

PELAKSANAAN *UNIVERSAL PRECAUTIONS* OLEH PERAWAT DAN PEKARYA KESEHATAN (Studi Kasus di Rumah Sakit Islam Malang Unisma)

Hidayad Heny Sholikhah dan Andryansyah Arifin*

ABSTRACT

Universal precautions is important for prevention of nosocomial infections among patients and health care providers (especially hepatitis B/C and HIV/AIDS). The objective of this study was to determine implementation of universal precautions. This was a case study. Data were collected using interview and observations, at Rumah Sakit Islam Malang Unisma year 2005. There were ten nurses and assistant nurses working at hospital ward interviewed.

Result of this study indicated that in general the universal precautions had been implemented but not in accordance with the standard procedure of universal precautions. Only 50% of the respondent practiced correctly hands washing and none hand gloves. All respondents did incorrect procedure for sterilizations of hand gloves and medical equipments. All needles were not decontaminated before disposal. Supporting facilities particularly the standard operating procedure for universal procedure and pre service training were not available.

It was concluded that the implementation of universal precautions were not match with the standard procedure. So the potential risks of nosocomial infections cannot be reduced, in the other hand increase risks of hepatitis B/C and HIV/AIDS transmission among patient and health providers. The nurses and assistant nurses never got pre-service training for universal precautions by hospital management.

Based on the results, it recommended to provide the standard procedure of universal precautions and to train all health provider (nurses and assistant nurses) who deliver service in hospital ward to be able to implement universal precautions correctly. And it is necessary to conduct further study on implementation of universal precautions at health centers with inpatient ward and others hospital.

Key words: *universal precautions, practices, hospital*

PENDAHULUAN

Universal Precautions merupakan upaya yang dilakukan dalam rangka perlindungan, pencegahan dan meminimalkan infeksi silang (*cross infections*) antara petugas pasien akibat adanya kontak langsung dengan pasien atau cairan tubuh pasien yang terinfeksi penyakit menular (seperti HIV/AIDS dan hepatitis). Prinsip kewaspadaan *universal* adalah bahwa darah dan semua jenis cairan tubuh, sekreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir penderita dianggap sebagai sumber potensial untuk penularan infeksi termasuk HIV (Depkes dan Kesos RI, 2001). Sehingga diharapkan setiap petugas pelayanan kesehatan mampu menerapkan prinsip *universal precautions*. Penerapan kewaspadaan *universal* ini bertujuan tidak hanya melindungi petugas dari resiko terpajan oleh infeksi namun juga melindungi klien yang

mempunyai kecenderungan rentan terhadap segala macam infeksi yang mungkin dibawa oleh petugas.

Menurut data dinkes provinsi Jawa Timur (2004), Jawa Timur merupakan urutan nomor empat terbanyak dalam kasus HIV/AIDS di Indonesia. Dalam data terakhir disebutkan bahwa dalam kurun waktu 2 tahun (Juni 2002 sampai Agustus 2004) terjadi peningkatan kasus HIV dan AIDS sekitar 2 kali lipat lebih besar. Hal ini perlu diwaspadai terutama bagi petugas kesehatan tempat pemberi pelayanan kesehatan. Menurut WHO, untuk setiap kasus HIV positif yang terdeteksi dianggap ada 100 orang yang sudah terinfeksi HIV tetapi belum terdeteksi (fenomena gunung es). Dengan kata lain kasus-kasus HIV positif dan AIDS yang diketahui hanyalah sebagian sangat kecil dari kasus-kasus HIV positif dan AIDS yang sesungguhnya ada di masyarakat.

* Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan - Surabaya

Walaupun bukti insiden kasus penyakit menular seperti HIV/AIDS ataupun Hepatitis B/C pada petugas kesehatan belum banyak ditemukan, namun adanya peningkatan prevalensi tersebut memungkinkan timbulnya peningkatan penularan pada petugas kesehatan medis maupun perawat yang merawat pasien. WHO (2000) menyebutkan bahwa kemungkinan risiko infeksi HIV dari pasien saat pelaksanaan pelayanan kesehatan adalah rendah yaitu sekitar 0,3%, dan kebanyakan berhubungan dengan kecelakaan jarum suntik dari pasien yang terinfeksi HIV yang belum melalui proses desinfeksi atau sudah didesinfeksi namun tidak adekuat, atau juga melalui proses transfusi darah. Berdasarkan hasil penelitian jaringan epidemiologi nasional tahun 1992 serta penelitian Agus W Budi tahun 1995, pengetahuan, sikap, persepsi dan perilaku petugas kesehatan dalam rangka penerapan *universal precautions* terutama yang berhubungan dengan potensi penyebaran HIV/AIDS berada dalam tingkat yang memprihatinkan. Sehingga peran dari kelalaian petugas kesehatan yang kurang atau bahkan tidak mematuhi protokol *Universal Precautions* adalah cukup besar. Sehingga potensi peningkatan penyebaran penyakit menular terutama HIV/AIDS dan hepatitis semakin besar.

Berdasarkan data rekam medik RSI Malang Unisma, dalam 2 tahun terakhir terdapat sekitar 3–4 orang penderita yang terdeteksi positif HIV. Dengan penelitian ini diharapkan data yang diperoleh dapat dimanfaatkan sebagai data primer dalam menangani permasalahan yang ada sehubungan dengan pelaksanaan *universal precautions* di Rumah Sakit Islam Malang sesuai standar yang berlaku, baik melalui peningkatan kualitas SDM maupun peningkatan sarana-prasarana termasuk pembakuan *standart operasional procedure* tentang *universal precautions* di Rumah Sakit. Dengan adanya penerapan *universal precautions* yang berkualitas, diharapkan peningkatan prevalensi penyakit menular seperti HIV maupun Hepatitis B/C dapat ditekan.

