



UNIVERSITAS INDONESIA

**KEPATUHAN PERAWAT TERHADAP KEWASPADAAN
STANDAR DI RSKO JAKARTA
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**CITRA YULIANA
0806335750**

**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**KEPATUHAN PERAWAT TERHADAP KEWASPADAAN
STANDAR DI RSKO JAKARTA
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**Ditujukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**CITRA YULIANA
0806335750**

**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
DEPOK
JUNI 2012**

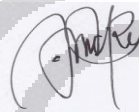
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Citra Yuliana

NPM : 0806335750

Tanda tangan :



Tanggal : 29 Juni 2012

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Citra Yuliana
NPM : 0806335750
Program Studi : S1 Reguler
Judul Skripsi :
”Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012”

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi S1 Reguler Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Izhar M. Fihir, MOH., MPH

(.....)

Penguji I : dr.Chandra Satrya,M.App Sc.

(.....)

Penguji II : Mayarni, SKp, M.Kes

(.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 29 Juni 2012

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Citra Yuliana

Nomor Pokok Mahasiswa : 0806335750

Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2008/2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

“KEPATUHAN PERAWAT TERHADAP KEWASPADAAN STANDAR DI RSKO JAKARTA TAHUN 2012”.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 29 Juni 2012



(Citra Yuliana)

KATA PENGANTAR

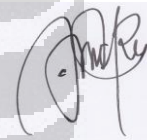
Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak dr. Izhar M. Fahir, MOH., MPH selaku Pembimbing Akademik dan Pembimbing Skripsi, atas bimbingan, dukungan dan sarannya kepada penulis sejak awal penulis masuk ke jurusan K3 FKM UI hingga saat ini.
2. Ibu Widya Lolita SKP., M.Kep. selaku Pembimbing Lapangan di RSKO Jakarta, atas bimbingan dan arahnya kepada penulis selama di lapangan.
3. Bapak dr.Chandra Satria M.App Sc., dan Ibu Mayarni, SKp., M.Kes. atas kesediaannya menjadi penguji.
4. Bapak Akmal, Bapak Okta, Ibu Sofia, Bapak Ibnu, Ibu Dwi, Ibu Azizah dan seluruh perawat serta karyawan RSKO Jakarta lainnya yang sudah membantu penulis saat pengambilan data di lapangan.
5. Mamah dan Bapak yang sudah memberikan dukungan baik materil maupun moril kepada penulis serta doa-doanya yang tidak terbalaskan.
6. Keluarga 'Pondok Citra' yang selalu menyemangati penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Serta kedua keponakan 'gavin&keven' yang bisa menghilangkan stress selama penulisan skripsi ini.
7. Riansa Setya Putra, yang selalu memberikan semangat, bantuan dan menjadi inspirasi penulis untuk segera menyelesaikan skripsi ini.
8. TOA (Eya, Icha, Tataw&Ipeh) yang telah memberikan semangat dan doa. Walaupun jauh doanya tetap nyampe, InsyaAllah.Terima kasih cantik-cantikku... ☺
9. Andin, Deway, Indah dan Denis atas kebersamaan dan kegembiraan yang diberikan selama 4 tahun kuliah di FKM UI. Lulus bareng ya, kita?? ☺

10. Penghuni-penghuni Pondok Salina, terutama Ari Putri Beatrix, atas semangat dan bantuannya yang sering jadi pengasuh Loopy.
11. Si cantik "Loopy" yang bisa membuat penulis bangun lebih pagi dan sering menemani penulis selama pembuatan skripsi di dalam kamar.
12. Seluruh teman-teman K3 angkatan 2008 atas dukungan, semangat dan kegilaannya selama kuliah di K3 FKM UI khususnya teman-teman satu bimbingan (Ayul, Adel, Tina, dan Ka Bhrian).
13. Seluruh teman-teman K3 FKM UI angkatan 2008 atas semangat dan doanya.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Juni 2012



Citra Yuliana

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Citra Yuliana
NPM : 0806335750
Program Studi : S1 Reguler
Departemen : Keselamatan dan Kesehatan Kerja
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

demi mengembangkan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak **Bebas Royalti Non-eksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

”Kepatuhan Perawat Terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun
2012 ”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media format, memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 29 Juni 2012

Yang menyatakan



(Citra Yuliana)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Citra Yuliana
Tempat, Tanggal Lahir : Serang, 17 Juli 1989
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Komp. Pondok Citra I no.03Serang-Banten 42117
Telepon : (021) 80362900, 085782502170
Email : citrayuliana@hotmail.co.id

Riwayat Pendidikan:

1. Universitas Indonesia 2008-2012
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
2. SMAN 1 SERANG 2005-2008
3. SMPN 1 Serang 2002-2005
4. SDN Serang XI 1996-2002

ABSTRAK

Nama : Citra Yuliana
Program Studi : S1 Reguler
Judul : Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Penularan HIV/AIDS dari pasien ke perawat dapat terjadi melalui tusukan jarum suntik maupun kecelakaan kerja lainnya. Perilaku perawat dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan standar) merupakan salah satu faktor penting terjadinya insiden tersebut. Perawat yang tidak mematuhi kewaspadaan standar berisiko tinggi terpajan HIV/AIDS di tempat kerja. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012. Hasil penelitian terhadap 39 orang perawat menunjukkan ada 26 (66,7%) perawat yang memiliki perilaku patuh terhadap kewaspadaan standar. Dari hasil uji *chi square*, variabel yang berhubungan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar yaitu pengetahuan, hambatan penerapan KS/KU, ketersediaan sarana dan fasilitas, informasi dan pelatihan, serta pengalaman tertusuk jarum suntik.

Kata Kunci: kewaspadaan standar, HIV/AIDS di tempat kerja, kepatuhan

ABSTRACT

Name : Citra Yuliana
Study Program : Bachelor Degree
Title : Compliance to Standard Precautions among Nurses in RSKO Jakarta at 2012

Transmission of HIV/AIDS from patient to nurse can occur through the syringe puncture or by other accident at work. Behavior of nurses in applying HIV/AIDS infection prevention programs (standard precautions), is one of the important factors for the occurrence of that incident. Nurses that did not comply with standard precautions have high risk being exposed to HIV/AIDS in the workplace. Hence, this study aims to know factors associated with the compliance to standard precautions among nurses in RSKO Jakarta. The results of the research showed there were 26 (66,7%) nurses of 39 nurses who have compliance towards HIV/AIDS prevention program (standard precautions). From the chi square test results, variable that related to compliance with standar precautions among nurses are knowledge, barriers application of KS/KU, availability of means and facilities, information and training, and also prior exposure by syringe puncture.

Keywords : standard precautions, HIV/AIDS at the workplace, compliance

DAFTAR ISI

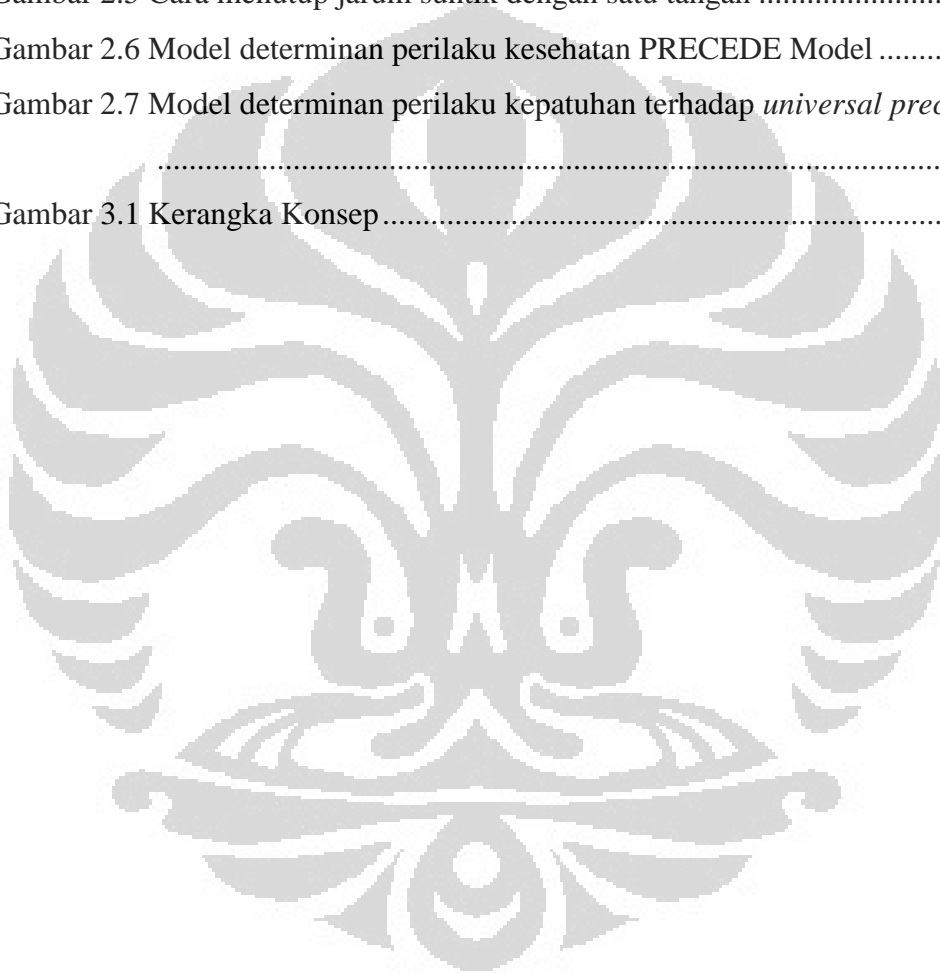
Halaman Judul	i
Halaman Pernyataan Orisinalitas	ii
Lembar Pengesahan	iii
Lembar Pernyataan	iv
Kata Pengantar	v
Halaman Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah	vii
Daftar Riwayat Hidup	viii
Abstrak	ix
Daftar Isi	xi
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
Daftar Singkatan	xvi
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	5
2. KAJIAN PUSTAKA	6
2.1 Risiko Penularan HIV/AIDS pada Tenaga Kesehatan	6
2.2 Program Pencegahan Infeksi HIV/AIDS pada Pelayanan Kesehatan	8
2.2.1 Kebersihan tangan	9
2.2.2 Alat Pelindung Diri (APD)	11
2.2.3 Pengelolaan Alat Kesehatan	15
2.2.4 Pengelolaan Limbah	18
2.2.5 Kecelakaan Kerja	18
2.3 Perilaku Pencegahan Infeksi HIV/AIDS pada Perawat.....	19
2.3.1 Definisi Perilaku Kepatuhan.....	19
2.3.2 Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar.....	20
2.4 Faktor Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar	23
2.4.1 Pengetahuan.....	23
2.4.2 Sikap petugas.....	24
2.4.3 Hambatan Penerapan Kewaspadaan Standar/Universal	24
2.4.4 Iklim Keselamatan (<i>safety climate</i>)	25
2.4.5 Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Pencegahan	25
2.4.6 Informasi dan Pelatihan (<i>training</i>)	26
2.4.7 Pengalaman pajanan sebelumnya	27

3. METODOLOGI PENELITIAN	28
3.1 Kerangka Konsep	28
3.2 Hipotesis	29
3.3 Definisi Operasional	30
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	33
3.5 Populasi dan Sampel Penelitian	33
3.6 Data dan Sumber Data	33
3.7 Uji Instrumen	34
3.8 Pengolahan Data	34
3.9 Analisis Data	35
4. HASIL DAN PEMBAHASAN	36
4.1 Kepatuhan Perawat	36
4.1.1 Perilaku kebersihan tangan	38
4.1.2 Perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD)	38
4.1.3 Penanganan dan pengelolaan benda tajam	39
4.2 Faktor Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar	41
4.2.1 Faktor Individu	43
4.2.1.1 Pengetahuan	43
4.2.1.2 Sikap	45
4.2.2 Faktor Terkait Pekerjaan	46
4.2.2.1 Hambatan Penerapan KS/KU	46
4.2.3 Faktor Organisasi	48
4.2.3.1 Iklim Keselamatan	48
4.2.3.2 Ketersediaan Sarana dan Fasilitas	50
4.2.3.3 Informasi dan Pelatihan	53
4.2.4 Faktor Penguat	55
4.2.4.1 Pengalaman pajanan sebelumnya	55
4.3 Sintesa	57
4.4 Keterbatasan Penelitian	57
5. KESIMPULAN DAN SARAN	59
5.1 Kesimpulan	59
5.2 Saran	60
DAFTAR REFERENSI	61

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Distribusi frekuensi penularan HIV di tempat kerja pada petugas pelayanan kesehatan berdasarkan pekerjaannya tahun 2000	7
Gambar 2.2 Prosedur cuci tangan higienis.....	10
Gambar 2.3 Cara memakai sarung tangan Steril.....	13
Gambar 2.4 Cara melepas sarung tangan Steril	13
Gambar 2.5 Cara menutup jarum suntik dengan satu tangan	18
Gambar 2.6 Model determinan perilaku kesehatan PRECEDE Model	21
Gambar 2.7 Model determinan perilaku kepatuhan terhadap <i>universal precautions</i>	22
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	28



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Jumlah dan Persentase Responden menurut Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012	36
Tabel 4.2 Jumlah dan Persentase Responden menurut Komponen Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012.....	38
Tabel 4.3 Distribusi Faktor Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta tahun 2012	42
Tabel 4.4 Distribusi responden menurut tingkat pengetahuan dan tingkat kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012	43
Tabel 4.5 Distribusi responden menurut sikap dan tingkat kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012	45
Tabel 4.6 Distribusi responden menurut hambatan penerapan KS/KU dan tingkat kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012	47
Tabel 4.7 Distribusi responden menurut iklim keselamatan dan tingkat kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012	49
Tabel 4.8 Distribusi Responden menurut ketersediaan sarana dan tingkat kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012	51
Tabel 4.9 Distribusi responden menurut informasi dan pelatihan yang diterima dan tingkat kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012	53
Tabel 4.10 Distribusi responden menurut pengalaman pajanan sebelumnya dan tingkat kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012	55
Tabel 4.11 Distribusi responden menurut jumlah kasus tertusuk jarum suntik dan tingkat kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner penelitian

Lampiran 2. Form *checklist*

Lampiran 3. SPO Langkah-langkah penggunaan alat pelindung diri (APD)

Lampiran 4. SPO Langkah-langkah melepaskan alat pelindung diri (APD)

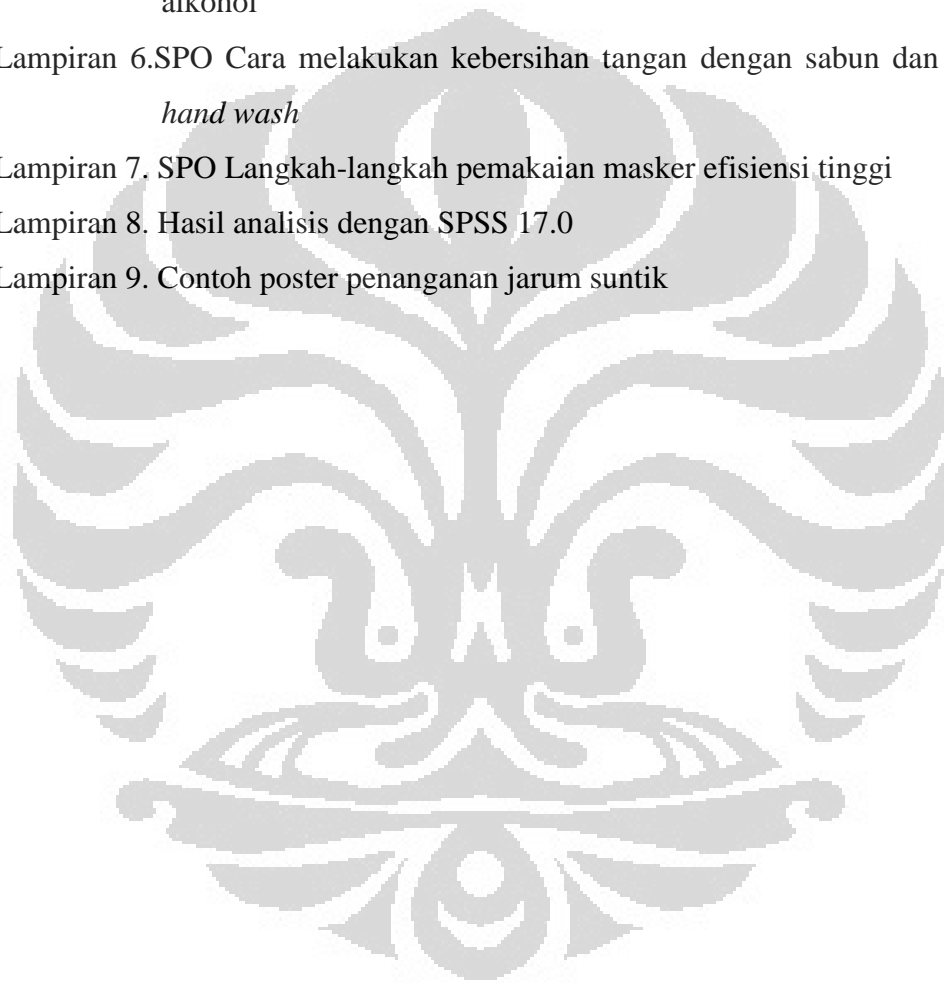
Lampiran 5. SPO Cara melakukan kebersihan tangan dengan *handrub* berbasis alkohol

Lampiran 6. SPO Cara melakukan kebersihan tangan dengan sabun dan air atau *hand wash*


Lampiran 7. SPO Langkah-langkah pemakaian masker efisiensi tinggi

Lampiran 8. Hasil analisis dengan SPSS 17.0

Lampiran 9. Contoh poster penanganan jarum suntik



DAFTAR SINGKATAN



AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
APD	: alat pelindung diri
ARP	: Anti Retroviral
CDC	: <i>Center of Disease Prevention and Control</i>
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
HBV	: Hepatitis B Virus
HCV	: Hepatitis C Virus
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
Komite PPI	: Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
KS	: Kewaspadaan Standar
KU	: Kewaspadaan Universal
NAPZA	: Narkotika, Psiktropika, dan Zat Adiktif
PPP	: Profilaksis Pasca Pajanan
PRECEDE	: P redisposing, R einforcing and E nabling Constructs in E ducation D iagnosis and E valuation
RSKO	: Rumah Sakit Ketergantungan Obat
SOP	: Standar Operasional Prosedur

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

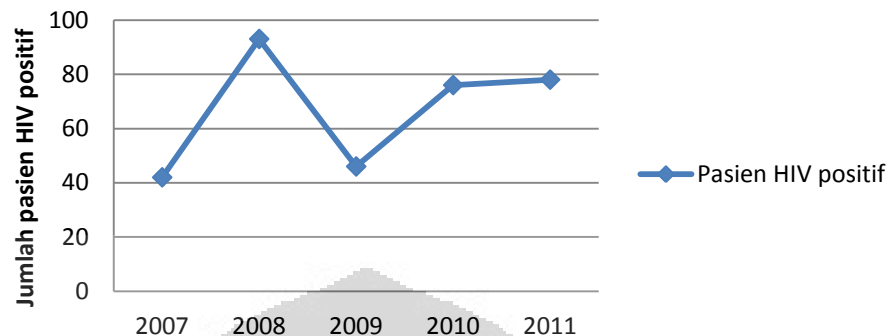
Penularan HIV/AIDS dari pasien ke perawat terutama disebabkan oleh transmisi virus HIV/AIDS melalui benda tajam yang tercemar virus HIV/AIDS dan transmisi virus akibat kontak antara cairan tubuh penderita melalui luka terbuka atau selaput mukosa. Penelitian yang telah dilakukan, baik di Indonesia maupun di beberapa negara, menyebutkan bahwa petugas kesehatan yang memiliki risiko tinggi tertular HIV yaitu perawat. Perawat memiliki risiko yang lebih tinggi tertular HIV/AIDS karena intensitas kontak dengan pasien yang lebih sering dibandingkan dengan tenaga medis lainnya (CDC, 2000).

Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta merupakan rumah sakit yang dibentuk secara khusus oleh pemerintah untuk melayani pasien pengguna NAPZA. Berdasarkan data yang dihimpun oleh Kemenkes RI sampai dengan pertengahan tahun 2011, penggunaan NAPZA suntik (penasun) merupakan salah satu penyumbang terbesar pada kasus AIDS di Indonesia. DKI Jakarta merupakan provinsi yang memiliki jumlah kasus AIDS tertinggi pada pengguna NAPZA suntik pada tahun 2011, yaitu sekitar 2802 kasus dari 3997 total kasus AIDS di Jakarta.

Meningkatnya jumlah kasus AIDS pada penasun di DKI Jakarta secara tidak langsung berdampak pada meningkatnya jumlah pasien penasun dengan HIV/AIDS yang mengunjungi RSKO Jakarta. Berdasarkan data yang dikumpulkan oleh instalasi rekam medik RSKO Jakarta, pada tahun 2011 terdapat 2183 pasien yang terdiagnosa penyakit virus gangguan defisiensi imun pada manusia (HIV) dari 5898 total pasien yang mengunjungi RSKO Jakarta.

Jumlah pasien HIV positif di RSKO selama 2 tahun terakhir (2010-2011) juga mengalami peningkatan (Grafik 1.1). Pada tahun 2010, jumlah pasien HIV positif yaitu 76 pasien dan pada tahun 2011 mengalami peningkatan menjadi 78 pasien HIV positif. Meningkatnya jumlah pasien HIV positif di RSKO Jakarta turut meningkatkan risiko perawat terpajan HIV/AIDS dari tempat kerjanya.

