

# **KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA DI RUMAH SAKIT**

Cemy Nur Fitria, S.Kep, Ns

Menurut WHO sudah menyusun panduan pencegahan dan pengendalian infeksi pencegahan dan pengendalian infeksi pada rumah sakit dan fasilitas kesehatan yang lain. Strategi yang terbukti bermanfaat dalam pengendalian infeksi nosokomial adalah peningkatan peran petugas kesehatan dalam pengendalian infeksi dengan melalui cara penerapan prosedur

Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Pasal 23 dinyatakan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang.

Unsur kewaspadaan universal yang berikut melindungi terhadap tindakan ini: Cuci tangan, Pakai alat pelindung yang sesuai, Pengelolaan alat tajam (disediakan tempat khusus untuk membuang jarum suntik dan semprit), Dekontaminasi, strelisasi, disinfeksi, Pengelolaan limbah

Setiap darah dan cairan tertentu lain dapat mengandung infeksi, tidak memandang statusnya. kewaspadaan universal dibutuhkan tidak hanya untuk melindungi terhadap penularan HIV tetapi yang tidak kalah penting terhadap infeksi lain yang dapat parah dan sebetulnya lebih mudah menular, mis. Virus hepatitis B dan C.sumbernya.

Pencegahan dan pengendalian risiko pekerjaan yang berkaitan dengan penyakit infeksi termasuk HIV-AIDS, hepatitis dan tuberculosis akan dapat dicapai apabila dipertimbangkan bersama dengan potensi bahaya di tempat kerja dan risiko di pelayanan kesehatan lainnya.

**Kata Kunci: Kesehatan, Keselamatan Kerja**

## A. PENDAHULUAN

Menteri Kesehatan (Menkes) Endang Rahayu Sedyaningsih Senin, 9 November 2009 | 08:08 WIB meminta pengelola rumah sakit mengerahkan semua sumber daya untuk mencegah dan mengendalikan penyakit infeksi yang biasa disebut infeksi nosocomial. ([www.kompas.com](http://www.kompas.com), 2009, diakses 12 Januari 2010)

Menurut WHO sudah menyusun panduan pencegahan dan pengendalian infeksi pencegahan dan pengendalian infeksi pada rumah sakit dan fasilitas kesehatan yang lain. Strategi yang terbukti bermanfaat dalam pengendalian infeksi nosokomial adalah peningkatan peran petugas kesehatan dalam pengendalian infeksi dengan melalui cara penerapan prosedur kewaspadaan. ([kompas.com](http://kompas.com), 2009 diakses 12 Januari 2010)

Prosedur kewaspadaan itu adalah kewaspadaan standar yang diterapkan kepada semua orang, termasuk pasien, petugas dan pengunjung rumah sakit; serta kewaspadaan berdasarkan penularan bagi pasien yang dicurigai telah terinfeksi. "Menjaga kebersihan dengan mencuci tangan adalah cara yang mudah dan efektif untuk mencegah infeksi dan perluasan resistensi obat antimikrobal," katanya. Ia menambahkan WHO menyarankan tenaga kesehatan menggunakan cairan berbasis alcohol untuk membersihkan tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan medis ([http://medicine.uui.ac.id/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=129](http://medicine.uui.ac.id/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=129) diakses 12 Januari 2010)

## B. LATAR BELAKANG

Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Pasal 23 dinyatakan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkau penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang. Jika memperhatikan isi dari pasal di atas maka jelaslah bahwa Rumah Sakit (RS) termasuk ke dalam kriteria tempat tempat kerja dengan berbagai ancaman bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan, tidak hanya terhadap para pelaku langsung yang bekerja di RS, tapi juga terhadap pasien maupun pengunjung RS. Sehingga sudah seharusnya pihak pengelola RS menerapkan upaya-upaya K3 di RS.

Potensi bahaya di RS, selain penyakit-penyakit infeksi juga ada potensi bahaya-bahaya lain yang juga mempengaruhi situasi dan kondisi di RS, yaitu kecelakaan yang berhubungan dengan instalasi listrik, dan sumber-sumber cedera lainnya), radiasi, bahan-bahan kimia yang berbahaya, gas-gas anastesi, gangguan psikososial dan ergonomis. Semua potensi bahaya tersebut di atas, jelas mengancam jiwa dan kehidupan bagi para karyawan di RS, para pasien maupun para pengunjung yang ada di lingkungan RS.

