

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN PERAWAT
TENTANG STANDAR *UNIVERSAL PRECAUTION* DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RSUD JAYAPURA**

**Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Diploma IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah
Pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura**



Diajukan Oleh:

**HALIMAH KARAMMAN
NIM . PO.71.20.1.12.167**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN
MAHIR MEDIKAL BEDAH
TAHUN 2013**

LEMBAR PERSETUJUAN

**GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN
PERAWAT TENTANG STANDAR *UNIVERSAL PRECAUTION*
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD JAYAPURA**

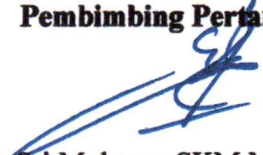
**DISUSUN OLEH
HALIMAH KARAMMAN
NIM. PO.71.20.1.12.167**



Telah disetujui untuk dipertahankan
Di depan Dewan Penguji **Skripsi**
Diploma IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah Pada Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, 31 Juli 2013

Pembimbing Pertama


Sri Mulyono, SKM M.kes
NIP.196407261988031001

Pembimbing Kedua,


Lamria Situmeang, S.Kep.Ns
NIP. 1977092 120051 2 005

Mengetahui,

Ketua Program D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah


(Blestina Maryorita, S.Kep.Ns.MSI)

Nip.19670520 198601 2 001



HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN PENGETAHUAN SIKAP DAN TINDAKAN PERAWAT TENTANG STANDAR *UNIVERSAL PRECAUTION* DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD JAYAPURA

DISUSUN OLEH
HALIMAH KARAMMAN
NIM. PO.71.20.1.12.167



Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Ujian Sidang
Skripsi D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah
di Politeknik Kesehatan Jayapura
Pada Tanggal, 31 Juli 2013
dan dinyatakan telah lulus memenuhi syarat

Susunan Dewan Penguji

- | | | |
|------------|-------------------------------|---------|
| 1. Ketua | : Sri Mulyono, SKM., M.Kes. | |
| Nip | : 19640726 198803 1 001 | 1 |
| 2. Anggota | : Sofietje Gentindatu, S.Kep. | |
| Nip | : 19660425 198701 2 001 | 2 |
| 3. Anggota | : Rohmani, S.Kep.Ns | |
| Nip | : 19830706 200912 1 002 | 3 |

[Handwritten signatures and initials corresponding to the list members]

Mengetahui

Ketua Program D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah



[Handwritten signature of Blestina Maryorita]
(Blestina Maryorita. S.Kep.Ns.MSI)
Nip.19670520 198601 2 001

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Gambaran Pengetahuan,Sikap dan Tindakan Perawat Tentang Standar *Universal Precaution* di Instalasi Gawat Darurat “**

Dalam penyusunan Skripsi Ini penulis banyak mendapat bimbingan, pengarahan dan bantuan sehingga dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Direktur Poltekes Kemenkes Jayapura yang telah memberikan kesempatan bagi peneliti untuk mengikuti pendidikan di Poltekes Jayapura.
2. Bapak Direktur RSUD Jayapura yang telah mengijinkan penulis dalam melakukan penelitian.
3. Ibu Blestina Mayorita,S.Kep.Ns,Msi. Sebagai ketua program D-IV Mahir Medikal Bedah.
4. Bpk Sri Mulyono, SKM, M.Kes. sebagai dosen pembimbing I didalam yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan penulisan skripsi ini.
5. Ibu Lamria Situmeang,S.Kep.Ns. selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan,arahan dan petunjuk selama penyusunan skripsi ini.
6. Seluruh dosen dan staf pendidikan D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah Politehnik Kemenkes Jayapura.

7. Rekan-rekan angkatan pertama Tahun 2012-2013 pada program D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah yang telah berkerja sama dan memberikan semangat sehingga skripsi ini dapat selesai pada waktunya.
8. Seluruh teman sejawat di Rumah Sakit yang telah memberikan semangat dan motivasi sehingga dapat menyelesaikan proposal Skripsi ini.
9. Semua pihak yang telah banyak membantu penulis dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat kami sebutkan satu-persatu kiranya Allah SWT dapat membalas jasa baiknya.

Kami menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari apa yang diharapkan, untuk itu kritik dan saran sangatlah penulis harapkan guna perbaikan di masa mendatang.

Akhir kata, semoga pembuatan Skripsi ini dapat bermanfaat bagi ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Jayapura, Juli 2013

Penulis

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : HALIMAH KARAMMAN
Tempat/Tanggal Lahir : Luwu, 10 Juni 1964
Alamat : Jln. Tanjung Ria dok IX,
Jayapura
Agama : Islam

RIWAYAT PENDIDIKAN

- | | | |
|-------------------------------------|---|------------------|
| 1. SDN BULO , SUL – SEL | : | LULUS TAHUN 1980 |
| 2. SLTP NEGERI WALENDRANG SUL – SEL | : | LULUS TAHUN 1983 |
| 3. SMA NEGERI 1 PALOPO - SUL - SEL | : | LULUS TAHUN 1986 |
| 4. D3 KEPERAWATAN UNCEN | : | LULUS TAHUN 1989 |

RIWAYAT PEKERJAAN

1. MULAI BEKERJA DIRUMAH SAKIT DOK II RUANGAN ICU/ICCU SELAMA 9 TAHUN (1990 – 1999)
2. MULAI BEKERJA DIRUMAH SAKIT DOK II JAYAPURA RUANGAN KANAK-KANAK TAHUN (1999 - 2013)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Kepada-mu kami ibadah dan kepada-mu kami mohon pertolongan, tunjukkanlah kami jalan yang lurus

(S. Alfatiha, 5-6)

PERSEMBAHAN

1. Allah SWT karena berkat dan hidayahnya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan
2. Suami dan anak – anak tercinta yang selalu mendoakan dan mendukung saya selama ini
3. Rekan – rekan seangkatan 2012 pogram study D-IV Keperawatan Mahir Medikal bedah, atas kerjasamanya dan kebaikannya selama kita berada di bangku perkuliahan
4. Teman – teman kerja di RKK dan Instalasi Rawat Inap RSUD Jayapura yang selalu memberikan semangat dan dukungannya
5. Almamaterku yang kubanggakan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
INTISARI	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pengetahuan	9
B. Perilaku	14
C. Sikap	16
D. Tindakan	20
E. Kewaspadaan standar	22
F. Kebijakan universal precaution dan peraturan Dasar	
Hukum	46
G. Kerangka konsep	48

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian	50
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	50
C. Populasi dan Sampel	50
D. Variabel Penelitian	51
E. Instrumen penelitian data	52
F. Analisa data	58
G. Etika penelitian	58

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

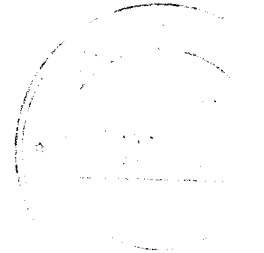
A. Hasil Penelitian	63
B. Pembahasan	67
C. Keterbatasan Penelitian	72

BAB V PENUTUP

A. Simpulan	73
B. Saran	74

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN - LAMPIRAN



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangak Konsep Penelitian	49
Gambar 4.1	Distribusi Frekuensi Berdasarkan umur responden	61

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel	52
Tabel 3.2	Sikap	53
Tabel 3.3	Tindakan	54
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Berdasarkan umur responden	61
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin responden	62
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Responden	63
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Masa Kerja Responden	64
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Responden	65
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sikap Responden	66
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tindakan Responden	67

DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Penelitian
2. Surat Ijin Penelitian
3. Surat Balasan dari RSUD Jayapura
4. Surat Menjadi Responden (Informed Consent)
5. Kuesioner
6. Master Tabel
7. Hasil Olah data SPSS
8. Lembar konsultasi/bimbingan

DAFTAR SINGKATAN

1.	CDC : Centrefur Disease Control	2
2.	HIV : Human Immunodeficienci Virus.....	3
3.	HBV : Hepatitis B. Virus	3
4.	AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome	3
5.	HVC : Hepatitis C Virus	3
6.	UP : Universal Precaution	4
7.	IGD : Instalasi Gawat Darurat	4
8.	APD : Alat Pelindung Diri	26
9.	DTT : Desinfeksi Tingkat Tinggi	31
10.	UV : Ultra Violet	42
11.	WHO : World Health Organisation	42
12.	PPI : Pencegahan Pengendalian Infeksi	46
13.	KPPI : Komite Pencegahan Penanggulangan Infeksi	46
14.	IPCN : Ifection prevention Control Ners	47
15.	TPPI : Tingkat Pencegahan Pengendalian Infeksi	47

INTISARI

Halima Karamman, "Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Perawat Tentang Standar *Universal Precaution* Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Jayapura Pada Bulan 2013. Dibimbing Oleh Sri Mulyono, SKM, M.Kes dan Lamria Situmeang, S.Kep, Ns (Xii+74 halaman+ 10 tabel+ 2 gambar+ 8 lampiran+ 19 daftar pustaka)

Latar belakang: Rumah Sakit merupakan tempat atau unit pelayanan medik, keperawatan serta berbagai bentuk pelayanan berhubungan dengan orang sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Infeksi nosokomial merupakan angka kesakitan dan angka kematian di rumah sakit, sehingga dapat menjadi masalah kesehatan yang buruk baik di negara berkembang maupun maju. Pelaksanaan prinsip universal precaution di Indonesia masih kurang. Beberapa tindakan yang menyebabkan infeksi, potensial penularan pengolahan benda tajam yang salah dan teknik dekontaminasi yang tidak adekuat.

Tujuan Penelitian: untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap dan tindakan perawat tentang standar *universal precaution* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura.

Metode Penelitian: Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, dengan pendekatan observasional yang dimaksudkan untuk memperoleh gambaran perilaku perawat yang meliputi tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap standar universal precaution di IGD Rumah Sakit Umum Jayapura.

Hasil Penelitian: Menunjukkan bahwa pengetahuan perawat baik 90,6%, sikap perawat baik 90,6%, tindakan perawat 93,8%.

Kesimpulan: Menunjukkan bahwa pengetahuan perawat baik 90,6%, sikap perawat baik 90,6%, tindakan perawat 93,8%.

Saran: Dari hasil penelitian ini diharapkan ada penelitian lebih lanjut untuk menyempurnakan hasil penelitian dengan pengelompokkan responden yang lebih baik dan banyak.

Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Tindakan Perawat, *Universal Precaution*.

Pustaka : 19 (1992-2013)

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit merupakan tempat atau unit pelayanan medik, keperawatan serta berbagai bentuk pelayanan yang berhubungan dengan orang sehat maupun sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Tingkat keragaman pelayanan di Rumah Sakit sangat kompleks baik dari tenaga pemberi pelayanan, pasien yang mendapat pelayanan, alat sarana, peralatan yang digunakan baik dari yang sederhana maupun modern (Darmadi 2008).

Tingkat keragaman pelayanan yang sangat kompleks tersebut, sangat memungkinkan terjadinya interaksi dari petugas ke penderita yang dirawat, penderita ke penderita, pengunjung ke penderita serta sebaliknya. Interaksi ini akan mengakibatkan terjadinya penularan penyakit infeksi nosokomial. Penyakit ini akan meningkat dengan keadaan sarana dan prasarana sanitasi rumah sakit yang buruk. Perilaku tenaga kesehatan yang buruk juga mempunyai peranan penting dalam penularan infeksi nosokomial. Keadaan tersebut menggambarkan bahwa baik masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan maupun petugas kesehatan yang melayani seperti perawat, dokter, serta satuan pendukung seperti laboratorium dan tenaga sanitarian serta petugas Cleaning service akan dihadapkan pada risiko infeksi nosokomial (Tietjen dkk 2004).

Infeksi yang terjadi di rumah sakit (*nosokomial*) dan infeksi dari pekerjaan yang berhubungan dengan kesehatan merupakan masalah yang penting, karena dari tahun ke tahun terjadi peningkatan prevalensi (Alvarado 2000 dalam Tietjen dkk 2004). Infeksi nosokomial berkisar dari 1% yang terjadi diberapa Negara Eropa dan Amerika, dan sampai lebih dari 40% terjadi di Afrika, Asia, serta Amerika latin (lynch dkk 1997 dalam Tietjen dkk 2004).

Infeksi nosokomial saat ini merupakan salah satu penyebab peningkatan angka kesakitan (*morbidity*) dan angka kematian (*mortality*) dirumah sakit, sehingga dapat menjadi masalah kesehatan yang baru baik dinegara berkembang maupun maju (Darmadi 2008:2). Pada tahun 2002, WHO memperkirakan terjadi 16.000 kasus penularan Hepatitis C, 66.000 kasus penularan Hepatitis B, dan 1000 kasus penularan HIV pada tenaga kesehatan didunia. Tingginya frekuensi kontak dengan darah atau cairan tubuh lainnya akan meningkatkan resiko terjadinya infeksi pada tenaga kesehatan. Penelitian yang dilakukan terhadap 24.000 tenaga kesehatan dirumah sakit selama tiga tahun menunjukkan bahwa insiden kontak darah (*exposure rate*) 3,5 per 100 pekerja per tahun (Denis 2000 dalam Tietjen 2004). *Centre for disease control (CDC)* memperkirakan setiap tahun terjadi 385.000 kejadian luka akibat benda tajam yang terkontaminasi darah pada tenaga kesehatan di rumah sakit di Amerika.

Di Amerika lebih dari 800.000 luka karena tertusuk jarum suntik terjadi setiap tahun walaupun telah dilakukan pendidikan berkelanjutan dan

upaya mencegah kecelakaan tersebut (Roger 1997 dalam Tietjen 2004). Di negara berkembang, resiko perlukaan karena jarum suntik dan paparan terhadap darah dan cairan tubuh jauh lebih tinggi (Philips dkk 2002). Infeksi nosokomial merupakan resiko kerja yang dihadapi oleh perawat atau tenaga kesehatan pada umumnya, darah dan cairan tubuh lainnya merupakan sumber penularan infeksi dari pasien ke tenaga kesehatan. Virus Human Immunodeficiency virus (*HIV*), Hepatitis B (*HBV*), dan virus Hepatitis C (*HCV*) merupakan ancaman terbesar bagi tenaga kesehatan (Muhammad yusran, 2006).

Menurut Darmadi (2008), angka infeksi nosokomial yang tercatat di beberapa Negara berkisar antara 3,3%-9,2% . Artinya bahwa ada sekian persen pasien yang dirawat tertular akibat infeksi nosokomial yang dapat terjadi secara akut atau kronis. Munculnya infeksi nosokomial ini sangat merugikan pasien antara lain lama perawatan menjadi lebih panjang serta akibatnya adalah penderitaan fisik dan psikis akan bertambah berat selain meningkatnya morbiditas dan morbidity, juga meningkatnya beban biaya Rumah Sakit, bersamaan yang dialami penderita pihak RS juga dihadapkan dengan persoalan manajemen pelayanan secara keseluruhan, dimana angka kejadian infeksi nosokomial saat ini telah dijadikan sebagai salah satu indikator penilaian mutu pelayanan rumah sakit.

Izin operasional suatu Rumah sakit dapat dicabut bila angka kejadian infeksi nosokomial tinggi (Darmadi 2008). Pada tahun 2011 sampai februari 2012 pasien suspek HIV/AIDS yang masuk di Instalasi gawat Darurat (IGD)

Rumah sakit umum Jayapura sebanyak 106 orang dan pasien TB paru sebanyak 226 orang (Data registrasi IGD). Walaupun sampai saat ini belum ada petugas IGD Rumah sakit umum Jayapura yang tertular penyakit yang sangat berbahaya tersebut, namun apabila pelaksanaan standar universal Precaution tidak diterapkan dengan baik terhadap pasien, maka tidak menutup kemungkinan perawat atau petugas kesehatan lainnya akan tertular penyakit-penyakit infeksi yang sangat berbahaya tersebut.