Grafik 1.1
Jumlah Pasien HIV Positif RSKO Jakarta Tahun
2007-2011



[Sumber: Data Rekam Medik RSKO Jakarta Tahun 2012(telah diolah kembali)]

Risiko perawat terinfeksi HIV di tempat kerja memang cukup rendah, hanya sekitar 0,3% melalui membran perkutan dan hanya sekitar 0,09% pajanan melalui membrane mukosa (CDC, 2005), tetapi tidak berarti insiden yang memungkinkan terjadinya penularan tidak terjadi sama sekali. Berdasarkan laporan WHO dalam *World Health Report 2002-Reducing Risk, promoting healthy life*, ada sekitar 3 juta kasus pajanan HIV pada *percutaneous membrane* diantara petugas pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Dan dari jumlah tersebut diestimasikan ada 200 hingga 5000 infeksi HIV tiap tahunnya (WHO, 2002).

Berdasarkan data yang dihimpun oleh Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) RSKO dari tahun 2006 – 2011, ada sekitar 17 kasus tertusuk jarum suntik pada perawat di RSKO. Dan dari semua kasus tersebut diketahui bahwa jarum suntik yang melukai perawat RSKO merupakan jarum suntik bekas pakai pada pasien HIV positif. Jumlah kasus tersebut mungkin tidak mencerminkan kasus sebenarnya di lapangan karena data-data tersebut dikumpulkan oleh Tim K3 RSKO dengan cara melakukan *recall* kepada setiap pekerja yang masih bekerja sampai dengan tahun 2011. Hal tersebut dilakukan karena Tim K3 RSKO baru dibentuk pada tahun 2011 dan tidak ada data-data resmi sebelum tahun 2011.

Penerapan prosedur kewaspadaan universal atau yang saat ini dikenal kewaspadaan standar merupakan salah satu program yang ditetapkan oleh Kemenkes RI untuk melindungi pasien dan tenaga medis dari infeksi penyakit yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh lainnya (HIV, HBV,dan HCV).

Selain itu, program Kewaspadaan Standar/Universal ini juga merupakan salah satu program K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) bagi petugas kesehatan di sarana pelayanan kesehatan (Dirjen P2MPL, 2010). Dengan semakin meningkatnya kasus HIV/AIDS di Indonesia maka kegiatan kewaspadaan universal/standar ini dianggap sebagai suatu langkah yang tepat untuk mengendalikan infeksi HIV/AIDS di sarana pelayanan kesehatan, selain memberikan perlindungan kepada pasien juga memberikan jaminan keselamatan kepada petugas kesehatan.

Di RSKO Jakarta, program kewaspadaan standar sudah diterapkan sebagai salah satu upaya pencegahan dan penanggulangan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja. Namun, program yang baru efektif dilaksanakan dari tahun 2010 tersebut belum disertai dengan evaluasi dan penilaian terhadap perilaku perawat terkait penerapan program pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja. Padahal berdasarkan beberapa fakta yang ditemukan pada penelitian sebelumnya, baik di Indonesia maupun di beberapa negara, insiden yang memungkinkan penularan HIV kepada petugas kesehatan, seperti perawat, sebagian besar diakibatkan oleh ketidakkonsistenan perawat dalam menerapkan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan universal/standar) di tempat kerja.

Menurut beberapa penelitian sebelumnya, baik di Indonesia maupun di beberapa negara, penerapan kewaspadaan standar/universal di suatu unit pelayanan kesehatan akan tergantung pada pengetahuan dan sikap petugas kesehatan, tersedianya peralatan medik dan sarana yang dibutuhkan untuk menerapkan kewaspadaan universal tersebut. Hal tersebut didukung pula oleh teori perilaku kesehatan PRECEDE Model yang dikeluarkan oleh Lawrence Green (1980) dan model perilaku perlindungan diri di tempat kerja (*self-protective behavior*) yang dimodifikasi dari PRECEDE Model oleh DeJoy (1986) dalam McGovern et.al (2000). Menurut DeJoy (1996), suatu perilaku pencegahan HIV/AIDS yang tercermin pada kepatuhan terhadap penerapan kewaspadaan standar/universal dipengaruhi oleh faktor individu, faktor terkait pekerjaan, dan faktor organisasi.

Mengingat besarnya jumlah pasien HIV positif di RSKO Jakarta dan masih ditemukannya kasus pajanan pada perawat maka perlu dilakukan suatu

penelitian terhadap perilaku perawat dalam upaya mencegah infeksi HIV/AIDS di tempat kerja. Perilaku pencegahan tersebut dilihat dari kepatuhan perawat dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan standar) serta faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Meningkatnya jumlah pasien HIV positif, semakin meningkatkan risiko perawat RSKO Jakarta untuk tertular HIV melalui tertusuk jarum suntik atau kecelakaan kerja lainnya. Perilaku perawat dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV di tempat kerja merupakan faktor penting terjadinya insiden tersebut. Untuk itu, perlu dilakukan penelitian terhadap perilaku perawat RSKO Jakarta dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan standar).

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mendesripsikan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar serta faktor-faktor yang mempengaruhinya di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2012.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan tingkat kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2012.
2. Mengkaji hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2012.
3. Mengkaji hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2012.
4. Mengkaji hubungan antara hambatan penerapan kewaspadaan standar dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2012.

5. Mengkaji hubungan antara iklim keselamatan (*safety climate*) dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2012.
6. Mengkaji hubungan antara ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan infeksi dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2012.
7. Mengkaji hubungan antara informasi dan pelatihan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2012.
8. Mengkaji hubungan antara pengalaman pajanan sebelumnya dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2012.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian terhadap perilaku perawat RSKO Jakarta terkait pencegahan infeksi HIV/AIDS, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya, diharapkan dapat dijadikan landasan untuk mengembangkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja yang tepat sasaran.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang ada, maka perlu dilakukan penelitian terhadap perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja pada perawat RSKO Jakarta serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Penelitian menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* dan dilakukan pada perawat di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta pada selama bulan Mei-Juni 2012. Penelitian ini menilai perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS serta faktor-faktor yang mempengaruhinya dengan menggunakan data primer. Pengumpulan data dilakukan dengan alat bantu kuesioner yang dibagikan kepada seluruh perawat yang berisiko di RSKO Jakarta.

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Risiko Penularan HIV/AIDS pada Tenaga Kesehatan

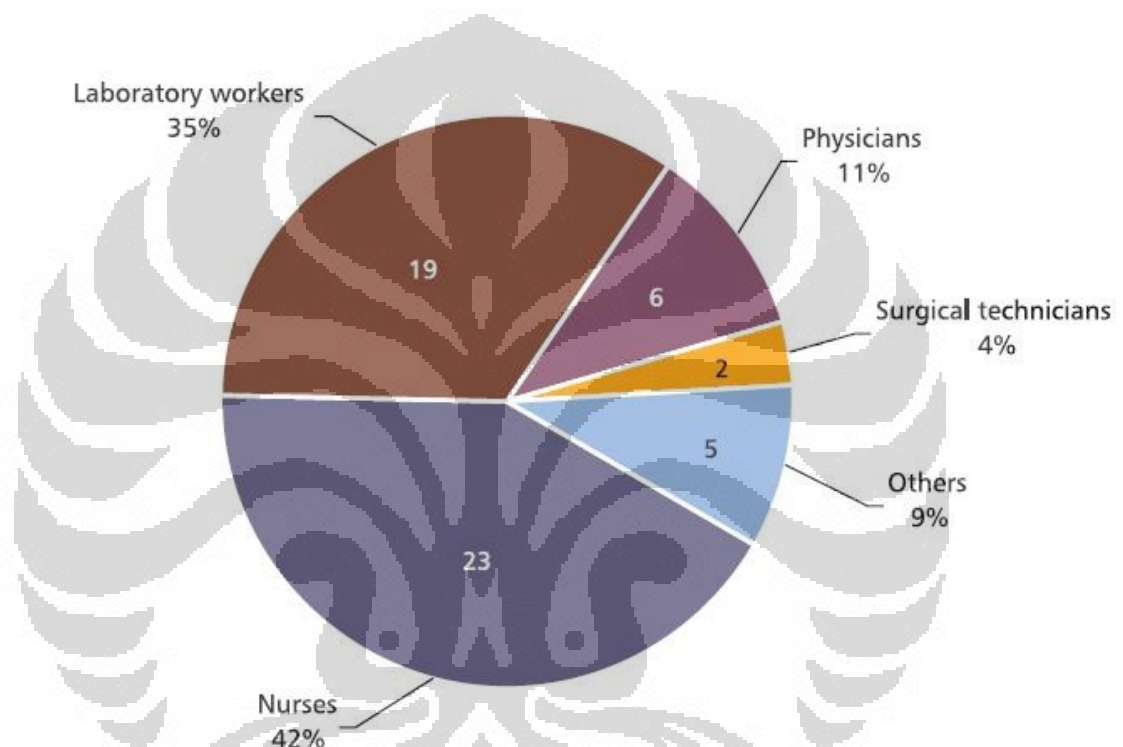
HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang dapat hidup pada darah atau cairan tubuh lain pada manusia. HIV dapat ditularkan apabila cairan tubuh pengidap HIV/AIDS masuk ke dalam aliran darah orang lain. HIV menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan penyakit. HIV menyerang salah satu jenis dari sel-sel darah putih yang bertugas menangkal infeksi. Sel darah putih tersebut termasuk limfosit yang disebut sel T-4 atau sel T-penolong (*T-helper*), atau disebut juga sel CD-4. Virus ini mempunyai kemampuan untuk 'mengkopi-cetak' materi genetik diri di dalam materi genetik sel-sel yang ditumpanginya. Melalui proses inilah HIV dapat mematikan sel-sel T-4 (Mandal et.al, 2004).

Pada saat kekebalan tubuh mulai melemah, timbullah berbagai masalah kesehatan. Gejala yang umumnya timbul antara lain demam, batuk, atau diare yang terus-menerus. Kumpulan gejala penyakit akibat melemahnya sistem kekebalan tubuh inilah yang disebut dengan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) (Mandal et.al, 2004).

HIV dapat ditularkan melalui darah atau cairan tubuh seorang pengidap HIV yang masuk ke dalam aliran darah seseorang. Proses pertukaran ini bisa terjadi melalui hubungan seksual dengan pengidap HIV/AIDS, penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayinya, tranfusi darah dan donor organ yang terinfeksi HIV/AIDS, pemakaian alat-alat kesehatan yang tidak steril, alat-alat untuk menoreh kulit seperti jarum pembuat tato, pisau cukur dan sebagainya, menggunakan jarum suntik secara bergantian, dan kecelakaan kerja pada pelayanan kesehatan (Nursalam dan Ninuk, 2010).

Pada sarana pelayanan kesehatan, baik petugas maupun pasien berpotensi terinfeksi penyakit nosokomial seperti HIV/AIDS. Berdasarkan data yang

dikumpulkan oleh HIV/AIDS Reporting Systems (HARS)-CDC (2000), petugas kesehatan yang berisiko tinggi terinfeksi HIV di sarana pelayanan kesehatan yaitu perawat (42%) dan diikuti oleh petugas laboratorium (35%) (**Gambar 2.1**). Infeksi HIV tersebut sebagian besar melalui jarum suntik dan benda tajam lain yang terkontaminasi HIV. Paparan terhadap jarum suntik yang terkontaminasi HIV biasanya terjadi secara tidak sengaja di sarana pelayanan kesehatan atau melalui tukar menukar jarum selama pemakaian obat intravena (Levy et.al, 2000).



Gambar 2.1 Frekuensi dan Distribusi Penularan HIV di tempat kerja pada petugas pelayanan kesehatan berdasarkan pekerjaannya selama tahun 2000

[Sumber: CDC, 2000]

Menurut CDC (2005), risiko penularan HIV/AIDS pada tenaga kesehatan sebesar 0,3% setelah terpajan melalui membran perkutan sedangkan setelah terpajan melalui membran mukosa yaitu sebesar 0,09%. Selain itu, berdasarkan data yang dilaporkan WHO (2002), setiap tahunnya diperkirakan ada sekitar 3 juta kasus paparan melalui membran perkutan (seperti tertusuk jarum atau perlukaan lain oleh benda tajam yang terkontaminasi) pada tenaga kesehatan di seluruh dunia. Dan dari jumlah paparan ini diestimasikan ada 200 hingga 5000 infeksi HIV.

Penularan HIV/AIDS pada sarana pelayanan kesehatan dapat terjadi melalui beberapa cara (McGovern et.al, 2000), diantaranya yaitu:

- a. Membersihkan dan membalut luka pasien HIV positif tanpa sarung tangan
- b. Mengambil darah pasien HIV positif tanpa menggunakan sarung tangan
- c. Terkena percikan darah atau cairan tubuh lain dari pasien HIV positif pada selaput mukosa (mata, hidung dan mulut) atau luka terbuka pada kulit tenaga kesehatan
- d. Tertusuk jarum suntik atau terjadi perlukaan oleh benda tajam lainnya yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh pasien HIV positif.

Tinggi rendahnya risiko penularan HIV pada tenaga kesehatan melalui perlukaan bergantung pada kedalaman tusukan atau goresan, darah yang terlihat pada alat kesehatan, jarum yang berongga, jarum bekas pakai pada arteri atau vena pasien, dan jumlah virus pada sumber pajanan. Semakin banyak volume darah/cairan tubuh lain yang memajan semakin tinggi risiko terinfeksi HIV (Levy et.al, 2000).

2.2 Program Pencegahan Infeksi HIV/AIDS pada Pelayanan Kesehatan

Untuk mencegah transmisi HIV/AIDS pada pelayanan kesehatan, *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) pada tahun 2007, membuat sebuah program pencegahan infeksi penyakit menular melalui darah yaitu *standard precautions*. *Standard Precautions* merupakan penyempurnaan dari program *universal precautions* (CDC, 2007). Di Indonesia, melalui Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, dibentuklah suatu program kewaspadaan universal/standar.

Kewaspadaan Standar/Universal merupakan bagian dari upaya pencegahan dan pengendalian infeksi penyakit yang ditularkan melalui darah (HIV, HBV dan HCV) di sarana pelayanan kesehatan. Prinsip penerapan Kewaspadaan Universal/Standar didasarkan pada keyakinan bahwa darah dan cairan tubuh berpotensi menularkan penyakit, baik yang berasal dari pasien maupun petugas kesehatan (CDC, 2011).

Prosedur Kewaspadaan Standar ini juga dapat dianggap sebagai pendukung program K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) bagi petugas kesehatan. Prinsip Kewaspadaan Standar tertuang dalam 5 (lima) kegiatan pokok (Dirjen P2MPL, 2010), diantaranya yaitu:

1. Kebersihan tangan
2. Pemakaian alat pelindung diri (APD) seperti masker, celemek, dan sarung tangan untuk mencegah kontak dengan darah atau cairan tubuh lainnya
3. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
4. Pengelolaan alat/benda tajam seperti jarum suntik untuk menghindari kontak yang mengakibatkan luka
5. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan

2.2.1 Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan pada tenaga kesehatan tercermin pada kegiatan mencuci tangan. Mencuci tangan bagi petugas kesehatan berfungsi untuk menghilangkan/mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga dapat mengurangi penyebaran penyakit dan risiko infeksi. Cuci tangan dilakukan sebelum dan setelah melakukan tindakan yang memungkinkan terjadi pencemaran dan infeksi (Dirjen P2MPL, 2010), seperti :

- **Sebelum melakukan tindakan**, misalnya memulai pekerjaan, saat akan memeriksa (kontak dengan pasien), saat akan memakai sarung tangan, saat akan memakai peralatan, saat akan melakukan injeksi,
- **Setelah melakukan tindakan**, misalnya setelah memeriksa pasien, setelah memegang peralatan bekas pakai dan bahan-bahan yang terkontaminasi, setelah menyentuh selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya, serta setelah membuka sarung tangan.

Cara cuci tangan dibedakan berdasarkan kebutuhannya (Dirjen P2MPL, 2010), yaitu:

1. Cuci tangan higienik atau rutin

Cuci tangan dengan menggunakan sabun yang bertujuan untuk menghilangkan kotoran dan flora yang ada di tangan

2. Cuci tangan aseptik

Cuci tangan dengan cairan antiseptik dan dilakukan sebelum melakukan tindakan aseptik

3. Cuci tangan bedah

Cuci tangan dilakukan sebelum melakukan tindakan steril, cara cuci tangan sama halnya dengan cuci tangan aseptik.



Gambar 2.2 Prosedur Cuci Tangan Higienis

[Sumber: <http://blogsoewandono.blogspot.com>, 2011]

Prosedur kewaspadaan standar/universal berupa cuci tangan dapat berlangsung di suatu tempat kerja jika tersedia sarana cuci tangan (Dirjen P2MPL, 2010), seperti:

1. Air mengalir

Sarana utama untuk cuci tangan yaitu air mengalir dengan saluran pembuangan atau bak penampung yang memadai. Dengan guyuran air mengalir tersebut maka mikroorganisme yang terlepas karena gesekan kimiawi atau mekanis saat cuci tangan akan terhalau dan tidak menempel lagi di permukaan kulit.

2. Sabun dan deterjen

Sabun dan deterjen tidak bertindak sebagai zat pembunuh mikroorganisme. Bahan tersebut hanya membantu menghambat dan mengurangi jumlah mikroorganisme di permukaan kulit.

3. Larutan Antiseptik

Larutan antiseptik digunakan untuk menghambat aktivitas atau membunuh mikroorganisme pada permukaan kulit.

Satu hal yang perlu diingat, tangan manusia tidak dapat disterilkan. Tujuan dari cuci tangan hanya untuk mengurangi jumlah mikroorganisme pada kulit terutama kuman transien.

2.2.2 Alat Pelindung Diri (APD)

Alat pelindung diri diperlukan untuk melindungi beberapa bagian tubuh pekerja dari risiko pajanan darah, cairan tubuh lain, sekret, eksreta, kulit yang tidak utuh (luka), dan selaput lendir pasien. Jenis-jenis alat pelindung diri yang dibutuhkan di sarana pelayanan kesehatan (Dirjen P2MPL, 2010), yaitu:

1. Sarung tangan
2. Pelindung wajah/masker/kaca mata
3. Penutup kepala
4. Gaun pelindung (baju kerja/celemek)
5. Sepatu pelindung (*sturdy foot wear*)

Dari kelima alat pelindung diri (APD) tersebut tidak semuanya harus dipakai setiap saat. Jenis alat pelindung diri yang digunakan tergantung pada kegiatan atau proses kerja yang akan dilakukan.

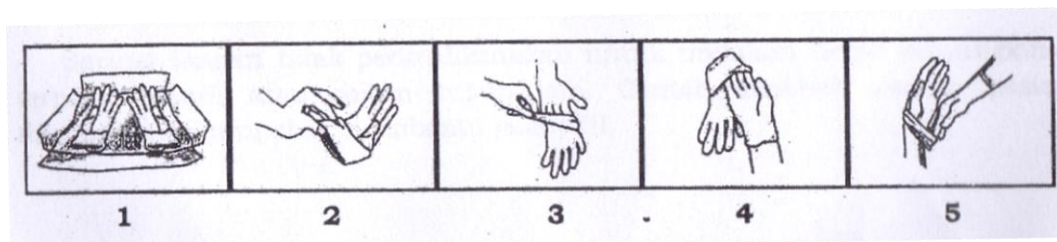
1. Sarung tangan

Sarung tangan digunakan setiap kali saat melakukan tindakan yang kontak atau diperkirakan akan kontak dengan darah, cairan tubuh, secret, eksreta, kulit yang tidak utuh, selaput lendir pasien dan benda yang terkontaminasi (ASHM, 2001). Saat ini dikenal tiga jenis sarung tangan berdasarkan fungsinya (Dirjen P2MPL, 2010), yaitu:

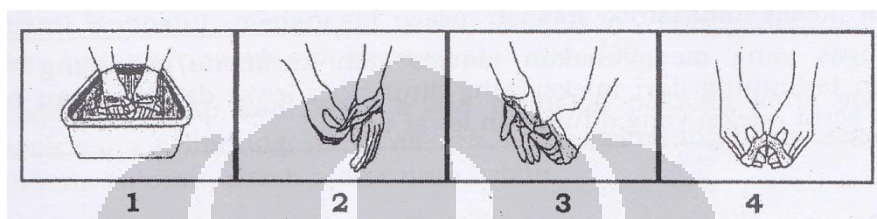
- Sarung tangan bersih untuk kegiatan rutin pada kulit dan selaput lender misalnya tindakan medic pemeriksaan dalam, merawat luka terbuka.
- Sarung tangan steril, biasanya digunakan untuk tindakan bedah
- Sarung tangan rumah tangga, biasanya digunakan untuk membersihkan alat, dan permukaan meja kerja. Sarung tangan tersebut dapat digunakan lagi setelah dicuci bersih.

Saat mengenakan sarung tangan, ada beberapa hal yang harus diperhatikan (Dirjen P2MPL, 2010), diantaranya:

- Saat sebelum memakai maupun setelah melepas sarung tangan harus cuci tangan terlebih dahulu
- Satu pasang sarung tangan hanya diperuntukkan untuk satu orang pasien
- Untuk sarung tangan yang dapat dicuci dan desinfeksi, sebaiknya tidak dipakai lebih dari 3 kali
- Tidak dianjurkan untuk memakai sarung tangan ganda karena menurunkan kepekaan (raba) sehingga meningkatkan risiko kecelakaan kerja
- Sarung tangan ganda boleh dikenakan jika tindakan memakan waktu lama (> 60 menit), operasi di area yang sempit, dan saat kemungkinan adanya kontak dengan darah/cairan tubuh dalam jumlah yang sangat banyak.



