

PENERAPAN PRINSIP KEWASPADAAN STANDAR OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP PENYAKIT BEDAH RSUDZA BANDA ACEH

*Application of Universal Precautions Standard by Nurses in Surgical Ward at RSUZA Hospital,
Banda Aceh*

Hajjul Kamil

Bagian Keilmuan Keperawatan Dasar – Dasar Keperawatan, PSIK-FK Universitas Syiah Kuala
Basic Nursing Department, School of Nursing, Faculty of Medicine, Syiah Kuala University
E-mail: hk_psik@yahoo.com

ABSTRAK

Kewaspadaan standar dirancang di rumah sakit sebagai langkah awal untuk tindakan pencegahan infeksi nosokomial. Tujuan penelitian untuk mengetahui penerapan prinsip kewaspadaan standar oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, meliputi; penerapan prinsip cuci tangan, penggunaan sarung tangan, masker, baju pelindung, penanganan linen, penanganan peralatan perawatan pasien, kebersihan lingkungan, dan penanganan instrumen tajam. Desain penelitian *Cross Sectional Study*, tempat penelitian di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh meliputi ruang Jeumpa I, II, dan III, waktu penelitian tanggal 9 sampai dengan 20 Juni 2010, pengambilan sampel menggunakan tehnik total sampling berjumlah 38 responden, alat pengumpulan data menggunakan instrumen observasi terdiri dari 41 item. Uji validitas menggunakan *Content Validity Test* meliputi *Face Validity* dan *Logical Validity*. Hasil penelitian; prinsip cuci tangan 94,7 % katagori kurang, penggunaan sarung tangan 94,7% katagori kurang, penggunaan masker 92,1 % katagori baik, penggunaan baju pelindung 76,3% katagori baik, penanganan linen 89,5 % katagori baik, penanganan peralatan perawatan pasien 60,5 % katagori baik, kebersihan lingkungan pasien 89,5% katagori baik, dan penanganan instrumen tajam 86,8 % katagori baik. Hasil penelitian secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa penerapan prinsip kewaspadaan standar oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh 94,7 % berada pada kategori kurang

Kata Kunci: Prinsip Kewaspadaan Standar, cuci tangan, sarung tangan, masker, baju pelindung, linen, peralatan perawatan pasien, kebersihan lingkungan, dan instrumen tajam.

ABSTRACT

Standard precautions was formed in hospital as a basic step in nosokomial infection prevention. The objective this study was to identify the application of standard precaution by associate nurses in surgical ward at dr. Zainoel Abidin Hospital, Banda Aceh. Its include hand washing application, using the gloves, face mask application, gown application, linen management, equipment management, environtment hygiene and sharp instrument management. The design was cross sectional study, the location in surgical ward dr. Zainoel Abidin Hospital, include Jeumpa I, II and III. The study was conducted during 9th until 20th of Juni 2010, the sampling method was total samping about 38 nurses as respondents. The instrument was used observation list consist of 41 items. Validity test was used content validity test include face validity and logical validity. The results are; the application of hand washing principle about 94,7% in poor category, the gloves application about 94,7% in poor category, the face mask application about 92,1% in good category, the gown application about 76,3% in good category, the linen management about 89,5% in good category, the equipment application about 60,5% in good category, environment hygiene about 89,5% in good category and the sharp instruments management about 86,8% in good category. The conclusion is the application of standar precaution by associate nurses in surgical ward about 94,7% in poor category.

Keywords: *standard precaution principle, hand washing, the gloves, the face mask, the gown, linen, equipment care, environtment hygiene and sharp instruments.*

PENDAHULUAN

Dalam pelayanan keperawatan, terinfeksi merupakan masalah yang sangat serius sehingga memerlukan perhatian yang sangat besar dalam penatalaksanaan. Prinsip umum yang harus diperhatikan adalah menjaga agar pasien tidak terinfeksi, pasien yang terinfeksi tidak tertular oleh mikroorganisme yang lain, pasien yang terinfeksi tidak menjadi sumber penularan bagi pasien yang lain, dan menjaga infeksi jangan sampai berkembang dan menjadi lebih parah (Stevens, 2000).

Pasien dalam lingkungan perawatan kesehatan berisiko terkena infeksi karena daya tahan tubuh yang menurun, meningkatnya pajanan terhadap jumlah dan jenis penyakit yang disebabkan oleh mikroorganisme dan prosedur invasif. Dengan cara mempraktikkan teknik pencegahan dan pengendalian infeksi, perawat dapat menghindarkan penyebaran mikroorganisme terhadap pasien (Potter & Perry, 2005).

Menurut World Health Organization (2009) fakta-fakta menunjukkan bahwa di negara berkembang dan negara dengan masa transisi risiko infeksi dari pelayanan kesehatan yang buruk sebanyak 20 kali lebih tinggi daripada di negara maju, setiap waktu, 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh dari rumah sakit, sedikitnya 50% dari peralatan kedokteran dan kesehatan tidak dapat dipakai atau hanya sebagian dapat dipakai. Setiap tahun, 1,3 juta orang meninggal disebabkan oleh terapi melalui suntikan yang tidak aman, utamanya dalam kaitan dengan Transmision Blood-Borne Pathogen seperti Virus Hepatitis B, Virus Hepatitis C dan Human Immunodeficiency Virus (HIV). Opname dan pengobatan tambahan di rumah sakit, hilangnya pemasukan pasien, dan kecacatan seumur hidup, telah merugikan negara-negara di dunia antara US\$ 6 milyar sampai dengan US \$ 29 milyar per tahun (WHO, 2009).