Adapun pertanyaan penelitian yang akan dijawab adalah bagaimana pelaksanaan *Universal Precautions* oleh perawat di Rumah Sakit Islam Malang Unisma. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan *Universal Precautions* oleh perawat di Rumah Sakit Islam Malang Unisma dan tujuan khusus adalah; mengetahui pelaksanaan upaya *Universal Precautions* oleh petugas kesehatan meliputi tindakan

mencuci tangan, pemakaian *handscoen*, sterilisasi alat kesehatan logam/tajam, sterilisasi *handscoen*, desinfeksi bahan kain, desinfeksi lantai/meja periksa dan pengelolaan limbah medis, serta mengetahui ketersediaan fasilitas penunjang *Universal Precautions*. Diharapkan, data yang diperoleh dapat sebagai masukan dalam upaya menegakkan “disiplin *universal precautions*” di tempat pelayanan kesehatan dijadikan acuan guna penelitian selanjutnya.

METODOLOGI PENELITIAN

Metode penelitian merupakan studi kasus dengan design studi deskriptif eksploratif. Populasi terdiri dari perawat dan pekaya kesehatan. Sampel sebanyak 10 orang terdiri dari 8 orang perawat dan 2 orang pekaya kesehatan, yang berasal dari ruang perawatan dewasa dan anak-anak yang dipilih secara acak sederhana di Rumah Sakit Islam Universitas Islam Malang.

Variabel Penelitian Meliputi

1. Upaya mencuci tangan,
 2. Upaya pemakaian alat proteksi diri: sarung tangan,
 3. Upaya sterilisasi dan desinfeksi alat kesehatan, meliputi alat kesehatan logam/tajam (pinset, gunting, jarum spuit, spatel lidah logam, dll), alat kesehatan bukan logam (seperti kain, *handscoen*)
 4. Upaya pengelolaan limbah medis,
- Waktu Penelitian pada bulan April 2005 (5 hari), dilakukan wawancara dan observasi. Teknik analisa data dengan menggunakan teknik analisa deskriptif yaitu persentase (%) dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi yang diinterpretasikan secara naratif/deskriptif.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan *universal precautions* antara lain.

Pelaksanaan Tindakan Mencuci Tangan

Hasil wawancara, 90% responden menyatakan bahwa mereka selalu mencuci tangan untuk setiap tindakan, sisanya 10% petugas tidak selalu mencuci tangan, karena lupa. Waktu mencuci tangan dilakukan oleh 80% perawat dan pekaya sesudah kontak dengan pasien: atau darah/cairan tubuh pasien, sedangkan 20% perawat mencuci tangan sebelum tindakan. Namun hasil observasi pada saat

pelaksanaan mencuci tangan, ditemukan bahwa hanya 50% perawat mencuci tangan sesuai prosedur, sisanya 50% mencuci tangan tidak sesuai prosedur. Ketidaksesuaian tersebut adalah 100% perawat dan pekarya (5 orang) mencuci tangan hanya beberapa detik saja (kurang dari 30 detik), 80% perawat dan pekarya mencuci telapak tangan saja tanpa menyisir jari-jarinya dan sebatas telapak tangan (tidak sampai batas pergelangan tangan maupun siku serta tidak melakukan pembersihan sekitar kuku secara teliti. Saat mengeringkan tangan setelah cuci tangan, 100% perawat dan pekarya yang mengeringkan tangannya dengan menggunakan handuk yang telah basah dan bekas dipakai berulang kali oleh petugas yang lain (tidak menggunakan handuk yang kering dan bersih), selanjutnya dapat dilihat di tabel 1.

Tabel 1. Jenis kesalahan 3 perawat dan 2 pekarya kesehatan selama mencuci tangan

No.	Jenis kesalahan mencuci tangan	Jml.	(%)
1.	Tidak mengulang cuci tangan	5	100
2.	Teknik membersihkan tangan kurang benar	4	80
	a. YA, antara lain:		
	• Tidak menggosok pergelangan tangan dengan melingkarkan salah satu tangan yang lain		
	• Tidak membersihkan sekitar kuku dan bawah kuku sampai bersih (dapat digunakan sikat yang lembut)		
	• Tidak mencuci tangan dan telapak tangan dari arah jari-jari ke arah pergelangan hingga bersih		
	b. TIDAK	1	20
3.	Tidak mengeringkan tangan dengan handuk bersih-kering	5	100
4.	Waktu mencuci tangan < 30 detik untuk tindakan yang kontak dengan darah/cairan tubuh	5	100
	TOTAL masing-masing item	5	100

Sumber: Penelitian RSI Malang Unisma, 2005

Tabel 2. Frekuensi tindakan pemakaian *handscoen* oleh petugas kesehatan

No.	Jenis Tindakan	Frekuensi Pemakaian Handscoen						Total	
		Tidak pernah		Kadang-kadang		Selalu		Jml.	%
		Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%		
1.	Membantu buang air besar	2	20	2	20	6	60	10	100
2.	Membantu buang air kecil	2	20	7	70	1	10	10	100
3.	Memasang dan merawat infus **)	9	90	1	10	0	0	10	100
4.	Memasang dan merawat cateter **)	1	10	2	20	7	70	10	100
5.	Mengukur <i>vital sign</i>	8	80	2	20	0	0	10	100
6.	Pemeriksaan fisik	8	80	2	20	0	0	10	100
7.	Pemeriksaan dalam *)	0	0	0	0	8	100	10	100
8.	Ambil sampel darah **)	7	70	3	30	0	0	10	100
9.	Ambil sampel <i>urine</i> dan feses	6	60	4	40	0	0	10	100
10.	Ambil sampel dahak	10	100	0	0	0	0	10	100
11.	Merawat luka **)	4	40	5	50	1	10	10	100
12.	Pengelolaan linen	7	70	3	30	0	0	10	100
13.	Pasang dan rawat NGT **)	2	20	5	50	3	30	10	100
14.	Tindakan <i>nebulizer</i>	6	60	4	40	0	0	10	100
15.	Membantu memandikan/seka	3	30	6	60	1	10	10	100
16.	Menolong pasien muntah	0	0	4	40	6	60	10	100
17.	Sterilisasi alat setelah dipakai	6	60	4	40	0	0	10	100
18.	Pengelolaan sampah	5	50	5	50	0	0	10	100

Sumber: Penelitian RSI Malang Unisma, 2005

*) Merupakan tindakan yang hanya dilakukan oleh perawat

**) peran pekarya sebagai asisten dalam tindakan

Pelaksanaan Pemakaian *Handskoer*

Dari hasil wawancara, semua (100%) perawat dan pekarya menyatakan tidak pernah menggunakan *handscoer* pada saat pengambilan sampel dahak/sputum, 90% menyatakan tidak pernah menggunakan *handscoer* pada saat memasang dan melakukan perawatan infus harian, 70% perawat tidak menggunakan *handscoer* pada saat tindakan mengambil darah. Enam puluh persen petugas (4 perawat dan 2 pekarya) tidak pernah menggunakan *handscoer* pada saat melakukan tindakan *nebulizer*, pengambilan sampel *urine* dan feses serta tindakan sterilisasi alat. Uraian secara rinci dapat dilihat pada tabel 2.

