

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT TENTANG
KEWASPADAAN UNIVERSAL DENGAN PELAKSANAAN KEWASPADAAN
UNIVERSAL DI RSUD KABUPATEN PETAJAM PASER UTARA**

SKRIPSI



**DI AJUKAN OLEH
HERY SULISDIYANTO
1311308230779**

**PROGAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2015

Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat tentang Kewaspadaan Universal dengan Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di RSUD Kabupaten Penajam Paser Utara

Hery Sulisdiyanto¹, Supriadi², Rusni Masnina³

INTISARI

Latar Belakang: Peran perawat menjadi penting dalam menjalankan fungsi keselamatan pasien terutama dalam hal pencegahan penularan penyakit. Oleh sebab itu, telah banyak upaya untuk mengatasi hal tersebut terutama melalui kebijakan kewaspadaan universal. Namun, tingkat kepatuhan terhadap upaya pelaksanaan standar operasional prosedur kewaspadaan universal, masih belum berjalan dengan baik.

Tujuan Penelitian: mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara

Metode Penelitian: Penelitian non eksperimental dengan metode deskriptif korelasimenggunakanpendekatan *Cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*, dengan jumlah sampel penelitian 50 responden, sedangkan instrumen penelitian data menggunakan kuesioner.

Hasil Penelitian: Hasil penelitian didapatkan mayoritas responden adalah perempuan (82%), lebih separuhnya berumur <30 tahun (54%) dengan mayoritas pendidikan D3 Keperawatan (86%) dan mayoritas berstatus menikah (86%) dan sebagian besar berpenghasilan > Rp 5.500.000. pengetahuan responden tentang kewaspadaan universal di RSUD Penajam menunjukkan bahwa skor rata-rata 26,75 (95% CI: 34,96 – 38,51) yang secara umum pengetahuan responden rata-rata sedang. Sikap responden tentang kewaspadaan universal di RSUD Penajam menunjukkan bahwa skor rata-rata 95,72 (95% CI: 94,15 – 97,29) yang secara umum sikap responden rata-rata baik tentang kewaspadaan universal. Pelaksanaan kewaspadaan universal di RSUD Penajam skor rata-ratanya 98,18 (95% CI: 95,22 – 101,14), dengan demikian pelaksanaan kewaspadaan universal di RSUD rata-rata baik.

Kesimpulan: Ada hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan kewaspadaan universal, sifat hubungan sedang dan berpola positif (p value 0,000; α 0,005; r : 0,747). Ada hubungan sikap perawat dengan pelaksanaan kewaspadaan universal, sifat hubungan sedang dan berpola positif (p value 0,000; α 0,005; r : 0,605).

Kata Kunci: *kewaspadaan universal, sikap perawat, pengetahuan perawat.*

¹Mahasiswa Program Studi S1 keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda

²Poltekes Samarinda

³Stikes Muhammadiyah Samarinda

**Relationship of Knowledge and Attitude About Universal Precation with
Implementation of Universal Precation at Penajam
Paser Utara General Hospital**

Hery Sulisdiyanto¹, Supriadi², Rusni Masnina³

ABSTRACT

Background:The nurse role is very important in carrying out function of patient safety, especially from universal precation policy. But, level of compliance universal precation procedure still not going well

Objective: The aim of this study is to determine relationship of knowledge of attitude about universal precation with implementation of universal precation

Methods: This study used a descriptive correlation design. Withtotal Sampling technique, with total sample of 50 respondents. Techniques of data collection using questionnaires.

Results:The result of this research are mostly respondent is women (82%), age <30 years (54%) and mostly of respondent marriage status is married (86%) and mostly have salary > 5.500.000 idr. Responden's knowledge about universal precation at Penajam Paser Utara General Hospital showing 26,75 (95% CI: 34,96 – 38,51, that mean if Responden's knowledge about universal precation is average. Responden's attitude about universal precation at Penajam Paser Utara General Hospital showing rata 95,72 (95% CI: 94,15 – 97,29), that mean if Responden's knowledge about universal precation is average.

Conclusion:There is relationship of nurse's knowledge with implementation of universal precation, (p value 0,000; α 0,005; r: 0,747). There is relationship of nurse's attitude with implementation of universal precation (p value 0,000; α 0,005; r: 0,605).

Keywords:universal precation, knowledge, attitude.

¹Student S1 Nursing Programme of STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Poltekkes Samarinda Samarinda

³STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	61
B. Populasi dan Sampel.....	61
C. Waktu pdan Tempat Penelitian.....	62
D. Definisi Operasional	63
E. Instrumen Penelitian	64
F. Uji Validitas dan Realibilitas	67
G.TeknikPengumpulan Data	70
H. Analisis Data.....	71
I. Etika Penelitian.....	74
J. Jalannya Penelitian	75
K.Jadwal Penelitian	77

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	61
B. Pembahasan.....	61
C. Keterbatasan Penelitian.....	62

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan di seluruh dunia tengah mendapat tantangan sekaligus sorotan, terutama berkaitan dengan keselamatan pasien. Banyak pihak yang memberikan kritik pada kondisi tersebut, karena pelayanan kesehatan merupakan tempat untuk memberikan layanan kesehatan untuk mengurangi kesakitan dan kematian, namun justru yang terjadi sebaliknya. Kondisi tersebut terjadi pada layanan kesehatan di rumah sakit.

Menjawab tantangan dan sorotan tersebut, lembaga akreditasi internasional yang dikenal dengan nama *Joint Commision International* (JCI) dalam salah satu komponennya memasukkan keselamatan pasien (JCI, 2011). Komponen ini untuk menilai tingkat keselamatan pasien yang dilayani di rumah sakit baik akibat kecelakaan kerja, kejadian tidak diinginkan maupun karena infeksi nosokomial. Komponen ini untuk menjawab kritik tentang pelayanan kesehatan pada umumnya yang menganggap pelayanan kesehatan saat ini tidak dirancang untuk keselamatan pasien (Cahyono, 2008), termasuk juga pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

Saat ini tantangan terus meningkat, bagi perawat dan professional pelayanan kesehatan lainnya untuk mencegah dan menangani infeksi pada pasien dan tenaga pelayanan kesehatan. Faktor-faktor penunjang peningkatan ini adalah meningkatnya pasien yang lemah yang masuk

kerumah sakit, yaitu pasien yang mengalami immunosupresif seperti diabetes mellitus, pasien gangguan imun seperti AIDS dan pasien-pasien autoimun lain yang mendapat terapi kortikosteroid dalam jangka waktu yang lama. Disamping itu, meningkatnya teknologi invasif beresiko tinggi. Bahkan Alvarado (2000, dalam Tietjen, Bossemeyer & McIntos, 2004) menyatakan bahwa angka infeksi dirumah sakit (nosokomial) dan infeksi dari pekerjaan merupakan masalah penting di seluruh dunia dan terus meningkat. Tingkat infeksi nosokomial di Eropa dan Amerika Serikat berkisar 1% sementara di Negara-negara Asia, Amerika Latin dan Afrika mencapai 40 % (Lynch, dkk. 1997, dalam Tietjen, Bossemeyer & McIntos, 2004)

Sebagian besar infeksi ini dapat dicegah dengan strategi-strategi yang sudah relatif murah. Oleh sebab itu, tenaga pelayanan kesehatan, tidak terkecuali pelayanan keperawatan, harus mengerti mekanisme pertahanan tubuh dan bagaimana mekanisme pertahanan tubuh ini terancam oleh pengobatan pasien dan prosedur dengan menerapkan kewaspadaan universal (*universal precaution*) dan pencegahan infeksi nosokomial, terutama penyakit infeksi yang sangat menular seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

Meskipun hepatitis B sekarang dapat dicegah dengan vaksin, namun HIV dan hepatitis C masih merupakan resiko bagi tenaga pelayanan kesehatan dan pasien. Terutama pada mereka yang mengalami luka akibat tusukan jarum atau insrtumen tajam lainnya yang terkontaminasi. Disamping hal tersebut, penyakit infeksi lama yang semakin virulen misalnya

tuberkulosis yang resisten terhadap pengobatan yang lazim diberikan. Untuk itu, upaya pecegahan yang harus dilakukan melalui kewaspadaan umum atau kewaspadaan universal.