Gambar 2.3 Cara Memakai Sarung Tangan Steril [Sumber: Dirjen P2MPL, 2011]



Gambar 2.4 Cara Melepas Sarung Tangan Steril [Sumber: Dirjen P2MPL, 2011]

2. Pelindung wajah/masker/kaca mata

Pelindung wajah seperti masker dan kacamata digunakan untuk melindungi selaput mukosa hidung, mulut dan mata dari risiko percikan darah atau cairan tubuh pasien selama melakukan tindakan kepada pasien. Berikut hal yang harus diperhatikan dalam menggunakan pelindung wajah (Dirjen P2MPL, 2010), yaitu:

- Masker tanpa kacamata digunakan pada saat tertentu misalnya menangani pasien tuberkoulosis tanpa luka terbuka/perdarahan dan digunakan ketika berada dalam jarak 1 meter dari pasien.
- Pemakaian pelindung wajah lengkap (masker dan kaca mata) diperlukan saat melaksanakan tindakan yang berisiko tinggi kontak lama dengan darah dan cairan tubuh seperti pembersihan luka, membalut luka, mengganti kateter, persalinan, dan dekontaminasi alat bekas pakai.
- Pelindung wajah, masker dan kaca mata harus dipilih dan digunakan sedemikian rupa sehingga tidak menghalangi kelapangan dan ketajaman pandangan petugas kesehatan.

3. Penutup kepala

Penutup kepala digunakan untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas kesehatan terhadap alat-alat atau

daerah steril dan juga untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah dan bahan-bahan dari pasien (Dirjen P2MPL, 2010).

4. Gaun pelindung (baju kerja/celemek)

Tujuan dari pemakaian gaun pelindung yaitu untuk melindungi petugas dari genangan atau percikan darah/cairan tubuh lain yang dapat mencemari baju seragam. Selain itu, gaun pelindung juga digunakan untuk mencegah tembusnya cairan tubuh kepada petugas. Dilihat dari berbagai aspeknya, gaun pelindung dapat dibedakan menjadi gaun pelindung tidak kedap air dan gaun pelindung kedap air, serta gaun pelindung steril dan non-steril. Gaun pelindung steril digunakan oleh tim bedah serta asistennya pada saat melakukan pembedahan (Dirjen P2MPL, 2010).

Gaun pelindung dipakai ketika, misalnya saat membersihkan luka, melakukan irigasi, melakukan tindakan drainase, mengganti pembalut, membuang cairan terkontaminasi ke dalam lubang pembuangan/WC/toilet, mengganti pembalut, menangani pasien dengan perdarahan massif, melakukan tindakan bedah, dan tindakan lain yang mengindikasikan terjadinya paparan terhadap darah/cairan tubuh dalam waktu yang lama dan dalam jumlah yang banyak (Dirjen P2MPL, 2010).

5. Sepatu pelindung (*sturdy foot wear*)

Berdasarkan pedoman Kewaspadaan Universal yang disusun oleh Dirjen P2MPL (2010), sepatu pelindung digunakan untuk melindungi kaki petugas dari tumpahan atau percikan darah/cairan tubuh lainnya serta mencegah risiko tertusuk benda tajam dan kejatuhan alat kesehatan. Sepatu khusus ini sebaiknya terbuat dari bahan tahan tusukan dan mudah dicuci seperti karet atau plastik.

Sepatu ini digunakan khusus oleh petugas yang bekerja di ruang bedah, laboratorium, ICU, ruang isolasi, ruang pemulasaran jenazah dan petugas sanitasi. Sepatu hanya boleh digunakan di dalam ruangan tersebut dan tidak boleh dipakai ke ruang lainnya.

2.2.3 Pengelolaan Alat Kesehatan

Pengelolaan alat kesehatan dilakukan untuk menjamin alat kesehatan dalam keadaan steril sehingga mencegah terjadinya infeksi yang ditularkan melalui alat kesehatan. Proses pengelolaan alat kesehatan dilakukan melalui empat tahap kegiatan yaitu dekontaminasi, pencucian, sterilisasi atau desinfeksi tingkat tinggi (DTT), dan penyimpanan (Dirjen P2MPL, 2010).

1. Dekontaminasi

Dekontaminasi merupakan langkah pertama yang penting dalam menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lain yang terkontaminasi. Dekontaminasi bertujuan untuk membuat benda-benda lebih aman untuk ditangani petugas pada saat dilakukan pembersihan. (Dirjen P2MPL, 2010).

Dekontaminasi dilakukan segera setelah pemakaian benda yang terkontaminasi. Cara dekontaminasi yaitu dengan segera merendam peralatan maupun perlengkapan ke dalam larutan klorin 0,5% selama ± 10 menit. Saat melakukan dekontaminasi, petugas kesehatan perlu memakai alat pelindung diri yang memadai (sarung tangan tebal), melakukan prosedur kerja yang meminimalkan risiko pajanan terhadap lapisan mukosa dan kontak parenteral melalui bahan-bahan terkontaminasi (Dirjen P2MPL, 2010).

2. Pencucian

Pencucian yaitu suatu proses pembersihan yang dilakukan untuk menghilangkan segala kotoran yang kasat mata dari benda dan permukaan benda dengan sabun atau deterjen, air dan sikat. Selain itu, proses pencucian juga membantu menurunkan jumlah mikroorganisme pada permukaan benda dan mempersiapkan permukaan benda untuk kontak dengan disinfektan atau bahan sterilisasi sehingga proses disinfeksi dan sterilisasi menjadi lebih efektif (Dirjen P2MPL, 2010).

Pencucian harus dilakukan dengan teliti sehingga kotoran dan zat-zat lain yang mengkontaminasi peralatan benar-benar hilang dari permukaan peralatan. Peralatan dan benda yang sudah dicuci, dibilas dan dikeringkan dahulu sebelum diproses lebih lanjut (Dirjen P2MPL, 2010).

3. Sterilisasi atau Desinfeksi

Desinfeksi adalah suatu proses untuk menghilangkan sebagian atau semua mikroorganisme dari alat kesehatan kecuali endospora bakteri (Dirjen P2MPL, 2010). Efektifitas dari suatu proses disinfeksi dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut diantaranya yaitu proses pencucian yang dilakukan sebelumnya, adanya zat organik, tingkat pencemaran, jenis mikroorganisme pada alat kesehatan, sifat dan bentuk alat, lamanya terpajan oleh disinfektan, suhu dan pH saat proses berlangsung. Proses disinfeksi, berdasarkan cara dan bahan yang digunakan, dibedakan menjadi disinfeksi kimiawi, radiasi sinar ultraviolet, pasteurisasi, dan mesin pencuci.

Disinfeksi tingkat tinggi (DTT) merupakan alternatif pengelolaan alat kesehatan apabila sterilisasi tidak dapat dilakukan atau sterilisator tidak tersedia. Proses ini dapat membunuh semua mikroorganisme termasuk virus hepatitis B dan HIV tetapi tidak dapat membunuh endospora (Dirjen P2MPL, 2010). Berdasarkan Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal yang dibentuk oleh Depkes RI, ada beberapa cara melakukan DTT, diantaranya:

- Merebus dalam air mendidih selama 20 menit
- Merendam dalam disinfektan kimia seperti glutaraldehid, formaldehid 8%
- DTT dengan uap (*steamer*)

Sterilisasi merupakan proses yang dilakukan untuk membunuh seluruh mikroorganisme pada alat kesehatan termasuk endospora bakteri. Pada suatu rumah sakit, biasanya ada dua cara sterilisasi yaitu secara fisik (dengan pemanasan kering, uap panas bertekanan, radiasi dan filtrasi) dan secara kimiawi (gas etilen oksida, dan zat kimia cair). Sterilisasi dianggap sebagai cara yang paling efektif dan aman untuk mengelola alat kesehatan yang berhubungan langsung dengan darah atau jaringan di bawah kulit (Dirjen P2MPL, 2010).

4. Penyimpanan Alat Kesehatan

Penyimpanan alat kesehatan berdasarkan cara penyimpanannya dibagi menjadi penyimpanan alat yang dibungkus dan yang tidak dibungkus. Alat kesehatan yang dibungkus dapat dianggap steril selama bungkusan tetap utuh dan kering dalam kondisi penyimpanan yang optimal dan penanganan yang minimal.

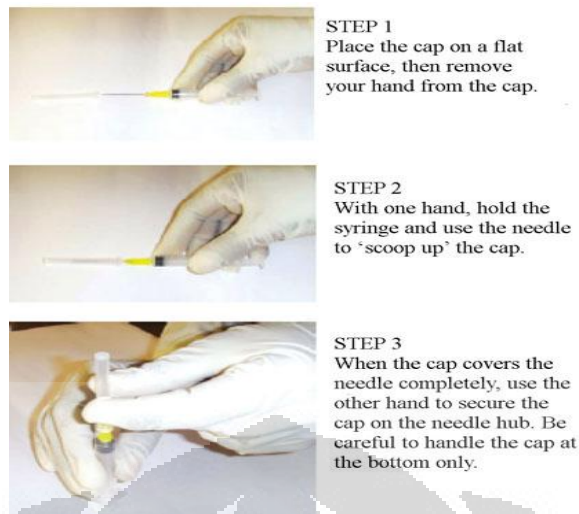
Sedangkan alat yang tidak dibungkus dapat dinyatakan steril jika tersimpan dalam wadah steril dan tertutup serta diyakini steril paling lama 1 minggu. Namun, jika ragu-ragu tentang sterilitas suatu peralatan baik yang dibungkus maupun tidak dibungkus maka alat dianggap tercemar dan perlu disterilkan dahulu sebelum digunakan (Dirjen P2MPL, 2010).

5. Pengelolaan benda tajam

Penyebaran infeksi HIV, HBV, dan HCV di sarana pelayanan kesehatan sebagian besar disebabkan oleh kecelakaan kerja seperti tertusuk jarum suntik atau tergores benda tajam (termasuk pecahan kaca) yang sudah terkontaminasi (Levy et.al, 2000). Menurut Kemenkes RI, 40% dari kecelakaan yang terjadi merupakan kecelakaan kerja yang dapat dicegah dan terjadi akibat melakukan penutupan kembali jarum suntik setelah pemakaian (*recapping*).

Untuk menghindari kecelakaan kerja dan perlukaan, maka petugas kesehatan perlu memerhatikan prosedur penanganan jarum suntik dan benda tajam dimulai sejak pembukaan bungkus/wadah, penggunaan, dekontaminasi hingga ke penampungan sementara berupa wadah tahan tusukan. Berikut prosedur pengelolaan benda tajam yang dapat dilakukan di sarana pelayanan kesehatan (Dirjen P2MPL, 2010):

- Saat melakukan prosedur dengan menggunakan jarum suntik/benda tajam atau saat pengelolaan benda tajam, petugas harus menggunakan sarung tangan
- Saat memindahkan alat tajam dari satu orang ke orang lain, menggunakan teknik tanpa sentuh (*hands free*) yaitu dengan menggunakan nampan atau alat perantara
- Petugas tidak dianjurkan untuk menutup kembali jarum suntik bekas pakai melainkan langsung membuangnya ke dalam wadah tahan tusukan
- Jika jarum terpaksa ditutup kembali, maka gunakan prosedur penutupan dengan satu tangan (*single handed recapping method*) (Gambar 2.5).



Gambar 2.5 Cara Menutup (*recapping*) Jarum dengan Satu Tangan
[Sumber: <http://labspace.open.ac.uk>, 2012]

2.2.4 Pengelolaan Limbah

Suatu sarana pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, menghasilkan limbah sebagai hasil akhir proses kerjanya. Limbah yang dihasilkan diantaranya yaitu limbah rumah tangga atau limbah non-medis, dan limbah medis. Limbah medis berupa limbah klinis, limbah laboratorium, dan limbah berbahaya (B3) (Dirjen P2ML, 2010).

Untuk menghindari penularan dan penyebaran infeksi, maka diperlukan penanganan limbah yang baik di rumah sakit. Teknik penanganan limbah di rumah sakit meliputi beberapa tahap, yaitu pemilahan atau pemisahan, penanganan sampah, penampungan sementara dan pembuangan/pemusnahan sampah (Dirjen P2MPL, 2010).

2.2.5 Kecelakaan Kerja

Kecelakaan kerja yang memungkinkan terjadinya pajanan darah atau cairan tubuh dapat terjadi melalui tusukan, luka, percikan pada mukosa mata, hidung atau mulut, dan percikan pada kulit yang tidak utuh (Levy et.al, 2000).

Jika pada suatu pelayanan kesehatan terjadi kecelakaan kerja, maka harus didokumentasikan dan dilaporkan segera mungkin kepada panitia keselamatan dan kesehatan kerja (K3) dan kepada tim pengendalian infeksi nosokomial.

Pekerja yang mengalami perlukaan diberikan imunisasi dan diberikan konseling serta pemeriksaan laboratorium (Dirjen P2MPL, 2010).

Prosedur tatalaksana pajanan darah di sarana pelayanan kesehatan disesuaikan dengan sarana dan kebijakan institusi setempat. Penatalaksanaan pajanan darah di tempat kerja terdiri dari beberapa langkah (Dirjen P2MPL, 2010), diantaranya yaitu:

- Langkah 1

Tindakan pertama pada setiap pajanan yaitu cuci dengan air mengalir dan sabun antiseptic, mencatat dan melaporkan kejadian pajanan darah kepada panitia K3 atau panitia pengendalian infeksi nosokomial dalam waktu 24 jam.

- Langkah 2

Menelaah pajanan mulai dari jenis dan alur pajanan, bahan pajanan, status infeksi sumber pajanan, dan kerentanan orang yang terpajan

- Langkah 3

Memberikan profilaksis pasca pajanan (PPP) kepada pekerja terpajan yang memiliki risiko tinggi terinfeksi (HBV dan HIV). Untuk pekerja yang berisiko tinggi terinfeksi HIV, pemberian PPP dilakukan dalam beberapa jam setelah pajanan berupa pemberian ARV jangka pendek untuk menurunkan risiko infeksi HIV setelah pajanan

- Langkah 4

Melakukan tes lanjutan (laboratorium) dan memberikan konseling. Pekerja yang terpajan dianjurkan untuk segera memeriksakan dirinya jika ditemukan tanda atau gejala dari suatu penyakit infeksi.

2.3 Perilaku Pencegahan Infeksi HIV/AIDS pada Perawat

2.3.1 Definisi Perilaku Kepatuhan

Perilaku adalah keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas antara faktor internal dan faktor eksternal (Notoatmodjo, 2007). Perilaku manusia adalah suatu fungsi dari interaksi antara individu dengan lingkungannya. Semua perilaku individu pada dasarnya dibentuk oleh kepribadian dan pengalamannya (Rivai dan Muyadi, 2009 dalam Sahara, 2011).

Perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS dapat dinilai dari kepatuhan seorang tenaga kesehatan dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan universal/standar). Heynes, et.al (1979) dalam Efstathiou et.al (2011) mendefinisikan kepatuhan sebagai suatu indikator sejauh mana perilaku tertentu sesuai dengan instruksi atau saran. Menurut Heynes, kepatuhan dapat dikendalikan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti budaya, faktor ekonomi dan social, *self-efficacy*, dan pengetahuan.

Seorang ahli psikologi kesehatan menjelaskan, “*in the context of health psychology, adherence refers to the situation when the behaviour of an individual matches the recommended action or device proposed by a health practitioner or information derived from some other information source (such as advice given in a health promotion leaflet or via mass media campaign*” (Albery dan Marcus, 2008).

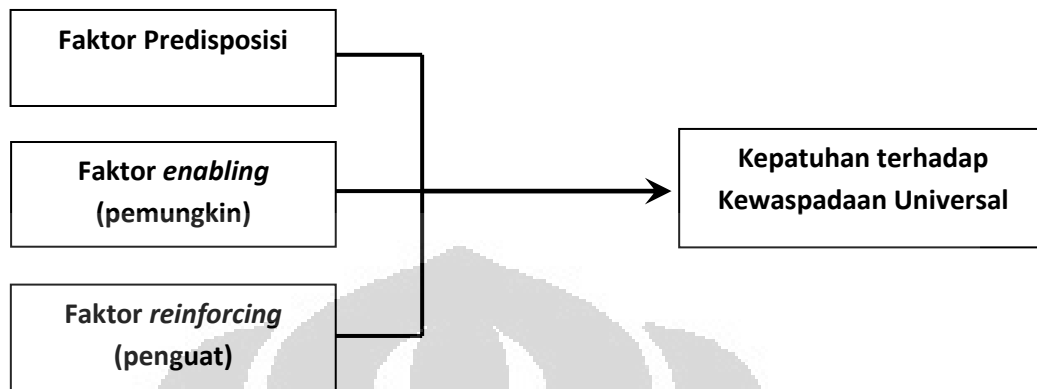
Definisi kepatuhan tersebut merupakan definisi perilaku kepatuhan yang merujuk kepada perilaku pasien dalam pengobatan dan pencegahan penyakit. Definisi tersebut dapat digunakan pula untuk melihat perilaku kepatuhan terhadap kewaspadaan standar/universal. Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap Kewaspadaan Standar merupakan indikator perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS pada tenaga kesehatan.

2.3.2 Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar

Perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS pada seorang petugas kesehatan dipengaruhi oleh kepatuhan seorang petugas kesehatan terhadap kewaspadaan standar/universal. Penelitian, baik di Indonesia maupun di beberapa negara, sudah pernah dilakukan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku patuh terhadap kewaspadaan universal tersebut. Salah satu model determinan perilaku yang digunakan untuk melihat kepatuhan yaitu model determinan perilaku kesehatan yang dikeluarkan oleh Green et.al, 1980. Model tersebut menjelaskan bahwa suatu perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi faktor predisposisi, faktor *enabling* (pemungkin), dan faktor *reinforcing* (penguat).

Penelitian sebelumnya di beberapa negara menggunakan model perilaku kesehatan PRECEDE Model untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi

perilaku patuh seorang tenaga kesehatan terhadap program pencegahan infeksi HIV/AIDS (Kewaspadaan Universal).



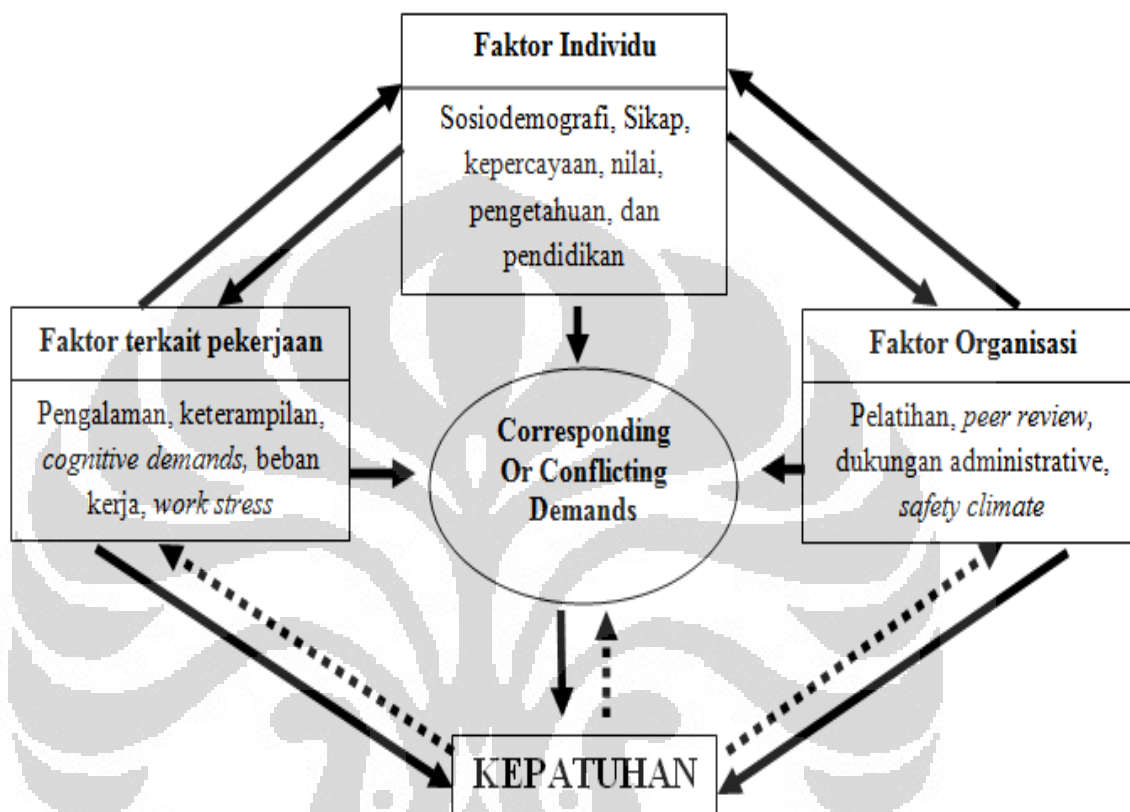
Gambar 2.6 Model Determinan Perilaku Kesehatan PRECEDE Model
 [Sumber: DeJoy et.al, 2000]

PRECEDE Model (Green et.al, 1980) digunakan oleh DeJoy et.al. (2000), Pinem (2003) dan Sulastri (2001) untuk menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan terhadap kewaspadaan universal. Dengan menggunakan PRECEDE Model, ditemukan beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku patuh seseorang terhadap kewaspadaan universal. Faktor-faktor tersebut diantaranya yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat.