Alasan perawat tidak memakai *handscoer* antara lain; karena telah menjadi kebiasaan, sehingga beberapa perawat merasa terganggu saat memakai *handscoer* ketika melakukan tindakan pada pasien. Contohnya pada saat melakukan pemasangan infus, perawat merasa kesulitan untuk menusukkan jarum infus agar tepat mengenai sasaran vena pasien. Perawat dan pekarya mengatakan bahwa merasa perlu memakai *handscoer* hanya jika melakukan tindakan yang berhubungan dengan bahan yang menjijikkan yang berasal dari pasien.

Hasil observasi tentang penggunaan *handscoer* menunjukkan bahwa 50% petugas (3 perawat dan 2 pekarya) menggunakan *handscoer* tidak sesuai prosedur standar. Ketidaksesuaian tersebut yaitu semua petugas tidak melakukan pemeriksaan kondisi/keutuhan *handscoer* (ada kebocoran atau tidak), tidak memasang *handscoer* dengan cara yang benar antara lain; saat akan memakai, arah tangan tidak ke bawah, tidak memegang bagian dalam *handscoer* saat akan memasukkan jari tangan, ada yang menyentuh bagian luar dari *handscoer* sehingga tidak menjamin *handscoer* dalam keadaan steril. Alasan yang dikemukakan adalah karena mereka tidak terbiasa untuk memeriksa *handscoer* sebelum memakainya dan lupa serta menganggap walaupun ada kebocoran kecil *handscoer* masih layak pakai.

Pelaksanaan Sterilisasi *Handskoer*

Hasil wawancara, 50% responden menyatakan selalu melakukan sendiri sterilisasi *handscoer*, 40% hanya kadang-kadang melakukan sterilisasi *handscoer* dan hanya 10% yang tidak pernah mensterilkan *handscoer*. Waktu pelaksanaan sterilisasi *handscoer* 70% petugas (5 perawat dan 2

pekarya) melakukan prosedur sterilisasi *handscoer* segera sesudah tindakan memakai *handscoer*, dan 30% perawat melakukan sterilisasi *handscoer* baik sesaat sebelum maupun segera sesudah tindakan memakai *handscoer*.

Hasil observasi pelaksanaan sterilisasi *handscoer* didapatkan bahwa semua (100%) perawat dan pekarya melakukan sterilisasi *handscoer* dengan cara yang tidak sesuai dengan prosedur. Adapun ketidaksesuaian tersebut yaitu 70% petugas (5 perawat dan 2 pekarya) tidak melakukan dekontaminasi *handscoer* yang terpapar cairan/darah pasien dengan cairan antiseptik (*chlorin*), dari 30% perawat (3 orang) yang melakukan dekontaminasi *handscoer*, 75% (2 orang) di antaranya mendekontaminasi *handscoer* selama kurang dari 30 menit. Dan komposisi pencampuran larutan *chlorin* tersebut masih salah atau memakai perkiraan, yaitu bukan 5 banding 5 yaitu 5 bagian air dan 5 bagian kaporit.

Ketidaksesuaian dengan prosedur standar selanjutnya yaitu 50% (3 perawat dan 2 pekarya) mencuci tanpa menggunakan sabun 40% (2 perawat dan 2 pekarya) tidak menyimpan *handscoer* dalam tempat tertutup berisi formalin. Dan waktu penyimpanan *handscoer* dalam tempat tertutup yang berformalin, tidak sampai 24 jam sebelum digunakan kembali dan tidak ada satupun perawat dan pekarya yang melakukan pemisahan penyimpanan antara tempat untuk penyimpanan *handscoer* yang sudah disteril dan *handscoer* akan disterilkan.

Pelaksanaan Sterilisasi Instrumen Logam/metal (Pinset, gunting, bak instrumen dan lain-lain)

Dari hasil wawancara, 90% (7 perawat dan 1 pekarya) melakukan sendiri tindakan sterilisasi alat kesehatan logam, 10% perawat kadang-kadang dan 0% yang tidak pernah mensterilisasi instrumen logam/metal. Padahal tidak ada unit khusus yang melakukan sterilisasi alat, hanya kadang-kadang dititipkan dalam proses sterilisasi di ruang bedah (ruang operasi). Sedangkan 70% (6 perawat dan 1 pekarya) mensterilisasi alat kesehatan logam sesaat sebelum melakukan tindakan ke pasien, sedangkan 30% (2 perawat dan 1 pekarya) mensterilisasi alat kesehatan logam sesaat sebelum dan segera sesudah tindakan ke pasien.

Dari hasil observasi didapatkan semua (100%) perawat dan pekarya mensterilisasi instrumen logam

tidak sesuai dengan prosedur standar. Adapun ketidaksesuaian tersebut adalah terdapat 90% (7 perawat dan 2 pekarya) tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan mensterilisasi alat kesehatan berbahan logam, 80% (6 perawat dan 2 pekarya) tidak menggunakan *handscoen* selama mensterilisasi alat, 90% (7 perawat dan 2 pekarya) tidak melakukan dekontaminasi terhadap alat kesehatan dengan cairan klorin ataupun mencuci dengan sabun dan 40% (2 perawat dan 2 pekarya) melakukan perendaman alat sehabis pakai yang tidak sesuai dengan waktu yang seharusnya (yaitu 15–20 menit).

