahami dan mengetahui mengenai macam-macam alat pelindung diri yang mereka gunakan dalam melakukan kegiatan tindakan, peralatan tersebut antara lain *handscoon*, topi, sepatu tertutup,

sandal, masker dan gaun pelindung. Semua perawat telah paham akan aturan yang ditentukan Rumah Sakit namun faktor cuaca atau ketidaknyamanan karena panas, kadang membuat para perawat seringkali mengabaikan alat pelindung diri yang seharusnya mereka kenakan.

APD merupakan peralatan perlindungan diri yang dikenakan perawat seperti penggunaan sarung tangan, penggunaan pelindung wajah, gaun pelindung diri, dan lainnya 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.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian terdahulu yang dilakukan Nderitu (2010) mengenai *the experience of ugandan nurses in the practice of universal precautions* menyatakan bahwa beberapa perawat menggunakan sarung tangan ganda ketika melakukan prosedur seperti perban kemudian mengganti sarung tangan setelah terkontaminasi dengan pasien. Hal tersebut menunjukkan bahwa perawat belum sepenuhnya menerapkan *universal precaution* dengan baik. Beberapa perawat menggunakan apa pun yang tersedia bukannya mengikuti standar yang dianjurkan. Keputusan perawat dalam mempraktekkan kewaspadaan universal tidak didasarkan pada protokol standar tapi pada persepsi dan pengalaman mereka sendiri.

Hasil wawancara lain diketahui bahwa para perawat tidak mengenakan APD seperti sepatu tertutup dan kacamata pelindung dikarenakan memang fasilitas tersebut tidak tersedia di ruang ICU, untuk sepatu tertutup sendiri hanya tersedia beberapa saja sehingga perawat harus bergantian dalam penggunaannya,

sedangkan APD penutup kepala para perawat telah mengenakan hijab sehingga tidak memerlukan adanya topi.

Teori *Health Belief Model* terdapat beberapa komponen yang memiliki kelemahan dan menyulitkan dalam tindakan penanganan kesehatan. Kesulitan yang ada berupa alat pelindung diri yang tidak lengkap akan memunculkan ancaman bagi perawat, sehingga menyebabkan perawat takut dalam menangani pasien karena tidak memakai alat pelindung diri yang lengkap. Proses pesan berawal dari kepercayaan tentang kerentanan terhadap penyakit yang dianggap sebagai ancaman. Seseorang yang merasa mungkin terkena penyakit akan lebih merasa terancam. Tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit salah satunya dengan penggunaan alat pelindung diri akan timbul apabila seseorang telah merasakan ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tertentu. Adanya persepsi tersebut akan memunculkan perilaku kesehatan terutama kinerja perawat di ruang ICU untuk selalu waspada.

Pihak rumah sakit seharusnya dapat melakukan kegiatan monitoring guna memantau seperti apa keadaan dan apa saja peralatan yang belum terpenuhi di setiap ruang ICU di RS PKU Muhammadiyah Bantul, namun sejauh ini tidak pernah diadakan kegiatan monitoring. Kegiatan monitoring biasanya hanya dilakukan di ruang bangsal dan beroperasi ketika akan diadakannya akreditasi. Untuk kesehariannya tidak pernah dilakukan kegiatan monitoring dalam mengawasi penggunaan alat pelindung diri.

Hasil observasi menyatakan bahwa para perawat tidak melakukan beberapa pemakaian APD seperti pelindung wajah, kacamata, dan penutup kepala pelindung pada saat melakukan tindakan medis. Berdasarkan hasil wawancara kendala yang dialami para perawat ketika mereka tidak mengenakan alat pelindung diri tersebut dikarenakan tidak tersedianya fasilitas yang memadai di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Berdasarkan dokumentasi yang diperoleh peneliti, pada saat melakukan tindakan penanganan pasien perawat hanya mengenakan baju pelindung, masker dan sarung tangan, perawat mengenakan sepatu tertutup secara bergiliran, perawat tidak menggunakan kaca mata khusus pihak rumah sakit tidak menyediakan sepatu tertutup untuk perorangan sedangkan kacamata khusus tidak tersedia, hal tersebut menjadi pemicu perawat dalam mengenakan sandal karet di ruang ICU.

Penggunaan sandal karet sangat tidak efektif digunakan perawat di dalam ruang ICU. Perawat tidak mendapatkan perlindungan atas kemungkinan terkenanya percikan darah atau cairan yang berbahaya dari pasien maupun lingkungan tempat kerja, sehingga perawat dapat dengan mudah menerima infeksi yang ada di lingkungan. Selain itu penggunaan sandal dapat mengakibatkan kaki perawat cedera akibat benda tajam atau benda berat yang mungkin jatuh secara tidak sengaja ke atas kaki.