Faktor predisposisi yang mempengaruhi kepatuhan terhadap kewaspadaan universal yaitu faktor yang berasal dari individu pekerja seperti pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan dan masa kerja. Selain itu, tingkat kepatuhan seseorang terhadap kewaspadaan universal juga dipengaruhi oleh faktor pemungkin (*enabling*) seperti ketersediaan sarana dan fasilitas, adanya informasi, pelatihan, ketersediaan SOP, dan lain-lain. Faktor penguat (*reinforcing*) juga turut mempengaruhi kepatuhan terhadap kewaspadaan universal seperti ada tidaknya dukungan dan pengawasan dari atasan dan/atau dari teman sejawat (DeJoy et.al, 2000; Pinem, 2003; Sulastri, 2001)

Selain dengan PRECEDE Model, perilaku kepatuhan seorang tenaga kesehatan terhadap program pencegahan infeksi HIV/AIDS (Kewaspadaan Standar/Universal) juga dapat ditinjau dari model perlindungan diri di tempat kerja yang terdiri dari faktor individu, faktor terkait pekerjaan, dan faktor

lingkungan/organisasi (ed. Feyer, Anne-Marie and Ann Williamson, 1998) (**Bagan 2.2**). Model perilaku ini merupakan perkembangan dari PRECEDE Model.



Gambar 2.7 Model Determinan Perilaku Kepatuhan terhadap Universal Precautions
[Sumber: Mc Govern, et.al (2000)]

Model determinan perilaku perlindungan diri di tempat kerja digunakan oleh McGovern, et.al (2000) untuk menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku patuh seorang tenaga kesehatan terhadap program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan universal). McGovern et.al (2000) melalui penelitiannya yang berjudul “*Factors Affecting Universal Precautions Compliance*” membagi faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap kewaspadaan universal menjadi faktor individu, faktor terkait pekerjaan dan faktor organisasi.

2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar

2.4.1 Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek memiliki intensitas atau tingkat yang berbeda-beda, yang dapat dibagi ke dalam 6 (enam) tingkat pengetahuan yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*) (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan tentang cara penularan HIV/AIDS di tempat kerja merupakan faktor penting terbentuknya kepatuhan seorang terhadap kewaspadaan standar. Berdasarkan beberapa penelitian yang pernah dilakukan, baik di Indonesia maupun dunia, ditemukan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar (Saroaha, 2003, Sulastri, 2001 dan McGovern et.al, 2000).

Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS terlihat dari tahu/tidaknya perawat mengenai cara penularan HIV/AIDS (CDC, 2007), seperti:

- Melalui selaput mukosa : percikan darah atau cairan tubuh lainnya pada mata, hidung atau mulut
- Melalui membran perkutan: tusukan jarum atau benda tajam lain

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Saroha Pinem (2003), salah satu faktor yang mempengaruhi penerapan kewaspadaan universal yaitu tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS. Petugas kesehatan yang memiliki tingkat pengetahuan kurang berpeluang hampir 3 kali untuk tidak patuh dalam menerapkan kewaspadaan universal (Sulastri, 2001). Selain itu, penelitian yang dilakukan di Minnesota menemukan bahwa perawat yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi, tentang cara penularan (transmisi) HIV, 1,6 kali lebih patuh untuk menerapkan kewaspadaan universal (McGovern,et.al. 2000).

2.4.2 Sikap Petugas

Sikap merupakan suatu respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2007).

Menurut (Notoatmodjo, 2007) sikap terdiri dari berbagai tingkatan:

1. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
2. Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap
3. Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat, perawat yang memiliki sikap positif terhadap pasien dengan HIV/AIDS lebih cenderung patuh terhadap penerapan kewaspadaan universal (DeJoy, et.al., 2000). Namun, hasil penelitian pada sejumlah perawat di Afrika (Delobelle et.al, 2009) tidak menemukan hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku.

2.4.3 Hambatan Penerapan Kewaspadaan Standar/Universal

Hambatan terkait pekerjaan dalam menerapkan kewaspadaan universal yang dirasakan oleh petugas kesehatan turut mempengaruhi perilaku pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS atau penerapan kewaspadaan universal (Dejoy et.al, 1996). Inti permasalahan dari hambatan penerapan KU terkait pekerjaan yaitu adanya konflik kepentingan antara kewajiban untuk melayani pasien dengan kewajiban untuk melindungi diri sendiri. Hal tersebut biasanya terjadi saat keadaan darurat dimana waktu satu detik saja sangat berharga bagi pasien. Pada

situasi tersebut, petugas kesehatan biasanya lebih sering mengabaikan kewaspadaan universal.

Hal ini didukung oleh penelitian yang pernah dilakukan oleh McGovern et.al. (2000) dan Kermode et.al (2005), dimana semakin rendah hambatan penerapan KU akibat pekerjaannya semakin tinggi tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS (kewaspadaan universal) di tempat kerja. Efstathiou (2011), menemukan bahwa sejumlah perawat tidak menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS karena merasa ada hambatan dalam menerapkan kewaspadaan standar akibat ketidakcukupan waktu.

2.4.4 Iklim Keselamatan (*safety climate*)

Iklim keselamatan merupakan persepsi dari pekerja mengenai keselamatan dalam lingkungan kerja mereka dan menjadi landasan mereka untuk mengerjakan tugas sehari-hari (Hahn dan Lawrence R. Murphy, 2008). Kondisi ini merupakan gabungan dari berbagai faktor seperti pengambilan keputusan oleh manajemen, adanya norma keselamatan di tempat kerja dan praktik keselamatan kerja, serta kebijakan dan prosedur yang bersama-sama menghasilkan komitmen organisasi dalam hal keselamatan.

Persepsi pekerja akan iklim keselamatan di tempat kerjanya merupakan hal yang penting untuk diteliti karena sudah terbukti memiliki hubungan dengan perilaku keselamatan saat bekerja (DeJoy et.al., 1995; McGovern et.al, 2000; Efstathiou et.al, 2011). Perawat yang merasa iklim keselamatan di tempat kerjanya sudah baik memiliki kecenderungan 2,9 kali lebih patuh terhadap penerapan program pencegahan dan penanggulangan (kewaspadaan universal) HIV/AIDS di tempat kerja (McGovern, 2000).

2.4.5 Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Pencegahan

Menurut teori Green et.al (1980) dalam PRECEDE Model, suatu perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor pemungkin seperti ketersediaan sumber daya (sarana dan fasilitas). Tanpa adanya sumber daya yang memadai, seseorang tidak akan mampu menerapkan suatu perilaku dengan baik. Demikian halnya dengan

petugas kesehatan, dalam menerapkan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja diperlukan sumber daya (sarana dan fasilitas) yang memadai. Perawat cenderung untuk lebih patuh dalam menerapkan kewaspadaan universal jika tersedia alat pelindung diri (APD) yang memadai (DeJoy et.al, 2000). Selain itu, ketersediaan dan kemudahan dalam mendapatkan alat pelindung diri (APD) memegang peranan penting dalam kepatuhan terhadap penerapan kewaspadaan standar (Naing et.al. dalam Luo et.al., 2010).

Sumber daya yang diperlukan dalam rangka menerapkan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja yaitu tersedianya sarana dan prasarana cuci tangan, alat pelindung diri (APD), bahan/perlengkapan disinfektan dan sterilisasi, serta perlengkapan untuk pengelolaan benda tajam dan pembuangan sampah/limbah medis (Dirjen P2MPL, 2010).

2.4.6 Informasi dan Pelatihan (*training*)

Faktor pemungkin yang turut mempengaruhi perilaku seseorang yaitu keterjangkauan informasi yang diterima oleh seseorang (Green et.al., 1980). Untuk petugas kesehatan, keterampilan dan informasi tersebut dapat diperoleh dari media atau pelatihan (*training*) yang diberikan. Pelatihan yang diberikan dapat berupa pelatihan tentang kewaspadaan universal/standar maupun pelatihan tentang alat pelindung diri (APD).

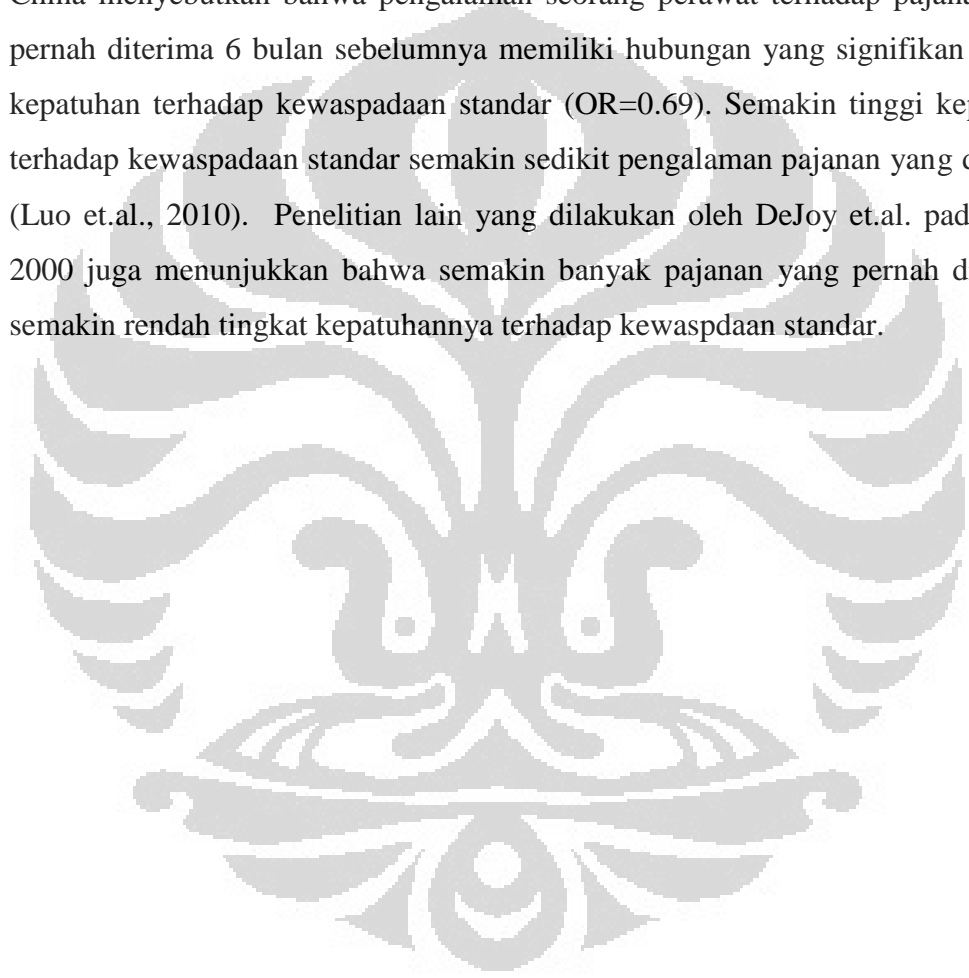
Pelatihan mengenai alat pelindung diri (APD) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan petugas kesehatan dalam menerapkan kewaspadaan universal (McGovern et.al, 2000; DeJoy et.al, 2000; Pinem, 2003). Lebih lanjut lagi, McGovern (2000), menemukan bahwa perawat yang mendapatkan pelatihan APD memiliki tingkat kepatuhan 5,7 kali lebih baik dibandingkan dengan teman sejawatnya yang tidak mendapatkan pelatihan.

Selain pelatihan tentang APD, pelatihan tentang kewaspadaan standar/universal juga turut mempengaruhi perilaku seseorang untuk menerapkan kewaspadaan standar. Hal tersebut terlihat dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 1500 perawat di China, bahwa perawat yang mengaku pernah mendapatkan pelatihan tentang kewaspadaan standar memiliki tingkat kepatuhan

yang tinggi dalam menerapkan kewaspadaan standar saat bekerja (Luo et.al., 2010).

2.4.7 Pengalaman Pajanan Sebelumnya

Pajanan, terutama tusukan jarum suntik, memiliki risiko tinggi untuk menularkan HIV/AIDS. Pajanan merupakan dampak yang timbul jika kewaspadaan standar tidak diterapkan dengan baik saat bekerja. Penelitian di China menyebutkan bahwa pengalaman seorang perawat terhadap pajanan yang pernah diterima 6 bulan sebelumnya memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar (OR=0.69). Semakin tinggi kepatuhan terhadap kewaspadaan standar semakin sedikit pengalaman pajanan yang diterima (Luo et.al., 2010). Penelitian lain yang dilakukan oleh DeJoy et.al. pada tahun 2000 juga menunjukkan bahwa semakin banyak pajanan yang pernah diterima, semakin rendah tingkat kepatuhannya terhadap kewaspadaan standar.



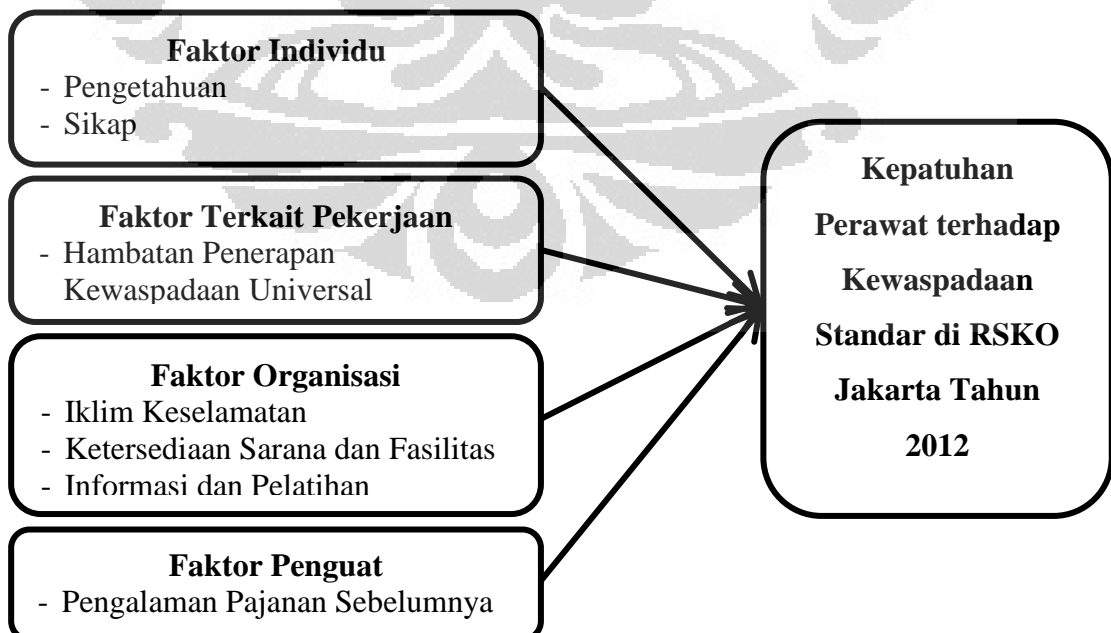
BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini merupakan gabungan dari PRECEDE Model (Green et.al., 1980) dan model determinan perilaku perlindungan diri di tempat kerja yang dikembangkan oleh DeJoy et.al (1986) dalam McGovern et.al (2000). Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan langsung faktor individu, faktor terkait pekerjaan, faktor organisasi dan faktor penguat dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta.

Faktor-faktor yang mempengaruhi, seperti faktor individu, faktor terkait pekerjaan, faktor organisasi dan faktor penguat merupakan variabel independen dalam penelitian ini. Sedangkan variabel kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di tempat kerja merupakan variabel dependen. Variabel-variabel independen pada faktor-faktor yang mempengaruhi, baik faktor individu, faktor terkait pekerjaan, faktor organisasi, maupun faktor penguat merupakan hasil sintesis dari beberapa penelitian sejenis sebelumnya.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis

1. Adanya hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012.
2. Adanya hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012.
3. Adanya hubungan antara hambatan akibat pekerjaan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012.
4. Adanya hubungan antara iklim keselamatan (*safety climate*) di tempat kerja dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012.
5. Adanya hubungan antara ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan infeksi dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012.
6. Adanya hubungan antara informasi dan pelatihan (*training*) dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012.
7. Adanya hubungan antara pengalaman pajanan sebelumnya dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012.

3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Kepatuhan perawat terhadap KS/KU	Perilaku perawat dalam menerapkan kewaspadaan standar/universal; seperti kebersihan tangan, penanganan jarum suntik dan benda tajam, serta pemakaian APD; untuk melindungi dirinya sendiri dan pasien saat menangani pasien di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta.	Kuesioner	0. Tidak Patuh (< mean) 1. Patuh (\geq mean)	Ordinal
2	Pengetahuan	Pengetahuan responden mengenai cara penularan (transmisi) HIV/AIDS dari pasien ke tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan	Kuesioner	0. Rendah (< mean) 1. Tinggi (\geq mean)	Ordinal
3	Sikap	Pernyataan mengenai sikap perawat dalam memberikan pelayanan terhadap pasien dengan HIV positif atau pasien yang terduga HIV positif	Kuesioner	0. Kurang Baik (< mean) 1. Baik (\geq mean)	Ordinal

4	Hambatan akibat pekerjaan	Hambatan-hambatan dalam menerapkan kewaspadaan standar yang dirasakan oleh responden terkait dengan kewajibannya untuk memberikan pelayanan terhadap pasien dibandingkan dengan melindungi diri sendiri	Kuesioner	0. Tinggi (\geq mean) 1. Rendah ($<$ mean)	Ordinal
5	Iklm keselamatan (<i>safety climate</i>)	Persepsi responden mengenai komitmen, dukungan dan pengawasan di tempat kerja, baik dari atasan maupun teman sejawat, yang mendukung perawat melakukan pekerjaan dengan selamat dan sehat.	Kuesioner	0. Kurang Baik ($<$ mean) 1. Baik (\geq mean)	Ordinal
6	Ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan	Pernyataan responden mengenai tersedia atau tidak sarana dan fasilitas pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja (seperti APD, dan saran cuci tangan) yang mendukung penerapan kewaspadaan standar/universal.	Kuesioner dan <i>checklist</i>	0. Tidak Lengkap 1. Lengkap	Ordinal
7	Informasi dan Pelatihan (<i>training</i>)	Persepsi perawat mengenai informasi dan pelatihan yang pernah diterimanya, baik	Kuesioner	0. Kurang Baik ($<$ mean) 1. Baik (\geq mean)	Ordinal

		informasi mengenai cara penularan HIV/AIDS di tempat kerja, pelatihan mengenai Kewaspadaan Universal maupun pelatihan alat pelindung diri (APD).			
8	Pengalaman pajanan sebelumnya	Pernyataan responden mengenai pajanan yang pernah dialami selama satu tahun terakhir, seperti tertusuk jarum suntik, kontak langsung kulit dengan luka terbuka pasien, percikan darah atau cairan tubuh lainnya ke selaput mukosa, atau tergores benda tajam yang terkontaminasi.	Kuesioner	0. Risiko tinggi 1. Risiko rendah	Ordinal

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibubur, Jakarta Timur. Adapun waktu penelitiannya dilaksanakan selama bulan Mei - Juni 2012.

3.5 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dari penelitian ini yaitu seluruh perawat di RSKO Jakarta yang berjumlah 77 orang perawat. Sedangkan sampel penelitian didapatkan dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang disesuaikan dengan tujuan dan sasaran penelitian.

Perawat yang dijadikan sampel pada penelitian ini yaitu perawat yang berisiko tinggi menangani langsung pasien dengan HIV/AIDS seperti perawat pada instalasi gawat darurat (IGD), instalasi ruang rawat inap “bidadari”, dan ruang *high care unit* (HCU). Jumlah sampel yaitu 39 orang perawat, dengan rincian sebagai berikut:

- Instalasi gawat darurat (IGD) 11 orang perawat,
- Ruang rawat *high care unit* (HCU) 12 orang perawat, dan
- Ruang rawat inap “bidadari” 16 orang perawat.

3.6 Data dan Sumber Data

Data mengenai perilaku, dan faktor-faktor yang mempengaruhi didapatkan dari kuesioner yang diisi oleh masing-masing responden. Kuesioner yang dibagikan merupakan kuesioner yang pernah digunakan oleh peneliti-peneliti sebelumnya pada penelitian sejenis dengan modifikasi yang disesuaikan dengan karakteristik tempat penelitian. Untuk memperoleh data tambahan, dilakukan observasi *checklist* mengenai ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan penyakit infeksi di tempat kerja.

Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari distribusi jumlah perawat, dan jumlah kasus kecelakaan kerja terkait benda tajam serta data mengenai jumlah pasien dengan HIV/AIDS di RSKO Jakarta.

3.7 Uji Instrumen

Untuk mendapatkan data yang valid dan reliabel, maka perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas untuk instrumen penelitian (kuesioner). Sebelum dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan menggunakan *software* statistik pada komputer, terlebih dahulu dilakukan validasi terhadap *content* pertanyaan. Validasi untuk *content* pertanyaan dilakukan dengan membandingkan antara isi instrument dengan rancangan atau tujuan penelitian. Peneliti meminta pendapat Komite PPI RSKO mengenai isi pertanyaan, apakah sudah sesuai dengan rancangan yang ada di lapangan. Berdasarkan pendapat mereka, beberapa pertanyaan ada yang perlu diperbaiki.

Setelah itu, dilakukan *pre-test* kepada 12 orang perawat RSKO Jakarta yang bertugas di instalasi detoksifikasi dan rehabilitasi. Dari hasil *pre-test* ini ditemukan ada 7 item pertanyaan yang tidak valid ($r \text{ hasil} < r \text{ tabel} = 0,576$) yaitu 1 item pertanyaan dari variabel sikap, 2 item pertanyaan dari variabel hambatan, 1 item pertanyaan dari variabel iklim keselamatan, dan 3 item pertanyaan dari variabel perilaku.