Pelaksanaan prinsip *universal precaution* di Indonesia masih kurang (Bachroen 2000 dikutip oleh Anggraini 2000). Beberapa tindakan yang dapat menyebabkan infeksi, potensial penularan penyakit seperti tidak mencuci tangan, tidak menggunakan sarung tangan, penanganan benda tajam yang salah, tehnik dekontaminasi yang tidak adekuat, dan kurangnya sumber daya untuk pelaksanaan *Universal Precaution*, tidak semua petugas kesehatan mematuhi pedoman secara tepat. Hal ini ditunjukkan dalam beberapa tindakan yang tidak aman seperti melakukan penyuntikkan tanpa menggunakan sarung tangan (Lelyana L dkk 2006).

Penelitian yang dilakukan pada rumah sakit Karyadi Semarang menunjukkan angka kepatuhan tenaga kesehatan untuk menerapkan penerapan beberapa elemen *universal precaution* kurang dari 50 %. Pada studi yang dilakukan Muhammad yusran (2008), pada rumah sakit Abdoel muluk menunjukkan 58% tenaga kesehatan mengalami paparan terhadap darah dan cairan tubuh, dari kedua informasi dari penelitian diatas menggambarkan bahwa insiden kontak darah maupun cairan tubuh lainnya

bagi perawat dan pasien cukup tinggi dan tingkat kepatuhan dalam penerapan prinsip pencegahan infeksi (*universal precaution*) masih belum optimal, Standar Universal precaution masih diterapkan secara parsial.

Hasil penelitian di RS DR Sardjito Yogyakarta oleh Lelyana dkk (2006), melaporkan bahwa sebagian besar petugas kesehatan sudah mengetahui Standar *Universal precaution* tetapi belum optimal dalam pelaksanaannya, ketidakpatuhan pemakaian sarung tangan responden, sebesar 61 %, sedangkan ketidak patuhan mencuci tangan sebesar 40 %. Pemakaian alat pelindung dalam melayani pasien hanya 32%, dan 40% petugas kesehatan menutup kembali alat suntik setelah digunakan.

Leliana dkk(2006) melaporkan bahwa: Kepatuhan petugas kesehatan terhadap penerapan Standar *UP(universal precaution)* dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu : lama kerja, pengetahuan tentang penularan penyakit dan kendala-kendala dalam praktek dan komitmen dalam menjaga lingkungan kerja yang aman.

Tenaga keperawatan sebagai salah satu unsur pemberi pelayan secara tidak langsung dapat sebagai media perantara terjadinya infeksi nosokomial, atau bahkan dapat menjadi obyek terjangkit terkena infeksi akibat kesalahan prosedur atau karena perilaku yang tidak menggunakan kewaspadaan umum atau kewaspadaan baku.

Berdasarkan pengalaman dan studi awal peneliti selama berada di Rumah Sakit, sebagian besar perawat meniru perilaku kerja yang tidak aman dari rekan kerja atau karena alasan praktis dan berbagai alasan lain yang

tidak berpikir panjang bahwa hal itu aman digunakan dimasa sekarang, sebagai contoh tidak menggunakan hanscoen atau pelindung tangan saat memasang infus, memberi suntikan, melepas jarum infus, atau terkadang menggunakan *hanscoen* namun hanya pada salah satu tangan saja, tidak mencuci tangan saat memulai dan mengakhiri pada saat melakukan tindakan *invasive*, mencuci tangan tetapi menggunakan handuk yang lembab bahkan handuk yang telah digunakan rekan kerja untuk mengeringkan tangan, membuang limbah berbahaya seperti semprit atau jarum suntik tidak pada tempatnya, menutup jarum semprit tidak menggunakan tehnik satu tangan, tidak menggunakan pelindung kaki dengan sepatu, menggunakan sandal dalam ruangan perawatan dan masih banyak lagi perilaku perawat yang dapat berdampak buruk bagi pasien maupun perawat itu sendiri. Selain perilaku perawat, ketidak tersedianya alat sarana dan prasarana juga menjadi kendala besar bagi pelayanan dalam menerapkan *standar precaution* kewaspadaan standar atau kewaspadaan baku.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut di atas memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan masalah penelitian “ Bagaimana gambaran pengetahuan , sikap dan tindakan perawat tentang *standar universal precaution* di Instalasi Gawat Darurat RSU Jayapura?”

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk menggambarkan pengetahuan, sikap dan tindakan perawat tentang *standar universal precaution* dalam Instalasi Gawat Darurat RSUD Jayapura

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan tingkat pengetahuan perawat tentang standar *Universal precaution* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Jayapura
- b. Menggambarkan sikap perawat tentang *standar Universal precaution* Instalasi Gawat Darurat RSUD Jayapura
- c. Menggambarkan tindakan perawat tentang standar *Universal precaution* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Jayapura

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan masukan bagi profesi dalam mengembangkan manajemen keperawatan yang dilakukan tentang *standar universal precaution*/kewaspadaan standar/baku dalam mencegah terjadinya infeksi nosokomial dan resiko infeksi pada perawat ataupun terhadap pengambil kebijakan dalam rumah sakit untuk menerapkan *standar precaution* / kewaspadaan standar/ baku dengan lebih baik

2. Bagi Institusi pendidikan

Dapat menjadi masukan bagi instansi pendidikan kesehatan betapa pentingnya kewaspadaan standar/standar precaution bagi mahasiswa keperawatan yang akan memasuki lahan praktek di Rumah sakit, dapat dijadikan bahan bimbingan sebelum memasuki lahan praktek, mengingatkan resiko yang sangat besar bila mahasiswa memasuki lapangan tanpa pengetahuan tentang kewaspadaan baku dengan baik.

3. Bagi Rumah Sakit

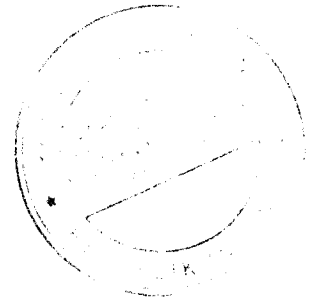
Memberikan masukan gambaran yang nyata tentang penerapan kewaspadaan standar/standar precaution yang sementara berjalan. Kiranya dapat bermanfaat bagi kepentingan Rumah sakit dalam mengambil langkah dan strategi pelaksanaan kewaspadaan standar/standar precaution .

4. Bagi peneliti

Merupakan pengalaman yang berharga memberikan gambaran dan informasi tentang perilaku perawat dalam menerapkan kewaspadaan standar/standar precaution dimana jika ada yang perlu dirubah diubah kearah yang lebih baik, dipertahankan, dan dikembangkan dalam upaya mencegah infeksi nosokomial dan resiko terjadinya infeksi pada pemberi pelayanan, terutama bagi perawat serta penerima pelayanan yaitu pasien .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA



A. PENGETAHUAN

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2007) Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

1. Tahu, dapat diartikan sebagai kemampuan perawat untuk mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari berkaitan dengan tindakan *standar universal precaution*. tingkatan ini merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah tetapi digunakan sebagai prasyarat untuk menguasai selanjutnya.
2. Memahami dapat diartikan sebagai suatu kemampuan perawat untuk menjelaskan secara benar tentang tindakan stand yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.

3. Aplikasi, diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari mengenai tindakan standar universal precaution pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.
4. Analisis, adalah suatu kemampuan perawat untuk menjabarkan materi suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
5. Sintesis, adalah kemampuan perawat untuk meletakan atau menghubungkan kembali bagian-bagian tentang tindakan standar universal precaution didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi, adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi tentang tindakan standar universal precaution (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan merupakan sesuatu yang ada dalam pikiran manusia. tanpa pikiran tersebut, maka pengetahuan tidak akan ada untuk dapat tetap ada terdapat delapan unsur yang terbentuk struktur pemikiran manusia (Hidayat, 2007) diantaranya:

a. Pengamatan

Unsur ini merupakan bagian dari unsure yang dapat membentuk struktur pikiran karena melalui pengamatan dapat timbul keterkaitan pada objek tertentu sehingga dapat membentuk sebuah pemikiran.

b. Penyelidikan.

Setelah dilakukan pengamatan, maka dapat dihasilkan suatu persepsi dan konsep yang diingat baik secara sederhana maupun kompleks, sehingga dapat terbentuk struktur pemikiran.

c. Percaya

Rasa percaya pada objek muncul dalam kesadaran yang biasanya timbul dari suatu rasa keraguan akan objek yang akan diselidiki, melalui rasa percaya terhadap objek tersebut akan timbul pemikiran untuk mencapai apa yang akan dihasilkan.

d. Keinginan

Keinginan dapat menjadi pembentuk struktur pemikiran. Apabila tidak ada keinginan untuk mengenal, mengetahui bahkan menyelidiki suatu objek, maka tidak terjadi sebuah pemikiran.

e. Adanya maksud

Apabila seseorang tidak mempunyai maksud terhadap objek tertentu walaupun telah diamati dan diselidiki, maka sulit untuk dapat terjadi sebuah pikiran.

f. Mengatur

Pikiran merupakan suatu organism yang teratur dalam diri seseorang dan pikiran dapat mengatur melalui kesadaran. proses pengaturan ini akhirnya dapat membentuk sebuah pemikiran.

g. Menyesuaikan.

Menyesuaikan merupakan bagian dari komponen yang dapat membentuk struktur pemikiran manusia, melalui kemampuan dalam menyesuaikan

pemikiran-pemikiran akan terdapat pembatasan –pembatasan yang dibebankan pada pemikiran melalui kondisi yang ada dalam keadaan fisik, biologis maupun lingkungan.

h. Menikmati.

Melalui pikiran-pikiran akan dapat dirasakan kenikmatan tersendiri dalam menekuni berbagai persoalan hidup. proses menikmati ini juga akan membentuk struktur pemikiran manusia.

Menurut Notoatmodjo (2003), Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan diantaranya sebagai berikut:

1. Usia

Makin tua seseorang, maka proses-proses perkembangan mentalnya makin baik, akan tetapi pada umur-umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berumur belasan tahun. selain itu daya ingat seseorang dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya.

2. Pendidikan

Tingkat pendidikan menentukan pola pikir dan wawasan seseorang, semakin tinggi pendidikan seseorang maka diharapkan stok modal semakin meningkat. Pendidikan memiliki peranan yang penting dalam kualitas, lewat pendidikan manusia dianggap akan memperoleh pengetahuan .

3. Informasi.

Informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia

mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya TV, radio atau surat kabar, maka akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

4. Intelegensi.

Intelegensi diartikan sebagai salah satu kemampuan untuk belajar dan berfikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensi merupakan suatu factor suatu yang mempengaruhi hasil dari proses belajar. Dengan demikian perbedaan intelegensi dari seseorang akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan.

5. Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu factor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan mempengaruhi seseorang, dimana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya. Dalam lingkungan seseorang akan memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berfikir seseorang.

6. Sosial budaya

Sosial budaya mempunyai pengaruh pada pengetahuan seseorang. Seseorang memperoleh suatu kebudayaan dalam hubungan dengan orang lain, karena hubungan ini seseorang mengalami proses belajar dan memperoleh suatu pengetahuan.

7. Pengalaman.

Pengalaman merupakan guru yang baik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, oleh sebab itu

pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan . Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

B. PERILAKU

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar skinner dalam Soekidjo Notoatmojo 2007, berdasarkan batasan perilaku dari skinner tersebut, perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit, penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan (Soekidjo Notoatmodjo 2007 ,136).

Dari pengertian perilaku kesehatan tersebut dapat diklasifikasikan menjadi 3 bagian :

1. Perilaku terhadap kesehatan

Adalah perilaku atau usaha-usaha dari seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan upaya untuk penyembuhan bila sakit, hal ini mencakup 3 aspek yaitu :

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit , serta pemulihan kesehatan bila mana telah sembuh dari penyakit.
- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan bahwa kesehatan sangat dinamis dan

relatif, oleh karena itu Orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang optimal mungkin.

- c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan system atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau perilaku mencari pengobatan.

Perilaku ini adalah upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini di mulai dari mengobati diri sendiri sampai mencari pengobatan yang lebih baik atau canggih.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar, namun dalam memberikan respon sangat bergantung pada karakteristik atau faktor-faktor orang tersebut. faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku (soekidjo notoadmojo 2007,139). Determinan perilaku dapat di bedakan menjadi 2 yakni :

- a) *Determinan internal* yakni karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat *given* atau bawaan misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
- b) *Determinan external* yaitu lingkungan baik lingkungan fisik social, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya.

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama, secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap yaitu : pengetahuan, sikap, dan praktik atau tindakan(soekidjo notoadmojo 2007,147)

Perawat dalam melakukan tindakan keperawatan atau kegiatan yang berhubungan pelayanan kesehatan juga tidak luput dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pengetahuan, mereka dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan bersikap dan bertindak lebih hati-hati, namun juga dipengaruhi oleh pengalaman kebiasaan-kebiasaan yang ada dalam ruangan perawatan ataupun karena terbatasnya sarana yang ada dalam ruang terhadap pelaksanaan kewaspadaan standar/standar precaution.

C. SIKAP

Sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan (Azwar, 2002). salah satu seorang ahli psikologi social Newcomb, dikutip Notoatmodjo menyatakan bahwa sikap itu merupakan

kesiapan atau kesediaan untuk bertindak,dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu.sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas,akan tetapi merupakan “predisposisi” tindakan atau perilaku/peran.sikap masih merupakan reaksi tertutup,bukan merupakan reaksi terbuka,merupakan reaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Menurut Notoatmodjo (1997) menyatakan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok :

1. Kepercayaan (Keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

a. Tingkatan sikap

1. Menerima

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian itu terhadap ceramah-ceramah.

2. Merespon

Memberikan jawaban apabila ditanya,mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari

sikap.karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya: seorang ibu mengajak ibu yang lain tetangganya, saudaranya dan sebagainya). Untuk pergi menimbang anaknya ke posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4. Bertanggung jawab

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi. Sikap mungkin terarah terhadap benda, orang tetapi juga peristiwa, pandangan, lembaga, norma dan nilai.

b. Ciri Sikap

- 1). Sikap bukan dibawa sejak lahir, melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang itu dalam hubungan dengan objeknya. Sifat ini membedakannya dengan sifat motif-motif biogenetis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.
- 2). Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan dan syarat tertentu.

- 3). Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi mempunyai hubungan terhadap suatu objek. Sikap terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek yang dapat dirumuskan secara jelas.
- 4). Objek sikap dapat merupakan suatu hal tertentu, tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
- 5). Sikap mempunyai segi motivasi dan perasaan. Sifat inilah yang membedakan sikap dari kecakapan atau pengetahuan yang dimiliki orang.

Sikap merupakan suatu pandangan, tetapi dalam hal itu masih berbeda dengan suatu pengetahuan yang dimiliki orang. Pengetahuan mengenai suatu objek tidak sama dengan sikap terhadap objek itu. Pengetahuan saja belum menjadi penggerak seperti halnya pada sikap. Pengetahuan mengenai suatu objek baru menjadi sikap apabila pengetahuan itu disertai kesiapan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan terhadap objek itu. Sikap dapat dibentuk atau berubah melalui 4 macam cara:

- 1). Adopsi

Kejadian dan peristiwa yang terjadi berulang dan terus menerus, lama kelamaan secara bertahap diserap kedalam diri individu dan mempengaruhi terbentuknya suatu sikap.