Tabel 3. Jenis kesalahan yang dilakukan perawat dan pekarya kesehatan pada saat pelaksanaan sterilisasi instrumen logam/metal (pinset, gunting, bak instrumen, bengkok)

No.	Jenis kesalahan menterilkan alat kesehatan berbahan logam	Jml.	(%)
1	Tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan mensterilisasi alat		
	a. Ya	9	90
	b. Tidak	1	10
2.	Tidak menggunakan <i>handscoen</i>		
	a. Ya	8	80
	b. Tidak	2	20
3.	Tidak melakukan dekontaminasi alat dengan cairan klorin/sabun		
	a. Ya	9	90
	b. Tidak	1	10
4.	Waktu perendaman tidak sesuai (jika merendam dengan sabun selama 10–15 menit, jika dengan larutan desinfeksi kaporit: air (5:5) selama 15–20 menit)		
	a. Ya	4	40
	b. Tidak	6	60
	TOTAL masing-masing	10	100

Sumber: Penelitian RSI Malang Unisma, 2005

Penggunaan Alat Kesehatan Tajam (Jarum SPIT)

Berdasarkan wawancara, untuk jenis injeksi intravena maupun intramuskuler, seluruh (100%) perawat sudah menerapkan penggunaan alat spuit dan jarum yang sekali pakai bagi setiap pasien. Sedangkan untuk kegiatan injeksi obat melalui perantara selang infus/plug, seluruh perawat (100%) menggunakan jarum dan spuit lebih dari satu kali pemakaian untuk setiap pasien. Perawat mengatakan tempat penyimpanan jarum spuit (semua pasien) yang akan dipakai ulang diletakkan dalam satu tempat selama lebih dari 24 jam.

Pelaksanaan Desinfeksi Bahan Kain

Dua puluh persen (1 perawat dan 1 pekarya) mengatakan selalu mendesinfeksi bahan kain yang telah dipakai (handuk pengering dan *washlap*), 70% (6 perawat dan 1 pekarya) kadang-kadang mendesinfeksi dan 10% perawat tidak pernah mendesinfeksi bahan kain. Hasil observasi, didapatkan 60% (4 perawat dan 2 pekarya) melakukan desinfeksi tidak sesuai dengan standar, 30% perawat melakukan sesuai dengan standar dan 10% perawat tidak mau melakukan peragaan sterilisasi bahan kain.

Adapun ketidaksesuaian prosedur desinfeksi bahan kain adalah petugas tidak mencuci tangan sebelum desinfeksi, tidak menggunakan *handscoen* selama tindakan desinfeksi, tidak melakukan perendaman kain dengan cairan desinfektan yang tersedia. Selain itu cara pencampuran larutan *chlorin* yang dibuat masih menggunakan sistem perkiraan, dengan alasan tidak tahu caranya.

Pelaksanaan Desinfeksi Lantai

Menurut responden, 40% dari mereka (2 perawat dan 2 pekarya) selalu melakukan sendiri desinfeksi lantai, 60% perawat kadang-kadang melakukan desinfeksi dan tidak ada satupun yang tidak pernah mendesinfeksi lantai. Desinfeksi lantai yang dilakukan adalah dengan cara mengepel dan memberi bahan pewangi lantai (tidak jelas apakah bahan pewangi tersebut mengandung desinfektan atau tidak). Semua (100%) perawat dan pekarya menyatakan bahwa desinfeksi lantai dilakukan sendiri apabila ada darah/bahan muntahan/urine yang tercecer di lantai. Sedangkan secara rutin pembersihan lantai dilakukan oleh petugas *cleaning service*.

Hasil observasi, 40% (2 perawat dan 2 pekarya) yang melakukan desinfeksi lantai pada saat terdapat darah/cairan tercecer di lantai, semuanya melakukan dengan prosedur yang tidak sesuai standar. Ketidaksesuaian tersebut yaitu tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan, tidak mengenakan *handscoen* selama tindakan, tidak mendinginkan percikan cairan desinfeksi pada lantai selama sekitar 10 menit untuk kemudian di pel, dan tidak melakukan perendaman kain pel dengan cairan desinfeksi sebelum dicuci bersih dan dikeringkan.

Pelaksanaan Pengelolaan Limbah Medis

Dari hasil wawancara, 90% (7 perawat dan 2 pekarya) tidak pernah melakukan sendiri pengelolaan

limbah medis berupa alat kesehatan tajam (jarum spuit/lanset), tidak ada satupun petugas yang selalu melakukan pengelolaan limbah medis dan hanya 10% perawat kadang-kadang melakukan pengelolaan limbah medis, baik memisahkan antara limbah medis yang tajam (jarum spuit, lanset) dengan yang tidak tajam (kasa, kapas yang terkontaminasi) maupun melakukan dekontaminasi terhadap jarum spuit yang telah digunakan.

Perawat dan pekarya mengatakan tidak mengetahui cara pengelolaan jarum spuit. Petugas hanya mengetahui cara pembuangan jarum spuit harus dipisahkan dari sampah lainnya, walaupun masih sering lupa. Mereka tidak terbiasa melakukan pengelolaan jarum spuit dan walaupun ada beberapa rekan mengetahuinya, perawat mengakui tetap mengikuti rekan petugas yang tidak melakukan kegiatan desinfeksi jarum.

Dari hasil observasi didapatkan semua (100%) perawat tidak ada yang mendekontaminasi jarum spuit setelah digunakan untuk tindakan ke pasien (sebelum dibuang).

Fasilitas Penunjang Pelaksanaan *Universal Precautions*

Bahan dan peralatan penunjang serta penggunaannya

Dari observasi, didapatkan bahwa secara kuantitatif semua fasilitas penunjang tersedia yaitu air bersih, cairan desinfeksi/antiseptik/sabun, tempat mencuci tangan, alat pelindung diri (*handscoen* steril dan non steril, jubah kain dan plastik/karet, masker), alat kesehatan logam, alat kesehatan non logam (kain, alat emergency bahan karet/plastik), tempat sampah (medis dan non medis), kecuali pelindung mata, *mouthpiece* dan petunjuk operasional tentang standar operasional prosedur *universal precautions*. Namun penggunaan fasilitas penunjang tersebut belum sesuai dengan standar yaitu pembuangan sampah tidak dipisahkan pada tempat sampah medis dan non medis, pada tempat pembuangan jarum dan spuit injeksi setelah digunakan, tidak ada cairan desinfektan yang digunakan untuk merendam keduanya. *handscoen* yang tersedia beberapa diantaranya sangat tipis dan mudah robek. Selain itu petugas mengatakan bahwa cairan desinfektan yang ada di ruang perawatan belum diketahui dengan pasti komposisinya.