## C. PENGERTIAN

Pengertian beberapa hal yang berhubungan dengan infeksi nosocomial adalah:

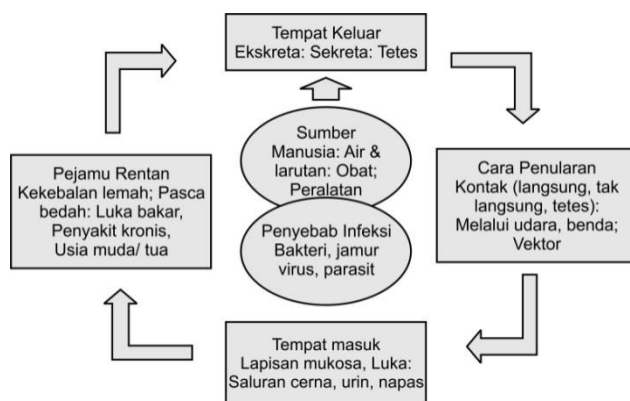
### 1. Infeksi nosocomial

Infeksi yang terdapat dalam sarana kesehatan. Sebetulnya rumah sakit memang sumber penyakit. Di Negara

maju pun, infeksi yang didapat dalam rumah sakit terjadi dengan angka yang cukup tinggi. Misalnya, di AS, ada 20.000 kematian setiap tahun akibat infeksi nosocomial. Di seluruh dunia, 10 persen pasien rawat inap di rumah sakit mengalami infeksi yang baru selama dirawat -1,4 juta infeksi setiap tahun. Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di 11 rumah sakit di DKI Jakarta pada 2004 menunjukkan bahwa 9,8 persen pasien rawat inap mendapat infeksi yang baru selama dirawat.

## 2. Rantai penularan

Infeksi nosocomial mulai dengan penyebab (di bagian tubuh gambar berikut), yang ada pada sumber. Kuman keluar dari sumber melalui tempat tertentu, kemudian dengan cara penularan tertentu masuk ke tempat tertentu, kemudian dengan cara penularan tertentu di pasien lain. Karena banyak pasien di rumah sakit rentan terhadap infeksi (terutama Odha yang mempunyai sistem kekebalan yang lemah), mereka dapat tertular dan jatuh sakit 'tambah'. Selanjutnya, kuman penyakit ini keluar dari pasien tersebut dan meneruskan rantai penularan lagi. (Yayasan Spiritia, 2006, Infeksi Nosokomial, <http://spiritia.or.id/>, diakses 12 Januari 2010))



## D. TEHNIK ISOLASI

Semua pasien yang diketahui terinfeksi penyakit menular melalui tes wajib diisolasi. Kebijakan ini menentukan tujuh kategori isolasi berdasarkan sifat infeksi (daya menular, ganas, dll). Kewaspadaan khusus (sarung tangan dsb). Dengan tingkat yang ditentukan oleh kategori hanya dipakai untuk pasien ini. Teknik isolasi mengurangi jumlah infeksi nosocomial, tetapi timbul beberapa tantangan:

1. Peningkatan dalam jenis dan jumlah infeksi menular, sehingga semakin banyak tes harus dilakukan, dan semakin banyak pasien harus diisolasi.
2. Hasil tes sering diterima terlambat, sering setelah pasien pulang.
3. Biaya sangat tinggi, bila semua orang dites untuk setiap infeksi.
4. Stigma dan diskriminasi meningkat bila hanya pasien yang dianggap berisiko tinggi dites untuk menekankan biaya.
5. Hasil tes dapat negative palsu (hasil negative walau terinfeksi), terutama dalam masa jendela, dengan akibat petugas layanan kesehatan kurang waspada.
6. Sebaliknya hasil tes positif palsu (hasil positif walau tidak terinfeksi), dengan akibat kegelisahan untuk pasien dan petugas layanan kesehatan.
7. Perhatian pada hak asasi mengharuskan pasien memberi *informed consent* (disertai oleh konseling untuk HIV) – apa yang dilakukan bila pasien tidak menyetujui tes?
8. Sangat sulit menjaga kerahasiaan.