- 2). Deferensiasi

Dengan berkembangnya intelegensi, bertambahnya pengalaman, sejalan dengan bertambahnya usia, maka ada hal-hal yang tadinya dianggap

sejenis, sekarang dipandang tersendiri lepas dari jenisnya, terdapat objek tersebut dapat berbentuk sikap tersendiri pula.

3). Integrasi.

Pembentukan sikap disini terjadi secara bertahap, dimulai dengan berbagai pengalaman yang berhubungan dengan satu hal tertentu.

4). Trauma

Pengalaman yang tiba-tiba, mengejutkan, yang meninggalkan kesan mendalam pada jiwa orang bersangkutan. Pengalaman-pengalaman yang traumatis dapat juga menyebabkan terbentuknya sikap.

D. TINDAKAN

Setelah seseorang mengetahui stimulus, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang telah diketahui untuk dilaksanakan atau dipraktekan. suatu sikap sebelum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Agar terwujud sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung berupa fasilitas dan dukungan dari pihak lain.

1. Tindakan terdiri dari beberapa tingkat yaitu :

a. persepsi

Mekanisme mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

b. Respon terpinpin

Dapat melakukan sesuat sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh.

c. Mekanisme

Dapat melakukan secara otomatis tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

d. Adopsi

Suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu telah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran dari tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2007).

2. Dimensi Tindakan.

Dimensi tindakan tidak dapat dipisahkan dengan dimensi respon. Tindakan yang dilaksanakan harus dalam konteks kehangatan dan pengertian. Perawat senior sering segera masuk dengan dimensi tindakan tanpa membina hubungan yang adekuat sesuai dengan dimensi respon. Dimensi respon membawa klien pada tingkat pemilikan diri yang tinggi dan kemudian dilanjutkan dengan dimensi tindakan.

Dimensi tindakan terdiri dari 5 diantaranya:

1. Konfrontasi
2. Kesegaran
3. Keterbukaan
4. Emotional Catharsis.
5. Bermain Peran.

E. KEWASPADAAN STANDAR

1. Pengertian *Universal Precaution*

Universal Precaution saat ini dikenal dengan kewaspadaan standar, kewaspadaan standar tersebut dirancang untuk mengurangi risiko infeksi penyakit menular pada petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui (Depkes, 2008).

Kewaspadaan Universal atau Kewaspadaan Umum (KU) atau *Universal Precaution* (UP) adalah suatu cara untuk mencegah penularan penyakit dari cairan tubuh, baik dari pasien ke petugas kesehatan dan sebaliknya dari pasien ke pasien lainnya.

Universal Precaution adalah tindakan pengendalian infeksi sederhana yang digunakan oleh seluruh petugas kesehatan, untuk semua pasien, setiap saat pada semua tempat, pelayanan dalam rangka pengurangi risiko penyebaran infeksi (Nursalam, 2007).

Kewaspadaan Universal adalah suatu cara penanganan baru untuk meminimalkan pajanan darah dan cairan tubuh dari semua pasien, tanpa memperdulikan status infeksi. Kewaspadaan Universal hendaknya dipatuhi oleh tenaga kesehatan karena ia merupakan panduan mengenai pengendalian infeksi yang dikembangkan untuk melindungi para pekerja di bidang kesehatan dan para pasiennya sehingga dapat terhindar dari berbagai penyakit yang disebarkan melalui darah dan cairan tubuh tertentu. Penerapan Kewaspadaan umum diharapkan dapat menurunkan

risiko penularan patogen melalui darah dan cairan tubuh lain dari sumber yang diketahui maupun yang tidak diketahui. Penerapan ini merupakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang harus rutin dilaksanakan terhadap semua pasien dan di semua fasilitas pelayanan kesehatan (Tietjen, dkk, 2004).

Kewaspadaan umum tersebut ditujukan untuk melindungi setiap orang (pasien, klien, dan petugas kesehatan) apakah mereka terinfeksi atau tidak. Kewaspadaan baku berlaku untuk darah, tubuh/semua cairan tubuh, sekresi dan ekskresi (kecuali keringat), luka pada kulit, dan selaput lendir, kulit dan membrane mukosa yang tidak utuh. Penerapan ini adalah untuk mengurangi risiko penularan mikroorganisme yang berasal dari sumber infeksi yang diketahui atau yang tidak diketahui (misalnya si pasien, benda yang terkontaminasi, jarum suntik bekas pakai, dan spuit) di dalam sistem pelayanan kesehatan (Tietjen, dkk, 2004).

Menurut Claire (1987) yang dikutip Tietjen (2004), indikasi penggunaan praktik isolasi tertentu seperti sarung tangan tertentu lebih efektif dari pada baju pelindung dalam pencegahan kontaminasi silang telah dapat diatasi melalui penelitian. Namun ketidakmampuan petugas administrasi dan klinik di negara miskin untuk menyediakan perlengkapan pelindung, khususnya ketersediaan sarung tangan baru, masih menjadi kendala. Sebagai tambahan, tantangan menyediakan air bersih dan untuk mencapai standar yang dapat diterima seperti proses

penggunaan instrument medis dan pembuangan sampah masih menjadi persoalan di banyak negara.

2. Tujuan Kewaspadaan Umum (*Universal Precaution*)

Menurut Nursalam (2007), kewaspadaan umum perlu diterapkan dengan tujuan:

- a. Mengendalikan infeksi secara konsisten.

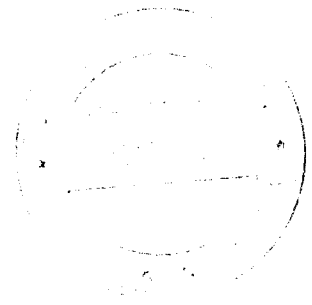
Universal precautions merupakan upaya pengendalian infeksi yang harus diterapkan dalam pelayanan kesehatan kepada semua pasien, setiap waktu, untuk mengurangi risiko infeksi yang ditularkan melalui darah.

- b. Memastikan standar adekuat bagi mereka yang tidak terdiagnosa atau tidak terlihat seperti risiko.

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

- c. 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.



d. 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

3. Siklus dan pencegahan penularan penyakit

Mikroorganisme hidup dimana-mana dilingkungan kita. Manusia biasanya membawanya pada kulit dan saluran pernafasan atas, dalam usus dan organ genital. Sebagai tambahan, mikroorganisme juga hidup pada binatang, tumbuhan, tanah, udara, dan air. Beberapa mikroorganisme, lebih *patogenik* dari pada yang lain, artinya, lebih mungkin menyebabkan penyakit. Jika pada lingkungan yang tepat, semua mikroorganisme dapat menyebabkan infeksi ketika daya tahan tubuh manusia menurun, seperti mereka yang kekebalan tubuhnya menurun contohnya pada pasien HIV/AIDS (Burke 1977 dalam Tienjien dkk, 2004)

Semua manusia rentan terhadap infeksi bakteri dan sebagian besar jenis virus. Jumlah organisme yang diperlukan sehingga dapat menyebabkan seseorang/host rentan bervariasi sesuai dengan lokasi tempat masuknya organisme tersebut. Resiko infeksi lebih tinggi ketika mikroorganisme kontak dengan area tubuh yang biasanya steril, sehingga masuknya sejumlah kecil organisme dapat menyebabkan penyakit, resiko infeksi tinggi bila area kontak adalah membrane mukosa atau kulit yang tidak utuh, resiko infeksi cukup rendah ketika organisme kontak dengan

kulit yang utuh. Factor-faktor penularan mikroorganisme yang menyebabkan penyakit dari orang ke orang dapat digambarkan dan didefinisikan dalam gambar



Gambar 1. siklus penularan penyakit

Sumber : Rantai penularan infeksi disarana kesehatan. (DEPKES RI, 2010).

Gambar diatas menunjukkan suatu penyakit memerlukan keadaan tertentu yang dapat menyebarkan kepada orang lain, antara lain melalui :

- a. Harus ada agent, sesuatu yang dapat menyebabkan penyakit (virus, bakteri, parasit, riketsia).
- b. Agent, harus memiliki tempat hidup (penjamu atau reservoir). Banyak mikroorganisme penyebab penyakit pada manusia dapat berkembang biak didalam tubuh manusia,tampa gejala dan dapat ditularkan dari orang ke orang. Beberapa diantaranya ditularkan lewat air atau

makanan yang terkontaminasi, faeces, urine, darah, dan gigitan hewan yang terinfeksi (rabies) serta serangga (malaria, demam berdarah).

- c. Agent, harus memiliki lingkungan yang tepat diluar penjamu agar dapat bertahan hidup, mikroorganisme tersebut harus memiliki lingkungan yang cocok agar dapat bertahan hidup sampai ia dapat menginfeksi orang lain.
- d. Ada orang yang terkena/terjangkit penyakit (penjamu yang rentan). Orang selalu terpapar oleh agent/penyebab penyakit setiap hari tetapi tidak selalu menjadi sakit, tergantung system daya tahan tubuh seseorang.
- e. Agent/penyebab memiliki cara berpindah dari penjamu untuk menulari penjamu berikutnya yang rentan. Penyebaran penyakit infeksi terutama melalui cara-cara :

1. Cara penularan kontak

Merupakan cara penularan yang paling sering terjadi pada infeksi nosokomial, sehingga penting untuk diperhatikan. Dibagi dua kelompok yaitu : penularan kontak langsung dan tidak langsung

- a. Penularan kontak langsung adalah melalui kontak langsung dengan permukaan tubuh dimana terjadi perpindahan organisme secara fisik dari orang yang terinfeksi atau terkolonisasi kepada penjamu yang rentan, seperti ketika seseorang menggubah posisi tubuh pasien, memandikan pasien,

atau melakukan aktifitas perawatan dan pemeriksaan lainnya yang mengharuskan terjadinya kontak langsung.

- b. Penularan kontak tidak langsung adalah melalui kontak antara penjamu yang rentan dengan benda yang terkontaminasi, seperti instrument, jarum, pembalut luka, tangan yang tidak di cuci sarung tangan yang tidak diganti saat digunakan lebih dari satu pasien.

2. Penularan melalui percikan (droplet)

Secara teoritis ini juga merupakan bentuk penularan kontak. Tetapi, mekanisme perpindahan pathogen ke penjamu berbeda dengan penularan kontak, baik langsung maupun tidak langsung.

3. Penularan melalui udara (Air Borne)

- 4. Penularan melalui perantara yang umum berlaku untuk organisme yang ditularkan oleh benda-benda terkontaminasi seperti air, makanan, peralatan.

- 5. Penularan melalui vector seperti nyamuk, lalat, tikus dan binatang pengerat lainnya.

- 6. Penularan faecal-oral terjadi ketika seseorang menelan makanan yang terkontaminasi oleh faeces atau memasukkan jari ke mulut setelah memegang benda yang terkontaminasi tanpa mencuci tangan terlebih dahulu.

Pencegahan penyebaran infeksi memerlukan dihilangkannya satu atau lebih kondisi yang memerlukan bagi penjamu atau reservoir untuk menularkan penyakit ke penjamu rentan lainnya dengan :

- f. Menghambat atau membunuh agent, misalnya dengan mengaplikasikan antiseptik dalam mencuci tangan
- g. Memblokir cara agent berpindah dari orang yang terinfeksi ke orang yang rentan, misalnya dengan mencuci tangan atau memakai antiseptik *handrub* untuk membersihkan bakteri atau virus yang didapat saat bersentuhan dengan pasien terinfeksi atau permukaan tercemar
- h. Menyediakan alat pelindung diri (APD) yang memadai bagi petugas kesehatan dalam upaya mencegah kontak dengan agent infeksi misalnya sarung tangan, masker, kaca mata pelindung, gaun apron
- i. Mengupayakan bahwa orang, khususnya petugas kesehatan telah diimunisasi atau divaksinasi.
- j. Menerapkan system pencegahan penularan infeksi yang baku ditunjang dengan sarana prasarana dan semua pemegang kebijakan serta pelaksana kegiatan.

3. Body substance isolation (*isolasi cairan tubuh*)

Body substance isolation atau isolasi cairan tubuh merupakan alternatif yang diusulkan selain kewaspadaan *universal* (lynch dkk 1987

dalam Tietjen Linda dkk 2004). System isolasi cairan tubuh lebih cepat diterima dibandingkan dengan system kewaspadaan universal karena pendekatan ini lebih sederhana, lebih mudah dipelajari dan diterapkan, serta berlaku untuk semua pasien, tidak hanya pasien yang didiagnosa atau dengan gejala, yang mungkin terinfeksi (tetap beresiko bagi pasien dan perawat). Isolasi cairan tubuh dimulai dengan menggunakan sarung tangan sebelum menyentuh selaput lendir, secret, darah, sputum atau kulit yang terluka (Lynch dkk 1987 dalam Tietjen Linda dkk 2004).

Pada tahun 1996 CDC mengeluarkan pedoman baru meliputi :

- a. **Standar Precaution/Kewaspadaan standar**, diterapkan pada semua klien dan pasien yang mengunjungi fasilitas layanan kesehatan.,
- b. **Kewaspadaan berdasarkan penularan**, diterapkan hanya untuk pasien rawat inap (Garner dan HICPAC 1996 dalam Tietjen Linda dkk 2004).

Komponen utama kewaspadaan baku/standar menurut Tietjen Linda dkk 2004 yang di modifikasi terdiri atas 5 kegiatan pokok:

1. Cuci Tangan

Mikroorganisme pada kulit manusia dapat di klasifikasikan dalam dua kelompok yaitu Flora tetap dan flora sementara. Istilah yang di pakai untuk menjelaskan lokasi dimana bakteri dan mikroorganisme lainnya terdapat pada lapisan kulit. Flora sementara yaitu mikroorganisme yang ditularkan melalui kontak dengan pasien,

petugas kesehatan lainnya atau permukaan yang terkontaminasi (misalnya meja pemeriksaan, lantai atau toilet) sehari-hari. Organisme ini hidup di permukaan atas kulit dan sebagian dihilangkan dengan mencucinya memakai sabun biasa atau air. Organisme inilah yang sering menyebabkan infeksi nosokomial. Flora tetap yaitu mikroorganisme yang dapat hidup dilapisan kulit yang lebih dalam dan juga dalam akar rambut, tidak dapat dihilangkan sepenuhnya walaupun dicuci dan digosok keras dengan sabun biasa dan air. Untungnya pada sebagian besar kasus, flora tetap hanya kemungkinan kecil terkait dengan infeksi. (Tietjen, L., 2004)

Cuci tangan adalah suatu proses membuang kotoran dan debu secara mekanis dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun dan air bersih. Kesehatan dan kebersihan tangan secara bermakna mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit pada kedua belah tangan dan lengan serta meminimalisasi kontaminasi silang (misalnya dari petugas kesehatan ke pasien). Indikasi kebersihan dan kesehatan tangan sudah dipahami dengan baik, tapi pedoman untuk praktek terbaik dalam hal ini terus berkembang. Misalnya pilihan sabun biasa atau anti septik atau penggunaan penggosok tangan berbasis alkohol bergantung pada besarnya resiko kontak pada pasien (misalnya tindakan medis rutin versus pembedahan) atau sedianya bahan (Larson, 1995. Dikutip dari Tietjen, L. 2004).