Kewaspadaan umum/ kewaspadaan universal (*universal precaution*) pertama kali diterapkan di Amerika Serikat sekitar tahun 1987 melalui implementasi OSHA (*Occupational Safety and Health Administration*). *Universal precaution* atau kewaspadaan universal adalah pedoman yang bertujuan untuk mencegah penyebaran berbagai penyakit yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh lainnya di lingkungan rumah sakit, atau sarana kesehatan lainnya (Fairchild, 1996). Konsep dan prinsip yang dianut dari kewaspadaan universal adalah bahwa semua darah dan cairan tubuh harus dikelola sebagai sumber yang dapat menularkan HIV, Hepatitis B dan berbagai penyakit lainnya yang ditularkan melalui darah. Sejak diberlakukannya di rumah sakit dan klinik, strategi ini ternyata dapat melindungi petugas kesehatan dari tertularnya penyakit dari pasien, dan atau dari pasien satu ke pasien yang lain, serta penularan dari petugas ke pasien (Perry & Potter, 2009).

Namun standar ini belum bisa menunjukkan dapat mencegah cedera oleh jarum yang terkontaminasi dan terpapar oleh cairan tubuh pasien. Strategi ini terus dikembangkan lagi dengan kewaspadaan terhadap *body substance isolation* (BSI) atau isolasi duh tubuh (IDT). Pendekatan ini difokuskan untuk melindungi pasien dan petugas kesehatan dari semua

lendir atau duh tubuh (sekret dan ekskreta) yang berpotensi menginfeksi, dan ini tidak hanya berlaku pada darah.

Penggunaan strategi kewaspadaan umum *Universal Precaution* (UP) dan isolasi duh tubuh ternyata belumlah komprehensif. Penyakit-penyakit yang ditularkan lewat udara belum dimasukkan. Pada tahun 1996, *Center for Diseases Control (CDC)* Amerika Serikat mengeluarkan pedoman baru yang meliputi kewaspadaan universal atau kewaspadaan baku yang diterapkan untuk semua klien dan pasien yang mengunjungi fasilitas layanan kesehatan dan kewaspadaan berdasarkan penularan, yang diterapkan untuk pasien yang dirawat inap (Garner & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee 1996 dalam Tietjen, Bossemeyer & McIntos, 2004). Strategi tersebut diatas juga sudah diadopsi di Indonesia, karena banyaknya kerentanan pada pasien yang dirawat di rumah sakit.

Saat ini di Indonesia, angka penyakit infeksi masih sangat tinggi dan bervariasi. Tuberkulosis paru, thypus abdominalis, hepatitis virus merupakan penyakit endemis di Indonesia. Ditambah lagi dengan HIV/ AIDS yang jumlahnya terus meningkat. Pada akhir 2000 diperkirakan jumlah penderita HIV positif dan AIDS sekitar 30 – 40 juta diseluruh dunia (Depkes RI, 1994; Sud'an, 1997). Sementara di Indonesia, WHO dan United Nations Development Programme memperkirakan ada 2,5 juta kasus HIV/ AIDS di Indonesia pada tahun 2000 yang lalu (Yatim ,1999). Data riil terakhir menunjukkan peningkatan yang tajam menjadi 127.416 kasus HIV, yang sudah berkembang menjadi AIDS sebanyak 52.348 orang, dan yang

dilaporkan meninggal sebanyak 9.585 orang (Direktorat Pemberantasan Penyakit & Penyehatan Lingkungan, 2013).

Infeksi virus Hepatitis dan tuberculosis paru merupakan penyakit menular terpenting dalam kaitan dengan petugas kesehatan dan pasien di rumah sakit. Infeksi virus hepatitis terutama Hepatitis B dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang berat, penyakit akut yang fatal, yang dapat menyebabkan kehilangan kemampuan bekerja atau dapat menular ke orang lain. Pengidap penyakit virus Hepatitis B ini dapat berkembang menjadi sirosis hati atau kanker hati. Komplikasi yang paling sering dari Hepatitis virus yang paling sering adalah hepatitis kronis yaitu sekitar 5 – 10 %. Hepatitis kronik aktif dapat berkembang dari 50 % klien Hepatitis Virus C dan 1 – 3 % pada hepatitis virus B (Price dan Wilson, 2005).

Sampai saat ini data pasti tentang penderita hepatitis virus belum ada. Frekuensi HBsAg (*Hepatitis B surface antigen*) pada masyarakat sehat di Indonesia berkisar antara 3 – 17 % (Handojo, dkk, 1988, dikutip oleh Djauzi, 1997). Dari penelitian yang dilakukan di Mataram pada karyawan kesehatan menunjukkan 13,6 % HbsAg positif. Sedangkan anti-Hbs positif 44,9 %. Penelitian pada donor darah di kota yang sama menunjukkan 5,6 % HbsAg positif sedangkan anti-HBs adalah 28,5 % (Djauzi, 1997). Angka ini menunjukkan bahwa strategi kewaspadaan universal yang tidak dijalankan dengan baik dan ketidakpatuhan tenaga kesehatan terhadap kebijakan strategi tersebut.

Penelitian ini akan menjadikan perawat sebagai subyek penelitian karena sifat dan risiko pekerjaannya. Pekerjaan perawat yang berhubungan dengan penyakit infeksi dapat menjadi media penularan penyakit infeksi dari satu pasien ke pasien yang lainnya. Di pihak lain, perawat juga berisiko untuk tertular penyakit dari pasien yang dirawatnya.

Peran perawat menjadi penting dalam menjalankan fungsi keselamatan pasien terutama dalam hal pencegahan penularan penyakit. Oleh sebab itu, telah banyak upaya untuk mengatasi hal tersebut terutama melalui kebijakan kewaspadaan universal. Namun, tingkat kepatuhan terhadap upaya pelaksanaan standar operasional prosedur kewaspadaan universal, masih belum berjalan dengan baik. Banyak faktor yang mempengaruhi kondisi tersebut, yaitu faktor individu yang meliputi jenis kelamin, umur, jenis pekerjaan atau profesi, lama kerja, tingkat pengetahuan dan tingkat pendidikan. Faktor psikososial yang meliputi sikap terhadap penyakit HIV/AIDS, ketegangan dalam suasana kerja, rasa takut dan persepsi terhadap risiko. Terakhir faktor organisasi manajemen yang meliputi kesepakatan untuk membuat suasana lingkungan kerja yang aman, adanya dukungan dari rekan sekerja dan adanya pelatihan (Saifuddin, 2006). Berdasarkan pendapat tersebut maka pelaksanaan kewaspadaan universal masih perlu di tingkatkan di seluruh tatanan kesehatan, termasuk rumah sakit.

Pelaksanaan kewaspadaan universal ini menjadi kompleks karena merupakan perilaku tenaga kesehatan termasuk perawat. Perilaku ini dibentuk oleh pengetahuan dan sikap seseorang (Green, dalam Notoatmodjo, 2010). Atas teori tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa pengetahuan seseorang berhubungan dengan pelaksanaan kewaspadaan universal. Pengetahuan seseorang tersebut akan mempengaruhi sikapnya juga dalam pelaksanaan kewaspadaan universal.

Data pelaksanaan kewaspadaan universal di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara belum maksimal. Fenomena yang ditemukan peneliti masih cukup tingginya infeksi nosokomial. Data tahun 2012, pasien yang dirawat inap dan terpasang infus 20% mengalami plebitis. Pasien rawat inap yang mengalami gangguan kesadaran dan gangguan mobilisasi, 15% decubitus. Masih juga ditemukan secara sporadis infeksi lain seperti infeksi saluran kemih, infeksi luka operasi dan pneumonia.

Berdasarkan hasil penelitian pendahuluan ditemukan pula pengetahuan perawat tentang kewaspadaan universal masih beraviasi. Dari 10 orang perawat yang ditemui dan dilakukan wawancara 60% saja yang memiliki pengetahuan yang baik dan sisanya kurang baik. Kesimpulan ini diambil setelah melakukan pertanyaan tidak terstruktur tentang pengertian, tujuan, prinsip, teknik serta strategi kewaspadaan universal. Selain itu pencegahan dan alat pelindung diri yang digunakan untuk pelaksanaan kewaspadaan universal. Fenomena tentang sikap perawat ditunjukkan dengan

ketidakpedulian dan mengesampingkan cuci tangan, tidak memakai alat pelindung diri yang tepat (70% dari 10 perawat yang diamati). Kondisi tersebut mengindikasikan sikap yang tidak mendukung pelaksanaan kewaspadaan universal di ruang perawatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas inilah, peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian ini. Judul penelitian ini adalah hubungan pengetahuan dan sikap tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.