Pada tahun 1996, Centers of Disease Control dan Hospital Infection Control Practices Advisory Committee menerbitkan sistem baru kewaspadaan isolasi. Sistem ini melibatkan pendekatan dua tingkat yaitu

kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan penularan (Tietjen, 2004).

Kewaspadaan standar yang digunakan untuk perawatan kesehatan pasien yang dirawat di rumah sakit termasuk memberikan perhatian khusus pada penerapan teknik barrier, meliputi; mencuci tangan, pakai masker dan sarung tangan, cuci tangan dan permukaan kulit lain segera jika terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh, jangan menutup kembali atau memanipulasi jarum, buang jarum ke wadah benda tajam. Letakkan semua limbah dan material yang terkontaminasi dalam kantong plastik, peralatan klien dibersihkan dan diproses ulang dengan tepat, alat sekali pakai dibuang. Linen yang terkontaminasi diletakkan dalam kantong yang tahan bocor dan ditangani untuk mencegah paparan terhadap kulit dan membrane mukosa (Schaffer, Garzon, Heroux & Korniewicz, 2000).

Penerapan kewaspadaan standar diharapkan dapat menurunkan risiko penularan pathogen 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 (World Health Organization, 2008).

Quality Assesment di ruang rawat inap bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2008 (Hasan, 2008) memaparkan bahwa pasien yang dirawat lebih dari 3 hari dengan pemasangan Intra Venous Fluid Drip (IVFD) mengalami kecendrungan 0,2 kali terjadinya phlebitis atau sekitar 24,4% dibandingkan pasien yang dirawat di bawah 3 hari. Angka infeksi nosokomial secara umum di RSUD dr. Zainoel Abidin sekitar 16-22%, dan sekitar 30% dari infeksi nosokomial terjadi pada luka pasien post operasi.

Hasil penelitian oleh Yusnidar (2009) tentang perilaku perawat dalam pencegahan infeksi pada perawatan luka post operatif di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, yang merupakan hasil observasi dan

pengalaman bekerja dijumpai 15 orang pasien post operatif yang diamati, 3 diantaranya menunjukkan tanda-tanda infeksi pada insisi luka pembedahan.

Hasil wawancara dengan kepala ruang Jeumpa I dan II (Ruang Rawat Bedah Pria dan Wanita) RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, dapat disimpulkan bahwa di ruang rawat inap penyakit bedah sudah ada kebijakan dalam hal pencegahan terjadinya infeksi nosokomial dari perawat ke pasien dan sebaliknya. Dalam pelaksanaannya sudah baik, akan tetapi masih dijumpai beberapa kendala, misalnya kesadaran perawat sendiri untuk menjalankan prosedur sesuai kebijakan dan jumlah sarana yang tersedia belum optimal.

Berdasarkan uraian dan penyajian di atas, yang menjadi masalah penelitian adalah “Bagaimanakah Penerapan Prinsip Kewaspadaan Standar oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Penyakit Bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2010?” Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui penerapan prinsip kewaspadaan standar oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, meliputi; prinsip cuci tangan, prinsip penggunaan sarung tangan, prinsip penggunaan masker, prinsip penggunaan baju pelindung, prinsip penanganan linen, prinsip penanganan peralatan perawatan pasien, prinsip tindakan kebersihan lingkungan, dan prinsip penanganan instrumen tajam.

METODA PENELITIAN

Desain penelitian Cross Sectional Study, tempat penelitian di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh (Jeumpa I, II, dan III), pengumpulan data tanggal 9 sampai dengan 20 Juni 2010. Pengambilan sampel menggunakan tehnik total sampling berjumlah orang 38 responden. Alat pengumpulan data penelitian menggunakan instrumen observasi dalam bentuk check list “Ya” dan “Tidak” terdiri dari 41 item observasi untuk delapan subvariabel penelitian. Uji validitas instrumen observasi menggunakan Content Validity Test

meliputi Face Validity dan Logical Validity. Pengolahan data dilakukan melalui tahap editing, coding, transferring, dan tabulating. Analisa data dilakukan dengan menghitung jumlah jawaban “Ya” dan “Tidak” untuk masing-masing subvariabel dan variabel penelitian yang diobservasi. Hasil penelitian katagori baik bila semua item observasi dilakukan dan katagori kurang bila salah satu atau lebih item observasi tidak dilakukan.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

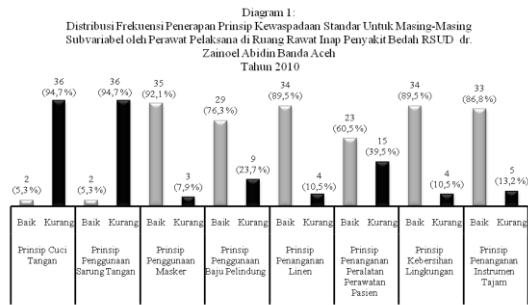
Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian Penerapan Prinsip Kewaspadaan Standar oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Penyakit Bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2010 (n: 38).