Tujuan cuci tangan adalah menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara. Cuci tangan dengan sabun biasa dan air sama efektifnya dengan cuci tangan menggunakan sabun anti mikrobia (Pereira, Lee dan Wade, 1997), sebagai tambahan, iritasi kulit jauh lebih rendah apabila menggunakan sabun biasa, (Pereira, Lee dan Wade, 1990 Dikutip dari Depkes, 2010).

Cuci tangan harus dilakukan dengan benar sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan atau alat pelindung lain untuk menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang ada pada tangan sehingga penyebaran penyakit dapat dikurangi dan lingkungan kerja terjaga dari infeksi.

Cara cuci tangan yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan yaitu :

- a. Cuci tangan higienis atau rutin, mengurangi kotoran dan flora yang ada ditangan dengan menggunakan sabun atau detergen
- b. Cuci tangan aseptik, sebelum tindakan aseptik pada pasien dengan menggunakan antiseptik.
- c. Cuci tangan bedah, (surgical handscrub), sebelum melakukan tindakan bedah cara septic dengan antiseptic dan sikat steril.

a. Indikasi Cuci Tangan

Cuci tangan harus dilakukan pada saat yang diantisipasi akan terjadi perpindahan kuman melalui tangan, yaitu sebelum melakukan

suatu tindakan yang seharusnya di lakukan secara bersih dan setelah melakukan tindakan yang dimungkinkan terjadi pencemaran, seperti :

Cuci tangan sebaiknya di lakukan sebelum :

1. Memeriksa (kontak langsung) dengan pasien; dan
2. Memakai sarung tangan bedah steril atau DTT sebelum pembedahan atau sarung tangan untuk tindakan rutin, seperti pemeriksaan panggul.

Cuci tangan sebaiknya juga dilakukan setelah :

- a. Setelah melakukan pemeriksaan pasien
- b. Pada situasi tertentu dimana kedua tangan dapat terkontaminasi, seperti memegang instrument yang kotor dan alat lainnya, menyentuh selaput lendir dan darah.
- c. Setelah melepas sarung tangan.

Kedua tangan harus dicuci dengan sabun dan air bersih(atau menggunakan penggosok antiseptik) sesudah melepas sarung tangan karena kemungkinan sarung tangan berlubang atau robek, sehingga bakteri dapat dengan mudah berkembang biak di lingkungan yang hangat dan basah didalam sarung tangan. (CDC 1989; Korniewicz dkk 1990. Dikutip dari Tietjen.L, 2004).

Sarana untuk cuci tangan :

- a. Sabun
- b. Wadah sabun yang berlubang
- c. Suplai air bersih dan wastafel.

- d. Handuk atau lap sekali pakai.

Adapun prosedur mencuci tangan rutin adalah sebagai berikut :

- a. Hidupkan kran air
- b. Basahi tangan setinggi pertengahan lengan bawah dengan air mengalir
- c. Taruh sabun antiseptic dibagian telapak tangan yang telah basah, buat busa secukupnya tanpa percikan
- d. Buat gerakan cuci tangan terdiri dari gosokan kedua telapak tangan, gosokkan telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri dan sebaliknya, gosokkan kedua telapak tangan dengan jari saling mengait, gosok kedua ibu jari dengan cara menggenggam dan memutar, gosok pergelangan tangan.
- e. Proses berlangsung selama 10 -15 detik.
- f. Bilas kembali dengan air bersih.
- g. Keringkan tangan dengan handuk atau kertas sekali pakai.
- h. Matikan kran dengan kertas atau tissue (Ibrahim,K. 2007)

Karena mikroorganisme tumbuh dan berkembang biak ditempat basah dan di air yang menggenang maka :

- 1) Apabila sabun batangan yang digunakan, sediakan sabun batangan yang berukuran kecil dalam tempat sabun yang kering.
- 2) Hindari mencuci tangan di Waskom yang berisi air walaupun telah di tambahkan bahan antiseptik seperti detol atau savlon, karena

mikroorganisme dapat bertahan dan berkembang biak pada larutan seperti ini

- 3) Jangan menambahkan sabun cair kedalam tempatnya bila masih ada isinya, "Penambahan" ini dapat menyebabkan kontaminasi bakteri pada sabun yang baru di masukkan.
- 4) Apabila tidak tersedia air mengalir, gunakan ember dengan kran yang dapat dimatikan sementara menyabuni kedua tangan dan buka kembali untuk membilas atau gunakan ember dan kendi/teko.
(Tientjen,L. 2004)

b. Antiseptik Tangan

Tujuan antiseptic tangan adalah menghilangkan kotoran dan debu serta mengurangi flora baik sementara maupun tetap, tehnik antiseptic tangan sama dengan tehnik mencuci kedua tangan dengan air dan sabun atau deterjen(jenis batangan atau cair) yang mengandung bahan antiseptic(Klorheksidin, iodofor, atau triklosan) selain sabun biasa. Antisepsis tangan harus dilakukan sebelum :

1. Memeriksa atau merawat pasien yang rentan (misalnya bayi premature, pasien manula, atau penderita penyakit AIDS stadium lanjut
2. Melakukan prosedur invasive,seperti pemasangan alat intravaskuler.
3. Meninggalkan ruangan pasien kewaspadaan kontak (misalnya hepatitis A atau E) atau penderita infeksi yang kebal terhadap obat (misalnya Saureus resisten methisillin). (Tietjen,L 2004).

c. Penggosok Tangan Antiseptik

Penggunaan penggosok antiseptic lebih efektif membunuh flora sementara dan flora tetap dari pada mencuci dengan bahan antimikroba atau sabun biasa dan air, lebih cepat dan lebih mudah dilakukan, serta mengurangi flora tangan lebih besar (Girou dkk 2002) penggosok antiseptic ini juga mengandung emolien yang lebih sedikit seperti gliserin, propilen glikol, sorbitol yang melindungi dan memperhalus kulit.

Teknik untuk melakukan penggosokan tangan antiseptic adalah :

1. Gunakan penggosok antiseptic secukupnya untuk melumuri seluruh permukaan tangan dan jari jemari (kira kira satu sendok teh)
2. Gosokkanlah larutan tersebut dengan cara menekan pada kedua belah tangan, khususnya diantara jari jemari dan di bawah kuku.

Agar efektif sebaiknya gunakan larutan penggosok dengan jumlah yang memadai. Misalnya, dengan menggunakan jumlah penggosok dari 1ml menjadi 5ml setiap pemakaian (kira-kira satu sendok teh penuh) efektifitasnya dapat meningkat secara bermakna (Larson, 1988).

d. Penggosok Cuci Tangan Bedah

Tujuan cuci tangan bedah adalah menghilangkan kotoran, debu dan organisme sementara secara mekanikal dan mengurangi flora tetap selama pembedahan. Tujuannya adalah mencegah kontaminasi luka oleh mikroorganisme dari kedua belah tangan dan lengan dokter bedah dan asistennya (Tietjen, L. 2004)

2. Pemakaian Alat Pelindung Diri

Alat pelindung digunakan untuk melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko paparan darah, cairan tubuh, sekret, dan ekskreta pasien. Jenis-jenis alat pelindung diri yaitu; sarung tangan, pelindung wajah/masker/kaca mata, penutup kepala, gaun pelindung (barak short), dan sepatu pelindung. Tidak semua alat pelindung diri harus dipakai pada waktu yang bersamaan, tergantung pada jenis tindakan yang akan dikerjakan. Misalnya ketika akan menolong persalinan sebaiknya semua pelindung diri dipakai untuk mengurangi kemungkinan terpajan darah/cairan tubuh pada petugas, namun untuk tindakan menyuntik atau memasang infus, cukup dengan memakai sarung tangan.(Ibrahim,K. 2007)

Jenis-jenis alat pelindung adalah :

a. Sarung tangan

Sarung tangan melindungi tangan dari bahan infeksi dan melindungi pasien dari mikroorganisme pada tangan petugas. Alat ini merupakan pembatas fisik terpenting untuk mencegah penyebaran infeksi. Tetapi harus diganti setiap kontak dengan satu pasien ke pasien lainnya untuk mencegah kontaminasi silang.

Cuci tangan dan penggunaan sarung tangan, merupakan komponen kunci dalam meminimalkan penularan penyakit serta mempertahankan lingkungan bebas infeksi (Garner dan faverio 1986)

Ada beberapa alasan petugas kesehatan menggunakan sarung tangan yaitu:

- 1) Mengurangngi resiko petugas terkena infeksi bakterial dari pasien
- 2) Mencegah penularan flora kulit petugas kepada pasien
- 3) Mengurangi kontaminasi tangan petugas kesehatan dengan mikroorganisme dapat berpindah dari satu pasien ke pasien lainnya (kontaminasi silang) (Emaliawati, E. 2009).

Ada 3 jenis sarung tangan, yaitu:

- a) Sarung tangan bedah, dipakai sewaktu melakukan tindakan invasive atau pembedahan
- b) Sarung tangan pemeriksaan, dipakai untuk melindungi petugas kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin
- c) Sarung tangan rumah tangga, di pakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan bahan terkontaminasi dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi (Tietjen,L. 2004).

b. Pelindung wajah/masker/kaca mata

Pelindung wajah atau masker harus cukup besar untuk menutup hidung, muka bagian bawah, rahang dan semua rambut muka. Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan petugas bedah bicara, batuk, atau bersin dan juga mencegah cipratan darah atau cairan tubuh yang terkontaminasi masuk kedalam hidung atau mulut petugas kesehatan. Sedangkan pelindung mata, melindungi staf kalau terjadi cipratan darah atau cairan tubuh lainnya yang terkontaminasi dengan melindungi mata. Pelindung mata termasuk pelindung plastik yang jernih, kacamata pengaman, pelindung muka. Masker atau pelindung mata harus dipakai jika cipratan pada muka dapat terjadi (umpamanya, melakukan seksio atau persalinan biasa atau kalau membersihkan instrument). Masker terbuat dari berbagai bahan, antara lain kain katun ringan, kasa, kertas dan juga dari bahan sintesis, yang beberapa diantaranya tahan cairan (Tientjen,L. 2004).

c. Penutup Kepala

Penutup kepala dipakai untuk menutup rambut dan kepala agar guguran kulit dan rambut tidak masuk dalam luka sewaktu melakukan tindakan pembedahan. Kap harus cukup besar untuk menutupi semua rambut. Kap memberikan sedikit perlindungan pada pasien, tujuan utamanya adalah melindungi pemakainya dari semprotan dan cipratan darah dan cairan tubuh (Tietjen,L. 2004).

d. Gaun Pelindung (Baju kerja atau celemek)

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 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 (Emaliyawati, E. 2009).

Gaun pelindung di pakai untuk menutupi baju rumah. Pemakaian utama dari gaun penutup/celemek adalah untuk melindungi pakaian petugas pelayanan kesehatan. Gaun penutup biasanya terdiri dari celana piama dan baju. Gaun penutup diperlukan sewaktu melakukan tindakan/prosedur rutin bila baju tidak ingin kotor (Goldman 1991). Celemek yang terbuat dari karet

atau plastic sebagai suatu pembatas tahan air di bagian depan dari tubuh petugas kesehatan. Celemek harus dipakai kalau sedang membersihkan atau melakukan tindakan dimana darah dan cairan tubuh di antisipasi akan kecipratan atau tumpah. Celemek membuat cairan yang tumpah tidak mengenai baju dan kulit petugas kesehatan (Tietjen L, 2004).

e. Sepatu Pelindung

Sepatu pelindung di pakai untuk melindungi kaki dari perlukaan oleh benda tajam atau berat atau dari cairan yang kebetulan jatuh atau menetes pada kaki. Untuk itu sandal atau sepatu yang terbuat dari bahan empuk (kain) tidak dapat diterima. Sepatu bot dari karet atau kulit lebih melindungi tapi harus selalu bersih dan bebas dari kontaminasi darah atau tumpahan cairan tubuh lainnya (Tietjen,L 2004).

Indikasi pemakaian alat pelindung tidak semua alat pelindung tubuh harus dipakai. Jenis pelindung tubuh yang dipakai tergantung pada jenis tindakan yang dikejakan, sebagai contoh untuk tindakan bedah minor cukup memakai sarung tangan steril atau DTT (desinfeksi tingkat tinggi) saja. Namun untuk kegiatan operatif di kamar bedah atau untuk melakukan pertolongan persalinan sebaiknya semua pelindung tubuh dipakai oleh petugas untuk mengurangi kemungkinan terpajan darah/cairan tubuh lainnya (Ibrahim K, 2007).

3. Pengelolaan Alat Kesehatan Bekas Pakai

Pengelolaan alat-alat kesehatan 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 di masukan kedalam jaringan di bawah kulit harus dalam keadaan steril. Proses penatalaksanaan peralatan di lakukan melalui empat tahap yaitu:

- a. Dekontaminasi
- b. Pencucian
- c. Sterilisasi atau DTT
- d. Penyimpanan

Dekontaminasi adalah menghilangkan mikroorganisme pathogen dan kotoran suatu benda sehingga aman untuk pengelolaan selanjutnya dan di lakukan sebagai langkah pertama bagi pengelolaan alat kesehatan bekas pakai. Dekontaminasi dan pembersihan merupakan dua tindakan pencegahan yang sangat efektif meminimalkan resiko penularan virus kepada petugas pelayanan kesehatan, khususnya pada perawat, petugas kebersihan dan rumah tangga ketika menangani alat, sarung tangan operasi dan benda lainnya yang tercemar.

Tindakan-tindakan ini merupakan langkah yang penting untuk memutuskan rantai penularan infeksi pada pasien dan memastikan penurunan resiko infeksi dari peralatan dan benda mati yang

terkontaminasi. Cara dekontaminasi yang lazim dilakukan adalah dengan merendam alat kesehatan dalam larutan desinfektan, misalnya klorin 0,5% selama 10 menit (Tietjen,L. 2004)

Pembersihan dengan cara mencuci alat adalah menghilangkan segala kotoran yang kasat mata dari benda dan permukaan benda dengan sabun atau detergen, air dan sikat. Selain menghilangkan kotoran pencucian akan semakin menurunkan jumlah mikroorganisme yang potensial menjadi penyebab infeksi melalui alat kesehatan atau suatu permukaan benda dan juga mempersiapkan permukaan alat tubuh untuk kontak langsung dengan desinfektan atau bahan sterilisasi sehingga proses dapat berjalan secara sempurna (Tietjen,L. 2004).

Sterilisasi adalah proses untuk menghilangkan atau membunuh seluruh mikroorganisme dari alat kesehatan termasuk endospora bakteri. Sterilisasi harus dilakukan untuk alat-alat, sarung tangan bedah, atau alat lain yang kontak langsung dengan aliran darah atau jaringan normal steril(Spaulding 1939). Cara sterilisasi yang sering dilakukan adalah dengan uap panas bertekanan, pemanasan kering, gas etilin oksida dan zat kimia cair. Dengan kata lain, penggolongan cara sterilisasi juga dapat dikategorikan cara fisik seperti pemanasan, radiasi, filtrasi, dan cara kimiawi dengan menggunakan zat kimia (Tietjen,L. 2004).

Penyimpanan, penyimpanan yang baik sama pentingnya dengan proses sterilisasi atau desinfeksi itu sendiri. Ada dua metode penyimpanan yaitu cara terbungkus dan tidak terbungkus, barang-barang

yang sudah steril sebaiknya di simpan di ruang steril. Apabila kondisi tersebut tidak dapat dicapai maka setidaknya barang steril harus disimpan di tempat yang bersih dengan syarat ;

- a. Bebas dari debu
- b. Bebas dari serangga
- c. Mempunyai tekanan positif, sedapat mungkin dilengkapi dengan AC. Pengatur kelembaban dan sinar UV (Tietjen,L. 2004).