## E. DASAR PEMIKIRAN KEWASPADAAN UNIVERSAL

Sejak AIDS diketahui, kebijakan baru yang bernama kewaspadaan universal (KU) dikembangkan. Kebijakan ini menganggap

bahwa setiap darah dan cairan tertentu lain dapat mengandung infeksi, tidak memandang status sumbernya. Lagi pula, semua alat medis harus dianggap sebagai sumber penularan, dan penularan dapat terjadi pada setiap layanan kesehatan, termasuk layanan kesehatan gigi dan persalinan, pada setiap tingkat (klinik dan puskesmas sampai dengan rumah sakit rujukan). Harus ditekankan bahwa kewaspadaan universal dibutuhkan tidak hanya untuk melindungi terhadap penularan HIV tetapi yang tidak kalah penting terhadap infeksi lain yang dapat parah dan sebetulnya lebih mudah menular, mis. Virus hepatitis B dan C. Petugas layanan kesehatan harus menerapkan kewaspadaan universal secara penuh dalam hubungan dengan semua pasien.

Kita biasanya menganggap cairan yang dapat menular HIV sebagai darah, cairan kelamin dan ASI saja. Namun ada cairan lain yang dapat mengandung kuman lain, dan dalam sarana kesehatan, lebih banyak cairan tubuh biasanya tersentuh. Contohnya, walaupun tinja tidak mengandung HIV, cairan berikut mengandung banyak kuman lain:

1. Nanah
2. Cairan ketuban
3. Cairan limfa
4. Ekskreta: air seni, tinja
5. Dll...

Kegiatan yang paling berisiko jelas ada beberapa kegiatan yang umum dilakukan oleh petugas layanan kesehatan yang menimbulkan risiko, termasuk:

1. Suntikan/ ambil darah
2. Tindakan bedah
3. Tindakan kedokteran gigi
4. Persalinan
5. Bersihkan darah/ cairan lain

Sebaliknya ada beberapa perilaku yang salah, yang menempatkan petugas layanan

kesehatan atau pasien dalam keadaan berisiko, termasuk:

1. Tutup jarum suntik kembali
2. Salah letak jarum atau pisau/ alat tajam
3. Sentuh pasien tanpa cuci tangan

Unsur kewaspadaan universal yang berikut melindungi terhadap tindakan ini:

1. Cuci tangan
2. Pakai alat pelindung yang sesuai
3. Pengelolaan alat tajam (disediakan tempat khusus untuk membuang jarum suntik dan semprit)
4. Dekontaminasi, strelisasi, disinfeksi
5. Pengelolaan limbah

Unsur kedua kewaspadaan universal adalah penggunaan alat pelindung yang sesuai tindakan. Alat yang dibutuhkan dapat hanya sarung tangan (mis. Untuk ambil darah) hingga semua alat ini yang dibutuhkan oleh seorang bidan waktu membantu kelahiran. Namun perawat yang hanya menyentuh pasien tidak membutuhkan sarung tangan – yang penting cuci tangan sebelum dan sesudahnya.

1. Sarung tangan
2. Celemek
3. Masker – pelindung muka
4. Kacamata
5. Pelindung kaki

Kewaspadaan universal tidak hanya dibutuhkan dalam sarana kesehatan resmi, tetapi juga terkait perawatan di rumah. Sekali lagi, tujuan utama adalah untuk melindungi Odha dan keluarga/ tim perawatan dari berbagai infeksi, bukan hanya HIV – justru risiko penularan HIV pada keluarga di rumah sangat amat rendah. Jadi kita harus menganggap sebagian besar cairan tubuh sebagai sumber infeksi.

Prosedur kewaspadaan universal untuk perawatan di rumah serupa dengan di rumah sakit, hanya mungkin lebih sederhana. Bila tidak ada sarung tangan, secara darurat kita dapat memakai kantong plastic yang

utuh. Yang penting kita menutup semua luka pada kulit dengan plester luka. Mungkin yang paling penting adalah untuk menjaga kebersihan rumah. Cuci biasanya tidak membutuhkan perhatian khusus asal tidak tercemar cairan; bila tercemar lebih baik dicuci dengan pemutih dulu (larutan klorin 0,5%) dengan memakai sarung tangan, kemudian dapat dicuci dengan sabun seperti biasa. (Yayasan spiritia, 2006, Infeksi Nosokomial, (<http://spiriti.or.id/>, diakses 12 Januari 2010))

## **F. LINGKUNGAN TEMPAT KERJA**

1. Isu tempat kerja: HIV/ AIDS adalah isu tempat kerja, karena dapat mempengaruhi angkatan kerja, dan arena tempat kerja dapat memainkan peran vital dalam membatasi penularan dan dampak epideminya.
2. Lingkungan kerja yang sehat: Tempat kerja harus meminimalkan risiko pekerjaan, dan disesuaikan dengan kesehatan dan kemampuan pekerja.