Pelatihan berkelanjutan tentang Universal precautions

Dari pengakuan responden, semuanya menyatakan petunjuk *universal precautions* yang tersedia masih berupa hal-hal yang umum, belum ada standar operasional prosedur yang detail mengenai cara melakukan *universal precautions* seperti halnya bagaimana melakukan pencucian tangan, memakai *handscoen* baik steril maupun non steril secara benar, cara mendesinfeksi dan sterilisasi alat kesehatan dan lain sebagainya. Selain itu, perawat mengatakan selama ini belum ada pelatihan atau pendidikan berkelanjutan yang dilakukan oleh rumah sakit tentang prosedur *universal precautions* bagi keselamatan petugas maupun pasien. Yang pernah ada adalah peragaan oleh perawat yang pernah mengikuti pelatihan di tempat lain tentang pelaksanaan pemasangan infus yang meliputi kegiatan cuci tangan dan teknik pemasangan infus. Selama ini belum pernah ada pembinaan/supervisi tentang pelaksanaan *universal precautions*.

PEMBAHASAN

Pelaksanaan Universal Precautions oleh Petugas Kesehatan

Prosedur pencucian tangan yang dilakukan oleh perawat dan pekarya belum sesuai dengan prosedur standar yang ditetapkan oleh Depkes maupun WHO. Adapun prinsip mencuci tangan yaitu kegiatan untuk menghilangkan benda asing/kotoran terutama bekas darah, cairan tubuh atau benda asing lainnya seperti debu, kotoran yang menempel di kulit tangan dengan menggunakan air bersih yang mengalir dan sabun dan tidak sesuai dengan fungsi pencucian tangan yaitu melindungi diri petugas kesehatan sendiri dan misi untuk melindungi pasien dari penularan/*cross infections* melalui perantara petugas kesehatan (Depkes dan Kesos RI, 2001). Hal ini dapat menimbulkan risiko terjadinya infeksi nosokomial akibat adanya transmisi mikroorganisme patogen dari pasien ke pasien melalui tangan petugas kesehatan (Boyce 1999; Larson 1995).

Nampak perilaku perawat dan pekarya dalam pemakaian *handscoen* masih belum sesuai standar prosedur. Perawat dan pekarya memakai *handscoen* pada jenis tindakan yang benar-benar berhubungan dengan muntahan/darah/*urine*/feses pasien dengan

jumlah yang banyak dan menjijikkan sebagaimana diungkapkan mereka. Sedangkan untuk jenis tindakan seperti pengambilan sampel *sputum*, sampel darah, memasang dan merawat infus, perawat dan pekaya masih belum melakukan pemakaian *handscoen*. Perawat mengatakan hal ini dikarenakan tindakan-tindakan tersebut merupakan jenis tindakan yang hanya sedikit menimbulkan kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien. Padahal seharusnya penggunaan *handscoen* harus dilakukan pada tindakan tertentu seperti pemasangan infus, pengambilan sampel darah, tindakan *nebulizer* dan pengambilan *sputum* (Depkes RI, 2000) serta tindakan lain yaitu saat sterilisasi dan dekontaminasi alat kesehatan yang terkontaminasi dengan darah/cairan tubuh pasien (JEN 1995; JHPIEGO 2003). Dan *handscoen* yang digunakan harus berkualitas, tidak berlubang sehingga mampu menjadi alat pelindung yang efektif (JHPIEGO 2003).

Perawat dan pekaya tidak melakukan pemeriksaan *handscoen* sebelum digunakan dan kualitas *handscoen* yang mudah robek memungkinkan ada defek (lubang) pada *handscoen* yang dapat menyebabkan ketidakamanan bagi petugas kesehatan itu sendiri terhadap kontak langsung dengan cairan/darah pasien yang berisiko untuk tertular melalui cairan tubuh seperti hepatitis B/C dan HIV/AIDS. Demikian pula kurang terjaganya sterilitas pada waktu pemasangan *handscoen*, dan apabila ada tindakan *invasif* pada pasien, maka dapat menimbulkan komplikasi infeksi pada area yang terinfeksi alat/bahan yang tidak steril tersebut, seperti *phlebitis* maupun infeksi saluran kemih (JHPIEGO, 2003).

Proses sterilisasi *handscoen* merupakan upaya untuk membunuh mikrobakteri penyebab infeksi kemungkinan masih melekat pada bahan/alat yang terpapar dengan dunia luar (Depkes dan Kesos, 201). Oleh karena itu prosedur sterilisasi harus sesuai dengan standar. Penelitian ini menunjukkan bahwa prosedur sterilisasi *handscoen* yang dilakukan oleh perawat belum sesuai dengan standar yaitu *handscoen* tidak didekontaminasi, belum menggunakan *autoclave* dalam mesterilisasi *handscoen* dan lama penyimpanan kurang dari 24 jam serta penyimpanannya tidak terpisah antara *handscoen* yang sudah steril dengan yang baru akan disterilkan. Hal ini memungkinkan mikrobakteri penyebab infeksi tidak seluruhnya dimusnahkan dan

selanjutnya akan mengkontaminasi bagian tubuh pasien yang tersentuh dengan *handscoen* tersebut hingga menimbulkan komplikasi infeksi nosokomial pada pasien (JHPIEGO, 2003).