4. Pengelolaan Benda Tajam

Benda tajam sangat beresiko untuk menyebabkan perlukaan sehingga dapat meningkatkan terjadinya penularan penyakit melalui kontak darah. Untuk menghindari perlukaan atau kecelakaan kerja maka semua benda tajam seperti jarum suntik sebaiknya digunakan sekali pakai dan jarum bekas atau benda tajam lainnya di buang ke tempat khusus (safety box) yang memiliki dinding keras atau tidak tembus oleh jarum atau benda tajam yang di buang kedalamnya. Kecelakaan yang sering terjadi pada prosedur penyuntikan adalah ketika petugas berusaha memasukan kembali jarum suntik bekas pakai kedalam tutupnya (recapping).

Oleh karenanya menurut rekomendasi tehnik kewaspadaan universal dari WHO (2004) penutupan kembali jarum suntik setelah digunakan sebaiknya tidak perlu dilakukan, jadi jarum suntik bersama syringnya langsung saja dibuang ke kotak khusus. Jika sangat di perlukan untuk menutup kembali, misalnya karena masih ada sisa obat yang bias

digunakan, maka penutup jarum suntik kembali di anjurkan dengan menggunakan tehnik satu tangan (single handed recapping method) untuk mencegah jari tertusuk jarum (Ibrahim,K. 2007).

5. Pengelolaan Limbah Ruangan

Limbah rumah sakit adalah semua limbah yang dihasilkan oleh kegiatan rumah sakit dan kegiatan penunjang lainnya. Mengingat dampak yang mungkin timbul, maka di perlukan upaya pengelolaan yang baik meliputi pengelolaan sumber daya manusia, alat dan sarana, keungan dan tatalaksana pengorganisaian yang ditetapkan dengan tujuan memperoleh kondisi rumah sakit yang memenuhi persyaratan kesehatan lingkungan (Said, 1999). Limbah rumah sakit bisa mengandung bermacam-macam mikroorganisme bergantung pada jenis rumah sakit, tingkat pengolahan limbah yang di lakukan sebelum dibuang (Pruss, A. 2002).

Pembuangan limbah yang berjumlah cukup besar ini paling baik jika di lakukan dengan memilah-milah limbah kedalam pelbagai kategori. Untuk masing-masing jenis kategori diterapkan cara pebunagan limbah yang berbeda.

Prinsip umum pembuangan limbah rumah sakit adalah sejauh mungkin menghindari resiko kontaminasi dan trauma (enjury).

Jenis-jenis limbah rumah sakit meliputi bagian berikut ini:

Limbah rumah tangga atau limbah non medis

Limbah ini meliputi kertas-kertas pembungkus atau kantong dan plastik yang tidak berkontak dengan cairan badan, meskipun tidak

menimbulkan resiko sakit, limbah tersebut cukup merepotkan karena memerlukan tempat yang besar untuk mengangkut dan membuangnya.

a. Limbah medis terdiri dari limbah klinis, laboratorium

Limbah yang di hasilkan selama pelayanan pasien secara rutin, pembedahan dan di unit-unit resiko tinggi. Limbah ini sangat berbahaya dan mengakibatkan resiko tinggi infeksi dan bersifat menularkan penyakit pada populasi umum dan staf rumah sakit. Oleh karena itu perlu di beri label yang jelas sebagai resiko tinggi. Contoh limbah jenis tersebut adalah perban atau pembungkus yang kotor, cairan badan, anggota badan yang di amputasi, jarum-jarum, dan semprit bekas, kantung urin dan produk darah. Limbah laboratorium juga dianggap beresiko tinggi dan sebaiknya di otoklaf sebelum keluar dari unit tersebut dan harus di beri label biohazard.

b. Limbah patologi

Limbah rumah sakit yang berwujud jaringan tubuh manusia (penderita) yang harus dipisahkan/dipotong melalui tindakan medis seperti:

- 1) Potongan ekstremitas melalui tindakan amputasi
- 2) Jaringan reseksi usus, histerektomi.
- 3) Jaringan kanker, jaringan nekrotomi, dan sebagainya

Darmadi, 2006).

Limbah ini berbahaya dan beresiko tinggi dan sebaiknya diotoklaf sebelum keluar dari unit patologi, limbah tersebut harus diberi label biohazard (Darmadi, 2006).

Cara penanganan limbah disarana pelayanan kesehatan harus di mulai dari tempat dimana sampah di produksi dengan cara

- a) Pemilahan, dilakukan penyediaan wadah yang sesuai dengan jenis sampah, misalnya hitam untuk limbah non medis, kuning untuk limbah medis infeksius, dan merah untuk bahan beracun, dst.
- b) Semua jenis limbah di tampung dalam wadah berupa kantong plastik yang kedap air.
- c) Bila sudah terisi 2/3 volume kantong sampah harus di ikat secara rapat, dan segera diangkut ke tempat penampungan sementara.
- d) Pengumpulan sampah dari ruang perawatan atau pengobatan harus tetap pada wadahnya jangan di tuangkan pada gerobak yang terbuka
- e) Petugas yang menangani sampah harus selalu menggunakan sarung tangan dan sepatu serta selalu mencuci tangan setiap selesai mengambil sampah. Sampah dari tempat penampungan sementara diangkut ke tempat pemusnahan. Sistem pemusnahan yang di anjurkan.

F. KEBIJAKAN DAN PERATURAN DASAR HUKUM.

Visi, misi dan tujuan dari pencegahan dan pengendalian infeksi dirumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya merupakan bagian dari visi, misi, tujuan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya itu sendiri yang perlu dirinci secara spesifik dalam lingkup pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sehingga dalam pelaksanaannya dapat saling sinergis, integrative, tidak duplikatif, efektif dan efisien. Pencegahan dan pengendalian infeksi dirumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya juga merupakan bagian dari penerapan standar pelayanan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sehingga keberhasilannya dapat ditampilkan untuk kelengkapan akreditasi rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

a). Kebijakan Standar Universal Precaution

1. Semua rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya harus melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI).
2. Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi yang dimaksud sesuai dengan pedoman Manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi diRumah Sakit dan Fasilitas pelayanan kesehatan Lainnya dan pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi lainnya yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI.
3. Direktur rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya membentuk komite pencegahan dan pengendalian infeksi (KPPI) dan

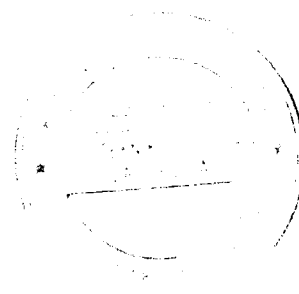
tim pencegahan dan pengendalian infeksi (TPPI) yang langsung berada dibawah koordinasi direktur.

4. Komite dan Tim PPI mempunyai tugas, fungsi dan kewenangan yang jelas sesuai dengan pedoman Manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya.
5. Untuk lancarnya kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi, maka setiap rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya wajib memiliki IPCN (*Infection prevention and control Nurse*) purna waktu.

b). Peraturan Dasar Hukum

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 3495).
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang praktek kedokteran (Lembaga Negara RI tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4431).
3. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2001 tentang pedoman Kelembagaan dan pengelolaan Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit.

5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 986/Menkes/XI/1992 tentang persyaratan kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Di Lingkungan Departemen Kesehatan.
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1165.A./Menkes/SK/2004 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
11. Surat Edaran Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Nomor HK.03.01/III/3744/08 tentang Pembentukan Komite dan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit



•

4



1



2

—

a. Tingkat Pengetahuan perawat tentang standar Universal Precaution.

b. Sikap perawat terhadap standar universal precaution.

c. Tindakan perawat terhadap Standar Universal precaution.

2. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif

Definisi Operasional pada penelitian ini :

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	SKALA	SKOR
1.	Tingkat Pengetahuan	Pengetahuan yang dimaksud adalah tingkat pengetahuan seorang perawat dalam melaksanakan standar universal precaution.yang meliputi : - Cuci tangan, yang dimaksud dengan cuci tangan dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat mengenai cuci tangan sebelum dan setelah melaksanakan tindakan untuk mencegah terjadinya infeksi silang. - Alat pelindung diri, dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat tentang alat pelindung diri	Kuesioner	Nominal	Pengetahua baik apabila mampu menjawab pertanyaan dengan benar diatas 75% Pengetahuan cukup bila mampu menjawab pertanyaan antara 50 – 75% Pengetahua kurang bila mampu menjawab

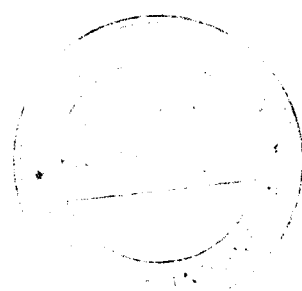
		untuk pelindung diri untuk mencegah petugas terpapar penyakit infeksi. • Pengelolaan jarum dan benda tajam, dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat dalam pengelolah jarum dan benda tajam yang telah di pakai harus dibuang ditempat khusus untuk mencegah terjadinya perlukaan yang dapat menimbulkan terjadinya penularan penyakit melalui kontak darah. • Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai, dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat dalam mengelola alat kesehatan bekas pakai, untuk mencegah penularan penyakit melalui alat kesehatan bekas pakai. • Pengelolaan limbah ruangan, dalam penelitian			pertanyaan dibawah 50%
--	--	---	--	--	-------------------------------

		ini adalah pengetahuan perawat dalam mengelola limbah medis dan non medis untuk mencegah penyebaran penyakit. Penilaian Tingkat pengetahuan perawat tentang standar universal precaution diketahui melalui jawaban kuesioner yang dibagikan kepada responden			
2.	Sikap	Sikap perawat dalam melaksanakan standar universal precaution. Adalah penilaian terhadap sikap perawat meliputi:: • Tanggapan tanggung jawab perawat terhadap tindakan standar universal precaution • Kebiasaan perawat terhadap universal precaution. Penilaian sikap terhadap responden diketahui melalui jawaban kuesioner yang dibagikan kepada responden	kuesioner	Nominal	-Sikap positif apabila responden menjawab dengan benar 75% pertanyaan sikap negative apabila responden menjawab dengan benar kurang dari

					75% pertanyaan
3.	Tindakan	Perilaku respon/reaksi yang timbul dari diri perawat, yaitu reaksi dari perawat dalam melaksanakan tindakan universal precaution. Dalam penelitian ini, peneliti langsung melakukan observasi ditempat penelitian dengan mengikuti shift jaga perawat pelaksana (Pagi, Sore, dan Malam) terhadap tindakan: • Cuci tangan, yang dimaksud dalam penelitian ini adalah cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. • Alat pelindung diri, yang dimaksud adalah alat pelindung diri yang dipakai perawat seperti sarung tangan, (bila kontak dengan darah, cairan tubuh atau kulit yang terluka serta dalam melakukan tindakan invasive, dan	kuesioner	Nominal	–Tindakan baik apabila responden melakukan tindakan diatas 50% tindakan buruk apabila responden melakukan tindakan dibawah $\leq 50\%$.

		menggunakan masker pada pasien yang diduga dapat menularkan penyakit melalui udara seperti TBC). • Penggunaan jarum dan benda tajam, yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jarum dan benda tajam yang telah di pakai dan harus dibuang pada tempat khusus yang telah disediakan. • Pengolaan alat kesehatan bekas pakai, dalam penelitian ini adalah alat kesehatan yang telah dipakai dalam melakukan perawatan, seperti perawatan, seperti perawatan luka yaitu dengan cara melakukan dekontaminasi, pencucian dan sterilisasi. • Pengelolaan limbah ruangan, dalam penelitian ini adalah membuang limbah medis dan non			
--	--	--	--	--	--

		medis pada tempat yang telah disediakan. – penilai tindakan terhadap responden melalui observasi			
--	--	---	--	--	--



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, dengan pendekatan observasional yang dimaksudkan untuk memperoleh gambaran perilaku perawat yang meliputi tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap standar universal precaution di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Jayapura

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Jayapura . Waktu penelitian dilakukan mulai tanggal 23 Mei sampai dengan tanggal 23 Juni 2013

C. Populasi dan sampel

1. Populasi yang di gunakan dalam penelitian ini adalah semua perawat yang bekerja sebagai perawat pelaksana di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Jayapura yang berjumlah 32 orang.

2. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah keseluruhan populasi atau total sample. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah Total sampling karena populasi kurang 100 responden (Arikunto, 2007) dengan kriteria :

- a. Kriteria inklusi (criteria menerima)

1. perawat yang bersedia menjadi responden

2. perawat pelaksana yang berhubungan langsung dengan pasien.

b. kriteria eksklusi (kriteria penolak)

1. Diluar perawat Instalasi Gawat darurat

2. Perawat yang sedang menjalankan cuti/izin.

3. Perawat yang tdk bersedia menjadi responden

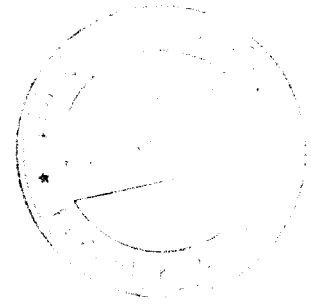
D. Instrumen pengumpulan data

Instrumen atau alat pada waktu penelitian menggunakan suatu metode.(Arikunto,2006). Metode kuesioner adalah suatu cara untuk mengumpulkan data primer(didapat langsung dari responden) dengan menggunakan seperangkat daftar pertanyaan mengenai variable yang diukur melalui perencanaan yang matang,disusun dan dikemas sedemikian rupa,sehingga jawaban dari semua pertanyaan benar-benar dapat menggambarkan keadaan variabel yang sebenarnya.

Kuesioner pertama meliputi data Demografi perawat dan kedua tentang perilaku perawat yang memuat tentang pengetahuan,sikap dan tindakan.waktu pengisian kuesioner tersebut dibatasi paling lambat selama dua atau tiga hari setelah diberikan kuesioner. Data-data dari jawaban kuesioner tersebut dikumpulkan kemudian dilakukan tabulasi.untuk mentabulasi data dilakukan dengan:

1). Memeriksa (*Editing*).

Adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data .



2). Memberikan Tanda Kode (*Koding*).

Adalah Mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari pada Responden kedalam kategori, biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberikan tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban kode ini bias dibagian data Demografi.

3). Scoring, pertama dilakukan pada pertanyaan perilaku perawat.

- a. pengetahuan : benar : 1 dan salah : 0
- b. sikap : ya : 1 dan tidak : 0
- c. tindakan : dilakukan : 1 dan tidak dilakukan : 0

E. Analisa Data.

Jenis data yang diambil adalah data Primer dan setelah seluruh Data terkumpul selanjutnya data diproses secara Manual dengan menggunakan Rumus sebagai berikut(Arikunto ,2006).

$$P = \frac{n}{N} \times 100 \%$$

Keterangan:

P : Persentase

n : Jumlah Pertanyaan yang dijawab benar

N : Jumlah Pertanyaan keseluruhan.