## **G. SEKTOR KESEHATAN SEBAGAI TEMPAT KERJA**

Pencegahan dan pengendalian risiko pekerjaan yang berkaitan dengan penyakit infeksi – termasuk HIV-AIDS, hepatitis dan tuberkulosis akan dapat dicapai apabila dipertimbangkan bersama dengan potensi bahaya di tempat kerja dan risiko di pelayanan kesehatan lainnya. Skala risiko pekerjaan di sektor kesehatan tidak jelas, sebagian disebabkan stigma dan kesalahan yang ditimpahkan kepada pelaporan luka tajam dan kurangnya profilaksis pasca paparan yang tersedia.

Kebijakan dan program tempat kerja harus menjamin perlindungan terhadap stigma dan diskriminasi, menjamin penyediaan pengobatan, kepedulian dan

dukungan, dan memungkinkan akses terhadap santunan berdasarkan undang-undang, tanpa memandang bagaimana cara HIV didapat. Unsur-unsur utama dari kebijakan dan program tempat kerja seperti yang dijelaskan di bawah ini dengan penekanan pada keperluan khusus terhadap pelayanan kesehatan. Rujukan kepada instrument-instrumen kunci dari hukum, kebijakan dan teknis akan dijelaskan untuk membantu pemakai dalam mendapatkan informasi tambahan yang dianggap baik oleh ILO maupun oleh WHO sebagai valid dan relevan.

Upaya intervensi dalam pelayanan kesehatan akan lebih sukses bila upaya tersebut merupakan bagian kampanye yang lebih luas untuk mengurangi stigma dan diskriminasi. Dalam pelayanan kesehatan, stigma dan diskriminasi dapat dikurangi secara bermakna melalui kombinasi intervensi yang saling mendukung seperti:

1. Penerapan kebijaksanaan tempat kerja yang secara tegas melarang diskriminasi dalam pekerjaan tanggung jawab profesional;
2. Penyediaan perawatan yang komprehensif, termasuk program kesejahteraan dan penyediaan TAR untuk meningkatkan kualitas kehidupan;
3. Pelatihan yang sesuai bagi personil pada semua tingkat tanggung jawab, untuk meningkatkan pengertian terhadap HIV/AIDS dan mengurangi sikap negative dan diskriminatif terhadap kolega dan pasien yang hidup dengan penyakit ini. Pelatihan ini harus menyediakan pekerja kesehatan.
4. Informasi tentang cara penularan HIV/AIDS dan penyakit infeksi lainnya, tingkat risiko pekerjaan, untuk mengatasi ketakutan terhadap kontak fisik dengan pasien dan memberikan landasan untuk belajar terus-menerus;

5. Keterampilan inter-personal, untuk membantu pekerja kesehatan mengerti dampak HIV/ AIDS dan beban stigma, dan memberi mereka keterampilan untuk berkomunikasi dengan pasien, kolega dan lainnya dengan cara yang saling menghargai dan nondiskriminatif;
6. Teknik mengelola stress dan menghindari kehabisan tenaga, seperti melalui ketentuan tingkat personalia yang memadai; lebih banyak kesempatan meningkatkan keterlibatan dalam bagaimana cara tersebut dilaksanakan; menetapkan pola-pola kerja shift; rotasi kerja; promosi dan pengembangan pribadi; pengenalan awal dari stress; pengembangan pribadi; pengenalan awal dari stress; pengembangan keterampilan berkomunikasi untuk supervise; kelompok pendukung staf; dan waktu diluar tempat kerja;
7. Kewaspadaan terhadap peraturan perundangan yang berlaku yang melindungi hak-hak pekerja sector kesehatan dan pasien, tanpa memandang status HIV mereka.

## **H. PENCEGAHAN & PERLINDUNGAN TERHADAP PATHOGEN**

Pekerja dalam pelayanan kesehatan, seperti pekerja tempat lain, mungkin menghadapi potensi bahaya kimia, fisik, ergonomic, atau potensi bahaya psikososial (seperti stress, pelecehan dan kekerasan). Disamping itu dalam pelayanan kesehatan terdapat potensi bahaya khusus yaitu infeksi pathogen yang memerlukan upaya preventif dan perlindungan yang khusus pula.