No	Karakteristik	F	%
1	Umur		
	Dewasa awal (20-30) tahun	20	52,7
	Dewasa tengah (30-40) tahun	16	42,1
	Dewasa akhir (40-50) tahun	2	5,2
		38	100
2	Jenis Kelamin		
	Perempuan	33	86,8
	Laki-laki	5	13,2
		38	100
3	Pendidikan		
	D-III Keperawatan	31	81,6
	S-1 Keperawatan	6	15,8
	Ners	1	2,6
		38	100
4	Masa Kerja		
	< 1 tahun	1	2,6
	1-5 tahun	31	81,6
	>5 tahun	6	15,8
		38	100
5	Mengikuti Pelatihan		
	Pengontrolan Infeksi	35	92,1
	Pernah	3	7,9
	Tidak pernah	38	100

Penerapan Prinsip Kewaspadaan Standar Untuk Masing-Masing Sub-variabel oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Penyakit Bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2010

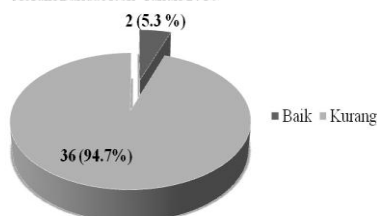
Penyajian data hasil penelitian tentang penerapan prinsip kewaspadaan standar untuk masing-masing subvariabel oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap

penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, tersaji pada diagram 1 berikut ini:



Kewaspadaan standar untuk masing-masing subvariabel oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh adalah sebagai berikut; prinsip cuci tangan berada pada katagori kurang 36 responden (94,7 %), prinsip penggunaan sarung tangan berada pada katagori kurang 36 responden, prinsip penggunaan masker berada pada katagori baik 35 responden (92,1 %), prinsip penggunaan baju pelindung berada pada katagori baik 29 responden (76,3 %), prinsip penanganan linen berada pada katagori baik 34 responden (89,5 %), prinsip penanganan peralatan perawatan pasien berada pada katagori baik 23 responden (60,5 %), prinsip kebersihan lingkungan berada pada katagori baik 34 responden (89,5 %), dan prinsip penanganan instrumen tajam berada pada katagori baik 33 responden (86,8 %). Penerapan Prinsip Kewaspadaan Standar oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Penyakit Bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2010 Penyajian data hasil penelitian tentang penerapan prinsip kewaspadaan standar oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh.

Diagram 2:
Penerapan Prinsip Kewaspadaan standar oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Penyakit Bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2010



Berdasarkan data pada diagram 2 dapat disimpulkan bahwa prinsip penerapan kewaspadaan standar oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh sebagian besar berada pada kategori kurang yaitu 36 responden (94,7 %).

PEMBAHASAN

Prinsip Cuci Tangan

Teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi adalah mencuci tangan. Tangan dapat membawa sejumlah organisme secara signifikan baik pathogen maupun flora normal. Mencuci tangan yang tepat dapat menurunkan angka infeksi dan secara potensial mengurangi transmisi ke pasien (Potter & Perry, 2005). Menurut Ritchie dan Ibbotson (1993, dikutip dari Basford, 2006), sebelum merawat pasien, terlebih dahulu mencuci tangan untuk menghilangkan sejumlah organisme normal pada tubuh manusia hingga ke tingkat yang aman. Selain itu, mencuci tangan merupakan tindakan pengendalian infeksi yang paling mendasar dan penting, namun sering diabaikan karena hasil yang tampak dan mikroorganisme tidak dapat terlihat oleh mata telanjang. Beberapa perawat teramati tidak melakukan cuci tangan saat akan kontak dengan pasien, perawat langsung menjumpai pasien dan mengenakan sarung tangan. Selain itu, prinsip penerapan cuci tangan paling jarang dilakukan oleh perawat pelaksana adalah tindakan mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien lain.

Permasalahan seperti diatas pernah dikemukakan dari hasil penelitian Alvorado (2000, dikutip dari Tietjen, 2004) yang menyimpulkan bahwa petugas kesehatan merasa tidak perlu mencuci tangan saat akan berpindah ke pasien lain, tindakan cuci tangan tidak mempengaruhi hasil klinis, tindakan cuci tangan tidak perlu ketika sarung tangan dipakai, tindakan cuci tangan yang terlalu sering dapat mengganggu efisiensi pasien dan tindakan cuci tangan menyita banyak waktu.

Beberapa perawat pelaksana melakukan teknik cuci tangan dengan enam langkah secara lengkap, tapi sebagian besar perawat hanya melakukan cuci tangan dengan cara biasa hanya membasahi tangan dan dilakukan dalam waktu yang sangat singkat. *Public Health Service* dan *Centers of Disease Control* menganjurkan cuci tangan paling sedikit 10-15 detik dan jika tampak kotor maka dibutuhkan waktu lebih lama, karena hal tersebut dapat memusnahkan mikroorganisme dari kulit (Potter & Perry, 2005).