Dari Hasil jawaban pada Masing-masing item pertanyaan dari kuesioner dapat diinterpretasikan hasilnya menurut Nursalam (2008).sebagai berikut:

1. baik, jika jawaban benar $\geq 75\%$
2. Cukup jika jawaban benar 50-75%.
3. Kurang jika jawaban $< 50\%$

F. Etik Dalam Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada Direktur RSUD Jayapura dengan memperhatikan masalah etika yang meliputi :

1. Informed Consent

Informed consent atau lembaran persetujuan diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria obyektif, agar subyek penelitian memahami maksud dan tujuan penelitian. Apabila subyek penelitian setuju maka harus menandatangani lembaran persetujuan sebagai subyek penelitian, dan subyek menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak subyek

2 . Anomity (Tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, maka peneliti tidak mencantumkan nama subyek pada lembaran angket yang di isi subyek.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subyek dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang di sajikan atau di laporkan sebagai hasil riset.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura secara administratif terletak di daerah Dok II Jayapura Utara. Sesuai perkembangan zaman, Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura saat ini berstatus Rumah sakit tipe B dengan 16 ruangan perawatan dan jumlah tenaga medis dan non medis sebanyak 799 orang. Jumlah Kapasitas di ruangan perawatan keseluruhan berjumlah 362 tempat tidur.

Penelitian telah dilakukan pada perawat di IGD RSUD Jayapura, dan pengambilan data dilakukan dari tanggal 23 Mei – 23 Juni 2013. Hasil penelitian ini menggunakan rancangan penelitian dengan pendekatan observasional yang bersifat deskriptif, dengan tujuan melihat gambaran tingkat pengetahuan dan perilaku perawat pelaksana tentang *Universal Precaution* pada IGD RSUD Jayapura. Data primer diperoleh langsung dari perawat pelaksana yang memenuhi kriteria inklusi sebagai responden dengan cara pengisian pertanyaan dari kuisioner yang dibagikan. Lembaran kuisioner memuat pertanyaan-pertanyaan tentang data demografi dan pengetahuan perawat pelaksana di IGD RSUD Jayapura tentang *universal precaution*. Pada penelitian ini di peroleh sampel sebanyak 36 orang perawat pelaksana tetapi yang mengembalikan sampel dan bersedia berjumlah 32 orang perawat.

Setelah data terkumpul dilakukan pemeriksaan kelengkapan dan kemudian data diolah, maka berikut ini peneliti akan menyajikan analisa data terhadap setiap variable dengan menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase.

2. Analisa Univariat.

a. Karakteristik Umur Responden

Tabel.4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Responden di IGD RSUD Jayapura.

Umur	Frekuensi	Persentase
22-31	14	43.8 %
32-41	8	25.0 %
42-51	10	31.2 %
Total	32	100.0

Sumber Data Primer 2013.

Pada tabel 4.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar umur responden adalah pada usia 22-31 tahun yaitu yang berjumlah 14 responden (43,75%). Kemudian yang tererndah adalah usia 32-41 tahun yaitu berjumlah 8 responden (25%).

b. Karakteristik Jenis Kelamin Responden.

Tabel. 4.2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Responden di IGD RSUD Jayapura.

Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki-laki	22	68.8 %
Perempuan	10	31.2 %
Total	32	100.0

Sumber Data Primer 2013.

Pada Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki – laki yang berjumlah 22 responden (68,8%), sedangkan responden berjenis kelamin perempuan berjumlah 10 responden (31,22%).

c. Karakteristik Pendidikan Responden.

Tabel.4.3. Distribusi Frekuensi Berdasarkan pendidikan responden di IGD RSUD Jayapura.

Pendidikan	Frekuensi	Persentase
SMU/SPK	3	9.4
D III Keperawatan	20	62.5
S1 Keperawatan	9	28.1
Total	32	100.0

Sumber Data Primer 2013.

Tabel 4.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar pendidikan responden adalah D III Keperawatan yaitu berjumlah 20 responden (62,5%), sedangkan pendidikan terendah responden adalah SPK yang berjumlah 3 responden (9,4%).

d. Karakteristik Masa Kerja Responden

Tabel.4.4. Distribusi Frekuensi berdasarkan Masa Kerja Responden di IGD RSUD Jayapura

Masa Kerja	Frekuensi	Persentase
1-8 tahun	12	37.5 %
9-16 tahun	12	37.5 %
17-24	8	25.0 %
Total	32	100.0 %

Sumber Data Primer 2013.

Tabel 4.4. dapat diketahui bahwa sebagian besar masa kerja responden adalah pada masa 1-8 tahun dan 9-16 tahun yang berjumlah 12 responden (37,5 %) dan yang terendah adalah masa kerja responden 17-24 tahun yang berjumlah 8 responden (25%).

e. Karakteristik Pengetahuan Responden

Tabel.4.5.Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Responden di IGD RSUD Jayapura.

	Pengetahuan	Frequency	Percent
Valid	Cukup	3	9.4 %
	baik	29	90.6 %
	Total	32	100.0 %

Sumber Data Primer 2013.

Tabel 4.5. menunjukkan bahwa sebagian besar pengetahuan responden tentang standar Univerasl Precaution adalah baik yaitu sekitar 29 responden (90,6%) dan pengetahuan responden cukup sebanyak 3 responden (9,4%).

f. Karakteristik Sikap Responden

Tabel. 4.6 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sikap Responden di IGD RSUD Jayapura.

Sikap	Frekuensi	Persentase
Cukup	3	9.4
Baik	29	90.6
Total	32	100.0

Sumber Data Primer 2013.

Tabel 4.6 dapat diketahui bahwa sebagian besar sikap responden tentang Standar *universal precaution* adalah baik yaitu berjumlah 29 responden (90,6%) dan sikap yang terendah adalah cukup berjumlah 3 responden (9,4%).

g. Karakteristik Tindakan Responden.

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tindakan Responden di IGD RSUD Jayapura.

Tindakan	Frekuensi	Persentase
cukup	2	6.2
baik	30	93.8
Total	32	100.0

Sumber Data Primer 2013.

Tabel 4.7. dapat diketahui bahwa sebagian besar tindakan responden tentang standar *universal precaution* adalah baik yaitu berjumlah 30 responden (93,75%) dan tindakan terendah adalah 2 responden (6,25%).

B. Pembahasan Hasil Penelitian.

1. Karakteristik Responden.

a. Umur

Sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah kelompok usia 22-33 tahun (43,8%). Kelompok umur tersebut termasuk golongan usia produktif yang berpotensi untuk banyak melakukan pekerjaan. Tenaga masih kuat, sehingga sangat dibutuhkan

dalam tindakan keperawatan di ruang IGD yang mempunyai aktifitas tinggi.

Hal ini sesuai apa yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2010) bahwa usia produktif semakin banyak hal yang dapat dikerjakan pada usia produktif sehingga pengalaman dan pengetahuan mereka akan meningkat. Pada usia produkti orang akan semakin mencari informasi yang baik untuk dirinya mereka sendiri.

Pengetahuan perawat tentang standar universal precaution pada usia produktif sangat diperlukan, karena semakin tua atau tinggi umur seseorang maka mereka akan meningkatkan kematangan dalam menerima informasi, meningkatkan kemampuan atau ketrampilannya, semakin banyak informasi dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga pengetahuan responden meningkat.

b. Jenis Kelamin

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah laki laki berjumlah 22 orang (68,8%). Berdasarkan jumlah tenaga perawat yang ada di ruang Instalasi Gawat Darurat adalah laki – laki, dimana ruang IGD merupakan ruangan yang pertama menerima pasien yang mengalami keluhan dari yang ringan sampai yang berat. Ruangan ini memerlukan tenaga yang lebih kuat. Laki – laki dianggap sebagai mahluk yang kuat sehingga tenaganya sangat dibutuhkan lebih banyak di ruangan IGD.

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Tambayong (2007) bahwa otot rangka laki – laki lebih kuat dibanding perempuan.

c. Pendidikan

Sebagian besar tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini adalah D III Keperawatan berjumlah 20 responden (62,5%).

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh dalam pola berfikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin matang dalam mengambil keputusan. Soehardjo dan Patong (1999) menyatakan bahwa pendidikan pada umumnya akan mempengaruhi cara dan pola pikir perawat. Pendidikan yang relatif tinggi dan umur yang produktif menyebabkan perawat lebih dinamis dalam bekerja.

Pendidikan juga berpengaruh terhadap tingkat kemampuan menyerap informasi tentang lingkungan sekitarnya. Pengetahuan ini selanjutnya akan berpengaruh terhadap persepsi mereka terhadap standar universal precaution dan manfaatnya.

d. Masa Kerja (tahun)

Sebagian besar masa kerja responden dalam penelitian ini adalah berkisar 1-8 tahun dan 9-16 tahun (37,5%). Masa kerja yang sudah cukup lama dan matang akan meningkatkan kesadaran perawat untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial yang dapat ditularkan dari pasien yang mereka rawat. Masa kerja juga dapat membuat seseorang lebih protektif dari semua penyakit yang dapat menularkan pada mereka.

Hal ini sesuai dengan penadapat Nurhanah (2004) bahwa masa kerja yang lama seseorang cenderung memiliki pengetahuan dan tuntutan serta harapan yang lebih besar dibandingkan dengan orang yang masa kerja nya yang baru beberapa tahun.

2. Pengetahuan responden

Sebagian besar pengetahuan perawat atau responden di ruang instalasi gawat darurat adalah baik yaitu berjumlah 29 responden (90,6%), kemudian responden yang berpengetahuan cukup yaitu sebesar 3 (9,4%) responden. Ini dapat disebabkan faktor pendidikan yang melekat pada diri perawat.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Tingkat pengetahuan merupakan informasi yang dimiliki seseorang sebagai hasil proses penginderaan mengenai suatu obyek tertentu dengan cara mengingat atau mengenal informasi yang ada pada obyek tersebut (Hendra, 2006). Pengetahuan yang dimiliki perawat dijadikan sebagai dasar untuk berperilaku.

Pengetahuan baik ini akan berpengaruh pada perilaku perawat dalam menjalankan tugasnya dengan menggunakan prinsip-prinsip *universal precaution*. Perilaku perawat dalam melaksanakan *universal precaution* membutuhkan pemahaman yang benar tentang cara dan langkah – langkah dalam melaksanakan *universal precaution*. Memahami (*comprehension*) diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara

benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi suatu obyek, artinya perawat telah mempunyai pemahaman yang baik tentang tindakan *universal precaution*. Aplikasi (*aplication*) dapat diartikan sebagai kemampuan perawat untuk menggunakan atau melaksanakan tindakan *universal precaution* yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

Dalam penelitian ini diketahui bahwa perawat mengetahui, memahami dan mengaplikasikan prinsip-prinsip utama dalam pelaksanaan pengendalian infeksi nosokomial seperti menjaga hygiene sanitasi individu cuci tangan, menggunakan alat pelindung diri (APD) dan pengelolaan benda tajam di ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura.

3. Sikap Responden

Sebagian besar responden dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sikapnya baik yaitu berjumlah 29 (90,6) responden, kemudian selanjutnya adalah responden yang memiliki sikap yang tergolong cukup yaitu sebesar 3 (9,4%) responden. Sikap baik perawat sebagai dasar perawat untuk berperilaku. Sikap perawat dalam melaksanakan *universal precaution* dapat dipengaruhi oleh data kejadian infeksi nosokomial bisa saja dari pengalaman perawat itu sendiri, tingkat pendidikan dan fasilitas seperti terdapat bagan cuci tangan, tempat sampah infeksius dan non – infeksius, wastafel dan adanya standar operasional prosedur (SOP).

Sikap perawat dalam melaksanakan universal precaution membutuhkan adanya pemahaman yang benar tentang cara dan langkah-langkah dalam melaksanakan universal precaution. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan faktor predisposisi terbentuknya sikap.

Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa sikap merupakan respon atau reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap juga merupakan pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap objek (Heri Purwanto dalam Wawan, 2007).

Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi sikap seseorang meliputi faktor emosional, pengalaman masa lalu, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama (Notoatmodjo, 2010).

Sikap yang cukup pada responden dalam penelitian ini disebabkan di rumah sakit RSUD Jayapura sering terjadi kekurangan air, prosedur tetap yang tidak tertempel pada dinding sehingga tenaga medis sering lupa dan mengabaikan dalam melakukan standar *universal precaution*.

4. Tindakan responden.

Dalam penelitian ini sebagian besar tindakan responden adalah baik yaitu berjumlah 30 responden (93,8%). Kemudian tindakan responden yang cukup berjumlah sebesar 2 (6,2%) responden. Tindakan baik ini akan membuat pelaksanaan *universal precaution* kearah positif. Tindakan cukup tersebut akan mempengaruhi segi keamanan pada diri perawat sendiri untuk terjadinya infeksi nosokomial.

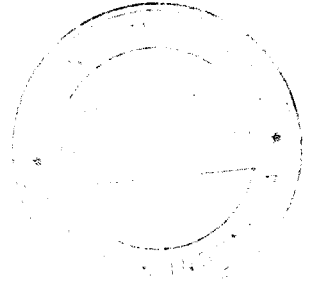
Tindakan adalah respon terhadap individu terhadap stimulus yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan bertujuan baik disadari maupun tidak (Wawan, 2007). Dalam penelitian ini tindakan baik perawat sangat menunjang mereka untuk bekerja secara baik dan untuk mencegah adanya infeksi nosokomial atau infeksi silang yang dimana ruang instalasi gawat darurat sebagai ruangan pertama kali pasien mendapatkan tindakan medis maupun non medis. Sehingga kemungkinan besar terjadinya infeksi nosokomial lebih besar juga apabila tim kesehatan mengabaikan standar *universal precaution*.

Rahayu (2009) menyebutkan bahwa tindakan yang positif dan baik seseorang dikarenakan adanya motivasi yang ada, dan adanya reinforcement positif dari atasan.

C. Keterbatasan Penelitian.

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti memiliki keterbatasan – keterbatasan sebagai berikut:

1. Studi literatur yang dilakukan oleh peneliti terbatas, sehingga memungkinkan masalah yang dilihat secara tidak utuh dan berpengaruh terhadap pembuatan kuesioner.
2. Sampel hanya berjumlah 32 responden dan hanya selama satu bulan yang menyebabkan penelitian ini belum digeneralisasikan untuk populasi yang lebih luas. Dan dilakukan pada saat peneliti melakukan praktek klinik.
3. Keterbatasan peneliti di bidang riset, waktu dan dana sehingga hasil yang dicapai kurang sempurna.



BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di IGD RSUD Jayapura Papua, peneliti mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar pengetahuan perawat tentang standar Universal precaution adalah baik sebanyak 90,6%.
2. Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar sikap perawat tentang standar universal precaution adalah baik sebanyak 90,6%.
3. Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar tindakan perawat tentang standar universal precaution adalah baik sebanyak 93,8%.

B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan profesi keperawatan memberikan panduan yang baku untuk perawat dalam melakukan tindakan keperawatan yang benar sebelum dan sesudah tindakan dengan mengedepankan prinsip – prinsip standar universal precaution.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Agar lebih intens kepada para mahasiswa dan menekankan pentingnya universal precaution dan menyediakan sumber bacaan tentang universal precaution di perpustakaan kampus, sehingga para mahasiswa pada saat praktek klinik sudah mengetahui manfaat dari standar universal precaution.

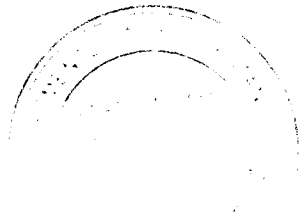
3. Bagi Rumah Sakit

Agar lebih memberikan perhatian kepada para perawat untuk melakukan segala tindakan pengobatan maupun perawatan dengan Satuan Operasional Prosedur (SOP) yang sudah baku dari kementerian kesehatan. Untuk melindungi adanya perawat yang terkena infeksi nosokomial.