Berdasarkan pendapat dari Komite PPI RSKO dan beberapa perawat di lapangan, tidak semua pertanyaan yang tidak valid dihilangkan tetapi ada yang hanya diperbaiki struktur kalimatnya. Salah satu pertanyaan yang tidak dihilangkan yaitu pertanyaan “Saya menggunakan sarung tangan sekali pakai setiap kali ada kemungkinan terkena percikan darah atau cairan tubuh lain” menjadi “Saya menggunakan sarung tangan sekali pakai untuk setiap satu kali tindakan (satu pasien)”. Setelah seluruh pertanyaan dinyatakan valid, dilanjutkan dengan uji reliabilitas. Dari hasil uji reliabilitas dengan menggunakan SPSS 17.0, diketahui nilai $r \text{ Alpha}$ (0,964) lebih besar dari nilai $r \text{ tabel}$ (0,576), maka seluruh pertanyaan pada instrumen tersebut dinyatakan reliabel.

3.8 Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari lapangan kemudian diolah sebelum dilakukan analisis data. Adapun langkah-langkah yang dilakukan yaitu :

1. Memberikan nomor urut pada tiap kuesioner untuk mempermudah perhitungan jumlah kuesioner.

2. Melakukan pengecekan kembali lembar kuesioner, apakah isi kuesioner sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.
3. Melakukan *coding* data yaitu mengubah data yang berbentuk huruf-huruf menjadi angka untuk mempermudah saat melakukan *entry data*. Sebagai contoh data mengenai variabel perilaku dilakukan *coding* 0 = tidak pernah, 1 = hampir tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, dan 4 = selalu.
4. Setelah itu semua data yang terkumpul dari kuesioner dimasukkan ke dalam program statistik di komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis.

3.9 Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat menggunakan uji statistik deskriptif untuk melihat distribusi frekuensi variabel dependen (kepatuhan perawat dalam menerapkan kewaspadaan standar) dan variabel independen (faktor individu, faktor terkait pekerjaan, faktor organisasi dan faktor penguat).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan untuk analisis bivariat pada penelitian ini yaitu uji *Chi Square* karena semua variabel pada penelitian ini berbentuk katagorik. Uji *Chi Square* melihat hubungan antara variabel dependen dan variabel independen dengan membandingkan nilai *p-value* dengan nilai α (0,05). Bila nilai *p-value* lebih kecil daripada nilai α , maka secara statistik variabel independen tersebut berhubungan dengan variabel dependen. Hasil dari analisis kemudian dituangkan dalam bentuk teks dan tabel.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Kepatuhan Perawat

Perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS pada perawat dilihat dari kepatuhannya terhadap penerapan program kewaspadaan standar. Berdasarkan hasil penelitian pada 39 orang perawat di RSKO Jakarta (tabel 4.1), diperoleh bahwa ada sebanyak 26 (66.7%) perawat mempunyai perilaku patuh dalam menerapkan program kewaspadaan standar. Sedangkan 13 (33.3%) perawat mempunyai perilaku tidak patuh dalam menerapkan program kewaspadaan standar.

Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar perawat RSKO sudah memiliki perilaku patuh dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan standar) di tempat kerja. Perawat RSKO Jakarta memiliki perilaku patuh dalam menerapkan program kewaspadaan standar dapat disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya yaitu karena sebagian besar pasien memiliki status HIV positif sehingga perawat RSKO Jakarta lebih berhati-hati dalam bekerja dan patuh terhadap kewaspadaan standar.

Tabel 4.1

Jumlah dan Persentase Responden menurut Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Kepatuhan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak patuh	13	33.3
Patuh	26	66.7
Total	39	100

Perilaku perawat dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS tercermin pada kepatuhannya terhadap komponen-komponen kewaspadaan universal/standar (Dirjen P2MPL, 2010). Untuk responden yang mengaku tidak pernah, hampir tidak pernah atau kadang-kadang menerapkan kewaspadaan standar/universal dikelompokkan sebagai perilaku tidak patuh sedangkan untuk responden yang mengaku sering atau selalu menerapkan kewaspadaan standar dikategorikan sebagai perilaku patuh (Tabel 4.2).

Tabel 4.2
Jumlah dan Persentase Responden menurut Komponen Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Kegiatan	Perilaku				Total	
	Tidak patuh		Patuh			
	n	%	n	%	n	%
Mencuci tangan sebelum tindakan	6	15.4	33	84.6	39	100
Mencuci tangan setelah tindakan	0	0.0	39	100	39	100
Mencuci tangan setelah melepaskan sarung tangan	0	0.0	39	100	39	100
Mencuci tangan dengan menggunakan sabun/cairan desinfektan	0	0.0	39	100	39	100
Menggunakan sarung tangan sekali pakai untuk tiap satu pasien	2	5.1	37	94.9	39	100
Menggunakan masker	0	0.0	39	100	39	100
Menggunakan kaca mata pelindung (<i>goggles</i>)	17	43.6	22	56.4	39	100
Menggunakan baju pelindung (<i>celemek</i>)	2	5.1	37	94.9	39	100
Menggunakan sepatu boots	6	15.4	33	84.6	39	100
Lebih berhati-hati saat menggunakan benda tajam	0	0.0	39	100	39	100
Tidak memasang kembali tutup jarum suntik	25	64.1	14	35.9	39	100
Menyimpan benda tajam pada container khusus benda tajam	0	0.0	39	100	39	100
Membuang semua benda yang terkontaminasi pada plastik khusus sampah biomedis	1	2.6	38	97.4	39	100
Membersihkan tubuh yang terkena percikan darah/cairan tubuh lain pada air mengalir	1	2.6	38	97.4	39	100
Tidak makan-minum pada area yang berisiko terkontaminasi	3	7.7	36	92.3	39	100

Jika perilaku perawat dilihat dari masing-masing kegiatan yang menjadi objek penelitian seperti kebersihan tangan, penggunaan APD, dan pengelolaan benda tajam (tabel 4.2), terlihat bahwa masih ditemukan perawat yang tidak/jarang melakukan beberapa kegiatan dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja. Salah satu kegiatan yang jarang dilakukan oleh perawat RSKO yaitu tidak memasangkan kembali tutup jarum suntik bekas pakai (64,1%).

4.1.1 Perilaku Kebersihan Tangan

Pada kegiatan kebersihan tangan, terlihat bahwa masih **ada 6 (15,4%) perawat yang tidak/jarang mencuci tangan sebelum tindakan (tabel 4.2)**. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan di Rumah Sakit Islam Malang (Arifin dan Solikhah, 2005), dimana hanya 20% perawat yang mencuci tangan sebelum tindakan. Berdasarkan observasi di lapangan, perawat yang tidak/jarang mencuci tangan sebelum tindakan yaitu perawat yang menggunakan sarung tangan saat tindakan. Beberapa perawat berpendapat bahwa hanya dengan menggunakan sarung tangan, walaupun tanpa mencuci tangan terlebih dahulu, sudah cukup untuk mencegah penularan penyakit. Padahal berdasarkan pedoman kewaspadaan universal yang dikeluarkan oleh Dirjen P2MPL (2010), mencuci tangan merupakan kegiatan utama dalam kewaspadaan universal untuk menghindari penularan penyakit baik dari pasien ke tenaga kesehatan maupun dari tenaga kesehatan ke pasien. Selain itu, berdasarkan hasil observasi di lapangan, masih ditemukannya perawat yang tidak/jarang mencuci tangan sebelum tindakan karena terburu-buru sehingga lupa untuk mencuci tangan sebelum tindakan.

4.1.2 Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Untuk kegiatan penggunaan alat pelindung diri (APD), masih ditemukan **2 (5,1%) perawat yang tidak/jarang menggunakan sarung tangan untuk satu kali tindakan (pasien), 17 (43,6%) perawat yang tidak/jarang menggunakan kacamata pelindung (goggles), 2 (5,1%) perawat yang tidak/jarang**

menggunakan baju pelindung (celemek), 6 (15,4%) perawat tidak/jarang menggunakan sepatu boots. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa alat pelindung diri (APD) yang masih jarang digunakan oleh perawat RSKO Jakarta yaitu kacamata pelindung (*goggles*). Perawat RSKO Jakarta masih banyak (43,6%) tidak/jarang menggunakan kacamata pelindung karena rendahnya risiko percikan darah/cairan tubuh lainnya ke mata. Distribusi perawat yang tidak memakai *goggles* sejalan dengan hasil penelitian pada 433 tenaga kesehatan di Nigeria dimana ditemukan sebanyak 56,5% tenaga kesehatan tidak memakai *goggles* (Sadoh et.al, 2006).

Kacamata pelindung (*goggles*) merupakan alat pelindung diri (APD) yang direkomendasikan oleh Kemenkes RI untuk menghindari percikan darah atau cairan tubuh lainnya ke mata saat melakukan tindakan bedah mayor, bedah mulut, maupun persalinan (perinatal). RSKO Jakarta saat ini tidak memberikan pelayanan bedah maupun persalinan sehingga menyebabkan masih banyaknya perawat yang mengaku tidak/jarang menggunakan kacamata pelindung (*goggles*).

4.1.3 Penanganan dan Pengelolaan Benda Tajam

Perilaku perawat RSKO jika dilihat dari kegiatannya dalam penanganan benda tajam di tempat kerja, masih ditemukan **25 (64,1%) perawat RSKO Jakarta yang memasang kembali tutup jarum suntik bekas pakai (tabel 4.3)**. Hasil penelitian ini tidak lebih baik dari penelitian yang pernah dilakukan terhadap bidan di beberapa Puskesmas di Jakarta Timur (Pinem, 2003), dimana terdapat 29,9% bidan yang memasang kembali tutup jarum suntik. Selain itu, hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian pada tenaga kesehatan di Nigeria yang menunjukkan bahwa 1 dari 3 (31,9%) tenaga kesehatan mengaku memasang kembali tutup jarum suntik bekas pakai (Sadoh et.al., 2006) dan penelitian yang dilakukan kepada perawat dan bidan di RS PMI Bogor ditemukan sebanyak 77,8% perawat yang memasang kembali tutup jarum suntik (Sahara, 2011).

Menutup kembali jarum suntik dengan kedua tangan memiliki risiko tinggi mengalami pajanan melalui tusukan. Menurut Dirjen P2MPL (2010), ada 17%

kecelakaan kerja disebabkan oleh luka tusukan sebelum atau selama pemakaian, 70% terjadi sesudah pemakaian dan sebelum pembuangan serta 13% sesudah pembuangan. Hampir 40% kecelakaan ini dapat dicegah dan sebagian besar kecelakaan kerja terjadi akibat penjarangan (pemasangan) kembali jarum suntik setelah pemakaian.

Untuk itu, perlu dianalisis lebih jauh mengenai beberapa kemungkinan yang membuat perawat masih memasang kembali tutup jarum suntik. Perawat memasang kembali tutup jarum suntik bekas pakai dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya yaitu tidak terdapatnya kontainer khusus untuk jarum suntik bekas pakai, kurangnya pengetahuan perawat mengenai bahaya pemasangan kembali tutup jarum suntik ataupun perawat melakukan pemasangan kembali jarum suntik dengan teknik satu tangan (*one hand-recapping*).

Di RSKO Jakarta, tidak terdapatnya kontainer khusus benda tajam bukan menjadi penyebab masih ditemukannya perawat yang memasang kembali tutup jarum suntik. Hal ini terbukti dari pengakuan perawat mengenai ketersediaan kontainer khusus benda tajam (kuesioner no.26), dimana hampir seluruh perawat mengaku tersedia kontainer khusus benda tajam di tempat kerjanya. Selain itu, seluruh perawat (100%) mengaku menyimpan benda tajam bekas pakai pada kontainer khusus (kuesioner no.42).

Menurut peneliti, kemungkinan besar perawat RSKO Jakarta masih memasang kembali tutup jarum suntik yaitu karena rendahnya pengetahuan perawat mengenai bahaya pemasangan kembali tutup jarum suntik. Rendahnya pengetahuan ini dapat disebabkan oleh kurangnya informasi yang diterima oleh perawat. Berdasarkan observasi di lapangan dan telaah buku saku yang dibuat oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSKO Jakarta, tidak ditemukan informasi maupun prosedur mengenai penanganan benda tajam (khususnya jarum suntik) di tempat kerja. Selain itu, banyaknya perawat yang mengaku memasang kembali tutup jarum suntik kemungkinan karena beberapa perawat sudah mengetahui cara memasang kembali tutup jarum suntik dengan teknik satu tangan (*single handed recapping method*).

Untuk kegiatan lainnya, ditemukan **1 (2,6%) perawat yang tidak/jarang membuang benda yang terkontaminasi ke dalam plastik khusus sampah biomedis, 1 (2,6%) perawat tidak/jarang segera membersihkan bagian tubuh yang terkena percikan darah atau cairan tubuh lain, dan masih ditemukan 3 (7,7%) perawat yang mengaku pernah makan/minum di area yang berisiko terkontaminasi.** Menurut peneliti, hal tersebut masih ditemukan di lapangan karena masih minimnya rambu-rambu atau informasi di lapangan.

4.2 Faktor Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar

Perilaku kesehatan seseorang berdasarkan PRECEDE Model dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat (Green et.al, 1980). Sedangkan menurut model perilaku perlindungan diri (DeJoy et.al., 1986 dalam McGovern et.al,2000) suatu perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor individu, faktor terkait pekerjaan dan faktor organisasi. Pada penelitian ini, kepatuhan perawat RSKO Jakarta terhadap kewaspadaan standar dilihat dari berbagai faktor yaitu faktor individu (pengetahuan dan sikap), faktor terkait pekerjaan (hambatan penerapan KU/KS), faktor organisasi (Iklim keselamatan, Ketersediaan sarana dan fasilitas serta informasi dan pelatihan) dan faktor penguat (pengalaman pajanan sebelumnya). Distribusi dan frekuensi keempat faktor tersebut tercantum pada tabel 4.3.

Tabel 4.3
Distribusi Faktor Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar di
RSKO Jakarta tahun 2012

	Variabel	Kategori	Jumlah	%
Faktor Individu	Pengetahuan	• Rendah	16	41
		• Tinggi	23	59
		Total	39	100
	Sikap	• Kurang Baik	15	38.5
		• Baik	24	61.5
		Total	39	100
Faktor Terkait Pekerjaan	Hambatan penerapan KU	• Tinggi	14	35.9
		• Rendah	25	64.1
		Total	39	100
Faktor Organisasi	Iklim Keselamatan	• Kurang Baik	21	53.8
		• Baik	18	46.2
		Total	39	100
	Ketersediaan Sarana dan Fasilitas	• Tidak Lengkap	7	17.9
		• Lengkap	32	82.1
		Total	39	100
Informasi dan Pelatihan	• Kurang Baik	14	35.9	
	• Baik	25	64.1	
	Total	39	100	
Faktor Penguat	Pengalaman Pajanan Sebelumnya	• Risiko Tinggi	12	30.8
		• Risiko Rendah	27	69.2
		Total	39	100

4.2.1 Faktor Individu

4.2.1.1 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi dari perilaku kesehatan seseorang yang mendukung pikiran dan motivasi seseorang untuk berperilaku (Green et.al., 1980). Untuk itu, penelitian ini melakukan analisis terhadap pengetahuan perawat mengenai cara penularan (transmisi) HIV/AIDS pada tenaga kesehatan.

Tabel 4.4
Distribusi Responden Menurut Tingkat Pengetahuan dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Pengetahuan	Kepatuhan				Total		OR (95% CI)	P value
	Tidak patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Rendah	9	56.3	7	43.8	16	100	6.107	0.029
Tinggi	4	17.4	19	82.6	23	100	(1.41 - 26.36)	
Jumlah	13	33.3	26	66.7	39	100		

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar (tabel 4.4), diperoleh bahwa diantara 16 perawat yang memiliki tingkat pengetahuan rendah ada sebanyak 7 (43,8%) perawat yang memiliki perilaku patuh dalam menerapkan kewaspadaan standar/universal. Sedangkan diantara 23 perawat yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi terdapat 19 (82.6%) perawat yang memiliki perilaku patuh dalam menerapkan kewaspadaan standar/universal. Dari hasil penelitian tersebut terlihat bahwa sebagian besar perawat di RSKO Jakarta sudah memiliki pengetahuan yang tinggi mengenai cara penularan HIV/AIDS di tempat kerjanya.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,029$ ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa **terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat tentang cara transmisi HIV/AIDS dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012**. Dan dari hasil analisis

diperoleh pula nilai $OR=6,107$, artinya perawat yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi memiliki peluang 6,1 kali untuk menerapkan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS dibanding perawat yang memiliki tingkat pengetahuan rendah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikeluarkan oleh Green et.al (1980) serta model perlindungan diri di tempat kerja (DeJoy et.al,1986 dalam McGovern et.al, 2000) yang menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan seseorang, dalam hal ini kepatuhan seseorang terhadap penerapan program pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja.

Selain itu, hasil penelitian ini juga mendukung beberapa penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya oleh DeJoy et.al. (2000), dan McGovern et.al. (2000) yang menyimpulkan bahwa pengetahuan tentang transmisi HIV/AIDS memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja. Dari hasil penelitian tersebut diketahui bahwa semakin tinggi pengetahuan perawat mengenai cara transmisi HIV/AIDS di tempat kerja, semakin tinggi tingkat kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar.

Di lain pihak, penelitian yang pernah dilakukan kepada mahasiswa keperawatan di West Coast University justru menunjukkan hasil yang berbeda. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa sekitar 80% mahasiswa keperawatan memiliki pengetahuan yang tinggi mengenai cara transmisi HIV/AIDS tetapi tidak dibarengi dengan keyakinan mahasiswa untuk menerapkan kewaspadaan universal sebagai upaya pencegahan transmisi HIV/AIDS (Earl et.al., 2010).

Jika dilihat pada tabel 4.3, diketahui bahwa masih ada 16 (41%) perawat yang memiliki pengetahuan rendah mengenai cara penularan HIV/AIDS di tempat kerjanya. Persentase perawat yang memiliki pengetahuan rendah cukup banyak yaitu hampir mencapai setengah dari seluruh responden. Oleh karena itu, perlu dilakukan penyegaran kembali, berupa penyebaran informasi melalui media cetak (poster, dan leaflet) ataupun pelatihan, kepada seluruh perawat RSKO Jakarta mengenai cara dan risiko penularan HIV/AIDS di sarana pelayanan kesehatan.

4.2.1.2 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons emosional seseorang terhadap stimulus yang bersifat penilaian atau evaluasi pribadi, dan akhirnya dilanjutkan dengan kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu (Notoatmodjo, 2007). Dalam penelitian ini, dilakukan penilaian terhadap variabel sikap yang sejenis dengan penilaian yang dilakukan oleh DeJoy et.al. (2000) yaitu penilaian sikap perawat terhadap pasien dengan HIV positif.

Tabel 4.5
Distribusi Responden menurut Sikap dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Sikap	Kepatuhan				Total		OR (95% CI)	P value
	Tidak Patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Kurang Baik	8	53.3	7	46.7	15	100	4.343	0.081
Baik	5	20.8	19	79.2	24	100	(1.06 – 17.86)	
Jumlah	13	33.3	26	66.7	39	100		

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 39 orang perawat RSKO Jakarta, ditemukan 24 (61,5%) perawat memiliki sikap yang baik terhadap pasien dengan HIV/AIDS sedangkan 15 (38,5%) perawat lainnya memiliki sikap yang kurang baik terhadap pasien dengan HIV/AIDS (tabel 4.3). Dan diantara 24 perawat yang memiliki sikap baik terhadap pasien dengan HIV/AIDS ada sebanyak 19 (79,2%) perawat yang memiliki perilaku patuh sedangkan 5 (20,8%) perawat memiliki perilaku yang tidak patuh.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Delobelle et.al. (2009), hasil uji statistik antara sikap dengan perilaku perawat RSKO Jakarta menunjukkan nilai $p=0,081$ ($p > 0,05$), maka dapat diartikan bahwa **tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012 (OR=4,34)**. Penelitian

yang dilakukan oleh Delobelle et.al (2009) kepada sejumlah perawat di Afrika menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan pengetahuan tetapi tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan tindakan/perilaku.

Sebaliknya, hasil penelitian ini justru bertolak belakang dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh DeJoy et.al (2000) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan yang positif antara sikap perawat terhadap pasien HIV positif dengan penerapan kewaspadaan standar. Selain itu, jika kita telaah tabel silang antara sikap dengan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS pada perawat RSKO Jakarta (tabel 4.5), terlihat bahwa perawat yang memiliki sikap baik terhadap pasien HIV positif cenderung memiliki tingkat perilaku yang lebih baik dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja.

Hasil analisis hubungan antara sikap dengan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS pada perawat RSKO dikuatkan oleh pendapat Notoatmodjo (2007), yang mengemukakan bahwa suatu sikap belum tentu secara otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Agar suatu sikap terwujud dalam suatu tindakan, diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan seperti ketersediaan sarana dan fasilitas, serta informasi dan pelatihan. Berdasarkan hal tersebut, menurut peneliti, penyebab ketidakmaknaan hubungan antara sikap perawat terhadap pasien HIV positif dengan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS disebabkan oleh masih kurangnya pendidikan dan informasi yang didapatkan oleh perawat RSKO Jakarta.

4.2.2 Faktor Terkait Pekerjaan

4.2.2.1 Hambatan Penerapan Kewaspadaan Standar

Pada penelitian terhadap 39 orang perawat RSKO Jakarta, ditemukan sebanyak 25 (64,1%) perawat yang merasa mendapatkan hambatan yang rendah saat menerapkan kewaspadaan standar sedangkan 14 (35,9%) perawat merasa hambatan yang tinggi dalam penerapan kewaspadaan standar (tabel 4.3). Diantara 25 perawat yang merasa hambatannya rendah terdapat 21 (84%) perawat yang memiliki perilaku patuh sedangkan 4 (16%) perawat memiliki perilaku tidak

patuh. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat di RSKO Jakarta memiliki persepsi hambatan di tempat kerjanya cukup rendah.