Prosedur sterilisasi instrumen logam (metal) seperti pinset, gunting, bak instrumen dan lain-lain belum sesuai dengan standar yaitu peralatan tersebut tidak didekontaminasi terlebih dahulu sebelum di cuci dan disterilkan serta perawat dan pekaya tidak menggunakan *handscoen*. Sehingga hal ini dapat berakibat kemungkinan terjadinya risiko penularan penyakit bagi petugas sendiri akibat kontak dengan kuman/virus yang masih menempel pada alat tersebut. Disebutkan bahwa untuk mensterilisasikan instrumen dilakukan dengan 2 cara yaitu pertama dengan *heat sterilization* yaitu dengan menggunakan *autoclave* (tempertur 121° C atau 250° F dengan tekanan 106 kPa) dan *oven/dry heat sterilization* (temperatur 170° C atau 340°F). Kedua dengan *chemical sterilization* yaitu dengan menggunakan *formaldehyde* atau *glutaraldehydes*. Dan sebelum menterilisasi, alat harus didekontaminasi dengan cairan *chlorin* minimal 0,5% guna menjaga kontaminasi kuman infeksi dengan petugas kesehatan (JEN 1995; Depkes RI 1997; JHPIEGO 2003). Dikatakan bahwa selain sterilisasi, untuk membunuh mikrobakteri patogen (bakteri, virus, jamur) dapat digunakan cara *High level disinfection* yaitu dengan merebus maupun dengan *chemical solutions* seperti *chlorin* > 0,5%, *formaldehyde* 8%, *glutaraldehyde* dan *hydrogen peroxide* (JHPIEGO, 2003).

Sedangkan untuk penggunaan jarum injeksi seluruh perawat sudah menggunakan jarum sekali pakai terutama untuk injeksi *intravena* dan *intramuskular*. Namun demikian, masih perlu ditingkatkan kualitasnya mengingat pada injeksi yang dilakukan melalui selang infus maupun *plug*, perawat masih menggunakan jarum injeksi lebih dari satu kali, bahkan ada yang menggunakannya selama 2 hari (sekitar 4–8 kali suntikan) di mana berlaku satu jarum untuk satu pasien. Alasan agar hemat diungkapkan oleh perawat. Oleh karena itu agar tetap dapat menjaga prinsip pencegahan *cross infection* antar pasien, maka penyimpanan spuit dan jarumnya antara pasien satu dengan yang lain perlu dipisahkan dalam tempat yang berbeda. Dikatakan bahwa penyimpanan alat yang telah terkontaminasi dengan pasien harus dilakukan secara khusus, dimungkinkan adanya tempat penyimpanan khusus untuk masing-masing

pasien dan dikondisikan. Jika memungkinkan suhu penyimpanan spuit dan jarum tersebut perlu diupayakan untuk dapat menginaktifkan bakteri/virus yang melekat pada jarum atau *spuit* pasien tersebut (JEN, 1995). Dikatakan pula bahwa penyimpanan alat bekas pakai selama lebih dari 24 jam pada suhu kamar dapat menimbulkan perkembangbiakan kuman patogen/infeksi, jika tidak dilakukan proses desinfeksi terhadap jarum dan spuit tersebut maka dapat menimbulkan infeksi nosokomial seperti *phlebitis* (JHPIEGO, 2003).

Pada pelaksanaan desinfeksi bahan kain, dan desinfeksi lantai yang dilakukan oleh perawat dan pekaya didapatkan kesalahan yang sama yaitu cara pencampuran komposisi larutan desinfeksi yang belum sesuai prosedur. Dalam prosedur pencampuran dikatakan bahwa untuk membuat *chlorin* yang adekuat dibutuhkan perbandingan 5 banding 5, di mana 5 bagian untuk air dan 5 bagian untuk kaporit, atau dapat digunakan cairan desinfeksi lain seperti *formaldehyde 8%*, *glutaraldehyde* dan *hydrogen peroxide*. Oleh karena itu jika metode dan komposisi pencampurannya belum tepat dimungkinkan hasil akhir desinfeksi tersebut belum efektif, sehingga kuman patogen yang melekat pada kain maupun lantai masih belum terbunuh sempurna. Hal ini akan meningkatkan risiko perkembangbiakan kuman infeksi di lingkungan tempat perawatan di rumah sakit. dengan adanya tindakan desinfeksi yang adekuat, kondisi tersebut dapat diminimalkan, sehingga angka pertumbuhan infeksi nosokomial di rumah sakit dapat ditekan (JHPIEGO, 2003).

Pada pengelolaan limbah jarum suntik dan spuit, didapatkan bahwa saat pembuangan jarum suntik yang habis dipakai terhadap pasien tidak dilakukan dekontaminasi terlebih dahulu sebelum dibuang, dan proses pembuangannya masih sering lupa untuk memisahkan jarum dengan spuit maupun dengan sampah medis yang lain. Padahal berdasarkan prosedur yang ada seharusnya jarum suntik dan spuit harus disinfeksi terlebih dahulu untuk membunuh kuman penyakit yang masih menempel. Dan pembuangannya juga harus dilakukan pemisahan, baik antara spuit dan jarumnya juga harus terpisah dari sampah medis yang lain. Perilaku ini memungkinkan terjadinya risiko penularan penyakit pasien ke petugas kebersihan atau petugas pengolah sampah saat melakukan pemisahan terlebih dahulu pada sampah yang akan diolah. Mengingat cara pengolahan sampah

jarum/logam dengan sampah medis basah adalah berbeda di mana pada jarum dimasukkan ke alat *incinerator* sedangkan sampah medis basah dilakukan penguburan pada lubang khusus (JHPIEGO, 2003).

Keterangan Fasilitas Penunjang Penerapan Universal Precautions di Rumah Sakit

Dari pengamatan langsung terhadap kondisi fasilitas penunjang penerapan *universal precautions* di Rumah Sakit Islam Malang Unisma, fasilitas yang sudah siap pakai sudah tersedia dalam jumlah cukup. Hal ini memungkinkan adanya peluang besar untuk memperbaiki kualitas pelayanan rumah sakit secara umum termasuk perbaikan kualitas penerapan *universal precautions procedure*. Selain itu adanya potensi pengetahuan beberapa petugas tentang prosedur *universal precautions* dapat dimanfaatkan untuk menciptakan dan meningkatkan kondisi disiplin terhadap pelaksanaan *universal precautions* di rumah sakit. Oleh karena itu perlu peran pihak manajemen rumah sakit untuk menggali dan memanfaatkan dan mengembangkan potensi-potensi yang ada, seperti adanya ketersediaan alat, dan pengetahuan sebagian kecil petugas. Sehingga diharapkan kondisi-kondisi perilaku kurang tepat yang telah digambarkan sebelumnya oleh petugas kesehatan dalam pelaksanaan *universal precautions* di rumah sakit dapat dilakukan pembenahan ke arah peningkatan yang lebih baik. Sehingga tujuan akhir dilakukannya penerapan protokol *Universal Precautions* dapat dicapai oleh petugas maupun penderita pengguna pelayanan serta masyarakat yang tinggal di sekitar Rumah Sakit Islam Malang Unisma, yaitu terlindungi dari risiko *cross infections*, mengingat mencegah tetap lebih baik dari mengobati (JEN, 1995).