B. Rumusan Masalah

Gambaran pada latar belakang tersebut diatas masih belum diketahui sejauh mana pengetahuan dan sikap perawat tentang kewaspadaan universal dan belum diketahui pula pelaksanaan prosedur kewaspadaan universal. Hubungan kedua variabel independen pengetahuan dan sikap dengan pelaksanaan kewaspadaan universal juga belum diketahui. Oleh sebab itu, rumusan masalah pada penelitian ini adakah hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penam Paser Utara.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus. Kedua tujuan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik perawat dari segi umur, pendidikan, lama kerja dan status perkawinan.
- b. Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang kewaspadaan universal di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.
- c. Mengidentifikasi sikap perawat tentang kewaspadaan universal di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.
- d. Mengidentifikasi pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.
- e. Menganalisis hubungan antara pengetahuan perawat tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.
- f. Menganalisis hubungan antara sikap perawat tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Penajam Kabupaten Penajam Paser Utara.

D. Manfaat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai *evidence based practice* dan pengalaman sebagai peneliti pemula. Untuk itu peneliti berharap penelitian ini dapat bermanfaat dari segi teoritis dan praktis;

1. Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Dapat memberikan masukan kepada manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara tentang pengetahuan dan sikap perawat tentang kewaspadaan universal dan pelaksanaannya. Data ini dapat dijadikan pijakan dalam pengambilan kebijakan terkait kewaspadaan universal.

b. Bagi Bidang Keperawatan

Sebagai data awal untuk peningkatan pengetahuan dan perbaikan sikap perawat tentang kewaspadaan universal dan pelaksanaannya. Hasil ini dapat dijadikan data untuk perencanaan pengembangan sistem perlindungan pasien dan perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.

c. Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan perwujudan aplikasi ilmu yang didapat di bangku kuliah ke tatanan nyata, sehingga akan meningkatkan wawasan, pengetahuan dan kemampuan peneliti sebagai peneliti pemula.

2. Teoritis

a. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil ini sebagai dasar konsep dalam pengembangan pendidikan keperawatan. Disamping itu, hasil penelitian ini sebagai bahan masukan pada program belajar mengajar, khususnya tentang pemahaman teori kewaspadaan universal dan pelaksanaannya di Tatanan Pelayanan Kesehatan.

b. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran dan informasi awal bagi peneliti selanjutnya. Hasil ini bisa dikembangkan untuk topik atau judul penelitian serupa atau terkait dengan konsep kewaspadaan universal.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian Purnomo, Prabowodan Setiawan (2011) berjudul hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Majenang. Penelitian ini merupakan jenis penelitian Kuantitatif menggunakan rancangan penelitian analitik korelasi, dengan pendekatan cross-sectional. Sampel penelitian yaitu Perawat Diploma III bangsal Anggrek, Melati dan Flamboyant RSUD Majenang yang berjumlah 25 responden yang diambil dengan tehnik total sampling. Analisa data yang digunakan adalah spearman rank

untuk menghitung keeratan hubungan antar variable digunakan koefisien kontingensi.

Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah pada variabel independen dan uji statistic yang digunakan. Pada penelitian saya, variabel independen pengetahuan tentang kewaspadaan universal dan uji statistic yang digunakan oleh peneliti adalah Pearson Product Moment.

2. Penelitian oleh Parsinahingsih dan Supratman (2008) berjudul Gambaran Pelaksanaan Kewaspadaan Universal Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Moewardi Surakarta. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dimana rancangan yang dipakai deskriptif. Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat yang bertugas di RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang berjumlah 547 orang. Besarnya sampel yang diambil dalam penelitian adalah 10% dari populasi yaitu sebanyak 55 orang. Sampel dalam penelitian ini diambil secara probability sampling dengan teknik simple random sampling. Uji statistik yang digunakan deskriptif kategorik yaitu frekuensi dan prosentase.

Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti terletak pada jenis penelitian, teknik sampling dan uji statistik yang digunakan. Jenis penelitian saya adalah deskriptif korelasional, teknik samplingnya total sampling dan uji statistik yang digunakan Pearson Product Moment.

3. Penelitian Putri (2011) berjudul Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penerapan Prinsip Kewaspadaan Universal (*Universal precaution*) Oleh Perawat Diinstalasi Gawat Darurat RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2010, Jenis penelitian ini adalah deskriptif sederhana, Populasinya perawat di ruang rawat inap, dengan teknik sampling purposive sampling. Uji status statistik adalah deskriptif kategorik yaitu frekuensi dan prosentase.

Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti terletak pada jenis penelitian, teknik sampling dan uji statistik yang digunakan. Jenis penelitian saya adalah deskriptif korelasional, teknik samplingnya total sampling dan uji statistik yang digunakan Pearson Product Moment.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas tinjauan pustaka dan kerangka konsep pada penelitian ini. Konsep yang dibahas dalam tinjauan pustaka meliputi pengetahuan, sikap dan kewaspadaan universal.

A. Tinjauan Teori

1. Kewaspadaan Universal

a. Pengertian Kewaspadaan Universal

Kewaspadaan universal adalah pedoman yang ditetapkan pertama kali oleh *Centre for Disease Control* (CDC) Amerika Serikat, yang bertujuan untuk mencegah penyebaran berbagai penyakit yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh lainnya di lingkungan rumah sakit, atau sarana kesehatan lainnya (Fairchild, 1996). Pengertian yang mirip diberikan Solikhah dan Arifin (2005) yang menyatakan bahwa kewaspadaan universal merupakan upaya yang dilakukan dalam rangka perlindungan, pencegahan dan meminimalkan infeksi silang (*cross infections*) antara petugas dan pasien akibat adanya kontak langsung dengan pasien atau cairan tubuh pasien yang terinfeksi penyakit menular (seperti HIV / AIDS dan hepatitis).

b. Konsep dan Prinsip Kewaspadaan Universal

Konsep dan prinsip yang dianut dari kewaspadaan universal adalah bahwa semua darah dan cairan tubuh harus dikelola sebagai sumber yang dapat menularkan HIV, Hepatitis B dan berbagai penyakit lain yang ditularkan melalui darah. Dengan kata lain Prinsip kewaspadaan universal memberlakukan bahwa darah dan semua jenis cairan tubuh, sekreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir penderita dianggap sebagai sumber potensial untuk penularan infeksi (Solikhah & Arifin, 2005). Sejak tahun 1987, sebagai respon terhadap orang yang bekerja di daerah “risiko tinggi” CDC telah menetapkan konsep kewaspadaan universal kepada para petugas kesehatan, yang didesain untuk melindungi petugas dari paparan yang tidak diketahui yang berasal dari pasien atau dari lingkungan (Fairchild, 1996). Pengimplementasian kewaspadaan universal ini harus dianut suatu prinsip bahwa semua prosedur dan atau semua pasien berpotensi untuk menularkan suatu penyakit. CDC menyatakan bahwa jika riwayat medis dan pemeriksaan tidak dapat mengidentifikasi semua pasien yang berpotensi menularkan suatu penyakit infeksi, kewaspadaan khusus harus diberlakukan kepada semua pasien. Pada semua orang yang menderita HIV/AIDS dan Hepatitis, petugas kesehatan harus mengenakan sarung

tangan jika kontak langsung dengan membran mukosa atau kulit pasien yang rusak (Craven dan Hirnle, 2013). Sesuai dengan pernyataan-pernyataan ini, CDC merekomendasikan bahwa semua petugas kesehatan harus menurunkan risiko kontaminasi dan paparan dari penyakit yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh dengan mengikuti petunjuk berikut ini:

- 1) Semua petugas kesehatan harus secara rutin menggunakan alat pelindung yang benar untuk mencegah paparan terhadap kulit dan membran mukosa jika kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien lainnya sebagai langkah antisipasi.

Sarung tangan, masker dan pelindung mata atau lapisan pelindung wajah harus selalu dikenakan selama melakukan semua prosedur invasif atau perawatan yang berhubungan dengan darah dan cairan tubuh lainnya dan saat menangani bahan buangan (sampah) atau instrumen yang telah dipakai untuk mencegah terpaparnya kulit dan membran mukosa.

- 2) Tangan dan permukaan kulit lainnya harus segera dicuci segera dan sebaik mungkin jika terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh pasien lainnya. Walaupun sarung tangan tetap dikenakan selama melakukan prosedur, cuci tangan setelah sarung tangan dilepas harus menjadi kegiatan rutin.
- 3) Para petugas kesehatan harus melakukan kewaspadaan terutama untuk melindungi diri dari cedera yang diakibatkan oleh

jarum suntik atau instrumen atau alat tajam lainnya selama prosedur, ketika membersihkan instrumen yang telah digunakan dan ketika membereskan instrumen yang tajam setelah prosedur atau tindakan.