Hasil penelitian tentang subvariabel prinsip cuci tangan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah yang tersaji pada diagram 1, sangat tidak sesuai dengan konsep teoritis. 94,7 % perawat pelaksana tidak melaksanakan prinsip cuci tangan dengan baik, padahal fasilitas pendukung untuk itu tersedia di ruang perawatan, seperti tempat cuci tangan, sabun cair, dan tisu untuk mengeringkan tangan. Hasil penelitian ini memberi gambaran yang sangat membahayakan untuk kesehatan perawat sendiri maupun untuk pasien dan keluarga, apa lagi setelah perawat menyentuh darah, cairan tubuh, atau kulit yang terluka, dan menyentuh benda-benda terkontaminasi.

Prinsip Penggunaan Sarung Tangan

Hasil penelitian yang tersaji pada diagram 1 dapat disimpulkan bahwa penerapan prinsip penggunaan sarung tangan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah 94,7 % berada pada katagori kurang, dan kenyataan ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa penggunaan sarung tangan sangat penting dilakukan perawat untuk mencegah penularan pathogen melalui cara kontak langsung maupun tidak langsung (Potter & Perry, 2005). Sarung tangan mengurangi risiko petugas kesehatan terkena infeksi bakterial dari pasien, mencegah penularan flora kulit petugas kesehatan kepada pasien, dan mengurangi kontaminasi tangan petugas kesehatan dengan mikroorganisme yang dapat berpindah dari satu pasien ke pasien lainnya (Tietjen, 2004). Semua perawat pelaksana di ruang rawat inap

penyakit bedah menggunakan sarung tangan saat menyentuh darah, tinja, urin, cairan tubuh, kontak dengan kulit terluka dan melakukan tindakan invasif.

Kenyataan ini sesuai dengan pendapat dari Berman (2009) yang menyatakan bahwa sarung tangan bersih *disposable* (sekali pakai) harus digunakan untuk melindungi tangan saat perawat memegang objek atau material infeksi, seperti; darah, urine, feses, sputum, membran mukosa, kulit yang tidak utuh, dan alat-alat yang telah digunakan). Namun pendapat Berman (2009) masih tidak sesuai untuk beberapa perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah yang tidak menggunakan sarung tangan saat memegang alat-alat untuk melakukan tindakan ganti verban dan perawatan luka. Muhandi (1999), menyebutkan bahwa dalam perawatan luka, sarung tangan harus dipakai sebelum menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah dan cairan tubuh lain). Gunakan sarung tangan steril untuk prosedur apapun yang akan mengakibatkan kontak dengan jaringan di bawah kulit.

Hasil pengamatan lain juga menunjukkan bahwa masih ada perawat yang tidak mengganti sarung tangan saat berganti pasien, dimana sekali penggunaan sarung tangan steril terkadang untuk menangani dua sampai dengan tiga pasien. Padahal tindakan yang dilakukan berupa ganti verban dan perawatan luka yang mengharuskan perawat untuk menggunakan prinsip aseptik dalam melakukan perawatan terhadap pasien. Hasil ini tidak sesuai dengan pendapat William (1983 dalam Potter & Perry, 2005) yang merekomendasikan bahwa sarung tangan hanya dapat dipergunakan sekali untuk satu tindakan dan atau satu orang pasien. *Centers of Disease Control* (dalam Potter & Perry, 2005) juga menganjurkan pemakaian sarung tangan lain setiap berpindah pasien untuk mencegah kontaminasi silang, penggunaan sarung tangan yang sama dan telah mencucinya kembali diantara bagian yang kotor bukan tindakan yang aman karena sejumlah bakteri masih ditemukan pada sarung

tangan maupun pada tangan perawat yang tidak mengganti sarung tangan tersebut.

Selama pengumpulan data, peneliti juga masih menemukan beberapa perawat belum menggunakan sarung tangan dengan baik dan benar. Hal ini dapat dilihat pada saat perawat mengenakan sarung tangan steril, dimana masih ada perawat yang memegang bagian luar sarung tangan yang merupakan daerah steril. Beberapa perawat yang lain terkadang lupa sedang menggunakan sarung tangan steril, tapi memegang atau menyentuh peralatan tidak steril. Demikian juga dengan ukuran sarung tangan yang digunakan masih ada yang tidak sesuai dengan ukuran tangan perawat, sehingga ada yang robek karena ditarik dengan paksa pada saat pemakaian, hal ini tentu saja mempengaruhi kesterilan pelaksanaan tindakan dan meningkatkan risiko infeksi silang. Penggunaan sarung tangan sekali pakai akan mudah dikenakan dan dirancang pas bagi setiap tangan sesuai ukuran, namun karet tipis sarung tangan akan robek dengan mudah bila dipakai dengan cara yang salah (Potter & Perry, 2005). Menurut Darmadi (2008), agar sarung tangan bedah maupun sarung tangan pemeriksaan dapat dimanfaatkan dengan baik dan dapat terjaga kesterilannya, maka sarung tangan harus steril, utuh dan tidak robek/berlubang, tidak basah, serta ukurannya harus sesuai dengan ukuran tangan perawat agar gerakan tangan atau jari selama mengerjakan prosedur dan tindakan perawatan dapat bergerak dengan bebas.

Prinsip Penggunaan Masker

Penerapan prinsip penggunaan masker oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah 92,1% pada kategori baik. Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu perawat berbicara, batuk, bersin dan juga untuk mencegah cipratan darah atau cairan tubuh pasien yang terkontaminasi masuk ke dalam hidung atau mulut petugas (Tietjen, 2004).