Karena belum adanya standar operasional prosedur tentang *universal precaution* secara detail, akibatnya perawat dan pekaya tidak memiliki pedoman yang dipakai dalam pelaksanaan *universal precautions* selama pelayanan di rumah sakit. Oleh karena itu perlu upaya meningkatkan pengetahuan melalui peningkatan pengetahuan melalui pelatihan, penyegaran ilmu dan lain sebagainya. Sehingga diharapkan adanya masukan tersebut dapat merubah sikap dan perilaku negatif petugas kesehatan yang kemungkinan diakibatkan adanya perbedaan persepsi dan konsep tentang pentingnya melakukan sesuatu termasuk konsep *universal precautions*, demi peningkatan efektivitas kerja yang dilakukan.

Dikatakan bahwa pengetahuan dapat menumbuhkan sikap positif tentang sesuatu sehingga dapat melahirkan minat dan kesadaran seseorang untuk melakukan sesuatu (mengubah perilaku) (Azwar S, 2000).

PENUTUP

Kesimpulan

Pelaksanaan *universal precautions* oleh petugas kesehatan Rumah Sakit Islam Malang Unisma belum sesuai standar prosedur, antara lain;

1. Berdasarkan hasil wawancara

Menurut pengakuan petugas, pelaksanaan tindakan mencuci tangan selalu dilakukan 90% (7 perawat dan 2 pekarya). Pemakaian *handscoen* oleh perawat tidak dilakukan pada semua jenis tindakan yang dianjurkan untuk memakai *handscoen* antara lain semua (100%) perawat dan pekarya tidak pernah menggunakan *handscoen* saat mengambil sampel dahak, 90% (7 perawat dan 2 pekarya) tidak pernah memakai *handscoen* saat memasang maupun merawat infus, dan 60% (4 perawat dan 2 pekarya) tidak pernah menggunakan *handscoen* saat melakukan tindakan *nebulizer*, dan sterilisasi instrumen logam serta beberapa tindakan lain sesuai tabel 1, yang berpotensi terjadi kontak langsung dengan darah atau cairan tubuh pasien. Selanjutnya perawat mengatakan proses pensterilan *handscoen* dilakukan oleh pihak perawat/pekarya sendiri di ruangan dengan cara menyimpan tablet formalin bersama *handscoen* setelah dibersihkan dan tidak ada ruang khusus sterilisasi di rumah sakit, yang ada adalah tempat pensterilan di kamar operasi namun perawat tidak pernah mensterilkan *handscoen* di tempat tersebut. Sembilan puluh persen (7 perawat dan 2 pekarya) mengatakan mensterilkan sendiri alat medikal bedah (logam) setelah dipakai, 10% perawat kadang-kadang saja mensterilkan alat. Sedangkan pada penggunaan jarum spuit, semua perawat mengatakan menggunakan jarum dan spuit secara *single use* pada tindakan injeksi *intravena* maupun *intramuskular*. Sedangkan untuk injeksi melalui infus maupun *plug*, perawat mengatakan menggunakan jarum dan spuit lebih dari satu kali dan penyimpanan spuit dan jarum tersebut tidak

sesuai standar, yaitu spuit dan jarum suntik semua pasien ditempatkan dalam satu wadah yang tidak steril. 20% (1 perawat dan 1 pekarya) mengatakan selalu melaksanakan desinfeksi bahan kain, 70% (6 perawat dan 1 pekarya) kadang-kadang dan 10% perawat tidak pernah mendesinfeksi sendiri bahan kain. Pada pengelolaan limbah medis berupa jarum spuit, 90% (7 perawat dan 2 pekarya) mengatakan tidak pernah melaksanakannya dan 10% perawat kadang-kadang melakukan dekontaminasi jarum spuit.

2. Berdasarkan hasil observasi

Didapatkan 50% (3 perawat dan 2 pekarya) mencuci tangan tidak sesuai dengan standar prosedur, yaitu teknik mencuci tangan yang kurang tepat, tidak memakai handuk yang kering dan bersih dalam mengering tangan, dan waktu mencuci tangan kurang dari 30 detik setelah kontak dengan darah/cairan tubuh pasien. Selanjutnya 50% (3 perawat dan 2 pekarya) memakai *handscoen* tidak sesuai dengan standar prosedur antara lain; semuanya tidak melakukan pemeriksaan terhadap kebocoran *handscoen*, teknik memasang *handscoen* kurang tepat sehingga sterilitas *handscoen* tidak terjaga. Untuk pelaksanaan sterilisasi *handscoen*, 100% petugas mensterilkan *handscoen* tidak sesuai dengan standar yaitu 70% (5 perawat dan 2 pekarya) tidak melakukan dekontaminasi sebelum membersihkannya, dan komposisi pencampuran cairan *chlorin* yang digunakan untuk desinfeksi memakai perkiraan (tidak 5 banding 5, yaitu 5 bagian untuk kaporit dan 5 bagian untuk air DTT). Sedangkan untuk sterilisasi instrumen, semua (100%) perawat dan pekarya mensterilkan alat medikal bedah logam tidak sesuai standar prosedur, antara lain 80% (6 perawat dan 2 pekarya) tidak memakai *handscoen* saat mensterilkan alat serta 90% (7 perawat dan 2 pekarya) tidak melakukan dekontaminasi instrumen sebelum dicuci/disterilkan. Selanjutnya terdapat 60% (4 perawat dan 2 pekarya) melakukan desinfeksi kain tidak sesuai standar, seperti tidak menggunakan *handscoen*, tidak melakukan perendaman (desinfeksi) secara benar dan menggunakan komposisi *chlorin* berdasarkan perkiraan. Hal ini sama dengan proses desinfeksi lantai yang tidak sesuai standar.