Untuk mencapai tujuan ini, maka jangan menutup kembali jarum suntik setelah selesai dipakai, jangan sengaja mematahkan atau membengkokkan jarum suntik dengan tangan, jangan melepas jarum suntik dari tabungnya atau melakukan apapun dengan jarum suntik dengan tangan terbuka. Setelah segala benda tajam selesai digunakan, maka harus ditaruh di wadah khusus yang tahan atau anti tusukan. Kemudian, wadah kumpulan alat harus terjamin keamanannya ketika di bawa ke tempat pemrosesannya atau proses pemusnahannya.

- 4) Petugas kesehatan yang mengalami lesi yang bereksudat atau mengalami dermatitis harus menghindari kontak langsung dengan pasien atau menghindari membereskan instrumen sampai kondisinya sembuh kembali.

c. Pengontrolan Infeksi

Beberapa pengertian dan tindakan yang digunakan dalam melaksanakan pengontrolan infeksi atau kewaspadaan universal di rumah sakit, yaitu:

- 1) Infeksi

Infeksi adalah invasi kuman patogen atau mikroorganisme kedalam tubuh yang dapat menyebabkan suatu penyakit. Jika mikroorganisme gagal menyebabkan cedera yang serius pada jaringan atau sel disebut dengan infeksi asimtomatik.

2) Kontrol infeksi

Kontrol infeksi adalah suatu upaya untuk mencegah penyebaran mikroorganisme dan terjadinya infeksi.

3) Asepsis

Asepsis atau tehnik asepsis adalah istilah umum yang digunakan dalam pelayanan kesehatan untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan untuk mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh yang kemungkinan besar dapat menyebabkan infeksi.

Tujuan utama dari asepsis adalah untuk mengurangi atau menghilangkan jumlah mikroorganisma baik yang ada dalam permukaan tubuh (kulit, jaringan) maupun benda mati (alat-alat bedah) hingga mencapai tingkat yang aman.

4) Antisepsis

Antiseptik adalah pencegahan infeksi dengan membunuh atau menghambat pertumbuhan dari mikroorganisme pada kulit atau pada jaringan tubuh lainnya.

5) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah proses atau tindakan yang dilakukan agar benda-benda mati (peralatan bedah) dapat ditangani/disentuh oleh petugas kesehatan secara aman, terutama petugas pembersih alat medis sebelum pencucian dilakukan.

Alat-alat yang dilakukan dekontaminasi misalnya alat-alat bedah atau alat ganti balutan, sarung tangan dan lain-lain yang sebelumnya terkontaminasi oleh darah dan cairan tubuh klien selama pelaksana prosedur medik atau prosedur keperawatan tertentu.

5) Pencucian

Pencucian adalah proses secara fisik yang menghilangkan darah, cairan tubuh atau benda asing lainnya seperti debu atau kotoran dari kulit atau peralatan kesehatan.

6) Desinfeksi

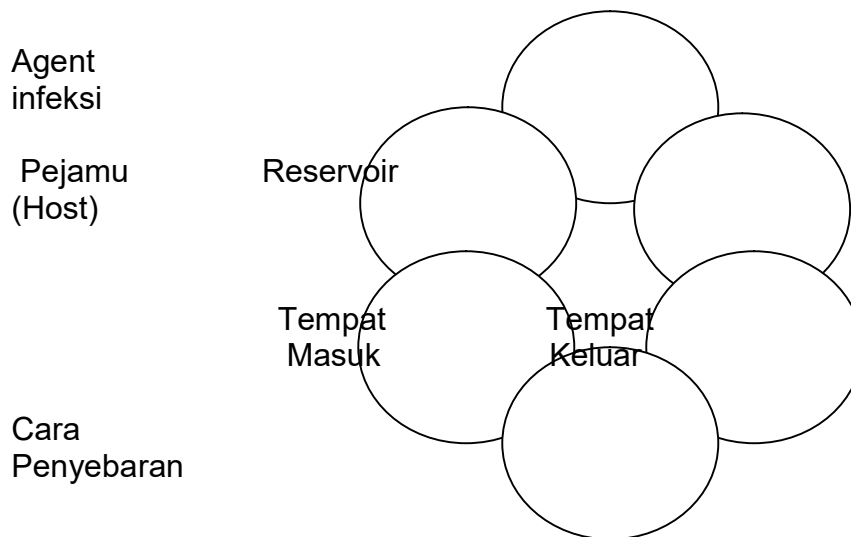
Desinfeksi adalah suatu proses yang menghilangkan sebagian mikroorganisme penyebab pada peralatan. Desinfeksi tingkat tinggi (DTT) dengan melakukan perebusan, mengukus atau melarutkan dengan larutan kimia. Upaya ini akan menghilangkan semua mikroorganisme kecuali beberapa spora bakteri.

7) Sterilisasi

Sterilisasi adalah suatu proses yang dapat membunuh semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur dan parasit) termasuk endospora bakteri dari peralatan kesehatan.

d. Siklus Infeksi

Suatu infeksi terjadi sebagai akibat dari siklus proses seperti yang tergambar pada gambar berikut ini:



Sumber: Elkin, Perry & Potter (2009)

Gambar 2.1

Gambar diatas menggambarkan siklus infeksi. Terjadinya infeksi sangat tergantung elemen elemen diatas, yaitu:

- 1) Penyebab infeksi /patogen (*infectious agent*)

Agent penyebab infeksi dapat berupa bakteri, virus, jamur dan protozoa. Beberapa mikroorganisme secara normal ada terdapat didalam kulit, usus dan saluran pernafasan tetapi dalam jumlah yang stabil.

Mikroorganisme sementara akan ada didalam kulit kita jika kita melakukan kontak antara satu orang ke orang lain atau kontak dengan benda dalam aktivitas normal kita sehari-hari. Suatu mikroorganisme atau parasit dapat menyebabkan penyakit dan sangat tergantung pada:

- a) Kecukupan jumlah mikroorganisme
- b) Virulensi atau kemampuan membuat sakit
- c) Kemampuan untuk masuk dan hidup didalam pejamu
- d) Lamanya kontak dengan mikroorganisme
- e) Daya tahan tubuh atau kerentanan tubuh pejamu.

2) Tempat pertumbuhan (*reservoir*)

Mikroorganisme untuk tumbuh memerlukan lingkungan yang sesuai seperti makanan, oksigen, air, temperatur, pH, cahaya, hewan dan manusia.

3) Tempat keluar (*portal of exit*)

Setelah mikroorganisme menemukan suatu tempat, maka akan berkembangbiak dan memperbanyak diri, setelah itu mereka harus menemukan tempat keluar, jika mereka ingin masuk ke pejamu lain dan menyebabkan sakit. Mikroorganisme dapat keluar melalui kulit

dan membran mukosa, saluran pernafasan, saluran pencernaan, organ reproduksi dan darah.

4) Tempat masuk (*portal of entry*).

Mikroorganismen dapat masuk ke dalam tubuh melalui tempat yang sama untuk keluar.

5) Cara penularan (*mode of transmisi*)

Terdapat beberapa cara untuk penularan mikroorganismen dari reservoir ke pejamu, yaitu dengan cara:

a) Kontak

(1) Langsung: orang ke orang (feko-oral) atau kontak fisik antara sumber dan pejamu yang rentan (seperti menyentuh klien).

(2) Tidak langsung: Seseorang kontak dengan orang yang sakit melalui perantara benda seperti jarum suntik atau benda tajam lainnya dan balutan.

(3) Droplet: droplet dapat disebarkan ke orang lain dengan cara yaitu melalui batuk, bersin dan bicara, dan tertawa.

b) Udara

Penyebaran melalui udara biasanya dalam bentuk droplet.

(1) Media

(a) Benda yang terkontaminasi: darah, air, obat atau larutan obat.

(b) Makanan: penanganan, penyimpanan dan masakan yang tidak higienis.

(2) Vektor

Biasanya disebarkan melalu binatang seperti tikus, nyamuk, lalat dan lain-lain

6) Kerentanan pejamu (*Host susceptibility*)

Seseorang yang akan mendapat infeksi tergantung pada kerentanan atau daya tahan terhadap agen penyebab infeksi. Seseorang yang telah mendapat vaksinasi atau imunisasi akan kebal terhadap mikroorganisme tertentu sehingga seseorang tersebut sulit terinfeksi oleh mikroorganisme yang telah diimunisasikan ke dalam tubuhnya. Sebaliknya orang yang belum diberikan imunisasi atau vaksinasi apalagi memiliki faktor-faktor resiko yang tinggi, maka orang tersebut rentan untuk mengalami infeksi.