Menurut Potter dan Perry (2005), masker harus digunakan bila diperkirakan ada percikan darah atau cairan tubuh pasien. Selain itu, masker menghindarkan perawat

menghirup mikroorganisme dan mencegah penularan pathogen dari saluran pernafasan pasien maupun sebaliknya.

Hasil penelitian juga menunjukkan adanya perawat yang tidak menggunakan masker bukan karena perawat tidak mau dan tidak ingin menggunakan masker, tetapi karena persediaan masker di ruangan terbatas atau habis.

Cara memakai dan melepaskan masker juga sudah tepat dilakukan oleh perawat. Masker yang digunakan tepat menutupi hidung dan mulut, *metal strip* yang ada pada masker juga diatur tepat diatas batang hidung. Penggunaan masker juga hanya untuk sekali pakai dan perawat tidak membiarkan masker yang telah dipakai tergantung di leher tapi langsung membuangnya ke dalam tong sampah. Potter dan Perry (2005), menyebutkan bahwa masker yang dipakai dengan tepat dan terpasang pas akan nyaman menutupi mulut dan hidung sehingga pathogen, darah dan cairan tubuh tidak dapat memasuki atau keluar diantara sela-selanya, jika perawat memakai kaca mata, batas atas masker berada tepat di bawah kaca mata sehingga tidak akan mengembun pada kaca mata pada saat perawat menghembuskan nafas.

Prinsip Penggunaan Baju Pelindung

Di ruang rawat inap penyakit bedah 76,3 % perawat pelaksana sudah melaksanakan prinsip penggunaan baju pelindung dengan baik, namun masih ada 23,7 % tidak menggunakan dikarenakan mereka sudah mengenakan baju khusus untuk tindakan, tapi hal tersebut tetap saja tidak melindungi perawat dari risiko terpercik cairan. Selain hal tersebut, beberapa perawat pelaksana tidak menggunakan baju pelindung karena persediaan diruangan yang terbatas.

Menurut Tietjen (2004), baju pelindung dipergunakan untuk mencegah cipratan pada baju yang dikenakan oleh petugas pelayanan kesehatan, baju pelindung melindungi petugas pelayanan kesehatan dari kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien yang terinfeksi. Sama halnya dengan penggunaan masker, alasan utama menggunakan baju pelindung adalah

untuk mencegah perawat kontak langsung dengan bahan, darah atau cairan tubuh yang terinfeksi, alasan lain adalah untuk mencegah pakaian perawat menjadi kotor selama kontak dengan pasien (Potter & Perry, 2005).

Menurut Berman (2009), gaun (dari kain yang bersih) atau *disposable* (dari bahan sejenis kertas) atau *apron* (terbuat dari plastik) digunakan saat seragam perawat kemungkinan akan kotor. Baju pelindung harus mempunyai lapisan kedap air sehingga cairan tubuh tidak dapat tembus. Berdasarkan pengamatan, penggunaan baju pelindung yang terbuat dari plastik lebih efektif karena bila kotor bisa dibersihkan langsung dengan menggunakan cairan desinfektan atau alkohol, tetapi bila terbuat dari kain harus diserahkan kepada pihak *laundry* untuk dilakukan pencucian. Keterlambatan pengiriman baju pelindung bersih ke ruangan dan persediaan di ruangan yang terbatas menyebabkan masih adanya perawat yang tidak menggunakan baju pelindung saat akan melakukan tindakan.

Prinsip Penanganan Linen

Penerapan prinsip penanganan linen oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah 89,5% pada katagori baik (Diagram 1).

Menurut Tietjen (2004), meskipun linen kotor dapat berisi banyak sekali mikroorganisme, hanya sedikit risiko terjadinya kontaminasi silang pada saat memproses linen. Kalau terjadi infeksi yang berhubungan dengan pekerja, seringkali akibat pekerja tidak memakai sarung tangan atau tidak mencuci tangannya selama atau sesudah proses penanganan linen tersebut. Berdasarkan hasil pengamatan di ruang rawat inap penyakit bedah, tindakan menggunakan sarung tangan dan mencuci tangan setelah memproses linen sudah berjalan dengan baik, namun masih ada perawat yang teramati tidak menggunakan sarung tangan saat melakukan penggantian linen kotor.

Menurut Hegner (2003), linen yang kotor merupakan sumber pathogen dan harus ditangani secara hati-hati, dengan cara menyentuh linen sedikit mungkin untuk

mencegah perluasan dan penyebaran mikroorganisme, lipat bagian kotor ke dalam, jangan dikibas-kibaskan atau dihentakkan di dalam ruang perawatan pasien, segera masukkan ke dalam kantong sebelum meninggalkan ruangan. Linen basah diletakkan dalam kantong yang tahan bocor. *Centers of Disease Control* (dalam Potter & Perry, 2005), menganjurkan bahwa linen kotor harus diletakkan dalam kontainer tertutup atau kantong plastik untuk mencegah keterceceran.

Hal tersebut sudah dilakukan oleh hampir keseluruhan perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah. Namun, masih dijumpai ada perawat yang menjinjing linen kotor dari ruang perawatan pasien ke tempat barang kotor, sehingga memungkinkan penyebaran mikroorganisme pada saat linen dibawa.

Perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah juga mengganti linen biasanya setelah prosedur perawatan luka/ganti verban, atau bila diperlukan karena kondisi linen yang basah atau lembab akibat keringat ataupun rasa tidak nyaman pasien karena linen yang kotor dan kusut.

Prinsip Penanganan Peralatan Perawatan Pasien

Penerapan prinsip penanganan peralatan perawatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah 60,5 % pada katagori baik (Diagram 1)

Menurut Tietjen (2004), persiapan peralatan dan benda-benda lainnya dengan upaya pencegahan infeksi, direkomendasikan melalui tiga langkah pokok yaitu dekontaminasi, pencucian dan pembilasan, desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi dan penyimpanan.

Semua instrumen atau benda-benda perawatan pasien harus dibersihkan sebelum dipergunakan kembali. Metode-metode yang tepat harus digunakan untuk pembersihan peralatan yang digunakan untuk perawatan pasien. Penanganan dan pembuangan instrumen yang tepat sangat penting untuk mencegah penularan infeksi nosokomial ke pasien dan petugas perawatan kesehatan (Schaffer, dkk., 2000).

Hal ini sudah dijalankan oleh sebagian besar perawat pelaksana, yaitu dalam pembuangan instrumen sekali pakai. Sedangkan alat yang dipergunakan dalam tindakan keperawatan jumlahnya kurang mencukupi, namun semuanya dalam keadaan steril. Apabila peralatan yang dipergunakan tidak dalam keadaan mencukupi dan steril, maka sangat berisiko membawa kontaminasi kuman pada saat perawatan (Potter & Perry, 2005).

Tindakan perawatan yang dilakukan di ruang rawat inap penyakit bedah biasanya satu orang perawat bertugas melakukan tindakan untuk tiga sampai dengan empat pasien. Sementara instrumen steril yang tersedia dalam jumlah terbatas, beberapa perawat menggunakan teknik penghematan instrumen sehingga satu set instrumen bisa dipergunakan untuk beberapa pasien dengan tetap menjaga kesterilannya. Tapi ada juga perawat yang melakukan penghematan instrumen, tapi tidak berhasil menjaga kesterilan sehingga masih memungkinkan terjadinya kontaminasi saat perawatan luka. Selain teknik penghematan instrumen, perawat juga melakukan tindakan berdasarkan pengklasifikasian berat ringan perawatan luka pasien. Beberapa pasien (2-3 orang) dengan luka kering dan tertutup akan dilakukan perawatan dengan satu set instrumen steril. Tapi pada beberapa perawat, teknik penghematan instrumen ini tidak disertai dengan perhatian yang serius tentang jaminan kesterilan alat dan tidak melakukan pergantian sarung tangan sehingga mikroorganisme dari pasien pertama bisa saja berpindah ke pasien berikutnya.

Menurut Tietjen (2004) untuk mencegah infeksi silang, setiap prosedur perawatan luka, daerah steril harus dibuat dan dipelihara untuk menurunkan risiko kontaminasi di area prosedur tersebut dilakukan. Pelihara sterilitas dengan jalan memisahkan benda-benda steril dengan benda-benda terkontaminasi. Cara menyediakan dan memelihara daerah steril adalah gunakan baju dan sarung tangan steril, berhati-hati jika membuka set instrumen steril atau memindahkan benda-

benda ke daerah steril, hanya benda-benda steril dan petugas dengan perlengkapan yang sesuai diperkenankan untuk menyentuh daerah steril.

Prinsip Kebersihan Lingkungan

Penerapan prinsip kebersihan lingkungan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah 89,5 % pada katagori baik. (Diagram 1).

Penanganan sampah yang tepat dilingkungan pasien dapat meminimalkan penyebaran infeksi pada petugas kesehatan dan mencegah penularan pada pasien. Jika memungkinkan sampah terkontaminasi harus dikumpulkan dan dipindahkan ke tempat pembuangan dalam wadah tertutup dan anti bocor. Pengelolaan sampah juga dilakukan untuk melindungi petugas pembuangan sampah dari perlukaan (Tietjen, 2004).

Dalam pengelolaan limbah, rumah sakit diwajibkan melakukan pemilahan limbah dan menyimpannya dalam kantong plastik yang berbeda-beda berdasarkan karakteristik limbahnya. Limbah domestik dimasukkan ke dalam kantong plastik berwarna hitam, limbah infeksius ke dalam kantong plastik berwarna kuning. Pengelolaan limbah medis secara khusus ini dilakukan untuk mencegah dampak negatif terhadap masyarakat dan lingkungan. Pemisahan limbah juga mengurangi jumlah limbah yang harus diolah atau dibakar kemudian dan menurunkan biaya pengelolaan limbah tersebut (Kusminarno, 2004).

Pada prinsipnya kebersihan lingkungan di ruang rawat inap penyakit bedah sudah berjalan baik, di ruang gudang perawatan tersedia wadah sampah yang berisikan kantong plastik dengan warna berbeda, wadah sampahnya tersebut juga mempunyai tutup dan setiap hari ada petugas *cleaning service* yang memindahkan sampah tersebut dan mengganti kantong plastiknya dengan kantong baru.