Ketersediaan fasilitas penunjang *universal precautions* untuk bahan dan alat secara kuantitatif sudah tersedia dalam jumlah cukup kecuali ketersediaan mouthpiece, alat pelindung mata dan *standard operational procedure* tentang *universal precautions*. Sedangkan secara kualitas, ada beberapa fasilitas penunjang yang tidak sesuai standar yaitu *handscoen* yang beberapa diantaranya sangat tipis dan mudah robek serta belum pastinya komposisi cairan desinfeksi yang digunakan selama ini oleh petugas. Sedangkan untuk prasarana SOP (*Standard Operational Procedure*) yang dimiliki rumah sakit merupakan Standar operasional yang bersifat umum, bukan tentang pelaksanaan *universal precautions* yang detail dan spesifik. Selain itu pelatihan atau pendidikan yang berkelanjutan serta pengawasan/ evaluasi terhadap pelaksanaan *universal precautions* oleh pihak managerial rumah sakit juga belum ada.

Sehingga hal tersebut memungkinkan terjadinya peningkatan risiko infeksi nosokomial di rumah sakit dan lingkungan disekitarnya.

Saran

1. Bagi pihak manajemen rumah sakit perlu mempertegas komitmen berupa kebijakan tentang upaya pelaksanaan universal di rumah sakit dengan cara membuat kesepakatan standar operasional prosedur tentang prosedur *universal precautions* secara detail, melakukan sosialisasi kepada seluruh petugas kesehatan yang terkait dengan tujuan pelaksanaan *universal precautions*, mengadakan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan tentang penerapan *universal precautions* dalam rangka meningkatkan kognitif, afektif dan psikomotor petugas. Adanya penyebaran info tentang cara penularan *HIV/AIDS* ataupun *hepatitis B* serta tentang cara detail pelaksanaan *universal precautions* yang tepat kepada petugas kesehatan, mulai dari bagaimana mencuci tangan dengan benar, bagaimana efektivitas larutan desinfektan, bagaimana cara mendesinfeksi dan mensterilisasikan alat dengan benar dan lain sebagainya, perlu disertai dengan demonstrasi secara nyata sehingga mereka dapat benar-benar mampu melakukan proteksi terhadap tindakan yang berisiko menularkan atau tertular penyakit.
2. Pihak rumah sakit juga perlu mengadakan pengawasan dan evaluasi mengenai pelaksanaan *universal precautions* itu sendiri, baik dilakukan oleh atasan secara langsung atau melalui tim khusus yang terkait dengan penanggulangan infeksi nosokomial di rumah sakit. Hal ini termasuk juga penyediaan alat-alat proteksi yang berkualitas standar di unit pelayanan rumah sakit seperti *handscoen*, masker dan lain-lainnya (kualitas alat diupayakan tidak dibawah standar). Jika memungkinkan hal ini perlu ditunjang dengan adanya sanksi tegas bagi yang melanggar. Perlu juga diadakan *surveillance* mengenai prevalensi dampak-dampak yang muncul yang terkait dengan perilaku penerapan *universal precautions* yang kurang sesuai.
3. Pihak rumah sakit juga perlu membuat program pemberian dan penyebarluasan penyuluhan bagi pasien dan keluarga tentang penyakit-penyakit menular yang diakibatkan oleh kontak langsung dengan pasien atau cairan/darah pasien beserta cara penularannya, terutama yang terkait dengan perilaku petugas kesehatan yang kurang menerapkan upaya *universal precautions* saat melakukan tindakan ke pasien. Sehingga jika pasien maupun keluarga menyadari bahwa memakai *handscoen* adalah penting bagi pasien sendiri maupun petugas kesehatan, maka pasien maupun keluarga diharapkan untuk berani mengingatkan petugas kesehatan yang melakukan penyimpangan terhadap pelaksanaan *universal precautions* pada saat melakukan tindakan terhadap pasien.
4. Petugas kesehatan perlu menyadari bahwa tingkat kewaspadaan diri yang ada saat ini perlu untuk lebih ditingkatkan, mengingat prevalensi penyakit menular terutama *HIV/AIDS* maupun *Hepatitis B* di Indonesia kian meningkat. Dan dari cara penularannya, posisi petugas kesehatan adalah sangat rentan sekali, baik sebagai objek yang tertular maupun sebagai objek yang menularkan baik secara langsung maupun tak langsung kepada orang lain yang sehat sebelumnya. Oleh karena itu petugas kesehatan harus mampu berkomitmen untuk lebih meningkatkan upaya penerapan *universal precautions* di rumah sakit demi tercapainya

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar. S. 2000: Sikap, Teori dan Pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Departemen Kesehatan RI, 2003: *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan (Bulletin of Health Research) Puslitbang yantekkes* Vol 6, No 2, Desember, Surabaya.
- Persatuan Pelayanan Kristen untuk Kesehatan di Indonesia (Pelkesi), 1995: *Pengendalian infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (Pusdiknakes) dan The Ford Foundations, 1997: *AIDS dan Penanggulangannya*. Jakarta, Studio Driya Media.
- Departemen Kesehatan RI, 1997: *Pedoman Penatalaksanaan, Perawatan, Pengobatan dalam Rangka Penanggulangan AIDS*. Sub POKJA
- Pengobatan dan Perawatan Komite Nasional Penanggulangan HIV/AIDS. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1991: *AIDS Petunjuk untuk Petugas Kesehatan*. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman. Jakarta
- Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan RI, 2001: *Pedoman Penatalaksanaan Infeksi di Tempat Pelayanan Kesehatan*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2000: *Pedoman Praktik Klinik Keperawatan*. Akademi Keperawatan, Malang.
- Jaringan Epidemiologi Nasional dan The Ford Foundation, 1995: *AIDS dan Petugas Kesehatan*. Jakarta.
- JHPIEGO, 2003: *Infections Prevention Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. <http://www.reproline.jhu.edu>. Diakses tanggal 8 Agustus 2005.