Tugas perawat dan petugas kesehatan lainnya adalah memutuskan siklus infeksi ini sehingga proses infeksi tidak terjadi.

e. Tahap-Tahap infeksi

Pemahaman terhadap tahapan-tahapan infeksi sangat penting bagi perawat dan petugas kesehatan lainnya, untuk menghalangi dan memutuskan siklus infeksi. Suatu infeksi berkembang melalui fase-fase berikut:

1) Masa inkubasi

Masa inkubasi adalah waktu antara masuknya kuman kedalam tubuh sampai timbulnya gejala. Selama masa ini kuman berkembangbiak dan memperbanyak diri dan lamanya masa inkubasi bervariasi untuk masing-masing penyakit.

2) Tahap prodromal

Pada tahap ini seseorang lebih bersifat infeksius. Tanda dan gejala awal infeksi muncul tetapi masih samar-samar dan tidak spesifik. Klien biasanya mengelus lemas dan tidak enak badan sampai demam yang ringan. Periode ini dapat berlangsung beberapa jam sampai beberapa hari.

3) Tahap sakit secara penuh

Adanya tanda dan gejala yang spesifik menunjukkan klien telah jatuh pada sakit yang sesungguhnya. Tipe infeksi menentukan lamanya sakit dan beratnya manifestasi yang muncul. Gejala yang hanya terbatas pada daerah tertentu disebut dengan infeksi lokal, tetapi gejala yang bersifat umum dan menyeluruh disebut dengan infeksi sistemik.

4) Masa penyembuhan

Masa penyembuhan terjadi setelah terjadi pemulihan dari infeksi, gejala dan tanda mulai menghilang dan seseorang kembali sehat. Penyembuhan dapat bervariasi tergantung pada beratnya infeksi dan kondisi umum pasien.

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi resiko infeksi

Kerentanan seorang pejamu dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti berikut ini:

- a. Keutuhan kulit dan membran mukosa melindungi tubuh dari invasi mikroorganisme.
- b. Kadar pH normal pada cairan lambung dan saluran perkemihan membantu mencegah invasi mikroorganisme.
- c. Sel darah putih tubuh mempengaruhi resistensi terhadap patogen tertentu.
- d. Umur, jenis kelamin ras dan faktor keturunan mempengaruhi kerentanan seseorang. Neonatus dan orang tua rentan untuk terjadinya infeksi.
- e. Imunisasi baik alamiah maupun buatan didapat berguna melawan infeksi.
- f. Kelelahan, cuaca, status nutrisi dan kesehatan umum dan obat tertentu juga menentukan kerentanan seseorang untuk terjadinya infeksi.
- g. Stress juga akan mempengaruhi kemampuan mekanisme pertahanan tubuh yang normal.
- h. Tindakan invasif dan penggunaan alat-alat kesehatan memberikan potensi yang lebih besar untuk terjadinya infeksi.

g. Pencegahan tertularnya pada petugas kesehatan dan pasien

Beberapa pedoman yang diajarkan WHO dan organisasi profesi kesehatan di beberapa negara di dunia adalah sebagai berikut (Kuswadji, 1993; Solikhah & Arifin, 2005):

1) Kebersihan

Para petugas kesehatan dianjurkan untuk menjaga kebersihan diri dan kebersihan tempat kerjanya masing-masing. Mereka harus membersihkan peralatan dengan menggunakan sarung tangan yang terbuat dari lateks. Tidak dianjurkan untuk menggunakan sarung tangan plastik. Mereka yang menderita peradangan kulit (dermatitis) harus menutupnya dengan pembalut kedap air.

2) Luka

Tenaga kesehatan yang mengalami perlukaan kulit diharuskan menutup lukanya dengan pembalut kedap air. Mereka diharuskan pula menggunakan sarung tangan lateks atau vinil. Mereka harus menggunakan jas (*apron*) yang kedap air, menggunakan masker dan pelindung mata, untuk mencegah kontaminasi akibat terciprat darah.

Bila ada terciprat darah, maka mereka harus membersihkannya segera dan menggyurnya dengan air dan sabun atau cairan desinfektan lainnya (*hibiscrub*). *Hibiscrub* dapat menonaktifkan virus HIV dalam waktu 15 detik. Mereka harus membaca petunjuk

pengenceran sesuai dengan saran pabrik. *Dilution is the best solution against pollution*. Ada beberapa tablet desinfekstan yang dapat dipergunakan untuk keperluan ini.

3) Instrumen

Tenaga kesehatan sebaiknya menggunakan peralatan kesehatan yang sekali pakai (*disposable*). Bila tidak tersedia alat seperti ini, maka alat yang mau dipakai ulang harus dicuci bersih dulu sebelum di sterilkan di *autoclaf*. Desinfekstan kimia hanya dipakai apabila *autoclaf* tidak tersedia.

Natrium hipoklorid (larutan pemutih) diketahui sangat efektif terhadap virus HIV. Tanpa pengencerah cairan ini biasanya mempunyai 100.000 ppm khlorin (kurang lebih 5,25 % NaOCl).

Cara pemakaiannya adalah sebagai berikut:

- a) Pemakaian umum: 1.000 ppm khlorin
- b) Pencuci gelas : 2.500 ppm khlorin
- c) Cipratan: 10.000 ppm klorin

Perkakas yang terkontaminasi sebaiknya direndam dengan desinfekstan yang sesuai paling tidak sepanjang malam atau sebaiknya selama 24 jam.

Gelas yang terkontaminasi tidak boleh diambil dengan tangan walaupun menggunakan sarung tangan. Perkakas ini harus diambil dengan pinset atau penjepit lainnya.

4) Pembuangan sampah

Ada beberapa sistem kode warna untuk pembuangan sampah rumah sakit. Sampah yang berasal dari darah harus dimaukan ke kantong plastik kuning yang harus segera dibakar. Selain itu ada beberapa petunjuk khusus untuk mengirimkan cucian pakaian penderita ke bagian *loundry* atau binatu rumah sakit.

Jarum bekas harus dibuang ke tempat khusus seperti *cinbins*, *sharp-safe* atau *vacutainer*. Jarum tidak boleh dimasukkan kembali ke sarungnya.

5) Sediaan patologis

Berbagai spesimen patologis dalam botol harus ditaruh dalam posisi tegak serta diangkut di dalam rak. Spesimen ini tidak diajarkan untuk dibungkus dalam kantong plastik.

6) Pengurusan mayat

Mayat klien HIV positif atau AIDS dan hepatitis virus harus diperlakukan sama dengan mengurus penderita hidup.

7) Kehamilan

Tidak ada bukti bahwa AIDS atau HIV dan infeksi lainnya seperti hepatitis virus kepada wanita hamil lebih tinggi. Tenaga kesehatan yang hamil tidak memerlukan perhatian khusus, Mereka bisa bekerja sebagaimana biasa. Karena penularan ke janin tinggi (50 %), para karyawan kesehatan yang hamil dianjurkan untuk berusaha mencegah tertularnya penyakit infeksi ini.

8) Benda tajam

Cidera benda tajam di rumah sakit paling sering terjadi, kira-kira 116 cidera per 100 karyawan pertahun (Astbury dan Bexter, 1990 dikutip Kuswadji, 1993). Cidera benda tajam ini paling sering mengenai perawat dari pada dokter. Paling sering terjadi pada saat membuang alat tajam seperti jarum suntik atau setelah alat dibuang. Hanya 17 % dari cidera yang terjadi pada saat alat sedang digunakan (Jagger, dkk, 1990 dikutip Kuswadji, 1993).

Tindakan penyarungan/ penutupan kembali jarum suntik tidak boleh dilakukan dan kotak pembuangan harus ada sedekat mungkin dengan tempat kerja dan harus segera dibakar jika sudah terisi penuh 3/4-nya.

9) Disiplin pribadi

Semua karyawan harus bertanggung jawab sendiri atas keselamatanya dalam melindungi diri dari benda tajam atau terjadinya cidera. Petugas kesehatan yang positif HIV harus melaporkan diri kepada bagian pengontrolan penyakit akibat kerja di rumah sakit tersebut. Jika perlu dipindahkan ke bagian lain demi keselamatan orang lain.

10) Penapisan (*screening*)

Dokter bedah mempunyai hak untuk memeriksakan penderita terhadap HIV tanpa pemberitahuan terlebih dahulu. Tetapi ini hanya bisa dilakukan pada keadaan sangat luar biasa.