Prinsip Penanganan Instrumen Tajam

Penerapan prinsip penanganan instrumen tajam oleh perawat pelaksana

diruang rawat inap penyakit bedah 86,8 % pada katagori baik (diagram 1).

Menurut Yusran (2008), banyaknya masalah kesehatan dari limbah kesehatan disebabkan oleh benda-benda tajam. Jarum, silet, pisau bedah, dan benda-benda tajam lain dapat menyebabkan terjadinya luka atau infeksi sehingga benda-benda ini harus ditangani dengan sangat hati-hati. Untuk mencegah cedera tertusuk jarum, jangan menutup kembali jarum, membengkokkan dengan sengaja, atau mematahkan jarum dengan tangan, jangan mencabut jarum dari spuit, atau memanipulasi jarum dengan tangan. Letakkan jarum atau spuit ke dalam wadah anti tembus yang diletakkan sedekat mungkin dengan tempat tindakan (Schaffer, dkk. 2000).

Pengamatan peneliti, secara keseluruhan prinsip dalam penanganan instrumen tajam sudah baik, para perawat selalu menggunakan sarung tangan bila berhubungan dengan jarum (spuit untuk injeksi) ataupun pisau, dan mempergunakan tiap-tiap jarum dan semprit hanya sekali pakai, tidak melepas jarum setelah digunakan, dan di ruang rawat inap penyakit bedah sudah tersedia wadah khusus yang tahan tusuk dan tahan bocor seperti yang direkomendasikan untuk pembuangan limbah benda tajam. Namun, hasil pengamatan masih dijumpai perawat yang mencoba menutup kembali penutup jarum bekas, tetapi tidak menggunakan metode "penutupan satu tangan" sehingga berisiko melukai tangan perawat.

Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Tietjen (2004) yang menyatakan bahwa apabila tempat pembuangan jarum dan semprit sekali pakai tidak tersedia di dekat petugas dan perlu menutup kembali penutup jarum, maka gunakan metode penutupan satu tangan. Caranya adalah tempatkan penutup jarum pada permukaan yang rata dan kokoh, kemudian angkat tangan anda, dengan satu tangan memegang semprit, gunakan jarum untuk menyekop tutup tersebut. Dengan penutup di ujung jarum, putar semprit tegak lurus sehingga jarum dan semprit mengarah ke atas. Terakhir dorong penutup jarum untuk menutup ujung jarum sepenuhnya.

Penerapan Prinsip Kewaspadaan Standar

Berdasarkan hasil penelitian yang tersaji pada diagram 2, dapat disimpulkan bahwa penerapan prinsip kewaspadaan standar oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, 94,7% berada pada katagori kurang dan hanya 5,3% pada katagori baik. Hasil ini merupakan penggabungan hasil dari delapan sub variabel prinsip kewaspadaan standar dengan indikator hasil ukur tidak boleh ada satu item pun atau lebih tidak dilakukan oleh perawat pelaksana dari 41 item observasi yang disediakan.

Menurut Tietjen (2004), kewaspadaan standar dibuat untuk semua orang, baik itu pasien dan petugas kesehatan yang mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan tanpa menghiraukan diagnosis yang diketahui atau dicurigai. Berlaku untuk darah, semua cairan tubuh, sekresi dan ekskresi, kulit dan selaput lendir yang tidak utuh. Kewaspadaan standar merupakan langkah awal untuk mencegah infeksi nosokomial bagi pasien rawat inap di rumah sakit. Sementara itu, rumah sakit merupakan tempat perawatan penderita yang rentan. Penyebaran atau transmisi mikroba patogen dari dan ke penderita baik secara langsung maupun tidak langsung dapat terjadi setiap saat dan di setiap unit kerja. Mikroba patogen tersebut dapat bersumber dari penderita penyakit menular, dari petugas itu sendiri, orang lain yang lalu lalang, peralatan medis, serta lingkungan rumah sakit. Sehingga untuk mengatasi atau memutus rantai penularan tersebut, semua prosedur dan tindakan medis serta perawatan diharuskan benar-benar aman dan bebas dari keberadaan mikroba patogen sesuai dengan kewaspadaan standar (Darmadi, 2008).

Florence Nightingale (di kutip dari Thomey, 1994) yang mengemukakan bahwa keperawatan berarti memanipulasi faktor-faktor lingkungan sehingga dapat menyembuhkan pasien. Perawat harus memberikan lingkungan yang bersih, nyaman dan aman sebagai tempat pasien memulihkan diri. Kebersihan seperti sebuah

konsep kritis lain dalam teori lingkungan Nightingale mengkhhususkan terhadap tempat tinggal pasien, perawat dan lingkungan fisik. Nightingale melihat bahwa lingkungan yang kotor merupakan sumber infeksi yang mengandung bahan organik. Meskipun lingkungan dengan ventilasi yang baik, adanya material organik membuat area menjadi kotor. Oleh karena itu, penanganan yang tepat dan pembuangan kotoran dan limbah yang tepat dapat mencegah kontaminasi lingkungan.