Hasil penelitian yang dilakukan Said Hafizullah Fayaz (2013) yang meneliti tentang *practice of universal precautions among health care workers in four national hospitals in Kabul, Afghanistan* menunjukkan perilaku perawat dalam menerapkan *Universal Precaution* masih rendah. Perawat tidak

mendekontaminasi permukaan dan perangkat setelah digunakan dan tidak menutup kembali jarum setelah memberikan suntikan. Perawat yang tidak menggunakan kaca mata, penutup kepala dan kaos kaki sandal akan sangat beresiko jika jarum jatuh atau darah menetes di kaos kaki sehingga memicu infeksi.

Berdasarkan hasil wawancara, observasi dan dokumentasi bahwa pelaksanaan *universal precaution* terkait penggunaan alat pelindung diri di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul belum maksimal dikarenakan fasilitas yang tidak tersedia dan tidak memadai di ruang ICU,

Peneliti Howard Community College pada tahun 2013 menyatakan bahwa untuk memastikan bahwa alat pelindung diri (APD) yang digunakan secara efektif, karyawan harus mematuhi seperti : Periksa alat pelindung diri seperti yang mengenakan, untuk memastikan bahwa hal itu akan memberikan perlindungan yang memadai, beritahu supervisor segera jika peralatan kebutuhan perbaikan atau penggantian, lepaskan pakaian atau peralatan yang terkontaminasi oleh darah atau berpotensi bahan menular langsung, atau sesegera mungkin. Tempatkan terkontaminasi pakaian dalam plastik atau Biohazard tas merah dan bawa ke lokasi yang ditunjuk untuk membersihkan atau pembuangan, Bila mungkin, personil akan mengenakan pakaian sekali pakai ketika menanggapi suatu kecelakaan.

Pakaian terkontaminasi, membersihkan mereka menggunakan mesin cuci komersial dan pengering, dengan semua biaya yang akan diganti oleh HCC, Pakailah sarung tangan bila ada kemungkinan kontak tangan dengan darah atau

lainnya yang berpotensi bahan menular, melakukan prosedur akses vaskular, Penanganan atau menyentuh barang atau permukaan yang terkontaminasi, ganti sarung tangan sekali pakai sesegera mungkin setelah kontaminasi atau jika mereka robek, tertusuk atau telah kehilangan kemampuan mereka untuk berfungsi sebagai pelindung pembatas, Gunakan masker, pelindung mata atau wajah perisai setiap kali percikan, semprotan atau tetesan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya dapat dihasilkan. Menggantikan ketika terkontaminasi dan Bersihkan tumpahan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya dengan disinfektan yang tepat saat mengenakan APD yang sesuai.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori serta penelitian sebelumnya terkait dengan penggunaan alat pelindung diri diketahui dengan jelas oleh para perawat, namun faktor ketidak tersediaan alat di ruang ICU menjadi pemicu para perawat dalam mengabaikan tindakan pemakaian APD. Selain itu faktor lain seperti cuaca yang panas membuat para perawat enggan menggunakan beberapa APD seperti sepatu tertutup karena dinilai gerah jika digunakan. Dibutuhkan monitoring lebih lanjut yang dilakukan tim PPI dan Ketua Ruangan perlu ditinjau dan dilaksanakan. Adanya kegiatan monitoring dapat meningkatkan minat pemakain APD yang bermanfaat bagi perawat.

Pihak Rumah Sakit berperan untuk segera melengkapi peralatan-peralatan yang sudah seharusnya tersedia di Ruang ICU guna keamanan bersama baik antara pasien kepada perawat maupun sebaliknya. Selain itu petugas kesehatan memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa pakaian pelindung dipakai dengan tepat. Semua petugas kesehatan memiliki tanggung jawab untuk meminta

dan mengenakan alat pelindung diri kepada pihak rumah sakit. Untuk sementara perawat dapat menggunakan sepatu tertutup seperti sepatu boot untuk melindungi diri dari genangan percikan yang kemungkinan terjadi.

### 3. Pelaksanaan *Universal Precaution* Penempatan Pasien (Kohorting) di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul

Hasil penelitian berdasarkan wawancara menunjukkan bahwa proses penempatan pasien di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul harus memenuhi konsul dari KEC terlebih dahulu, pasien akan mendapatkan tindak lanjut terlebih dahulu guna dilihat kondisi diagnosanya, setelah itu baru mereka akan dimasukkan ke ruang isolasi.