Penapisan terhadap petugas kesehatan yang mempunyai risiko sebenarnya sangat diperlukan. Hal ini demi keamanan klien yang tidak terinfeksi HIV atau hepatitis dan pegawai lainnya. Ini merupakan tanggungjawab institusi tempat ia bekerja.

h. Tehnik isolasi

Merupakan cara yang dibuat untuk mencegah penyebaran infeksi atau mikroorganisme yang bersifat infeksius bagi kesehatan individu, klien dan pengunjung. *Centers for disease control and prevention* (CDC) telah membuat prosedur untuk mengatasi penularan penyakit pada pasien dan pada petugas kesehatan. Prosedur tersebut meliputi:

1) *Category-Specific Isolation Precaution* meliputi:

a) *Strict isolation*, digunakan:

- (1) Untuk wabah dipteri pneumonia, varicella
- (2) Untuk mencegah penyebaran lewat udara
- (3) Perlu ruangan khusus, pintu harus dalam keadaan tertutup
- (4) Setiap orang yang memasuki ruangan harus menggunakan gaun (apron), cap dan sepatu yang direkomendasikan
- (5) Harus menggunakan masker
- (6) Harus menggunakan sarung tangan
- (7) Perlu cuci tangan setiap kontak

(8) Menggunakan disposal

b) *Contact isolation*, digunakan:

(1) Untuk infeksi pernafasan akut, influenza pada anak-anak, infeksi kulit, herpes simplex, rubela dan scabies

(2) Mencegah penyebaran infeksi dengan membatasi kontak

(3) Perlu ruangan khusus

(4) Harus menggunakan gaun jika ada cairan

(5) Harus menggunakan masker jika kontak dengan klien

(6) Memakai sarung tangan jika menyentuh bahan-bahan infeksius

(7) Perlu cuci tangan setiap kontak

(8) Menggunakan disposal

c) *Respiratory isolation*, digunakan:

(1) Untuk epiglottis, meningitis, pertusis, pneumonia dll

(2) Untuk mencegah penyebaran infeksi oleh tisu dan droplet pernafasan karena batuk, bersin, inhalasi

(3) Perlu ruangan khusus

(4) Tidak perlu gaun

(5) Harus memakai masker

(6) Tidak perlu menggunakan sarung tangan

(7) Perlu cuci tangan setiap kontak

(8) Menggunakan disposal

d) *Tuberculosis isolation*, digunakan:

- (1) Untuk TBC
 - (2) Untuk mencegah penyebaran acid fast bacilli
 - (3) Perlu ruangan khusus dengan tekanan negatif
 - (4) Perlu menggunakan gaun jika pakaian terkontaminasi
 - (5) Harus memakai masker
 - (6) Tidak perlu menggunakan sarung tangan
 - (7) Perlu cuci tangan setiap kontak
 - (8) Bersihkan disposal dan disinfektan meskipun jarang menyebabkan perpindahan penyakit
- e) *Enteric precaution*, digunakan:
- (1) Untuk hepatitis A, gastroenteritis, demam tipoid, kolera, diare dengan penyebab infeksius, ensepalitis, meningitis
 - (2) Untuk mencegah penyebaran infeksi melalui kontak langsung atau tidak langsung dengan feces.
 - (3) Perlu ruangan khusus jika kebersihan klien buruk
 - (4) Perlu gaun jika pakaian terkontaminasi
 - (5) Tidak perlu masker
 - (6) Perlu sarung tangan jika menyentuh bahan-bahan infeksius
 - (7) Perlu cuci tangan setiap kontak
 - (8) Menggunakan disposal
- f) *Drainage/ secretion precaution*

- (1) Untuk drainasi lesi, abses, infeksi luka bakar, infeksi kulit, luka dekubitus, konjungtivis
 - (2) Mencegah penyebaran infeksi, membatasi kontak langsung maupun tidak langsung dengan material tubuh
 - (3) Tidak perlu ruangan khusus kecuali kebersihan klien buruk
 - (4) Perlu gaun jika pakaian terkontaminasi
 - (5) Tidak perlu masker
 - (6) Perlu sarung tangan jika menyentuh bahan-bahan infeksius
 - (7) Perlu cuci tangan setiap kontak
 - (8) Menggunakan disposal
- g) *Blood/ body fluid precaution*, digunakan:
- (1) Untuk hepatitis B, sipilis, AIDS, malaria
 - (2) Mencegah penyebaran infeksi, membatasi kontak langsung maupun tidak langsung dengan cairan tubuh
 - (3) Tidak perlu ruangan khusus kecuali kebersihan klien buruk
 - (4) Perlu gaun jika pakaian terkontaminasi
 - (5) Tidak perlu masker
 - (6) Perlu sarung tangan jika menyentuh darah dan cairan tubuh
 - (7) Perlu cuci tangan setiap kontak

(8) Menggunakan disposal

h) *Disease-Specific Isolation*

Untuk pencegahan penyakit specific, seperti tuberkulosis paru :

(1) Kamar khusus

(2) Gunakan masker

(3) Tidak perlu sarung tangan

2) *Body Substance Isolation (BSI) System*

Tujuan teknik ini adalah:

a) Mencegah transmisi silang mikroorganisme

b) Melindungi tenaga kesehatan dari mikroorganisme dari klien

Elemen BSI ini adalah:

(1) Cuci tangan

(2) Memakai sarung tangan bersih

(3) Menggunakan gaun, masker, cap, sepatu, kaca mata

(4) Membuang semua alat invasif yg telah digunakan

(5) Tempatkan linen sebelum dicuci

(6) Tempatkan diposibel pada sebuah plastic

(7) Cuci dan sterilkan alat yang telah digunakan

(8) Tempatkan semua specimen pada plastik sebelum ditransport ke laboratorium

i. Alat Pelindung Diri

1) Pengertian Alat Pelindung Diri

Alat pelindung diri adalah peralatan atau pakaian yang digunakan oleh petugas kesehatan untuk melindungi diri dari paparan langsung dari darah atau cairan tubuh pasien (Ellis & Bentz, 2007).

2) Jenis alat pelindung diri.

Alat pelindung diri meliputi sarung tangan, pelindung mata, pelindung wajah, gaun/ apron, penutup kepala/ kap dan penutup kaki (Tietjen, Bossemeyer, & McIntosh, 2004; Ellis & Bentz, 2007; Darmadi, 2008).

(a) Sarung tangan

Sarung tangan melindungi tangan dari bahan infeksius dan melindungi pasien dari mikroorganisme pada tangan petugas. Alat ini merupakan pembatas fisik terpenting untuk mencegah penyebaran infeksi, tetapi harus diganti setiap kontak dengan satu pasien ke pasien lainnya untuk mencegah kontaminasi silang. Sarung tangan pemeriksaan harus dipakai jika menangani darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi, alat, permukaan yang terkontaminasi dan apabila menyentuh kulit yang tidak utuh atau selaput lendir.

(b) Masker

Masker harus cukup besar untuk menutup hidung, muka bagian bawah, rahang, dan semua rambut muka. Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan atau petugas bedah bicara, batuk, atau bersin dan

juga untuk mencegah cipratan darah atau cairan tubuh yang terkontaminasi masuk kedalam hidung atau mulut petugas kesehatan.

(c) Pelindung mata (kaca mata/ goggle)

Pelindung mata ini akan melindungi petugas kesehatan kalau terjadi cipratan darah atau cairan tubuh lainnya yang terkontaminasi ke mata. Pelindung mata termasuk pelindung plastic yang jernih, kaca mata pengaman dan pelindung wajah. Kaca mata yang dibuat dengan resep dokter juga dapat digunakan. Tapi jika modelnya terlalu kecil, bisa terjadi kebocoran. Masker dan pelindung mata atau pelindung wajah harus dipakai jika cipratan ke wajah dapat terjadi. Kalau perlindungan wajah tidak ada, kacamata dan masker dapat dipakai secara bersama.

(d) Pelindung Rambut (kap)

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

(e) Gaun/ Apron

Gaun pelindung dipakai untuk menutupi baju rumah. Pemakai utama dari gaun penutup adalah untuk melindungi pakaian petugas kesehatan. Gaun penutup biasanya terdiri dari celanan piama dan baju. Baju dengan leher berbentuk V jangan dipotong terlalu rendah, sehingga dapat merosot dari bahu pemakainya atau memperlihatkan bulu dada pria.

Apron yang terbuat dari karet atau plastik sebagai suatu pembatas tahan air di bagian depan dari tubuh petugas kesehatan. Apron harus dipakai jika sedang membersihkan atau melakukan tindakan dimana darah dan cairan tubuh diantisipasi akan tumpah. Apron membuat cairan yang terkontaminasi tidak mengenai baju dan kulit petugas kesehatan.

(f) Alas Kaki

Alas kaki dipakai untuk melindungi kaki dari perlukaan benda tajam atau berat atau dari cairan yang kebetulan jatuh atau menetes pada kaki. Untuk alasan ini, sandal atau sepatu yang terbuat dari bahan empuk tidak dapat digunakan. Sepatu bot dari karet atau dari kulit lebih memberikan perlindungan, tetapi harus selalu bersih dan terbebas dari terkontaminasi darah atau tumpahan cairan tubuh lainnya.