Tabel 4.6
Distribusi Responden menurut Tingkat Hambatan Penerapan KS/KU dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Hambatan	Kepatuhan				Total		OR (95% CI)	P value
	Tidak patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	9	64.3	5	35.7	14	100	9.450 (2.048–43.606)	0.004
Rendah	4	16.0	21	84	25	100		
Jumlah	13	33.3	26	66.7	39	100		

Berdasarkan hasil penelitian tersebut masih ditemukan 14 (35,9%) perawat yang merasa hambatan yang cukup tinggi dalam penerapan kewaspadaan standar. Jika dilihat dari keempat pernyataan pada variabel hambatan penerapan kewaspadaan standar, pernyataan yang banyak disetujui oleh responden sebagai hambatan yaitu ketidakcukupan waktu untuk mengikuti semua prosedur pencegahan infeksi (20,5%).

Ketidakcukupan waktu untuk menerapkan kewaspadaan standar sebagai hambatan penerapan kewaspadaan standar konsisten dengan beberapa penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya. Ketidakcukupan waktu dapat menjadi hambatan (*barriers*) bagi penerapan kewaspadaan standar/universal bagi perawat di Cyprus (Efstathiou et.al, 2011). Hal ini biasanya terjadi saat tindakan darurat dimana perawat lebih mementingkan nyawa pasien sehingga sering kali mengabaikan penggunaan alat pelindung diri (Lin et.al., 2008; Efstathiou et.al., 2011).

Berdasarkan hasil uji *chi square*, diperoleh nilai $p=0,004$ ($p < 0,05$), dapat diartikan bahwa **ada hubungan yang signifikan antara hambatan penerapan kewaspadaan standar dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012**. Dari hasil analisis ini pula didapatkan nilai

OR=9,45, artinya perawat yang merasa hambatan yang diterimanya rendah 9,45 lebih patuh dalam menerapkan kewaspadaan standar/universal di tempat kerja.

Pada tabel silang antara hambatan dengan kepatuhan perawat RSKO Jakarta (tabel 4.6) terlihat bahwa perawat yang merasa hambatan yang rendah dalam penerapan kewaspadaan standar/universal cenderung memiliki tingkat perilaku patuh dalam menerapkan pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan standar) di tempat kerja. Hasil uji statistik tersebut sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh DeJoy et.al (2000) dan Kermode et.al (2005), bahwa semakin rendah hambatan yang dirasakan oleh perawat semakin tinggi kepatuhan terhadap kewaspadaan universal.

Oleh karena ada hubungan yang bermakna antara hambatan dengan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja dan masih ditemukannya perawat yang berpendapat tidak cukup waktu untuk menerapkan kewaspadaan standar, maka perlu diberikan pendidikan dan pelatihan manajemen waktu bagi perawat. Dengan manajemen waktu, diharapkan perawat bisa mengatur dan memprioritaskan waktu agar pekerjaannya lebih efektif dan efisien.

4.2.3 Faktor Organisasi

4.2.3.1 Iklim Keselamatan di Tempat Kerja

Iklim keselamatan yaitu persepsi pekerja mengenai keselamatan kerja di lingkungan kerjanya yang turut melatarbelakangi setiap pekerjaan yang dijalannya setiap hari. Persepsi pekerja terhadap iklim keselamatan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu pengambilan keputusan manajemen, nilai dan norma keselamatan organisasi, pelaksanaan keselamatan, kebijakan dan prosedur yang secara bersama-sama berhubungan dengan komitmen organisasi untuk keselamatan (Hanh et.al, 2007).

Tabel 4.7
Distribusi Responden menurut Iklim Keselamatan dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Iklim Keselamatan	Kepatuhan				Total		OR (95% CI)	P <i>value</i>
	Tidak patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Kurang Baik	6	28.6	15	71.4	21	100	0.629	0.733
Baik	7	38.9	11	61.1	18	100	(0.16 – 2.39)	
Jumlah	13	33.3	26	66.7	39	100		

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 39 orang perawat RSKO Jakarta, diperoleh sebanyak 21 (53,8%) perawat yang berpendapat bahwa iklim keselamatan kerja di tempat kerjanya kurang baik sedangkan 18 (46,2%) perawat berpendapat bahwa iklim keselamatan di tempat kerjanya sudah baik. Dari 18 (46,2%) perawat yang merasa iklim keselamatan di tempat kerjanya sudah baik terdapat 11 (61,1%) perawat yang memiliki tingkat perilaku pencegahan infeksi yang baik (patuh). Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa iklim keselamatan kerja di RSKO Jakarta masih dirasakan kurang baik oleh perawat RSKO Jakarta.

Hasil analisis uji statistik menunjukkan nilai $p=0,733$ ($P > 0,05$), maka dapat diartikan bahwa **tidak terdapat hubungan yang signifikan antara iklim keselamatan di tempat kerja dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012 (OR=0.629)**. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh McGovern et.al. (2000) dan DeJoy et.al (2000), yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang positif antara iklim keselamatan kerja dengan kepatuhan terhadap program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan standar/universal).

Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan model determinan perilaku perlindungan diri di tempat kerja (DeJoy et.al, 1986 dalam DeJoy et.al, 2000). Pada model perilaku ini diketahui bahwa iklim keselamatan merupakan faktor organisasi yang turut mempengaruhi perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja. Penelitian lainnya menyebutkan bahwa iklim keselamatan berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan kewaspadaan standar

(Kermode et.al, 2005; Brevidelli&Cianciarullo,2009; DeJoy et.al, 1995 dalam Sahara,2011).

Dari hasil analisis terhadap iklim keselamatan berdasarkan komponen-komponen pernyataan pada kuesioner yang diberikan, terlihat komponen iklim keselamatan yang dirasakan masih kurang oleh perawat RSKO yaitu dukungan dari atasan (supervisor dan manajer). Ada sekitar 56,4% perawat yang kurang setuju dengan pernyataan bahwa pegawai bersama atasan (supervisor, manajer dan pimpinan) memastikan kondisi kerja yang aman dan ada 53,8% perawat menyatakan atasan (supervisor) jarang melakukan koreksi untuk praktik kerja tidak aman.

Persentase tersebut menunjukkan bahwa masih rendahnya komitmen pimpinan pada keselamatan kerja di RSKO Jakarta. Menurut Hahn et.al (2008), iklim keselamatan di lingkungan kerja dipengaruhi oleh enam komponen, salah satunya yaitu dukungan atasan (*top management*) untuk program keselamatan kerja. Untuk itu, perlu dilakukan evaluasi terhadap dukungan dan komitmen atasan untuk keselamatan pekerjaanya.

Dukungan dan komitmen atasan di RSKO Jakarta sudah terlihat dari dibentuknya Tim K3 RSKO. Namun, berdasarkan observasi peneliti, anggota dari Tim K3 RSKO bukan merupakan staf yang ahli dan khusus bekerja di bidang K3, melainkan hanya gabungan dari beberapa staf dari divisi lain. Hal itu mengakibatkan kurangnya perhatian Tim K3 RSKO terhadap program keselamatan di tempat kerja karena mereka lebih mementingkan tugas inti mereka. Oleh karena itu, diperlukan petugas khusus di bidang K3 yang memiliki tugas pokok untuk menjamin keselamatan kerja di RSKO Jakarta.

1.2.3.2 Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Pencegahan Infeksi

Ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan infeksi merupakan salah satu faktor yang memungkinkan seseorang untuk melakukan suatu perilaku tertentu (Green et.al., 1980). Selain itu, menurut DeJoy (1986) dalam DeJoy (2000), perilaku kepatuhan seseorang dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan universal) dipengaruhi faktor organisasi seperti ketersediaan alat pelindung diri. Pada penelitian ini, ketersediaan sarana dan

fasilitas dilihat dari beberapa komponen diantaranya tersedia fasilitas kebersihan tangan, tersedia alat pelindung diri (APD), dan tersedia sarana untuk pengelolaan benda tajam.

Tabel 4.8
Distribusi Responden menurut Ketersediaan Sarana dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Sarana dan Fasilitas	Kepatuhan				Total		OR (95% CI)	P value
	Tidak patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak Lengkap	5	71.4	2	28.6	7	100	7.50 (1.21 – 46.50)	0.030
Lengkap	8	25.0	24	75.0	32	100		
Jumlah	13	33.3	26	66.7	39	100		

Dari hasil penelitian terhadap 39 orang perawat, diperoleh sebanyak 7 (17,9%) perawat yang mengaku sarana dan fasilitas pencegahan infeksi di tempat kerjanya tidak lengkap sedangkan 32 (82,1%) perawat mengaku sarana dan fasilitas pencegahan infeksi di tempat kerjanya sudah lengkap (tabel 4.3). Diantara 32 perawat yang mengaku sarana dan fasilitas di tempat kerjanya sudah lengkap, ada sebanyak 24 (75%) perawat yang memiliki tingkat perilaku patuh dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan standar) di tempat kerja sedangkan 8 (25%) perawat memiliki perilaku yang tidak patuh (tabel 4.8).

Hasil penelitian tersebut terbukti dari hasil observasi peneliti di lapangan, dimana sarana dan fasilitas termasuk alat pelindung diri (APD) sudah tersedia lengkap. Namun, masih ada beberapa APD yang jumlahnya tidak sesuai dengan jumlah pekerja di lapangan seperti *goggles*, gaun pelindung/celemek, dan sepatu boots. Alat pelindung diri (APD) tersebut tidak sesuai jumlahnya dengan jumlah pekerja kemungkinan karena tindakan klinis yang membutuhkan APD (seperti *goggles*, gaun pelindung dan sepatu boots) masih jarang terjadi.

Berdasarkan hasil uji statistik (tabel 4.8) didapatkan nilai $p=0,030$ ($p < 0,05$), dapat diartikan bahwa **ada hubungan yang signifikan antara ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan di tempat kerja dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012**. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=7,50$, artinya perawat yang mengaku sarana dan fasilitas pencegahan infeksi ditempat kerjanya sudah lengkap 7,5 kali lebih baik dalam menerapkan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja. Hasil penelitian ini sesuai dengan PRECEDE Model (Green et.al, 1980) dan Model determinan perilaku perlindungan diri di tempat kerja (DeJoy, 1986 dalam DeJoy et.al, 2000).

Ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan infeksi memiliki hubungan yang bermakna dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012, sejalan dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan. Pada beberapa penelitian disimpulkan bahwa semakin lengkap ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan di tempat kerja maka semakin tinggi kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan standar) di tempat kerja (DeJoy et.al., 2000; Luo et.al, 2010; Pinem, 2001). Selain itu, Efstathiou et.al. (2011) mengungkapkan bahwa sejumlah perawat di Cyprus tidak menerapkan kewaspadaan standar karena tidak tersedianya alat pelindung diri di tempat kerja.

Pada tabel silang yang menggambarkan hubungan antara ketersediaan sarana dan fasilitas dengan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS (tabel 4.8), ada kecenderungan perawat yang melaporkan sarana dan fasilitas di tempat kerjanya lengkap memiliki perilaku patuh. Sedangkan untuk perawat yang melaporkan sarana dan fasilitas di tempat kerjanya tidak lengkap cenderung memiliki perilaku tidak patuh dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja. Untuk mengatasi perilaku tidak patuh pada perawat RSKO Jakarta, maka perlu diperhatikan ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan infeksi di RSKO Jakarta.

4.2.3.3 Informasi dan Pelatihan

Menurut Green et.al (1980), salah satu faktor yang memungkinkan terbentuknya suatu perilaku kesehatan yaitu faktor keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan, dan keterampilan tersebut didapatkan dari informasi maupun pelatihan yang diterimanya. Selain itu, menurut DeJoy et.al (2000) dalam model determinan perilaku kepatuhan terhadap kewaspadaan universal, mengungkapkan bahwa pelatihan atau training merupakan faktor organisasi yang turut mempengaruhi kepatuhan terhadap kewaspadaan universal.

Tabel 4.9
Distribusi Responden menurut Informasi dan Pelatihan yang diterima dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Informasi dan Pelatihan	Kepatuhan				Total		OR (95% CI)	P value
	Tidak patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Kurang Baik	8	57.1	6	42.9	14	100	5.33	0.033
Baik	5	20.0	20	80.0	25	100	(1.26 – 22.56)	
Jumlah	13	33.3	26	66.7	39	100		

Berdasarkan penelitian terhadap 39 orang perawat, ada sebanyak 14 (35,9%) perawat yang mengaku informasi dan pelatihan yang diterimanya di tempat kerja kurang baik sedangkan 25 (64,1%) perawat mengaku informasi dan pelatihan yang diterimanya sudah baik. Dari 25 perawat yang mengaku informasi dan pelatihan yang diterimanya sudah baik, ditemukan sebanyak 20 (80%) perawat yang memiliki perilaku patuh dalam menerapkan kewaspadaan standar. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa sebagian besar perawat merasa pelatihan dan informasi yang diterimanya sudah baik.

Dari uji statistik diperoleh nilai $p=0,033$ ($p < 0,05$), dapat diartikan bahwa **terdapat hubungan yang signifikan antara informasi dan pelatihan yang diterima oleh perawat RSKO Jakarta dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta Tahun 2012 (tabel 4.9)**. Hasil uji

statistik tersebut menunjukkan nilai $OR=5,33$, artinya perawat yang mengaku informasi dan pelatihan yang diterimanya sudah baik 5,33 kali lebih baik dalam menerapkan kewaspadaan standar.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian-penelitian terdahulu, dimana semakin tinggi informasi dan pelatihan yang diterima seorang perawat akan semakin tinggi pula perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja pada perawat (McGovern et.al, 2000; Luo et.al, 2010; dan Pinem, 2003). Selain itu, penelitian ini juga sesuai dengan teori perilaku kesehatan (Green et.al, 1980) dan model perilaku kepatuhan terhadap kewaspadaan standar (DeJoy et.al, 1986 dalam McGovern et.al, 2000).

Jika variabel informasi dan pelatihan dilihat dari masing-masing komponen yang menjadi objek penelitian, didapatkan 28 (71,8%) perawat pernah mendapatkan informasi mengenai cara transmisi HIV/AIDS, 20 (51,3%) perawat pernah mendapatkan pelatihan tentang kewaspadaan standar/universal, 18 (46,2%) perawat pernah mendapatkan pelatihan penggunaan APD dan 21 (53,8%) perawat pernah mendapatkan informasi mengenai prosedur pelaporan pajanan/kecelakaan kerja.

Dari keempat komponen tersebut, terlihat bahwa hanya ada 46,2% perawat yang mengaku pernah mendapatkan pelatihan penggunaan APD. Menurut peneliti, hal tersebut kemungkinan terjadi karena sudah tersedia prosedur yang tertuang dalam buku saku dan poster yang secara jelas menerangkan cara penggunaan APD sehingga pihak rumah sakit tidak memberikan pelatihan khusus tentang penggunaan APD kepada seluruh perawat tetapi kepada beberapa orang perawat saja yang nantinya menjadi trainer bagi perawat yang lain.

Pada kenyataannya di lapangan, pelatihan tentang alat pelindung diri (APD) justru menjadi faktor penting terwujudnya perilaku penerapan kewaspadaan universal pada perawat (McGovern et.al, 2000). Untuk itu, perlu dipastikan bahwa semua perawat mendapatkan informasi dan pelatihan tentang penggunaan alat pelindung diri (APD) yang baik dan benar.

4.2.4 Faktor Penguat

4.2.4.1 Pengalaman Pajanan Sebelumnya

Pengalaman terhadap pajanan sebelumnya merupakan faktor penguat (*reinforcing factor*) bagi perilaku kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar (DeJoy et.al, 2000). Menurut Green et.al (1980), faktor penguat (*reinforcing factors*) yaitu faktor perilaku berupa penghargaan (*reward*), atau hukuman atas suatu perilaku yang mempengaruhi bertahannya atau hilangnya perilaku kesehatan seseorang.

Pada penelitian ini, pengalaman perawat terhadap pajanan sebelumnya dikelompokkan menjadi risiko tinggi dan risiko rendah. Perawat dikelompokkan memiliki risiko tinggi terkait pajanan sebelumnya jika perawat mengaku pernah mengalami minimal 1 kali pajanan dalam satu tahun terakhir sedangkan perawat yang memiliki risiko rendah yaitu perawat yang tidak memiliki pengalaman pajanan sama sekali dalam satu tahun terakhir.

Tabel 4.10

Distribusi Responden menurut Pengalaman Pajanan Sebelumnya dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Pajanan Sebelumnya	Kepatuhan				Total		OR (95% CI)	P value
	Tidak patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Risiko tinggi	7	58.3	5	41.7	12	100	4.900 (1.13– 21.16)	0.062
Risiko rendah	6	22.2	21	77.8	27	100		
Jumlah	13	33.3	26	66.7	39	100		

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 39 orang perawat RSKO Jakarta (tabel 4.10), terdapat sebanyak 27 (69,2%) perawat yang memiliki risiko rendah terkait pengalaman pajanan sebelumnya sedangkan 12 (30,8%) perawat memiliki risiko tinggi terkait pengalaman pajanan sebelumnya. Dan diantara 12 perawat yang memiliki risiko tinggi terdapat sebanyak 5 (41,7%) perawat yang berperilaku

patuh sedangkan 7 (58,3%) perawat memiliki perilaku tidak patuh dalam menerapkan perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS di tempat kerja.

Hasil analisis uji statistik (tabel 4.10) menunjukkan nilai $p=0,062$ ($p > 0,05$), artinya **tidak ada hubungan yang signifikan antara risiko pengalaman pajanan sebelumnya dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012 (OR=4,9)**. Hasil analisis ini berbeda jika dilihat dari salah satu jenis pajanan yang pernah dialami yaitu tertusuk jarum suntik.

Tabel 4.11

Distribusi Responden Menurut Jumlah Kasus Tertusuk Jarum Suntik dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012

Tertusuk Jarum Suntik	Kepatuhan				Total		OR (95% CI)	P value
	Tidak patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Ya	5	83.3	1	16.7	6	100	15.625 (1.582 -154.27)	0.011
Tidak	8	24.2	25	75.8	33	100		
Jumlah	13	33.3	26	66.7	39	100		

Dari 39 orang perawat ditemukan 6 orang perawat yang melaporkan pernah tertusuk jarum suntik selama satu tahun terakhir. Dan diantara 6 orang perawat yang pernah tertusuk jarum suntik ada sebanyak 5 (83,3%) perawat yang memiliki perilaku tidak patuh dalam menerapkan kewaspadaan standar di tempat kerja (tabel 4.11).

Untuk pajanan terhadap jarum suntik (tabel 4.11), diketahui bahwa **ada hubungan yang signifikan antara pengalaman tertusuk jarum suntik dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta tahun 2012 ($p=0,011$ dan $OR=15,625$)**. Dari hasil tersebut diketahui bahwa perawat yang memiliki perilaku tidak patuh 15,6 kali lebih berisiko mengalami pajanan melalui tusukan jarum suntik. Terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku dengan pengalaman tertusuk jarum suntik kemungkinan besar karena masih banyak

perawat yang memasangkan kembali tutup jarum suntik. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Dirjen P2MPL (2010), dimana ditemukan sekitar 40% kasus pajanan melalui tusukan jarum suntik terjadi saat penyarungan kembali tutup jarum suntik.

Hubungan yang signifikan antara pengalaman tertusuk jarum suntik dengan kepatuhan perawat RSKO Jakarta terhadap kewaspadaan standar sejalan dengan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh McGovern et.al (2000), DeJoy et.al (2000), dan Luo et.al (2010). Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa semakin tinggi kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar, semakin sedikit pengalaman pajanan yang diterimanya di tempat kerja.

4.3 Sintesa

Berdasarkan kerangka konsep penelitian terhadap kepatuhan perawat RSKO Jakarta terhadap kewaspadaan standar, didapatkan beberapa faktor yang berhubungan. Faktor yang memiliki hubungan signifikan dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar yaitu 1) pengetahuan perawat tentang transmisi HIV/AIDS, 2) hambatan penerapan kewaspadaan standar, 3) Ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan, 4) Informasi dan pelatihan. Untuk variabel pengalaman pajanan sebelumnya, hanya 5) pengalaman tertusuk jarum suntik yang berhubungan dengan kepatuhan perawat RSKO Jakarta terhadap kewaspadaan standar.