Pendapat dan teori-teori tersebut tidak sesuai dengan hasil penelitian, dimana 94,7 % perawat pelaksana di ruang rawat inap bedah belum melaksanakan kewaspadaan standar dengan baik. Untuk memudahkan tenaga kesehatan dalam mematuhi dan menerapkan kewaspadaan standar dalam praktik pencegahan dan pengontrolan infeksi, tenaga kesehatan harus dididik mengenai risiko pekerjaan dan memahami kebutuhan menggunakan kewaspadaan standar bagi setiap pasien tanpa memandang diagnosisnya. Pendidikan tersebut dapat berupa pelatihan reguler yang diadakan bagi tenaga kesehatan. Pendapat ini juga tidak sesuai dengan karakteristik responden yang menunjukkan bahwa 92,1% perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah sudah pernah mengikuti pelatihan *control infection*, namun pelaksanaan kewaspadaan standar 94,7% pada katagori kurang.

Hasil ini tidak sepenuhnya menjadi tanggung jawab perawat, karena dari beberapa pengamatan juga di jumpai bahwa adanya keterbatasan persediaan fasilitas pendukung di ruang rawat inap penyakit bedah dalam penerapan kewaspadaan standar. Hasil ini juga dapat di duga tidak hanya akan berdampak tidak baik terhadap fisik dan psikologis pasien dan perawat, tetapi juga terhadap pembiayaan kesehatan. Menurut *Institute of Medicine* (2000), selain konsekuensi kesehatan yang tidak menguntungkan yang diderita oleh banyak orang sebagai akibat kesalahan medis, ada biaya langsung dan tidak langsung yang ditanggung oleh masyarakat secara keseluruhan sebagai akibat kesalahan

tersebut. Biaya langsung merujuk kepada pelayanan kesehatan lanjutan yang membutuhkan pengeluaran biaya yang lebih tinggi, sedangkan biaya tidak langsung meliputi faktor-faktor seperti hilangnya produktivitas, pemborosan biaya karena kecacatan, dan penambahan biaya perawatan.

KESIMPULAN

Penerapan prinsip kewaspadaan standar oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap penyakit bedah RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2010 berada pada kategori kurang 94,7%, meliputi subvariabel prinsip cuci tangan pada kategori kurang 94,7%, prinsip penggunaan sarung tangan pada kategori kurang 94,7%, prinsip penggunaan masker pada kategori baik 92,1%, prinsip penggunaan baju pelindung pada kategori baik 76,3%, prinsip penanganan linen pada kategori baik 89,5%, prinsip penanganan peralatan perawatan pasien pada kategori baik 60,5%, prinsip kebersihan lingkungan pada kategori baik 89,5%, dan prinsip penanganan instrumen tajam pada kategori baik 86,8%.

REKOMENDASI

Manajemen RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh agar dapat menyediakan berbagai fasilitas, bahan pendukung dan meningkatkan supervisi terhadap kepatuhan penerapan kewaspadaan standar sebagai tindakan pengontrolan infeksi. Perawat harus meningkatkan kesadaran, tanggung jawab, pengetahuan dan keterampilan dalam menerapkan kewaspadaan standar untuk mencegah penularan infeksi silang dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

KEPUSTAKAAN

- Basford, L., 2006. *Teori dan Praktik Keperawatan: Pendekatan Integral Pada Asuhan Pasien*. Jakarta: EGC
- Berman, A., 2009. *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinik*. Jakarta: EGC

- YRL <http://books.google.co.id/books>
18 Juni 2010
- Darmadi, 2008. *Infeksi Nosokomial: Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika YRL: <http://books.google.co.id/books> 18 Juni 2010
- Hasan, N., 2008. Quality Assesment di Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin. Banda Aceh, Tidak dipublikasikan.
- Hegner, B., 2003. Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan. Jakarta:EGC
- Institute Of Medicine, (2000), To Err Is Human: Building a Safer Health System, Copyright by the National Academy of Sciences. All rights reserved.
- Kusminarno. K., 2004. Manajemen Limbah Rumah Sakit. YRL: <http://pdpersi.co.id> 27 Maret 2010
- Potter, P. A. & Perry, A. G., 2005. Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik, Edisi 4 Jilid I, Alih Bahasa; Asih Y, dkk. Jakarta: EGC
- Schaffer, Garzon, Heroux, & Kpniewicz., 2000. Pencegahan Infeksi dan Praktik Yang Aman. Jakarta: EGC
- Stevens. P. J. M. 2000. Ilmu Keperawatan Jilid 1 Edisi 2. Jakarta: EGC
- Thomey, A. M.. 1994. Nursing Theorists and Their Work. United State of America: Mosby Elsevier
- Tietjen, L. 2004. Panduan Pencegahan Infeksi untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- WHO., (2009), Global priorities for patient safety research, Printed in Switzerland; WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
- WHO., 2008. Infection Control Standard Precaution in Health Care. YRL: http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf. 26 Februari 2010
- Yusnidar,. 2009. Gambaran Perilaku Perawat dalam Pencegahan Infeksi pada perawatan Luka Post Operatif di Ruang Rawat Bedah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2009, Skripsi PSIK-FK Unsyiah, Tidak dipublikasikan.
- Yusran, M., 2008. Kepatuhan Penerapan Prinsip-Prinsip Pencegahan Infeksi (Universal Precaution) Pada Perawat Di Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Muluk Bandar Lampung. YRL: <http://lemlit.unila.ac.id/file>. 30 Januari 2010