3) Penggunaan Alat pelindung diri

Pelaksanaan kewaspadaan universal dinilai dari penggunaan alat pelindung diri oleh perawat untuk tindakan keperawatan. Untuk pelaksanaan kewaspadaan universal sangat bervariasi tergantung tindakan keperawatan itu sendiri. Berikut ini rangkuman pelaksanaan kewaspadaan universal dan alat pelindung diri yang harus dipakai.

Tabel 2.1 Pelaksanan Kewaspadaan Universal dan Alat Pelindung Diri (APD)

TINDAKAN KEPERAWATAN	CUCI TANGAN > 15 DETIK	SARUNG TANGAN STERIL	SARUNG TANGAN BIASA	JUBAH ISOLASI	MASKER/ GOGGLE
PERAWATAN UMUM					
Tanpa luka	√		√	S	
- Memandikan / <i>bedding</i>	√		√	S	
- Reposisi					
Luka terbuka (memandikan/ <i>bedding</i>)	√		√	S	
Perawatan perineal	√		√	√	
Perawatan mulut	√		√	S	
PEMERIKSAAN FISIK	√		S		
PENCATATAN	√				
PENGGANTIAN BALUTAN					
- Luka operasi / luka	√	√		S	S/S
- Decubitus	√	√		S	S/S
- Central line	√	√		S	√ / S
- Arterial line	√	√		S	S / S
- Intravena perifer	√		√	S	S / S
PERAWATAN KHUSUS					
- Pemasangan foley	√	√		S	

kateter					
- Kantong urine / feses	√		√	S	S / S
- Bilas lambung	√		√	S	S / S
- NGT	√		√	S	
- Membersihkan botol suction	√		√	S	√ / √
- Ukur suhu rectal	√		√	S	
- Rektal tube / enema	√		√	S	S / S
Inkontinensia urine / fekal	√		√	S	S / S
Jenazah	√		√	S	S / S
PERAWATAN SALURAN PERNAFASAN					
- Pipa Ventilator kosong	√		√		
- Penghisap lendir (tradisional)	√	√		S	√ / √
- Ganti plester pada endotracheal	√		√	S	S / S
- Perawatan trachea	√	√		S	√ / √
- Mengganti botol suction	√		√		S / S
- Closed suction system	√		√		
- Pemeriksaan dgn stetoskop	√		S		
- Resusitasi awal	√		√		
- Pernafasan buatan langsung	√		√	S	S / S
- Airway management	√		√	√	√ / √
- Supportive role	√		√	S	S / S
PERAWATAN VASKULAR					
- Pemasangan infus intravena	√	Lebih baik	√	S	S / S
- Pengambilan darah perkutan	√	Lebih baik	√	S	S / S
- Pengambilan darah arteri radialis	√	Lebih baik	√	S	S / S
- Pengambilan darah sentral	√	√		S	S / S
- Pengambilan darah arteri	√	√		S	S / S

- Suntikan IM / IV / SC	√		√		
- Mengganti botol infus / tranfusi	√				
- Melepas / mengganti selang infuse	√		√		
PEMBERSIHAN					
- Percikan darah / cairan tubuh	√		√		
- Membuang sampah medis	√		√	S	
- Penanganan alat tenun	√		√	S	

KETERANGAN:

Tanda √ = Harus pakai

Tanda S = Dipakai bila adakemungkinan percikan cairan tubuh

Sumber: Hetty (1997)

a) Faktor Yang Mempengaruhi Pemakaian Alat pelindung Diri

Tingkat kepatuhan terhadap upaya pelaksanaan standar operasional prosedur kewaspadaan universal, khususnya berkaitan dengan HIV/AIDS, hepatitis virus dan penyakit menular lainnya sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor berikut

(Saifuddin, 2006):

- (1) Faktor individu: jenis kelamin, umur, jenis pekerjaan atau profesi, lama kerja dan tingkat pengetahuan dan pendidikan.
- (2) Faktor psikososial: sikap terhadap penyakit HIV/AIDS dan hepatitis, ketegangan dalam suasana kerja, rasa takut dan persepsi terhadap risiko.

- (3) Faktor organisasi manajemen yaitu adanya kesepakatan untuk membuat suasana lingkungan kerja yang aman, adanya dukungan dari rekan sekerja dan adanya pelatihan.

j. Pelaksanaan kewaspadaan universal

Pelaksanaan Kewaspadaan Universal adalah suatu prosedur baku yang digunakan dengan tujuan untuk menghindari penularan penyakit dari pasien ke perawat atau pasien lain melalui cairan tubuh dengan menggunakan alat pelindung diri (Fairchild, 1996). Prosedur ini merupakan gabungan dari tiga unsur utama pencegahan infeksi, teknik isolasi dan penggunaan alat pelindung diri (Kuswaji, 1993; Ellies & Bentz, 2007; Tietjen, Bossemeyer, & McIntosh, 2004; Ellis & Bentz, 2007; Darmadi, 2008). Dari ketiga subvariabel diatas dipecah menjadi indikator penelitian ini. Pelaksanaan kewaspadaan universal ini dilakukan dengan cara membuat kuesioner yang berisi tentang aktivitas perawat ketika melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang dinilai meliputi pelaksanaan cuci tangan, pemakaian sarung tangan, pemakaian apron / barakscot, pemakaian kaca mata / google, Pemakaian Masker, Pemakaian sepatu boot / alas kaki tertutup, pemakaian alat steril, pemakaian teknik isolasi, dan pengelolaan alat / benda tajam, yang disesuaikan dengan prosedur keperawatan yang dilakukan. Pelaksanaan kewaspadaan universal dinilai dengan penggunaan alat pelindung diri oleh perawat untuk tindakan keperawatan. Untuk pelaksanaan kewaspadaan universal sangat

bervariasi tergantung tindakan keperawatan itu sendiri, seperti terlihat pada tabel 2.1

2. Konsep Pengetahuan

a. Pengertian pengetahuan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1999) pengetahuan adalah segala sesuatu yang berkenaan dengan hal-hal tertentu (kepandaian). Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber misalnya dari pendidikan formal, media masa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat terdekat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat membantu membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinannya tersebut (Tinuk, 2000).

Menurut Notoatmodjo (2008), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan dapat terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

b. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu persepsi seseorang. Tingkat pengetahuan seseorang juga mempengaruhi persepsi dan perilaku individu, yang

mana makin tinggi pengetahuan seseorang maka makin baik menafsirkan sesuatu. Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan dibagi menjadi enam domain yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat itu adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

(2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap suatu objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya, terhadap objek yang dipelajari.

(3) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

(4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

(5) Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun farmasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

(6) Evaluasi (*Evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari objek penelitian atau responden ke dalam pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dan dapat kita sesuaikan dengan singkatan-singkatan di atas.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Notoatmodjo, 2007) yaitu:

1) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan yaitu kemampuan belajar yang dimiliki manusia merupakan bekal yang sangat pokok. Jenis pendidikan adalah macam jenjang pendidikan formal yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan belajar siswa, sehingga tingkat pendidikan dan jenis pendidikan dapat menghasilkan suatu perubahan dalam pengetahuan siswa/remaja tentang hubungan seksual pranikah. Informasi juga mempengaruhi pengetahuan yaitu dengan kurangnya informasi tentang hubungan seksual pranikah dan cara menghindari penyakit menular seksual menurunkan tingkat pengetahuan remaja.

2) Budaya

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan remaja tentang hubungan seksual pranikah, karena setiap budaya yang baru akan disaring sesuai tidak dengan budaya yang ada dan agama yang dianut.

3) Pengalaman

Pengalaman disini berkaitan dengan umur, dengan tingkat pendidikan seseorang, maksudnya pendidikan yang tinggi pengalaman akan lebih luas sebagaimana dengan umur yang semakin bertambah.

d. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan pengetahuan dalam domain kognitif (Notoatmodjo, 2007).

Notoatmojo (2007) juga menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari akibat proses penginderaan terhadap suatu objek. Pengideraan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengukuran atau penilaian pengetahuan umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner berisi materi yang ingin diukur dari responden (Tinuk, 2000).