Risiko terpajan pathogen seperti HIV dan hepatitis B dan C harus diberitahukan secara komprehensif untuk memastikan bahwa pencegahan dan perlindungan yang

sedang berjalan, juga profilaksis yang segera diberikan bila terjadi pajanan okupasi dilaksanakan dengan baik. Perhatian terhadap pathogen tular darah tidak menghilangkan atau mengurangi kebutuhan untuk memperhatikan risiko dari pathogen yang ditularkan melalui saluran pernafasan, saluran pencernaan dan kontak lain.

Banyak upaya yang dirancang untuk mencegah pajanan terhadap HIV dan pathogen melalui darah bersifat langsung pada tujuan dan menjadi bagian dari program K3 di tempat kerja. Penanganan kejadian pajanan HIV dan profilaksis pasca pajanan, memerlukan pengetahuan teknis, khususnya kerangka kerja bagi kepedulian dan dukungan yang solid untuk memenuhi kebutuhan pekerja yang terinfeksi. Pekerja sector kesehatan yang memberi pelayanan terhadap komunitas pasien dengan prevalensi HIV/ AIDS yang tinggi, juga mempunyai risiko lebih tinggi terpajan tuberculosis.

Dalam situasi tersebut, sangat penting bahwa rencana pengendalian pajanan tuberculosis akibat kerja yang komprehensif juga dibuat untuk melengkapi rencana pengendalian pajanan HIV/ AIDS. Masalah-masalah pencegahan dan perlindungan yang dijelaskan dalam pedoman khusus yang dibuat bersama oleh ILO dan WHO. Sejumlah lembar fakta dilampirkan pada pedoman ini memberikan informasi teknis tambahan tentang cara kerja ama sesuai dengan peraturan national dan protocol imunisasi yang relevan, pengusaha harus menyediakan satu seri vaksinasi hepatitis B bagi semua pekerja sector kesehatan yang mungkin terpajan terhadap darah dan cairan tubuh. Pengusaha harus menjaga agar mereka secara teratur mendapat informasi dari kemajuan dalam pengembangan dan ketersediaan vaksin baru. (United Kingdom Department of health, <http://dh.gov.uk>)

## **I. IDENTIFIKASI POTENSI BAHAYA**

Manajemen risiko dimulai dengan identifikasi keadaan, kegiatan dan tugas-tugas dalam tempat kerja yang mungkin menyebabkan pekerja sector kesehatan berisiko terpajan HIV dan infeksi melalui darah lainnya atau infeksi oportunistik. Identifikasi potensi bahaya harus dilakukan dengan cara berikut:

1. Tanya para pekerja, Suatu prosedur untuk memastikan bahwa pekerja sector kesehatan dapat melaporkan dugaan potensi bahaya tanpa sanksi harus dibangun dan diterapkan. Hal ini memerlukan suatu program aktif untuk mendidik pekerja sector kesehatan tentang pentingnya pelaporan dan bagaimana dan kapan melapor.
2. Analisa laporan kejadian pajanan terhadap darah atau cairan tubuh. Gunakan data ini untuk menentukan kecenderungan, mengidentifikasi kegiatan-kegiatan dan tugas berisiko tinggi; mengevaluasi pelaporan dan prosedur pendokumentasian; dan pemantauan keefektifan tindak lanjut dan kegiatan koreksi yang telah diambil.
3. Lakukan survey terhadap tata ruang tempat kerja, cara kerja dan sumber-sumber pajanan lainnya. Hal ini harus mencakup semua kemungkinan sumber pajanan terhadap darah dan cairan tubuh, termasuk kemungkinan risiko terhadap yang ada diluar, tapi berhubungan dengan tempat kerja; hal ini khususnya penting bagi pekerja yang bertugas dalam pengolahan limbah perawatan kesehatan. Survey harus mengidentifikasi semua klasifikasi pekerjaan, pengetahuan, sikap dan cara kerja yang kelihatannya menempatkan.