4. Bagi Peneliti

- a. Area penelitian perlu diperluas dengan jumlah sampel yang lebih besar sehingga hasil yang diharapkan lebih meyakinkan.
- b. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan tingkat pengetahuan
- c. Untuk peneliti selanjutnya dapat ditambahkan karakteristik responden dan variabel – variabel yang lebih banyak dan lengkap.





DAFTAR PUSTAKA

Arikunto.S(1998).*prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*.Jakarta:Rineka Cipta.

Arikunto, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Edisi Revisi VI, Jakarta – Rineka Cipta

Depkes RI.2010 *Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi dirumah sakit dan Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya*. Jakarta.

Darmadi.2008. *Infeksi Nosokomial Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta.Salemba Jakarta.

Depkes RI. 2003 *Pedoman pelaksanaan kewaspadaan universal pelayanan kesehatan*. Jakarta.

Depkes RI. 2006. *Pedoman Penanggulangan Tuberculosis*. Cetakan Pertama,Edisi 2, Jakarta.
(Online)http://www.tbindonesia.or.id/pdf/BUKUPEDOMAN_NASIONAL.pdf diaskes 07 Februari 2013)

Depkes RI. 2008, *Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*; Jakarta

Emaliyawati. 2009.*Tindakan Kewaspadaan Universal Sebagai Upaya untuk mengurangi Resiko Penyebaran Infeksi*. Available
From:URL:http://pustaka.unpad.co.id/wp-content/uploads/2009/10/tindakan_kewaspadaan_universal.pdf(diaskes 09 Februari 2013).

G.W.Alport.1992.*Pengertian Sikap*.([http://hanstoe.Wordpress.com/2009/02/21/Pengertian Sikap/](http://hanstoe.wordpress.com/2009/02/21/Pengertian_Sikap/)diaskes tanggal 21-02-20113).

Hidayat, AAA.2007. *Riset keperawatan dan tehnik penulisan ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.

Hidayat, AAA. 2007. *Metodologi Penelitian dan Tehnik Analisa Data*. Jakarta:

Salemba Medika

Heri Purwanto. 2002. *Pengantar ilmu Perilaku Manusia Untuk Keperawatan*. Jakarta. EGC

Ibrahim.K. dkk. 2007. *Kewaspadaa umum pelayanan Kesehatan Dalam Mencegah Resiko Penularan HIV/AIDS*. (Online):
(<http://www.akademik.unsri.ac.id/download/jurnal/files/padresources/1A%20garut.pdf>).

Lolok Lelyana dkk. 2006. *Risk management of HIV/AIDS infection at DR Sardjito Hospital*. Yogyakarta (<http://irc-kmpk.ugm.ac.id> diaskes 30-02-2013 Online).

Notoatmodjo Soekidjo, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo S, 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Rineka Cipta, Jakarta.

Mustafa, 2009, *Mengurai Variabel hingga Instrumentasi*, Surabaya; Graha Ilmu

Setiadi, 2007, *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*, Jakarta; Graha Ilmu

Tietjen, L. 2004. *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta. Yayasan Bina Sarwono Prawiroharjo.

Yusran Muhammad. 2006. *Pengaruh Penerapan Universal Precaution terhadap kejadian kontak darah pada tenaga kesehatan di rumah sakit Abdul Muluk Bandar Lampung* (<http://lemit.unila.ac.id>, askes 12-02-2013).

Lampiran 1

[illegible]



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA

Alamat : Jl. Padang Bulan II Abepura. Telp. (0967) 584280 – 584281



Jayapura, 22 Januari 2013

Nomor : DL.02.02/II.01/ 0062 /2013
Perihal : Izin Pengambilan Data awal

Kepada Yth :
Direktur RSUD Dok II Jayapura
Di –

Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka penyelesaian Studi Mahasiswa D-IV Keperawatan Mahir Med kal Bedah (KMMB) Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, maka dengan ini kami mohon kerjasamanya dengan mahasiswa yang tersebut namanya dibawah ini :

Nama : Halima Karamman

N I M : PO.71.20.1.12.167

Judul Penelitian : Gambaran Pengetahuan Dan Perilaku Tentang standar Universal Precaution Di Instalasi Gawat Darurat RSUD DOK II Jayapura.

Dapat diberikan izin pengambilan data awal untuk penyusunan Proposal Penelitian di Ruang IGD RSUD Jayapura pada tanggal s/d

Demikian penyampaian kami, atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Tembusan :

1. Ka. Penlat RSUD Jayapura
2. Ka. Ruang IGD RSUD Jayapura

Penanggung Jawab Program D IV KMMB

Blestina Mariyorita, S.kep., Ns., M.Si
NIP. 19670520 198601 2 001



PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA

Jl. Kesehatan No. 01 ☎ (0967) - 533616,533516 Fax (0967) - 533781
J A Y A P U R A

Nomor : 818.009/SDM-LITBANG /III/2013
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Pengumpulan Data Awal**

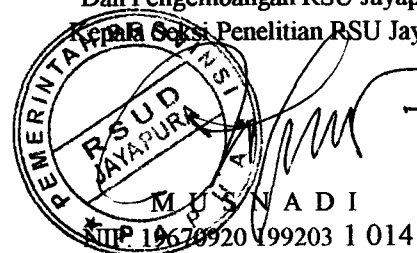
Kepada Yth.
Kepala Inst. IGD
Di -
Tempat

Dengan hormat,

1. Dasar:
 - a. Surat Direktur Akademi Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Nomor : DL.02.02II.01/II.01/2013 tentang permohonan ijin Pengumpulan data awal .
 - b. Disposisi wadir Diklit dan SDM RSU. Jayapura 13 Maret 2013 tentang persetujuan Ijin Pengumpulan data awal.
2. Sehubungan dengan point (satu) di atas, bersama ini kami sampaikan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Bahwa Mahasiswa Akademi Jayapura An. Halimah Karamman Nim: Po.71.20.1.12.167 akan melaksanakan Kegiatan Pengumpulan data awal dengan judul : Gambaran Pengetahuan Dan Perilaku Tentang Standar Universal Precaution Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dok II Jayapura
 - b. Kegiatan ini dilaksanakan selama 1 (Satu) Minggu Mulai 26 Maret 2013 s/d 04 April 2013
 - c. Mohon bimbingan, arahan dan pengawasan terhadap mahasiswa ybs selama kegiatan berlangsung agar tidak mengganggu pelayanan di unit Kerja Saudara.
3. Demikian kami sampaikan dan atas perhatian serta kerja yang baik di ucapkan terima kasih.

Jayapura 25 Maret 2013

An. Kepala Bidang Pengembangan
Dan Pengembangan RSU Jayapura
Kepala Seksi Penelitian RSU Jayapura



T e m b u s a n:

1. .Wadir Yanmed dan Keperawatan RSU Jayapura
2. .Mahasiswa yang bersangkutan
3. Arsip



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
D-IV KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Alamat : Jl. Padang Bulan II Abepura. Telp. (0967) 584280 – 584281



Jayapura, 21 Mei 2013

Nomor : DL.02.02/II.01/ 0532 /2013
Perihal : Izin Melakukan Penelitian

Kepada Yth :
Direktur RSUD Jayapura

Di –
Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka penyusunan Skripsi untuk melengkapi persyaratan penyelaian Studi mahasiswa D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah (KMMB) Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, maka dengan ini kami mohon kerjasamanya dengan mahasiswa yang tersebut namanya dibawah ini :

Nama : Halima Karanman
NIM : PO. 71.201.12.167
Judul Penelitian : Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Perawat tentang Standar Universal Precaution di RSUD Jayapura

Dapat diberikan izin melakukan penelitian guna menyelesaikan Skripsi di
..... RSUD pada tanggal ... 23/05 ... s/d ... 23-06-2013

Demikian penyampaian kami, atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi D-IV KMMB

Blestina Maryorita, S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 19670520 198601 2 001



PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA
Jl. Kesehatan No. 01 ☎ (0967) - 533616, 533516 Fax (0967) - 533781
J A Y A P U R A

Nomor : 819.126/SDM-LITBANG/VII /2013
Lampiran :
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Inst. Gawat Darurat
RSUD Jayapura
Di –
T e m p a t

Dengan hormat,

1. Dasar:

- a. Surat Direktur Akademi Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Nomor : DL.02.0211.01/II.01 /2013 tanggal 22 Mei 2013 tentang permohonan Ijin Penelitian.
- b. Disposisi wadir Diklit dan SDM RSUD Jayapura 16 Juli 2013 tentang persetujuan Ijin Penelitian.

2. Sehubungan dengan point (satu) di atas, bersama ini kami sampaikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Bahwa Mahasiswa Akademi Jayapura An. Halimah Karamman Nim: po.71.20.1.12.167 akan melaksanakan kegiatan penelitian dengan Judul: Gambaran pengetahuan sikap dan perilaku perawat tentang standar universal precaution di IRD di RSUD Jayapura”
- b. Kegiatan ini dilaksanakan selama 1(satu) Bulan Mulai tanggal 23 Mei s/d 23 Juni 2013
- c. Mohon bimbingan, arahan dan pengawasan terhadap mahasiswa ybs selama kegiatan berlangsung agar tidak mengganggu pelayanan di unit Kerja Saudara.

3. Demikian kami sampaikan dan atas perhatian serta kerja yang baik di ucapkan terima kasih.

Jayapura, 22 Juli 2013

An. Kepala Bidang Penelitian
Dan Pengembangan RSUD Jayapura,
Kepala Seksi Penelitian RSUD Jayapura



PAPUMUSNADI
NIP. 19670920 199203 1 014

Tembusan

1. Wadir Umum dan Keuangan RSUD Jayapura
2. Kepala Bid. Keperawatan
3. Mahasiswa yang bersangkutan
4. Arsip



PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA
Jl. Kesehatan No. 01 ☎ (0967) - 533616,533516 Fax (0967) -
533781
J A Y A P U R A

Nomor : 818.044/SDM-LITBANG/VII/2013

Lampiran -

Perihal : Pengembalian Mahasiswa

Kepada Yth :
Ketua Program
Politeknik Jayapura
di-
Jayapura

Dengan hormat,

Bersama ini kami beritahukan bahwa kegiatan Penelitian Mahasiswa a.n. Halima Karamman Nim
Po. 71. 20.1.12.167 telah melaksanakan Penelitian mulai tanggal 23 Mei s/d 23 Juni 2013 .

untuk selanjutnya mahasiswa tersebut kami kembalikan pada institusi asal.

Semoga pemahaman tentang Praktek kerja lapangan di RSUD Jayapura dapat menjadi target dari
kegiatan kuliah tersebut dapat tercapai.

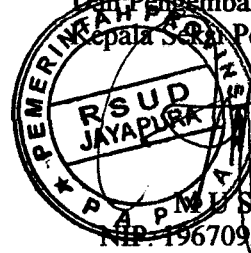
Demikian kami sampaikan, atas kerjasama yang baik di ucapkan terima kasih.

Jayapura, 24 Juni 2013

An. Kepala Bidang Penelitian

Dan Pengembangan RSUD Jayapura,

Kepala Seksi Penelitian RSUD Jayapura



P. P. M. USNADI

NIP. 19670920 199203 1 014

Lampiran 4

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Bapak/Ibu/Saudara/I Calon Responden

Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Program D-IV Keperawatan Medikal bedah Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, dengan :

Nama : Halimah Karamman

NIM : PO.71.20.1.12.167

Alamat : Dok IX Pasar Inpres

Saya adalah Mahasiswa Program D-IV Keperawatan Medikal bedah Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir D-IV Keperawatan, tujuan penelitian ini untuk mengetahui Gambaran Perilaku Perawat tentang Standar Universal Precaution di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Jayapura.

Saya mengharapkan tanggapan/jawaban yang saudara berikan sesuai dengan pendapat saudara dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak dipergunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat "*Volume*" (bebas), saudara bebas untuk ikut atau tidak, tanpa adanya sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta responden, silahkan saudara menandatangani kolom dibawah ini :

Tanda Tangan responden

(.....)

Peneliti

(Halima Karamman)



Lampiran 5

DAFTAR PERNYATAAN KUESIONER

PENELITIAN TENTANG

GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN TINDAKAN PERAWAT TENTANG STANDAR UNIVERSAL PRECAUTION DI INSTALASI GAWAT DARURAT

RSUD JAYAPURA

Tanggal :

No. Responden :

A. DATA DEMOGRAFI

Nama responden :

Umur Responden :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Pendidikan Terakhir :

Masa Kerja :

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah dengan cermat pernyataan yang ada di dalam kuesioner ini.
2. Berilah tanda silang (√) pada pernyataan yang sesuai dengan pendapat dan keadaan yang sebenarnya.

B. Pengetahuan Responden

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Kewaspadaan universal/ <i>universal precaution</i> adalah upaya pencegahan infeksi dari pasien kepada tenaga kesehatan, dan juga sebaliknya		
2.	Kewaspadaan dilkaukan untuk pengendalian infeksi yang ditularkan melalui udara, kontak langsung, percikan darah dan cairan tubuh lainnya		
3.	Prinsip utama kewaspadaan universal/ <i>universal precaution</i> adalah mencuci tangan, pemakaian alat pelindung diri, pengolahan alat kesehatan bekas pakai dan pengolahan benda tajam, pengolahan limbah dan sanitasi ruangan.		
4.	Tujuan dari cuci tangan adalah membersihkan tangan dari air bersih.		
5.	Indikasi cuci tangan adalah jika menerima pasien baru.		
6.	Sebelum dan sesudah memeriksa pasien sebaiknya perawat melakukan cuci tangan		
7.	Jenis alat pelindung diri yang digunakan untuk mencegah perawat tertular infeksi adalah sarung tangan dan masker.		
8.	Alasan petugas kesehatan menggunakan sarung tangan adalah mengurangi resiko petugas terkena infeksi dari pasien.		
9.	Tiga jenis sarung tangan adalah sarung tangan bedah, sarung tangan pemeriksaan, sarung tangan rumah tangga		
10.	Fungsi dari kacamata adalah melindungi diri dari petugas kesehatan dari infeksi melalui udara dan kontak langsung dari cairan tubuh lainnya.		
11.	Alat yang digunakan petugas kesehatan untuk mencegah cipratan darah dan cairan tubuh yang terkontaminasi masuknya kedalam hidung dan mulut maka harus memakai alat pelindung masker.		
12.	Alat pelindung yang dipakai petugas kesehatan untuk menutup rambut dan kepala adalah penutup kepala		
13.	Untuk melindungi pakaian petugas dari cipratan darah dan cairan tubuh lainnya, maka petugas harus memakai alat pelindung diri seperti celemek.		

14.	Untuk melindungi kaki petugas diperlukan, karena benda tajam , berat atau dari cairan yang kebetulan jatuh menetes, alat pelindung yang harus dipakai adalah sepatu pelindung		
15.	Tidak semuanya alat pelindung tubuh harus dipakai, tergantung jenis tindakan yang dikerjakan, untuk bedah minor cukup memakai alat pelindung sarung tangan saja.		
16.	Jarum suntik sebaiknya diugunakan sekali pakai dengan tujuan agar dapat memakai jarum suntik yang baru lagi.		
17.	Untuk mencegah, diperlukan pada waktu menutup kembali jarum suntik maka digunakan tehnik satu tangan.		
18.	Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai bertujuan untuk mencegah alat tidak kotor.		
19.	Semua alat, bahan, dan obat yang dimasukkan kedalam jaringan dibawah kulit harus dalam keadaan steril		
20.	Proses penatalaksanaan peralatan dilkaukan melalui empat tahap adalah dekontaminasi, pencucian, sterilisasi dan penyimpanan.		
21.	Cara dekontaminasi alat kesehatan yang lazim dilakukan adalah merendam dengan larutan desinfektan (<i>larutan klorida 0.5% selama 10 menit</i>).		
22.	Semua limbah yang dihasilkan oleh kegiatan rumah sakit dan kegiatan penunjang lainnya disebut limbah klinik.		
23.	Limbah yang dihasilkan selama pelayanan pasien secara rutin dan pembedahan, serta sangat berbahaya dan mengakibatkan resiko tinggi infeksi dan bersifat menularkan penyakit disebut limbah medis.		
24.	Sistem pemusnaan limbah yang dianjurkan adalah dengan pembakaran (<i>insenerasi</i>) pada suhu tinggi > 1200°C.		
25.	Tempat sampah yang berwarna hitam disediakan untuk jenis sampah limbah non medis.		
26.	Tempat sampah yang berwarna kuning disediakan untuk jenis sampah limbah medis infeksius.		