Kohorting merupakan tindakan menempatkan pasien yang terinfeksi atau kolonisasi patogen yang sama di ruang yang sama, sedangkan untuk pasien lain yang dinyatakan tanpa patogen yang sama dilarang masuk. Para penderita patogen diharapkan dapat ditempatkan di ruang yang tertutup, terpisah dan jauh dari penggunaan AC sentral.

Saat ini pasien PPOK yang membutuhkan ventilator tidak dapat dimasukkan ke dalam ruang isolasi dikarenakan ventilator yang tersedia di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul hanya terdapat di ruang ICU saja, untuk penanganan pasien yang menderita diagnosa menular tidak ditempatkan di ruang khusus melainkan ditempatkan dalam satu ruangan dengan pasien yang lain guna mempermudah monitoring perawat terhadap keadaan pasien. Untuk pemakaian alatnya pihak rumah sakit telah mendisable untuk satu pasien. Terdapat cara penggunaan yang telah terpasang sehingga mempermudah perawat

dalam menggunakan peralatan tersebut. Menurut wawancara peneliti kepada responden penataan bed yang tersedia di dalam ruangan sangat sempit sehingga mengganggu prosedur tindakan.

Terdapat beberapa kendala yang menunjang pelaksanaan penempatan pasien di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul. Hasil wawancara menyatakan bahwa tidak tersedianya ruangan guna memisahkan penempatan pasien yang diagnosa menular dan pasien diagnosa tidak menular. Selain itu peraturan yang telah ditetapkan rumah sakit agar tidak terjadi. Hasil observasi menunjukkan bahwa kendala yang dialami para perawat terkait pemisahan kamar pasien diantaranya memisahkan pasien dengan jarak lebih dari 1 meter, mengatur jarak tempat tidur sekitar 2 meter antar pasien dan tetap memasukkan pasien lain tanpa pathogen yang sama ke ruangan, hal tersebut disebabkan kondisi ruangan tidak mencukupi. *World Health Organization* (2008) menjelaskan tentang pelayanan kesehatan harus menempatkan pasien dengan gejala gangguan pernapasan akut setidaknya 1 meter dari pasien lain saat berada di ruang umum jika memungkinkan.

Perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien sudah memberikan tindakan sesuai dengan prosedur dapat bermanfaat bagi pasien dan petugas kesehatan namun jika sarana prasarana di rumah sakit tidak tersedia menyebabkan resiko terjadinya penularan infeksi bagi petugas kesehatan. Teori *Health Belief Model* (Model Kepercayaan Kesehatan) menyatakan bahwa, kesulitan meliputi sarana dan prasarana yang tidak lengkap dan tidak sesuai akan memunculkan motivasi negatif. *Health Belief Model* diketahui bahwa salah satu faktor esensial

yaitu adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku, faktor lain yaitu sarana kesehatan. Perawat yang memiliki sikap bertahan terhadap kondisi dapat berisiko tertular infeksi sehingga petugas kesehatan dapat melaporkan bagian manajemen dengan adanya sarana prasarana yang tidak memenuhi SOP.

Dampak atau resikonya dari kendala yang terjadi di ruang ICU ialah penularan infeksi antara pasien yang menderita diagnose menular dengan pasien yang tidak menderita diagnosa menular. Selain itu pengunjung atau penjaga juga dapat terkena penularan infeksi tersebut. Dibutuhkan adanya penanganan lebih lanjut mengenai perbedaan ruangan guna menghindari penularan tersebut. Selain itu sikap petugas diharapkan lebih tegas dalam menjalankan peraturan yang telah ditentukan pihak rumah sakit.

Penelitian Masinga (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.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori serta penelitian sebelumnya terkait dengan penempatan pasien diketahui memenuhi konsul dari KEC terlebih dahulu, pasien akan mendapatkan tindak lanjut terlebih dahulu guna dilihat kondisi diagnosanya, setelah itu baru mereka akan dimasukkan ke ruang isolasi. Tidak tersedianya ruangan guna memisahkan penempatan pasien yang diagnosa pasien

positif dan pasien negatif. Perawat juga tetap memasukkan pasien lain tanpa pathogen yang sama ke ruangan, hal tersebut disebabkan kondisi ruangan tidak mencukupi. Dibutuhkan monitoring lebih lanjut yang dilakukan tim PPI dan Ketua Ruangan perlu ditinjau dan dilaksanakan. Adanya kegiatan monitoring dapat meningkatkan kesadaran perawat akan pentingnya kohorting pasien.