## **J. CARA KERJA AMAN**

Inti dari cara kerja aman untuk mengurangi risiko penularan HIV dan infeksi melalui darah lainnya di tempat kerja adalah kewaspadaan standar, higiene perseorangan, dan program pengendalian infeksi. Pengusaha harus memastikan bahwa sarana cuci tangan tersedia pada tempat yang ditandai dengan jelas dalam tempat kerja. Sarana cuci tangan harus dilengkapi dengan pasokan air yang cukup, sabun dan handuk sekali pakai. Dimana tidak mungkin menggunakan air mengalir, cara alternative untuk cuci tangan harus disediakan, seperti alcohol 70% untuk pengoles tangan. Pekerja harus mencuci tangan mereka pada awal dan akhir setiap shift, sebelum dan sesudah merawat pasien, sebelum dan sesudah makan, minum, merokok dan pergi ke kamar kecil, dan sebelum dan sesudah keluar dari daerah kerja mereka.

Pekerja harus mencuci dan mengeringkan tangan mereka setelah kontak dengan darah atau cairan tubuh dan segera setelah membuka sarung tangan. Mereka harus juga mengecek apakah ada sayatan atau lecet pada bagian tubuh yang terpajan, dan gunakan perban kedap air untuk menutup setiap temuan. Pekerja harus didorong untuk melaporkan setiap reaksi yang mereka dapat terhadap cuci tangan yang sering dan bahan-bahan yang digunakan, untuk tindakan yang tepat oleh pengusaha. (WHO: *Guidelines on prevention and control of hospital associated infections*, Regional Office for South-East Asia (New Delhi, 2002, [http://whqlibdoc.who.int/searo/2002/SEA\\_HLM\\_343.pdf](http://whqlibdoc.who.int/searo/2002/SEA_HLM_343.pdf)., diakses 17 Januari 2010)

## **K. PENANGANAN BENDA-BENDA TAJAM DAN PERALATAN INJEKSI SEKALI PAKAI YANG AMAN**

Pengusaha harus membuat prosedur untuk menangani dan membuang benda-benda tajam, termasuk alat-alat suntik, dan memastikan bahwa pelatihan, pemantauan dan evaluasi penerapannya dilaksanakan dengan baik. Prosedur tersebut harus mencakup:

1. Penempatan wadah tahan tusukan yang diberi tanda dengan jelas untuk membuang benda-benda tajam ditempatkan sedekat mungkin ke daerah dimana benda-benda tajam tersebut digunakan atau ditemukan;
2. Penempatan ulang yang teratur dari wadah benda-benda tajam sebelum mereka mencapai garis isi dari manufaktur atau bila mereka sudah setengah penuh; wadah harus ditutup sebelum dibuang;
3. Pembuangan dari benda tajam yang tidak bisa dipakai ulang dalam wadah yang ditempatkan dengan aman, yang memenuhi peraturan nasional yang relevan dan pedoman teknis;
4. Hindari penutupan ulang dan manipulasi jarum dengan tangan lainnya, dan, bila penutupan jarum diperlukan, gunakan teknik sekop dengan satu tangan; tanggung jawab untuk pembuangan yang benar oleh orang yang menggunakan benda-benda tajam; tanggung jawab untuk pembuangan yang tepat dan melaporkan setiap kejadian oleh setiap orang yang menemukan benda tajam. (WHO/World Bank: *health-care waste management at a glance*, June 2003, <http://www.health>, diakses 22 Januari 2010)

#### **L. PEMBERSIHAN TUMPAHAN DARAH**

Tumpahan darah harus dinilai dan ditangani segera. Waktu membersihkan cairan darah:

1. Sarung tangan yang sesuai harus dipakai;
2. Bahan penyerap seperti lap kertas, kain atau serbuk gergaji, harus digunakan untuk menyerap darah atau cairan tubuh;
3. Semua bahan harus disimpan dalam kantong sampah yang anti bocor setelah digunakan;
4. Daerah tersebut kemudian harus dibersihkan dan disinfeksi menggunakan bahan disinfeksi yang sesuai;
5. Pekerja harus didorong untuk melaporkan semua kejadian pajanan.

#### **M. PENANGANAN DAN PEMBUANGAN TUBUH/ JASAD**

Bila ada risiko kontak dengan darah dan cairan tubuh dalam menangani tubuh/ jasad untuk tujuan apapun, kewaspadaan standar harus digunakan. Sarung tangan harus digunakan bersama pakaian pelindung lainnya bila perlu. Tempat pipa aliran dan luka terbuka harus ditutup dengan penutup kedap air. Semua tubuh yang akan dipindahkan untuk penyimpanan atau pemeriksaan post mortem atau kepada suatu pembakaran harus diperiksa untuk memastikan tidak ada benda tajam tertinggal didalamnya. (WHO/ World Bank: *health-care waste management at a glance*, June 2003, <http://helath>, diakses 22 Januari 2010)

#### **N. BINATU (LAUNDRY)**

Harus ada prosedur untuk mendistribusikan seprei/ selimut bersih dan mengumpulkan, menangani, menyimpan, mengangkat dan membersihkan seprei/ selimut yang telah dipakai. Semua seprei/ selimut yang telah dipakai diperlukan sebagai potensial infeksius, dan ditempatkan dalam kantong standar untuk seprei.