C. Lembar Observasi

PENELITIAN DENGAN JUDUL
Gambaran Perilaku Perawat Tentang Standar Universal Precaution Di Instalasi
Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Jayapura

NO	TINDAKAN	DILAKUKAN	TIDAK DILAKUKAN
	A. Cuci Tangan		
1.	Basahi kedua belah tangan setinggi pertengahan lengan dengan air mengalir		
2.	Gunakan sabun biasa/sabun anti septic dibagian telapak tangan yang telah basah, buat busah secukupnya tanpa percikan		
3.	Gosok kedua telapak tangan, gosokkan telapan tangan kanan diatas punggung tangan kiri dan sebaliknya, gosokkan kedua telapak tangan dengan jari saling mengait, gosok kedua ibu jari dengan cara menggenggam dan memutar, gosok pergelangan tangan		
4.	Bilas kembali dengan air bersih		
5.	Keringkan tangan dengan handuk atau kertas sekali pakai		
6.	Matikan kran dengan kertas atau tissue		
7.	Cuci tangan sebelum kontak dengan pasien		
8.	Cuci tangan setelah kontak dengan pasien		
	B. Memakai Alat Pelindung Diri		
9.	Memakai sarung tangan setiap kontak dengan pasien		
10.	Pastikan sarung tangan yang dipakai dalam keadaan baik dan bersih		
11.	Sarung tangan yang dipakai tidak bocor		
12.	Pakai masker harus yang cukup besar agar dapat menutup hidung, muka bagian bawah, rahang dan semua rambut muka		

	C. Pengolahan Benda Tajam
13.	Ada tempat penampung khusus yang memiliki dinding keras dan tidak mudah ditembus oleh jarum
14.	Menutup jarum suntik dengan metode satu tangan
15.	Jarum suntik tidak boleh dibengkokan
16.	Jarum suntik tidak di buang / dicampur dengan sampah rumah tangga
17.	Sampah jarum suntik dibuang dalam kantong khusus
	D. Pengolahan Alat Bekas Pakai
18.	Melakukan dekontaminasi
19.	Melakukan pencucian alat
20.	Melakukan sterilisasi alat kesehatan alat bekas pakai
21.	Barang yang sudah steril disimpan di ruang yang steril, atau tempat yang bersih dengan syarat, bebas dari debu, bebas dari serangga
	E. Pengolahan Limbah dan Sanitasi Ruangan
22.	Tempat wadah sampah pada daerah yang mudah dijangkau
23.	Buang sampah rumah tangga pada wadah plastic yang mudah dijangkau
24.	Sampah non medis dibuang pada tempat sampah yang berwarna hitam
25.	Sampah medis dibuang pada tempat sampah yang berwarna kuning

D. Sikap

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Tindakan universal precaution apakah termasuk tanggung jawab anda ?		
2.	Apakah anda saat menolong pasien tidak memakai pelindung diri ?		
3.	Apakah anda mempunyai kebiasaan tidak memakai pelindung diri bila menangani pasien ?		
4.	Apakah anda memakai pelindung diri saat bersama teman kerja ?		
5.	Apakah anda menolong pasien memakai alat pelindung diri ?		
6.	Apakah ada aturan ditempat anda bekerja tentang universal precaution ?		

Lampiran 6

data umum bu halimah.sav

	Nama	Umur	JenKel	Pendidkn	Masker	Penget
1	S	1.00	1.00	3.00	1.00	3.00
2	NS	1.00	2.00	2.00	1.00	3.00
3	PS	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00
4	B	3.00	1.00	2.00	3.00	3.00
5	R	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00
6	AS	1.00	2.00	2.00	1.00	3.00
7	JM	3.00	1.00	3.00	2.00	3.00
8	KA	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00
9	EI	3.00	2.00	2.00	3.00	3.00
10	RW	2.00	1.00	3.00	2.00	3.00
11	NS	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00
12	NY	2.00	1.00	3.00	2.00	3.00
13	RYM	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00
14	AM	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00
15	ST	3.00	2.00	1.00	1.00	2.00
16	SS	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
17	RS	2.00	1.00	2.00	3.00	3.00
18	SD	3.00	1.00	2.00	2.00	3.00
19	SDR	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00
20	NBKS	2.00	2.00	3.00	2.00	3.00
21	VH	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00
22	RM	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00
23	FS	2.00	2.00	3.00	2.00	3.00
24	BR	3.00	1.00	1.00	3.00	3.00
25	CHIS	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00
26	AMT	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00
27	RAA	3.00	1.00	1.00	3.00	2.00
28	BW	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00
29	GM	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00
30	FT	1.00	2.00	2.00	1.00	3.00
31	SL	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00
32	WS	3.00	1.00	3.00	3.00	3.00

data umum bu halimah.sav

	Sikap	Tindakan
1	3.00	3.00
2	3.00	3.00
3	3.00	3.00
4	3.00	3.00
5	3.00	3.00
6	3.00	3.00
7	3.00	3.00
8	3.00	3.00
9	3.00	3.00
10	3.00	3.00
11	3.00	3.00
12	3.00	3.00
13	3.00	3.00
14	3.00	3.00
15	2.00	2.00
16	2.00	2.00
17	3.00	3.00
18	3.00	3.00
19	3.00	3.00
20	3.00	3.00
21	3.00	3.00
22	3.00	3.00
23	3.00	3.00
24	3.00	3.00
25	3.00	3.00
26	3.00	3.00
27	2.00	3.00
28	3.00	3.00
29	3.00	3.00
30	3.00	3.00
31	3.00	3.00
32	3.00	3.00

Lampiran 7

1. Tabel Frekuensi Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Responden.

Statistics

		Umur Responden	Jenis Kelamin Responden	Pendidikan Responden	Masa Kerja Responden	Pengetahuan Responden	Sikap responden	Tindakan Responden
N	Valid	32	32	32	32	32	32	32
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

2. Tabel Frekuensi Berdasarkan Umur Responden.

Umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22-31	14	43.8	43.8	43.8
	32-41	8	25.0	25.0	68.8
	42-51	10	31.2	31.2	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

3. Tabel Frekuensi berdasarkan jenis Kelamin responden

Jenis Kelamin Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	22	68.8	68.8	68.8
	Perempuan	10	31.2	31.2	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

4. Tabel Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Responden

Pendidikan Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMU/SPK	3	9.4	9.4	9.4
	D III Keperawatan	20	62.5	62.5	71.9
	Sarjana/Ners	9	28.1	28.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

5. Tabel frekuensi Berdasarkan Masa Kerja Responden.

Masa Kerja Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-8 tahun	12	37.5	37.5	37.5
	9-16 tahun	12	37.5	37.5	75.0
	17-24	8	25.0	25.0	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

6. Tabel Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Responden

Pengetahuan Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	3	9.4	9.4	9.4
	baik	29	90.6	90.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

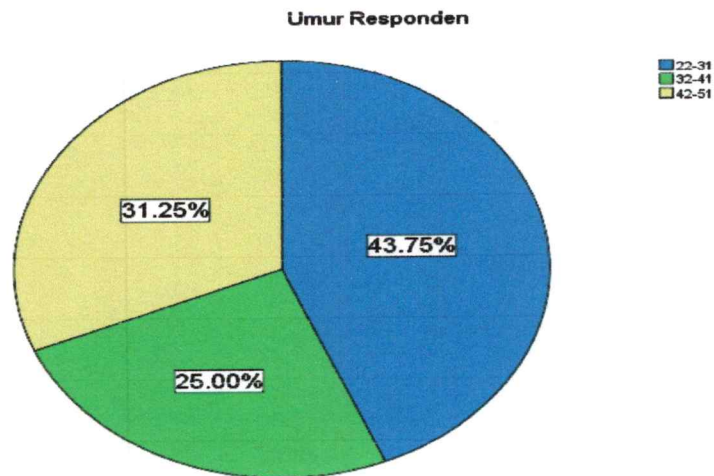
7. Tabel Frekuensi berdasarkan Sikap Responden.

Sikap responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cukup	3	9.4	9.4	9.4
	baik	29	90.6	90.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

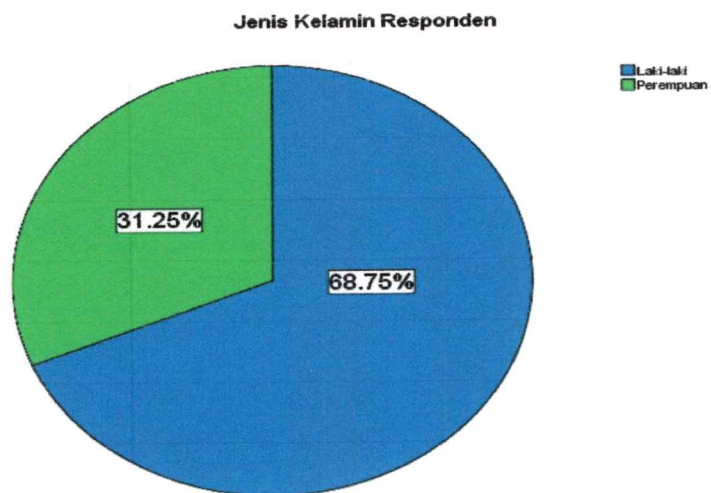
8. Tabel Frekuensi berdasarkan Tindakan responden.

Tindakan Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cukup	2	6.2	6.2	6.2
	baik	30	93.8	93.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

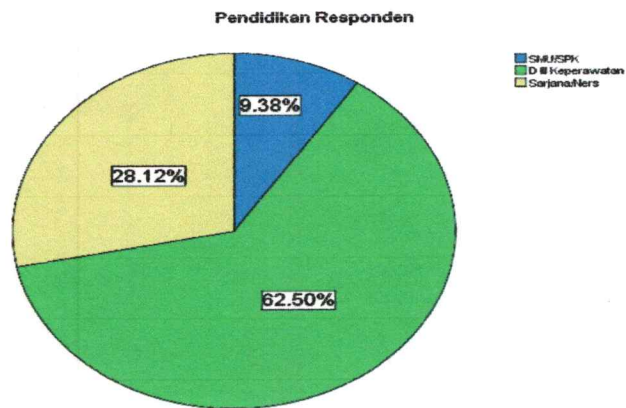
1. Gambar diagram pie berdasarkan umur responden.



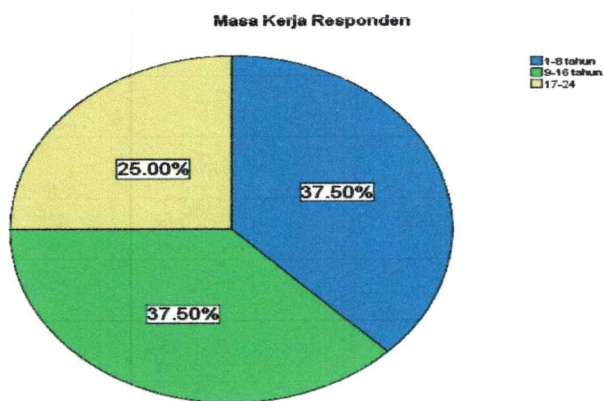
2. Gambar diagram pie berdasarkan Jenis Kelamin Responden.



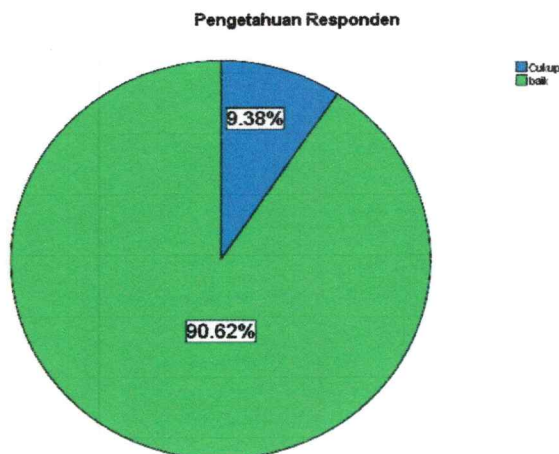
3. Gambar diagram pie berdasarkan pendidikan responden.



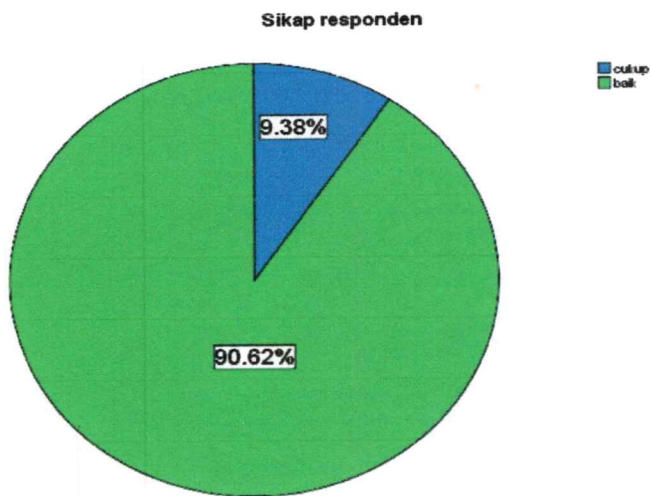
4. Gambar diagram pie berdasarkan masa kerja responden.



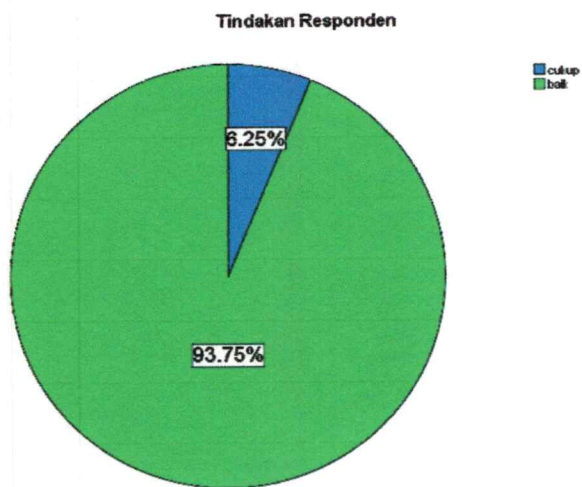
5. Gambar diagram pie berdasarkan pengetahuan responden.



6. Gambar diagram pie berdasarkan sikap responden.



7. Gambar diagram pie berdasarkan tindakan responden.



LEMBAR KONSULTASI

Nama : Halima karamman
NIM : PO.71.20.1.12.167.
Judul penelitian : Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Perawat
Tentang Standar *Universal Precaution* di Instalasi Gawat
Darurat RSUD Jayapura

Pembimbing I : Sri Mulyono,SKM.M.Kes.
Pembimbing II : Lamria Situmeang,S.Kep.Ns

No	Tanggal	Materi	Revisi	Tanda Tangan
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				