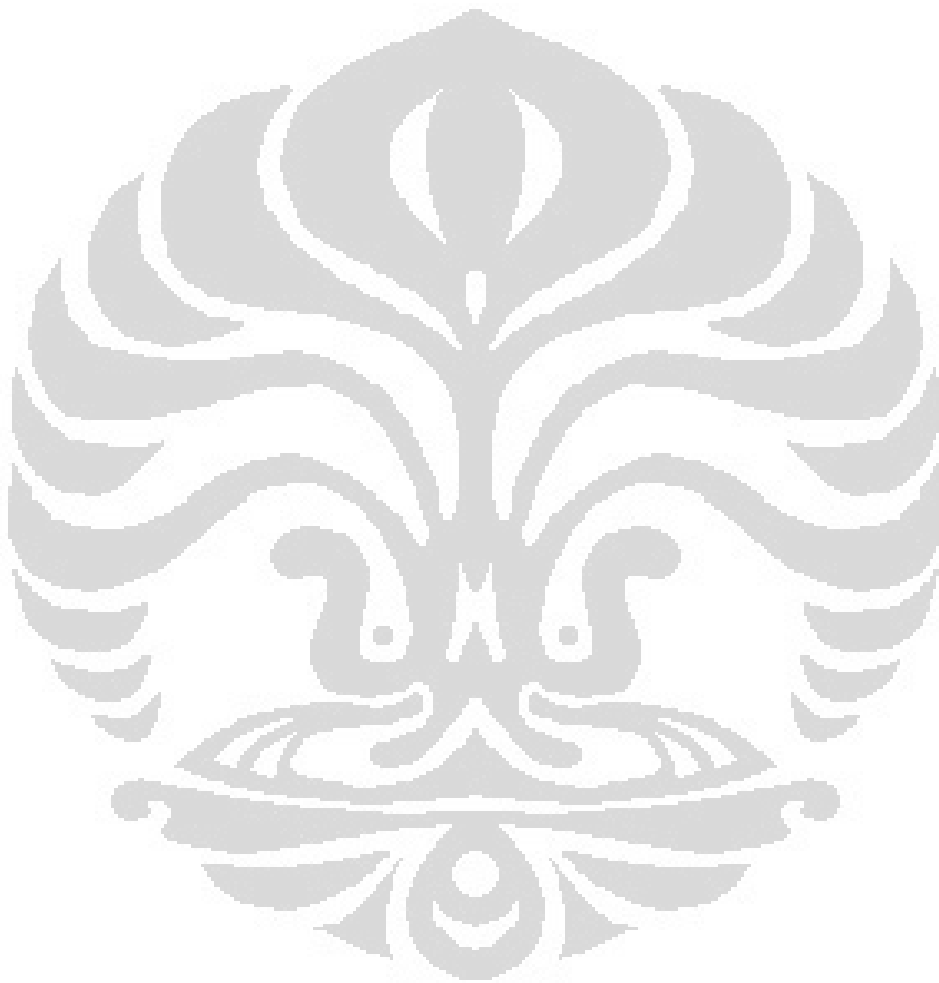
4.4 Keterbatasan Penelitian

Selama melaksanakan penelitian, ada beberapa hal yang menjadi keterbatasan penelitian diantaranya, yaitu:

- a. Tidak semua responden diberikan pendampingan saat mengisi kuesioner (khususnya untuk *shift* malam), sehingga ada kemungkinan responden kurang serius saat mengisi kuesioner.
- b. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian potong lintang (*cross sectional*), yaitu pengukuran terhadap variabel independen dan variabel

dependen (kepatuhan) dilakukan pada saat yang bersamaan sehingga hasil penelitian ini tidak dapat diartikan sebagai suatu hubungan sebab akibat.

- c. Penelitian dilakukan dengan menyebarkan kuesioner (*self administered questionnaire*) kepada responden sehingga hasil penelitian bersifat subjektif, tergantung pada kejujuran reponden saat mengisi kuesioner.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai faktor perilaku pencegahan infeksi HIV/AIDS pada perawat di RSKO Jakarta, maka dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

- a. Dari hasil penelitian terhadap 39 orang perawat RSKO Jakarta, diketahui ada 26 (66,7%) perawat RSKO Jakarta memiliki perilaku patuh dalam menerapkan program pencegahan infeksi HIV/AIDS (kewaspadaan standar) di tempat kerja.
- b. Faktor individu yang berhubungan secara signifikan dengan kepatuhan perawat yaitu pengetahuan, sedangkan faktor sikap perawat tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta.
- c. Faktor terkait pekerjaan yaitu hambatan penerapan kewaspadaan universal/standar, memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta.
- d. Faktor organisasi yang berhubungan langsung dengan perilaku perawat yaitu ketersediaan sarana dan fasilitas, serta informasi dan pelatihan. Sedangkan faktor organisasi seperti iklim keselamatan kerja tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta.
- e. Faktor penguat (pengalaman pajanan sebelumnya), jika dikategorikan berdasarkan tingkatan risikonya, tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan perawat RSKO Jakarta. Namun, untuk pengalaman tertusuk jarum suntik terdapat hubungan yang signifikan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta.

5.2 Saran

Mengingat perawat memiliki risiko yang tinggi untuk terinfeksi HIV/AIDS, maka diperlukan suatu upaya atau program untuk mengurangi risiko tersebut. Dari hasil analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan standar di RSKO Jakarta, penulis memberikan beberapa saran untuk melindungi perawat RSKO Jakarta dari risiko terinfeksi HIV/AIDS di tempat kerja. Saran yang diberikan antara lain:

- a. Mensosialisasikan kebijakan dan standar operasional prosedur (SOP) yang sudah disusun kepada semua pekerja
- b. Menempelkan prosedur/tata laksana pajanan di tempat kerja serta prosedur pelaporannya.
- c. Memasang informasi dan SOP mengenai cara penanganan jarum suntik dan benda tajam.
- d. Memastikan seluruh petugas menerima dan mengerti isi dari buku saku yang dibuat oleh Komite PPI.
- e. Prosedur penggunaan APD sebaiknya dipisah berdasarkan jenis APDnya *step by step*.
- f. Memberikan pelatihan mengenai kewaspadaan standar dan penggunaan APD secara berkala, serta memastikan semua pekerja memahami informasi yang didapatkan dari pelatihan tersebut dengan cara melakukan *pre-test* dan *post-test*.
- g. Memastikan sarana dan alat pelindung diri (APD) yang ada masih layak dan cukup untuk digunakan, dengan cara melakukan inspeksi dan pengecekan rutin.
- h. Tim K3 RSKO bersama-sama dengan Komite PPI dan perwakilan dari tiap unit kerja melakukan inspeksi rutin dan inspeksi mendadak untuk mengevaluasi perilaku tidak aman perawat di lapangan dan ikuti dengan sistem *reward and reward* untuk tiap unit.
- i. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk semua tenaga kesehatan di RSKO Jakarta.

DAFTAR REFERENSI

- Albery, Iann P. and Marcus Munafo 2008, *Key Concept in Health Psychology*, SAGE Publication, London.
- Arifin A. dan Hidayad Heny Solikhah 2005, “Pelaksanaan *Universal Precautions* oleh Perawat dan Pekarya Kesehatan (Studi Kasus di Rumah Sakit Islam Malang Unisma)”, Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, Vol.8 No.1 Juni 2005: 29-39, diunduh dari www.isjd.pdii.lipi.com [24 Maret 2012]
- Australasian Society for HIV Medicine (ASHM) 2001, *HIV/Viral Hepatitis: a guide for primary care*, National Capital Printing, Canberra.
- Centers for Disease Control and Prevention 2007, *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*, <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf> [8 Juni 2012]
- Centers for Disease Control and Prevention 2005, *Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for Postexposure Prophylaxis*, MMWR September 30, 2005 / Vol. 54 / No. RR-9, diunduh dari www.cdc.gov. [13 Maret 2012]
- Centers for Disease Control and Prevention 2000, *World Health Chartbook 2000: Nonfatal Illness*, National Institute of Occupational Safety and Health, diunduh dari www.cdc.gov [16 April 2012]
- Centers for Disease Control and Prevention 2011, “Occupational HIV Transmission and Prevention among Health Care Workers”, diunduh dari <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/PDF/hcw.pdf> [8 Juni 2011]
- DeJoy, David M, Lawrence R. Murphy, and Robyn M. Gershon 1995, “The influence of employee, job/task, and organizational factors on adherence to universal precautions among nurses”, *International journal of industrial*

- ergonomics16 (1995) 43-55, diunduh dari www.sciencedirect.com [16 April 2012]
- DeJoy, David M 1996, “Theoretical Models of Health Behavior and Workplace Self-protective behavior”, *Journal of Safety Research* vol. 27, No.2, pp 61-72, diunduh dari www.sciencedirect.com [16 April 2012]
- DeJoy, David M., Gershon, Robyn R. M., Lawrence R. Murphy, and Cynthia A. Searcy 2000, “Behavioral-Diagnostic Analysis of Compliance With Universal Precautions Among Nurse”, *Journal of Occupational Health Psychology* 2000, No.1.5, 127-141, diunduh dari www.proquest.com [23 Maret 2012]
- Delobelle P., Rawlinson J.J.L., Ntuli S., Malatsi I., Decock R & Depoorter A.M. 2009, “HIV/AIDS knowledge, attitudes, practices and perceptions of rural nurses in South Africa”, *Journal of Advanced Nursing* 65(5), 1061–1073, diunduh dari www.proquest.com [9 Maret 2012]
- Departemen Kesehatan RI 2006, *Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan 2010, *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan 2003, *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan Bagi ODHA*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemenkes RI 2011, *Laporan Kasus HIV-AIDS di Indonesia Triwulan III tahun 2011*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Earl, Catherine E. 2010, “Thai Nursing Students’ Knowledge and Health Beliefs About AIDS and the Use of Universal Precautions”, *American Association of Occupational Health Nurse Journal*, Vol.58, No.8, diunduh dari www.sciencedirect.com [4 April 2012]

- Efstathiou, Georgios, Papastavrou, Evridiki, Raftopoulos, Vasilio, and Merkouris, Anastasios 2011, "Factors influencing nurses' compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study", *BMC Nursing* (2011) 10:1, diunduh dari www.biomedcentral.com [8 Juni 2012]
- Feyer, Anne-Marie and Ann Williamson (ed.) 1998, *Occupational Injury: Risk, Prevention, and Intervention*, Taylor and Francis, UK.
- Green, Lawrence W., Marshall W. Kreuter, Sigrid G. Deeds, and Kay S. Partridge 1980. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*, Mayfield Publishing Company, USA.
- Hahn, Susan E. dan Lawrence R. Murphy 2008, "A short scale for measuring safety climate", *Safety science* 46 (2008) 1047-1066, diunduh dari www.sciencedirect.com [16 April 2012]
- Hastono, Priyo Sutanto 2007, *Modul Analisis Data Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- International Labour Organization 2002, *HIV/AIDS and the world of work, ILO code of practice*, International Labour Office, Geneva.
- Kermode, Michelle et.al 2005, "Compliance with Universal/Standard Precautions among Health Care Workers in Rural North India", *AIIC*, 33 (1): 27-33.
- LabSPACE, 2012. diunduh dari <http://labSPACE.open.ac.uk/mod/oucontent/>. [5 Mei 2012]
- Lam, S.C 2011, "Universal to standard precautions in disease prevention: Preliminary development of compliance scale for clinical nursing", *International Journal of Nursing Studies* 48 (2011) 1533–1539, diunduh dari www.sciencedirect.com [8 Juni 2012]
- Levy, Barry S. & Wegman, David H. (ed.) 2000, *'Infectious Agents' in Occupational Health: recognizing and preventing work-related disease and injury*, edisi ke-4, USA, hal. 399-403.

- Lin, Chunqing, Li Li, Wu, Zunyou, & Wu, Sheng 2008. "Occupational Exposure to HIV Among Health Care Providers: A qualitative study in Yunnan, China", *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (JIAPAC 2008 7: 35)*, diunduh dari jia.sagepub.com. [21 Februari 2012].
- Luo, Yang, He, Guo-Ping, Zhou, Jijan-Wei, and Luo, Ying 2010, "Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China", *International Journal of Infectious Diseases* 14 (2010) e1106–e1114, diunduh dari www.sciencedirect.com [8 Juni 2012]
- Mandal, B.K, Wilkins, E.G.L, Dunbar, E.M., & Mayon-White, R.T. 2004, *Lecture Notes: Penyakit Infeksi*, edisi ke-6, Terj. Juwalita Surapsari, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- McGovern, Patricia M., Donald Vesley, Laura Kochevar, Robyn R.M. Gershin, Frank S. Shame, Elizabeth Anderson 2000, *Factors Affecting Universal Precautions Compliance*, *Journal of Business and Psychology* Vol.15 No. 1, Fall 2000, diunduh dari www.proquest.com [3 April 2012]
- Ngatu, N.R., Philips, E.K., Wembonyama, O.S., Hirota, R., Kaunge, N.J., Mbutsu, L.H., Perry, Jane, Yoshikawa, Toru, Jagger, Janine, and Suganuma, Narufumi 2012, "Practice of universal precautions and risk of occupational blood-borne viral infection among Congolese health care workers", *American Journal of Infection Control* 40 (2012) 68-70, diunduh dari www.sciencedirect.com [8 Juni 2012]
- Notoatmodjo, Soekidjo 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam dan Ninuk Dian Kurniawati 2010, *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi*, edisi pertama, Salemba Medika, Jakarta.

- Pinem, Saroha 2003, *Penerapan Kewaspadaan Universal oleh Bidan dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Puskesmas Kecamatan Wilayah Jakarta Timur Tahun 2003*, Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Sadoh, Wilson E., Fawole, Adeniran, Sadoh, Ayebo E., Oladimeji, Ayo O., Sotiloye, Oladapo S. 2006, "Practice of Universal Precautions among Healthcare Workers", *Journal of the National Medical Association*", Vol.98 No.5, May 2006, diunduh dari www.proquest.com [16 April 2012]
- Sahara, Ayu 2011, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dan Bidan dalam Penerapan Kewaspadaan Universal /Kewaspadaan Standar di Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2011*, Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Soewandono, 2011. diunduh dari <http://blogsoewandono.blogspot.com/> [5 Mei 2012]
- Sulastrri 2001, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kepatuhan Petugas Kamar Bedah dalam Menerapkan Kewaspadaan Universal di Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Tahun 2001*, Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- World Health Organization 2002, *The World Health Report 2002-Reducing Risks, promoting healthy life*, diunduh dari www.who.int/whr/2002/en/index.html [16 April 2012]



KUESIONER PENELITIAN

“Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta Tahun 2012”

Dengan Hormat,

Saya **Citra Yuliana**, mahasiswa Program Sarjana Reguler peminatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sedang menyelesaikan tugas akhir skripsi dengan melakukan penelitian mengenai “Kepatuhan Perawat terhadap Kewaspadaan Standar di RSKO Jakarta Tahun 2012”

Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan Saudara untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian saya. Saya sangat mengharapkan kerjasama Saudara untuk mengisi kuesioner ini dengan sejujur-jujurnya. Jawaban yang Saudara berikan akan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja Saudara.

Atas partisipasi dan kerjasama Saudara, saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Citra Yuliana

Setiap jawaban dari kuesioner ini hanya untuk keperluan penelitian dan tidak akan mempengaruhi penilaian terhadap kinerja Saudara/i. Untuk itu, mohon kiranya untuk mengisi kuesioner ini dengan lengkap dan sejujur-jujurnya.

Petunjuk Pengisian :

Mohon dijawab sesuai dengan pendapat Saudara, dengan cara mengisi jawaban pada titik-titik dan memberi tanda silang (X) pada kotak jawaban yang tersedia.

- A. Nama (inisial) :
- B. Umur Responden : tahun
- C. Jenis Kelamin : Laki-laki
 Perempuan
- D. Pendidikan terakhir : SPK/SLTA S1
 Diploma S2
- E. Masa kerja : tahun
- F. Unit kerja :

Pengetahuan

Keterangan : SS: sangat setuju ST: setuju RG: ragu-ragu
 TS: tidak setuju STS: sangat tidak setuju

No	Pernyataan	STS	TS	RG	ST	SS
Seorang tenaga kesehatan berisiko terinfeksi HIV/AIDS jika :						
1	Menyentuh/menekan bagian tubuh pasien yang mengalami perdarahan/luka tanpa menggunakan sarung tangan	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2	Terluka/tergores benda tajam yang terkontaminasi darah/cairan tubuh pasien	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3	Mengambil sampel darah dan memasang infus pada pasien yang terinfeksi tanpa	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

	menggunakan sarung tangan					
4	Membran mukosa (mulut, hidung dan mata) terkena percikan darah/cairan tubuh pasien	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5	Membersihkan dan membalut luka pasien tanpa menggunakan sarung tangan	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Sikap

Keterangan : SS: sangat setuju

ST: setuju

RG: ragu-ragu

TS: tidak setuju

STS: sangat tidak setuju

No	Pernyataan	STS	TS	RG	ST	SS
6	Sebagai perawat, saya memiliki kemungkinan untuk melayani dan kontak dengan pasien HIV positif	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7	Saya menyadari kemungkinan status HIV pada setiap pasien yang saya tangani	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8	Saya khawatir tertular HIV dari pasien yang saya tangani	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9	Saya lebih berhati-hati pada saat memberikan pertolongan pada penderita yang terluka atau berpotensi mengeluarkan darah/cairan tubuh (seperti cairan vagina, cairan kelamin)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10	Dalam memberikan pelayanan, saya menghargai pasien dengan HIV/AIDS sama halnya dengan pasien lain.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11	Status HIV pada seorang pasien merupakan sesuatu yang harus dirahasiakan.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Lanjutan.....

Hambatan Penerapan Kewaspadaan Standar

Keterangan : SS: sangat setuju

ST: setuju

RG: ragu-ragu

TS: tidak setuju

STS: sangat tidak setuju

No	Pernyataan	STS	TS	RG	ST	SS
12	Saya tidak mempunyai waktu yang cukup untuk mengikuti prosedur pencegahan dan penanggulangan infeksi saat melakukan tindakan terhadap pasien	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13	Bekerja dengan memperhatikan keselamatan diri/menerapkan kewaspadaan standar membuat pekerjaan terasa lebih berat	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14	Saya tidak bisa selalu menerapkan Kewaspadaan Standar karena kewajiban untuk melayani pasien lebih diutamakan	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15	Tuntutan pekerjaan terkadang membuat saya tidak mempunyai waktu untuk memakai alat pelindung diri (APD)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Iklm Keselamatan (*safety climate*)

Keterangan : SS: sangat setuju

ST: setuju

RG: ragu-ragu

TS: tidak setuju

STS: sangat tidak setuju

No	Pernyataan	STS	TS	RG	ST	SS
16	Di rumah sakit ini, pegawai, supervisor, dan manajer bekerja bersama-sama untuk memastikan kondisi kerja yang aman	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17	Di rumah sakit ini, pimpinan ikut serta dalam kegiatan penerapan pencegahan dan penanggulangan infeksi HIV	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
18	Perlindungan dan keselamatan pekerja dari paparan HIV merupakan salah satu prioritas	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

	utama bagi manajemen di rumah sakit ini					
19	Rumah Sakit ini sudah memiliki Komite/Panitia Keselamatan dan Kesehatan Kerja	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
20	Supervisor melakukan koreksi jika ada karyawan yang melakukan praktik kerja tidak aman	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
21	Karyawan akan ditegur/diberi sanksi jika tidak mematuhi Kewaspadaan Universal atau melakukan praktik kerja tidak aman	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
22	Di tempat saya bekerja, rekan kerja akan melakukan koreksi dan mengingatkan jika ada teman kerjanya yang melakukan praktik kerja tidak aman	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Ketersediaan sarana dan fasilitas pencegahan infeksi

No	Pernyataan	Ya	Tidak
23	Di unit kerja saya, tersedia semua kebutuhan dan peralatan yang diperlukan untuk melindungi saya bekerja		
24	Di tempat kerja saya, tersedia sarana cuci tangan, seperti :		
	- Air mengalir (keran)		
	- Sabun cuci tangan/cairan desinfektan		
	- Lap kering dan bersih atau tisu sekali pakai		
25	Di unit kerja saya, tersedia semua alat pelindung diri (APD) yang disesuaikan dengan kegiatan kerja yang saya lakukan		
26	Saat melakukan tindakan dengan menggunakan jarum suntik/alat tajam, tersedia kontainer khusus untuk jarum suntik/alat tajam		

Informasi dan Pelatihan (*training*)

Lanjutan.....

Keterangan : SL: selalu
Kadang-kadang

SR: sering

KD:

HT: hampir tidak pernah

TP: tidak pernah

No	Pernyataan	TP	HT	KD	SR	SL
Selama bekerja disini, apakah Saudara pernah mendapatkan informasi atau pelatihan mengenai:						
27	Cara penularan (transmisi) HIV/AIDS di tempat kerja dan cara pencegahannya	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
28	Pelatihan tentang prosedur Kewaspadaan Universal/Kewaspadaan Standar	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
29	Pelatihan tentang penggunaan alat pelindung diri (APD) seperti masker, gaun pelindung, sarung tangan,dll.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
30	Prosedur pelaporan pajanan/kecelakaan kerja terkait HIV/AIDS di tempat kerja	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Perilaku KepatuhanKeteranga : SL: selalu
Kadang-kadang

SR: sering

KD:

HT: hampir tidak pernah

TP: tidak pernah

No	Pernyataan	TP	HT	KD	SR	SL
31	Saya mencuci tangan sebelum melakukan prosedur tindakan	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
32	Saya mencuci tangan setelah melakukan tindakan	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
33	Saya mencuci tangan setelah melepaskan sarung tangan	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
34	Saya mencuci tangan dengan menggunakan sabun/cairan desinfektan di air mengalir (keran)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
35	Saya menggunakan sarung tangan sekali pakai	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

	untuk setiap satu kali tindakan (satu pasien)					
36	Saya menggunakan masker ketika ada kemungkinan percikan darah/cairan tubuh ke membran mukosa (hidung dan mulut)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
37	Saya menggunakan kacamata pelindung (<i>googles</i>) ketika di unit kerja saya ada kemungkinan percikan darah/cairan tubuh ke membran mukosa (mata)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
38	Saya menggunakan baju pelindung/celemek ketika ada kemungkinan kontaminasi darah/cairan tubuh ke pakaian dan kulit saya	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
39	Saya menggunakan sepatu boots ketika ada kemungkinan tumpahan darah atau cairan tubuh pasien	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
40	Saya lebih berhati-hati saat menggunakan benda tajam di tempat kerja	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
41	Saya tidak memasang kembali tutup jarum suntik	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
42	Saya menyimpan benda tajam yang sudah dipergunakan pada kontainer khusus benda tajam	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
43	Saya membuang semua benda yang terkontaminasi darah/cairan ke dalam plastik khusus sampah infeksius	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
44	Saya segera membersihkan bagian tubuh saya yang terkena percikan darah dan cairan tubuh lainnya dengan menggunakan desinfektan pada air mengalir	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
45	Saya tidak makan dan minum pada area yang memiliki risiko terkontaminasi oleh darah/cairan tubuh pasien	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Lanjutan.....