Bila ada risiko kontaminasi akibat cairan tubuh, kantong untuk seprei harus ditempatkan dalam kantong plastic yang tahan bocor. Kantong untuk seprei/ selimut harus diisi hanya tiga perempatnya dan harus diamankan sebelum diangkut, sarung tangan kulit atau bahan tahan tusukan lainnya harus dipakai karena benda-benda tajam mungkin tertinggal dalam seprei/ selimut.

Wadah untuk benda tajam harus tersedia untuk membuang benda tajam yang ditemukan bila mensortir seprei/ selimut yang telah dipakai bila benda tajam ditemukan atau timbul pajanan, harus dilaporkan dan dicatat. Semua seprei/ selimut harus dicuci dengan deterjen. Bila tidak ada akses pada pelayanan spesialis, pakaian atas seprei/ selimut yang terkontaminasi harus dicuci dengan deterjen menggunakan air panas dengan mesin cuci rumah tangga, dan air panas mesin cuci rumah tangga, dan air panas dengan suhu paling kurang 80°C, atau cuci kering diikuti penyeterikaan. Mesin cuci kering diikuti penyeterikaan. Mesin cuci dengan beban berlebihan harus dihindari. Bila mencuci dengan tangan tidak bisa dihindari sarung tangan karet rumah tangga harus dipakai. (WHO/ Worl Bank: *health-care waste management at a glance*, June 003, <http://healthcarewaste.org/linked/onlinedocs/WW08383.pdf>, diakses 22 Januari 2010)

## O. PENGELOLAAN LIMBAH

Limbah pelayanan kesehatan mempunyai potensi lebih besar menyebabkan infeksi dan kesakitan daripada jenis limbah lainnya. Penanganan limbah pelayanan kesehatan yang buruk dapat menimbulkan konsekwensi yang serius terhadap kesehatan masyarakat dan lingkungan. Memperhatikan limbah yang mereka hasilkan, karena itu pengusaha pelayanan kesehatan mempunyai “tugas kepedulian” kepada pekerja yang terlibat, dalam lingkungan.

Pengusaha harus membuat prosedur pengelolaan limbah yang memenuhi hukum dan praktek nasional. Prosedur tersebut harus memberikan perhatian khusus pada limbah infeksius dan benda tajam dan harus mencakup:

1. Pengemasan dan penandaan limbah per kategori;
2. Pembuangan awal dari limbah dalam daerah tidak dihasilkan limbah;
3. Pengumpulan dan transportasi limbah keluar dari daerah dimana dia dihasilkan; penyimpanan, pengolahan dan pembuangan akhir limbah sebagaimana dituntut oleh peraturan dan pedoman teknis yang relevan. (ILO: Technical and ethical guidelines for workers' healthsurveillance (Geneva, 1998), <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/index.htm>. Diakses 21 Januari 2010)

## DAFTAR PUSTAKA

Yayasan Spiritia, 2006, Infeksi Nosokomial, <http://spiritia.or.id/>, diakses 12 Januari 2010

\_\_\_\_\_, 2010 [http://medicine.uui.ac.id/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=129](http://medicine.uui.ac.id/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=129), diakses 12 Januari 2010)

ILO: Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance (Geneva, 1998), <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/index.htm>. Diakses 21 Januari 2010)

Guidance for clinical health-care workers: Protection against infection with blood-borne viruses, HSC1998/063, United Kingdom Department of health, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/74/04014474.pdf>, diakses 21 Januari 2010)

\_\_\_\_\_, 2009, [www.kompas.com](http://www.kompas.com), diakses 12 Januari 2010

United Kingdom Department of health, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/0401/44/74/04014474.pdf>, diakses 21 Januari 2010)

WHO/ World Bank: Health-Care Waste Management at a Glance, June 2003, <http://www.healthcarewaste.org/linked/onlinedocs/WW0883.pdf>. diakses 22 Januari 2010)