Pajanan


No	Pernyataan	Ya	Tidak
Selama satu tahun terakhir, apakah Saudara pernah mengalami:			
46	Tertusuk jarum suntik		
47	Kontak langsung kulit dengan luka terbuka pada pasien		
48	Terkena cipratan/percikan darah pada selaput mukosa :		
	- Mata		
	- Hidung		
	- Mulut		
49	Tergores benda tajam yang terkontaminasi darah/cairan tubuh lainnya		

☺ *Terima Kasih atas Kerjasamanya* ☺



Checklist Ketersediaan Sarana,Fasilitas dan Informasi**Unit:**

No	Sarana	Ada	Tidak	Keterangan
1	Sarana cuci tangan :			
	- Air mengalir (keran)			
	- Sabun cuci tangan/cairan desinfektan			
	- Lap kering atau tisu sekali pakai			
2	Sarung tangan sekali pakai			
3	Masker			
4	Sepatu Boots			
5	Baju pelindung/celemek			
6	Pelindung mata (<i>googles</i>)			
7	Kontainer khusus untuk jarum suntik dan benda tajam			
8	Tempat sampah khusus sampah biomedis (infeksius)			
9	SOP cuci tangan			
10	SOP penggunaan sarung tangan			
11	SOP penggunaan masker			
12	SOP penanganan jarum suntik			
13	Informasi (poster,gambar,dll) dan rambu-rambu keselamatan di tempat kerja			



Lampiran 3. SOP penggunaan APD

 RSKO JAKARTA	LANGKAH - LANGKAH PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)		
	No. Dokumen: 37.05.-2011	No. Revisi: -	Halaman: 1/1
STANDART PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 5 Januari 2011	Ditetapkan Direktur : Rumah Sakit Ketergantungan Obat  Diah Setia Ufami, Sp.KJ, MARS NIP. 195808261985032002	
Pengertian	Adalah seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh/sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya/kecelakaan kerja.		
Tujuan	Melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh , sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien.		
Kebijakan	Tindakan melakukan pemakaian Alat Pelindung Diri untuk semua karyawan yang kontak langsung dengan pasien yang beresiko terjadinya Infeksi		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan kebersihan tangan terlebih dahulu 2. Petugas memakai sepatu boot 3. Petugas memasang masker bedah 4. Petugas memasang tutup kepala 5. Petugas memasang apron atau gaun pelindung 6. Petugas melakukan kebersihan tangan 7. Petugas memasang sarung tangan pertama 8. Petugas memasang pelindung mata 9. Petugas memasang sarung tangan kedua 		
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Gawat Darurat 4. Laboratorium 5. Radiologi 6. IPSRS 7. Instalasi Gizi 8. Rumah Tangga 9. Cleaning Service 		


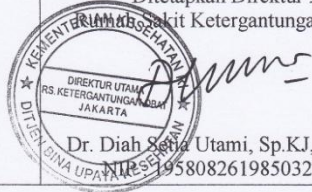
Lampiran 4. SOP melepaskan APD


 RSKO JAKARTA	LANGKAH - LANGKAH MELEPASKAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)		
	No. Dokumen: 18.05.-.2011	No. Revisi: -	Halaman: 1/1
STANDART PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 5 Januari 2011	Ditandatangani Direktur : Diah Setia Utami, Sp.KJ, MARS NIP - 195808261985032002 	
Pengertian	Adalah seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh/sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya/kecelakaan kerja.		
Tujuan	Melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh , sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien.		
Kebijakan	Tindakan melakukan pemakaian Alat Pelindung Diri untuk semua karyawan yang kontak langsung dengan pasien yang beresiko terjadinya Infeksi		
Prosedur	1. Melakukan desinfeksi sarung tangan bagian luar 2. Melakukan desinfeksi sepatu boot 3. Melepaskan sarung tangan bagian luar 4. Melepaskan apron atau gaun pelindung 5. Melepaskan pelindung mata 6. Melepaskan tutup kepala 7. Melepaskan masker 8. Melepaskan sepatu boot 9. Melepaskan sarung tangan bagian dalam 10. Melakukan kebersihan tangan		
Unit Terkait	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Gawat Darurat 4. Laboratorium 5. Radiologi 6. IPSRS 7. Instalasi Gizi 8. Rumah Tangga 9. Cleaning Service		

 RSKO JAKARTA	CARA MELAKUKAN KEBERSIHAN TANGAN DENGAN HANDRUB BERBASIS ALKOHOL		
	No. Dokumen: 98.05.-.2011	No. Revisi: -	Halaman: 1/1
STANDART PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 5 Januari 2011	Ditetapkan Direktur : Rumah Sakit Kertgantungan Obat  Dr. Dian Setia Utami, Sp.KJ, MARS NIP : 195808261985032002	
Pengertian	Kebersihan tangan suatu prosedur tindakan membersihkan tangan dengan menggunakan sabun/antiseptik dibawah air mengalir atau dengan menggunakan handrub berbasis alkohol		
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melakukan kebersihan tangan		
Kebijakan	Tindakan kebersihan tangan dilakukan oleh semua karyawan di Rumah Sakit		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tuangkan 2 cc hand rub berbasis alkohol ke telapak tangan 2. Ratakan diseluruh permukaan telapak tangan 3. Telapak tangan kanan di atas punggung telapak tangan kiri dengan jari-jari saling menjalin dan sebaliknya 4. Telapak tangan kanan dan telapak tangan kiri dengan jari-jari saling menjalin 5. Punggung jari-jari pada telapak tangan berlawann dengan jari-jari saling mengunci 6. Gosok memutar denga ibu jari mengunci pada telapak kanan den sebaliknya 7. Gosok memutar ke arah belakang dan kearah depan dengan jari-jari tangan kanan mengunci pada telapak kanan dan sebaliknya 8. Tangan anda sudah aman sekarang 		
Unit Terkait	Seluruh karyawan		


 RSKO JAKARTA	CARA MELAKUKAN KEBERSIHAN TANGAN DENGAN SABUN DAN AIR ATAU HAND WASH		
	No. Dokumen: 97.05.-.2011	No. Revisi:	Halaman: 1/1
STANDART PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 5 Januari 2011	Disahkan Direktur : Rumah Sakit Kertgantungan Obat  Diah Setiawati, Sp.KJ, MARS NIP. 808261985032002	
	Pengertian	Kebersihan tangan suatu prosedur tindakan membersihkan tangan dengan menggunakan sabun/antiseptik dibawah air mengalir atau dengan menggunakan handrub berbasis alcohol	
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melakukan kebersihan tangan		
Kebijakan	Tindakan kebersihan tangan di lakukan oleh semua karyawan di Rumah Sakit		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Basahi tanga dengan air 2. Tuangkan sabun secukupnya untuk menyabuni seluruh permukaan tangan 3. Gosok tangan dengan posisi telapak pada telapak 4. Telapak tangan kanan di atas punggung tangan kiri dengan jari-jari saling menjalin dan sebaliknya 5. Telapak pada telapak dan jari-jari saling menjalin 6. Punggung jari-jari pada telapak yang berlawanan dengan jari-jari saling mengunci 7. Gosok dengan memutar ibu jari kiri tangan kanan mengunci pada telapak kiri dan sebaliknya 8. Gosok memutar ke arah belakang dan depan dengan jari-jari tangan kanan mengunci pada telapak kiri dan sebaliknya 9. Bilas tangan dengan air mengalir 10. Keringkan tangan dengan tissue atau handuk sekali pakai 11. Gunakan tissue atau handuk untuk mematikan kran 12. Tanngan anda sudah aman sekarang 		
Unit Terkait	Seluruh karyawan		

Lampiran 7. SOP pemakaian masker

 RSKO JAKARTA	LANGKAH – LANGKAH PEMAKAIAN MASKER EFISIENSI TINGGI		
	No. Dokumen: 38.05.-2011	No. Revisi: -	Halaman: 1/3
STANDART PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 5 Januari 2011	Ditetapkan Direktur : Kepala Klinik Ketergantungan Obat  Dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ, MARS NIP. 195808261985032002	
Pengertian	Masker dengan efisiensi tinggi : merupakan jenis masker khusus yang direkomendasikan, bila penyaringan udara di anggap penting. Masker dengan efisiensi tinggi misalnya N-95 melindungi dari partikel dengan ukuran ≤ 5 mikron yang dibawah oleh udara.		
Tujuan	Melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh , sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien.		
Kebijakan	Tindakan melakukan pemakaian Alat Pelindung Diri untuk semua karyawan yang kontak langsung dengan pasien yang beresiko terjadinya Infeksi		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sisi masker yang menempel pada wajah untuk melihat apakah lapisan utuh dan tidak cacat. Jika bahan penyaring rusak atau kotor, buang masker tersebut. 2. Periksa tali-tali masker untuk memastikan tidak terpotong atau rusak, tali harus menempel dengan baik di semua titik sambungan. 3. Memastikan bahwa klip hidung yang terbuat dari logam (jika ada) berada pada tempatnya dan berfungsi dengan baik. 4. Genggamlah respirator (N-95) dengan satu tangan, posisikan sisi depan bagian hidung pada ujung jari-jari anda, biarkan tali pengikat respirator menjunti bebas dibawah tangan anda. 5. Posisikan respirator dibawah dagu anda dan sisi untuk hidung berada di atas 6. Periksa sisi masker yang menempel pada wajah untuk melihat apakah lapisan utuh dan tidak cacat. Jika bahan penyaring rusak 		

 RSKO JAKARTA	LANGKAH - LANGKAH PEMAKAIAN MASKER EFISIENSI TINGGI		
	No. Dokumen: 38.05.-.2011	No. Revisi: -	Halaman: 2/3
	<p>rusak atau kotor, buang masker tersebut.</p> <p>7. Periksa tali-tali masker untuk memastikan tidak terpotong atau rusak, tali harus menempel dengan baik di semua titik sambungan.</p> <p>8. Memastikan bahwa klip hidung yang terbuat dari logam (jika ada) berada pada tempatnya dan berfungsi dengan baik.</p> <p>9. Genggamlah respirator (N-95) dengan satu tangan, posisikan sisi depan bagian hidung pada ujung jari-jari anda, biarkan tali pengikat respirator menjunti bebas dibawah tangan anda.</p> <p>10. Posisikan respirator dibawah dagu anda dan sisi untuk hidung berada di atas</p> <p>11. Tarik tali pengikat respirator yang <i>atas</i> dan posisikan tali agak tinggi dibelakang kepala anda di atas telinga</p> <p>12. Tariklah tali pengikat respirator yang <i>bawah</i> dan posisikan talidibawah telinga</p> <p>13. Letakan jari-jari ke dua tangan anda di atas bagian hidung yang terbuat dari logam</p> <p>14. Tekan sisi logamtersebut (gunakan dua jari dari masing-masing tangan) mengikuti bentuk hidung anda. Jangan menekan reservoir dengan satu tangan karena dapat mengakibatkan respirator bekerja kurang efektif.</p> <p>15. Tutup bagian depan respirator denga kedua tangan dan hati-hati agar posisi respirator tidak berubah.</p> <p>16. Pemeriksaan Tekanan Positif</p> <p>17. Hembuskan nafas kuat-kuat. Tekanan positif di dalam respirator berarti tidak ada kebocoran, bila terjadi kebocoran atur posisi atau ketengangan tali. Uji kembali</p> <ul style="list-style-type: none"> - kerapatan respirator - Ulangi langkah tersebut sampei respirator benar-benar tertutup rapat <p>18. Pemeriksaan Tekanan Negative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarik nafas dalam-dalam. Bila tidak ada kebocoran, tekanan negative akan membuat respirator menempel ke wajah 		

Lanjutan.....

 RSKO JAKARTA	LANGKAH - LANGKAH PEMAKAIAN MASKER EFISIENSI TINGGI		
	No. Dokumen: 38.05.-.2011	No. Revisi: -	Halaman: 3/3
	- Kebocoran akan menyebabkan hilangnya tekanan negatif di dalam respirator akibat udara masuk melalui celah-celah.		
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none">1. Instalasi Rawat Inap2. Instalasi Rawat Jalan3. Instalasi Gawat Darurat4. Laboratorium5. Radiologi6. IPSRS7. Instalasi Gizi8. Rumah Tangga9. Cleaning Service		

1. Distribusi Frekuensi Perilaku dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya

Perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	13	33.3	33.3	33.3
	Baik	26	66.7	66.7	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	16	41.0	41.0	41.0
	Tinggi	23	59.0	59.0	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	15	38.5	38.5	38.5
	Baik	24	61.5	61.5	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Hambatan Penerapan KS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	14	35.9	35.9	35.9
	rendah	25	64.1	64.1	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Lanjutan....

Iklm Keselamatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	21	53.8	53.8	53.8
	Baik	18	46.2	46.2	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Sarana dan Fasilitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Lengkap	7	17.9	17.9	17.9
	Lengkap	32	82.1	82.1	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Informasi dan Pelatihan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	14	35.9	35.9	35.9
	Baik	25	64.1	64.1	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Pengalaman Pajanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Risiko tinggi	12	30.8	30.8	30.8
	risiko rendah	27	69.2	69.2	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Lanjutan....

2. Hasil Analisis Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan1 * perilaku1	39	100.0%	0	.0%	39	100.0%

pengetahuan1 * perilaku1 Crosstabulation

			perilaku1		Total
			Kurang baik	Baik	
pengetahuan1	Rendah	Count	9	7	16
		% within pengetahuan1	56.3%	43.8%	100.0%
	Tinggi	Count	4	19	23
		% within pengetahuan1	17.4%	82.6%	100.0%
Total		Count	13	26	39
		% within pengetahuan1	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.412 ^a	1	.011		
Continuity Correction ^b	4.782	1	.029		
Likelihood Ratio	6.464	1	.011		
Fisher's Exact Test				.017	.014
Linear-by-Linear Association	6.247	1	.012		
N of Valid Cases	39				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Lanjutan....

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan1 (Rendah / Tinggi)	6.107	1.415	26.356
For cohort perilaku1 = Kurang baik	3.234	1.202	8.704
For cohort perilaku1 = Baik	.530	.295	.952
N of Valid Cases	39		

3. Hasil Analisis Hubungan Sikap dengan Perilaku

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap1 * perilaku1	39	100.0%	0	.0%	39	100.0%

Sikap1 * perilaku1 Crosstabulation

			perilaku1		Total
			Kurang baik	Baik	
Sikap1	Kurang Baik	Count	8	7	15
		% within Sikap1	53.3%	46.7%	100.0%
	Baik	Count	5	19	24
		% within Sikap1	20.8%	79.2%	100.0%
Total		Count	13	26	39
		% within Sikap1	33.3%	66.7%	100.0%

Lanjutan....

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.388 ^a	1	.036		
Continuity Correction ^b	3.047	1	.081		
Likelihood Ratio	4.357	1	.037		
Fisher's Exact Test				.079	.041
Linear-by-Linear Association	4.275	1	.039		
N of Valid Cases	39				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap1 (Kurang Baik / Baik)	4.343	1.056	17.860
For cohort perilaku1 = Kurang baik	2.560	1.028	6.375
For cohort perilaku1 = Baik	.589	.331	1.051
N of Valid Cases	39		

4. Hasil Analisis Hubungan Hambatan dengan Perilaku

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
hambatan1 * perilaku1	39	100.0%	0	.0%	39	100.0%

Lanjutan....

hambatan1 * perilaku1 Crosstabulation

			perilaku1		Total
			Kurang baik	Baik	
hambatan1	tinggi	Count	9	5	14
		% within hambatan1	64.3%	35.7%	100.0%
	rendah	Count	4	21	25
		% within hambatan1	16.0%	84.0%	100.0%
Total		Count	13	26	39
		% within hambatan1	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.416 ^a	1	.002	.004	.003
Continuity Correction ^b	7.368	1	.007		
Likelihood Ratio	9.415	1	.002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9.174	1	.002		
N of Valid Cases	39				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for hambatan1 (tinggi / rendah)	9.450	2.048	43.606
For cohort perilaku1 = Kurang baik	4.018	1.509	10.699
For cohort perilaku1 = Baik	.425	.206	.876
N of Valid Cases	39		

Lanjutan....

5. Hasil Analisis Hubungan Iklim Keselamatan dengan Perilaku

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Iklim1 * perilaku1	39	100.0%	0	.0%	39	100.0%

Iklim1 * perilaku1 Crosstabulation

			perilaku1		Total
			Kurang baik	Baik	
Iklim1	Kurang baik	Count	6	15	21
		% within Iklim1	28.6%	71.4%	100.0%
	Baik	Count	7	11	18
		% within Iklim1	38.9%	61.1%	100.0%
Total		Count	13	26	39
		% within Iklim1	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.464 ^a	1	.496	.520	.366
Continuity Correction ^b	.116	1	.733		
Likelihood Ratio	.464	1	.496		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.452	1	.501		
N of Valid Cases	39				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Lanjutan....

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Iklim1 (Kurang baik / Baik)	.629	.165	2.399
For cohort perilaku1 = Kurang baik	.735	.302	1.790
For cohort perilaku1 = Baik	1.169	.740	1.846
N of Valid Cases	39		

6. Hasil Analisis Hubungan Sarana dengan Perilaku

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sarana1 * perilaku1	39	100.0%	0	.0%	39	100.0%

Sarana1 * perilaku1 Crosstabulation

			perilaku1		Total
			Kurang baik	Baik	
Sarana1	Tidak Lengkap	Count	5	2	7
		% within Sarana1	71.4%	28.6%	100.0%
	Lengkap	Count	8	24	32
		% within Sarana1	25.0%	75.0%	100.0%
Total		Count	13	26	39
		% within Sarana1	33.3%	66.7%	100.0%

Lanjutan....

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.571 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	3.678	1	.055		
Likelihood Ratio	5.283	1	.022		
Fisher's Exact Test				.030	.030
Linear-by-Linear Association	5.429	1	.020		
N of Valid Cases	39				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sarana1 (Tidak Lengkap / Lengkap)	7.500	1.210	46.504
For cohort perilaku1 = Kurang baik	2.857	1.334	6.118
For cohort perilaku1 = Baik	.381	.116	1.250
N of Valid Cases	39		

7. Hasil Analisis Hubungan Pelatihan dengan Perilaku

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Training1 * perilaku1	39	100.0%	0	.0%	39	100.0%

Lanjutan....

Training1 * perilaku1 Crosstabulation

			perilaku1		Total
			Kurang baik	Baik	
Training1	Kurang Baik	Count	8	6	14
		% within Training1	57.1%	42.9%	100.0%
	Baik	Count	5	20	25
		% within Training1	20.0%	80.0%	100.0%
Total	Count		13	26	39
	% within Training1		33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.571 ^a	1	.018	.033	.023
Continuity Correction ^b	4.025	1	.045		
Likelihood Ratio	5.507	1	.019		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.429	1	.020		
N of Valid Cases	39				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Training1 (Kurang Baik / Baik)	5.333	1.260	22.567
For cohort perilaku1 = Kurang baik	2.857	1.155	7.068
For cohort perilaku1 = Baik	.536	.284	1.012

Lanjutan....

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Training1 (Kurang Baik / Baik)	5.333	1.260	22.567
For cohort perilaku1 = Kurang baik	2.857	1.155	7.068
For cohort perilaku1 = Baik	.536	.284	1.012
N of Valid Cases	39		

8. Hasil Analisis Hubungan Paparan dengan Perilaku

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pajanan1 * perilaku1	39	100.0%	0	.0%	39	100.0%

pajanan1 * perilaku1 Crosstabulation

			perilaku1		Total
			Kurang baik	Baik	
pajanan1	Risiko tinggi	Count	7	5	12
		% within pajanan1	58.3%	41.7%	100.0%
	risiko rendah	Count	6	21	27
		% within pajanan1	22.2%	77.8%	100.0%
Total		Count	13	26	39
		% within pajanan1	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.875 ^a	1	.027		
Continuity Correction ^b	3.385	1	.066		
Likelihood Ratio	4.743	1	.029		

Fisher's Exact Test				.062	.034
Linear-by-Linear Association	4.750	1	.029		
N of Valid Cases	39				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pajanan1 (Risiko tinggi / risiko rendah)	4.900	1.135	21.162
For cohort perilaku1 = Kurang baik	2.625	1.119	6.156
For cohort perilaku1 = Baik	.536	.266	1.078
N of Valid Cases	39		

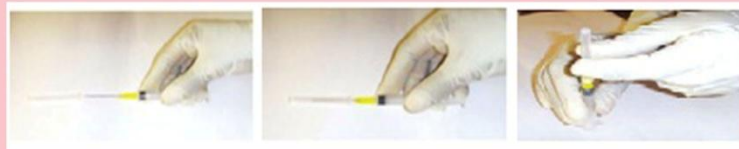
PROGRAM PENCEGAHAN PENYAKIT YANG DITULARKAN MELALUI DARAH

Lindungi diri dari tusukan jarum suntik, dengan cara:

- Lakukan prosedur penanganan jarum suntik yang aman
- Hindari pemasangan kembali tutup jarum suntik



- Buang jarum suntik bekas pakai ke dalam kontainer khusus benda tajam
- Jika kontainer khusus benda tajam tidak tersedia, lakukan teknik pemasangan tutup jarum suntik dengan satu tangan (*single-handed recapping method*)



Step 1

Letakkan tuut jarum pada permukaan yang keras

Step 2

Pegang semprit dengan satu tangan, masukan ujung jarum ke dalam tutup dan unkit tutup jarum hingga terangkat

Step 3

Bila tutup sudah menutup ujung jarum, gunakan tangan yang lain untuk merapatkannya

- Jika terjadi tusukan/perlukaan, segera bersihkan luka dan laporkan kejadian ke Kepala Ruangan/Komite PPI, kemudian ikuti prosedur tata laksana pajanan dari rumah sakit

created by: Citra Yuliana