Pengukuran tingkat pengetahuan yang akan dilakukan dalam penelitian ini dengan kuesioner dengan indikator berdasarkan konsep kewaspadaan universal diatas. Indikator tersebut meliputi: Pengertian kewaspadaan universal, prinsip-prinsip kewaspadaan universal, pengontrolan infeksi, siklus infeksi, tahapan infeksi, pencegahan penularan penyakit, teknik isolasi, dan pengelolaan peralatan tajam. Pelaksanaan kewaspadaan universal dinilai dengan pelaksanaan cuci tangan dan penggunaan alat pelindung diri oleh untuk tindakan keperawatan. Untuk pelaksanaan kewaspadaan universal sangat bervariasi tergantung tindakan keperawatan itu sendiri.

e. Hubungan pengetahuan dengan kewaspadaan universal

Berkaitan dengan penelitian ini, hasil penelitian Janjua dkk (2007) menunjukkan petugas kesehatan termasuk di dalamnya perawat yang memiliki pengetahuan yang rendah/ buruk cenderung tidak patuh terhadap pemakaian alat pelindung diri. Peneliti lain juga mengemukakan pendapat yang sama, dimana Askarian (2007) menemukan adanya korelasi yang positif antara pengetahuan dengan kontrol infeksi dan pelaksanaan praktik kewaspadaan universal, dalam hal ini pemakaian alat pelindung diri.

3. Sikap

a. Pengertian sikap

Sikap adalah suatu hal yang menentukan sifat, hakikat, baik perbuatan sekarang maupun perbuatan yang akan datang. Oleh karena itu ahli psikologi W.J. Thomas (dalam Notoatmodjo, 2007) memberi batasan sikap sebagai suatu kesadaran individu yang menentukan perbuatan-perbuatan yang nyata ataupun yang mungkin akan terjadi didalam kegiatan-kegiatan sosial.

Para ahli lain berpendapat bahwa sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003; Ahmad, 2007). Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau isue (Petty, cocopio, 1986 dalam Azwar, 2000). Lebih lugasnya sikap sebagai suatu pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap objek tadi (Heri Purwanto,

2000), atas dasar sikap seseorang mencari cara untuk menempatkan atau membawa diri, atau cara merasakan jalan pikiran dan perilaku (Ramdhani, 2008).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Newcomb (dikutip Notoatmodjo, 2007) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku.

b. Komponen pokok sikap

Sikap mempunyai tiga komponen pokok (Allport dalam Notoatmodjo, 2007):

- 1) Kepercayaan/ keyakinan, ide dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini,

pengetahuan, pikiran, keyakinan, emosi memegang peranan yang sangat penting.

c. Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo, (2007) sikap memiliki tingkatan sebagai berikut:

(1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan oleh objek.

(2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah salah satu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan, mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, berarti bahwa seseorang menerima ide tersebut.

(3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat tiga.

(4) Bertanggungjawab (*responsible*)

Bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resikonya merupakan sikap yang paling tinggi.

Menurut Lawrence Green, yang dikutip oleh Notoatmodjo (hal 164, 2003) perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni :

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*) terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya
- 2) Faktor pendukung (*enabling factor*) terwujud dalam lingkungan fisik, keterampilan, pendidikan, ketersediaan sumber daya, tersedia atau tidak tersedianya sarana / fasilitas.
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*) terwujud dalam waktu, kesempatan, motivasi dan dukungan dari tim kesehatan lain.

d. Pembentukan Sikap

Sikap timbul karena ada stimulus. Terbentuknya suatu sikap itu banyak dipengaruhi perangsang oleh lingkungan sosial dan kebudayaan misalnya: keluarga, norma, golongan agama, dan adat istiadat. Dalam hal ini keluarga mempunyai peranan yang besar dalam membentuk sikap putra-putrinya. Sebab keluargalah sebagai kelompok primer bagi anak merupakan pengaruh yang paling dominan.

Sikap seseorang tidak selamanya tetap. Ia dapat berkembang manakala mendapat pengaruh, baik dari dalam maupun dari luar yang bersifat positif dan mengesankan. Antara perbuatan dan

sikap ada hubungan yang timbal balik. Tetapi sikap tidak selalu menjelma dalam bentuk perbuatan atau tingkah laku. Orang kadang-kadang menampakkan diri dalam keadaan “diam” saja (Ahmadi, 2007).

- 1) Faktor-faktor yang menyebabkan perubahan sikap
 - a) Faktor *intern* yaitu faktor yang terdapat dalam pribadi manusia itu sendiri. Faktor ini berupa *selectivity* atau daya pilih seseorang untuk menerima dan mengolah pengaruh-pengaruh yang datang dari luar. Pilihan terdapat pengetahuan dari luar itu biasanya disesuaikan dengan motif dan sikap di dalam diri manusia, terutama yang menjadi minat perhatiannya. Misalnya : orang yang sangat haus, akan lebih memperhatikan perangsang-perangsang yang lain.
 - b) Faktor *ekstern* yaitu faktor yang terdapat diluar pribadi manusia. Faktor ini berupa interaksi sosial diluar kelompok. Misalnya : Interaksi antara manusia yang dengan kebudayaan manusia yang sampai padanya melalui alat-alat komunikasi seperti : surat kabar, radio, televisi, majalah dan lain sebagainya.

Dalam hal ini Sherif (dalam Notoatmodjo, 2003) mengemukakan bahwa sikap itu dapat diubah atau dibentuk apabila:

- 1) Terdapat hubungan timbal balik yang langsung antara langsung.
- 2) Adanya komunikasi (yaitu hubungan langsung) dari satu pihak.

Pembentukan dan perubahan sikap tidak terjadi dengan sendirinya. Sikap terbentuknya dalam hubungannya dengan suatu objek, orang, kelompok, lembaga, nilai, melalui hubungan antara individu, hubungan di dalam kelompok, komunikasi surat kabar, buku, poster, radio, televisi dan sebagainya, sehingga terdapat banyak kemungkinan yang mempengaruhi timbulnya sikap. Lingkungan yang terdekat dengan kehidupan sehari-hari banyak memiliki peranan. Keluarga yang terdiri dari: orang tua, saudara-saudara dirumah memiliki peranan penting (Ahmadi, 2007).

e. Pengukuran sikap secara langsung dan tidak langsung

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pertanyaan respon terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2003):

2) Pengukuran secara langsung

Para ahli psikologi sosial telah berusaha untuk mengukur sikap dalam bentuk berbagai cara. Pada umumnya digunakan tes psikologi yang berupa sejumlah item yang telah disusun secara hati-hati, seksama, selektif sesuai dengan kriteria tertentu.

Pengukuran sikap secara langsung yang sering digunakan ialah:

a) Skala Thurstone

Thurstone percaya bahwa sikap dapat diukur dengan skala pendapat. Mula-mula usaha mengukur sikap ini terdiri atas sejumlah daftar pernyataan yang diduga berhubungan dengan sikap. Metode Thurstone terdiri atas kumpulan

pendapat yang memiliki rentangan dari sangat positif kearah sangat negatif terhadap objek sikap.

b) Skala Likert

Setelah pernyataan dirumuskan, Likert membagikan kepada sejumlah responden yang akan diteliti. Kepada responden diminta untuk menunjukkan tingkatan dimana mereka setuju atau tidak setuju pada setiap pernyataan dengan lima pilihan skala : sangat setuju, setuju, ragu – ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju.

c) Skala Bogardus

Emery Bogardus menemukan suatu skala yang disebut Skala jarak sosial. Dengan skala Bogardus responden diminta untuk mengisi atau menjawab pertanyaan satu atau semua dari tujuh pernyataan untuk melihat jarak sosial terhadap kelompok etnik grup lainnya.

d) Skala perbedaan Semantik

Skala ini dikembangkan oleh Osgood, Suci, Tannerbaum yang meminta responden untuk menemukan sikapnya terhadap objek sikap pada ukuran yang sangat berbeda dengan ukuran yang terdahulu. Responden diminta untuk menentukan suatu ukuran skala yang bersifat berlawanan yaitu positif negatif, baik buruk, aktif pasif, bijaksana bodoh, dan sebagainya. Skala ini terbagi atas 7 ukuran dan angka 4 akan menunjukkan ukuran yang

secara relatif netral. Usaha penyempurnaan yang lebih akhir adalah dikembangkannya 3 kategori perbedaan dimensi sikap sebagai berikut :

- (1) Kategori perasaan, misalnya baik atau buruk disebut dimensi yang bersifat menilai (*evaluation dimension*).
- (2) Kategori kekuatan, misalnya kuat atau lemah disebut dimensi kemampuan (*potension dimension*).
- (3) Kategori sifat, misalnya cepat atau lambat disebut dimensi aktivitas (*activity dimension*).

2) Pengukuran secara tidak langsung

Teknik pengukuran sikap secara langsung yang telah dibicarakan di muka bertumpu pada kesadaran subjek akan sikap dan kesiapannya untuk dikomunikasikan secara lisan (*verbal*). Dengan teknik demikian, subjek juga mengerti bahwa sikapnya sedang diukur, dan pengetahuan atas ini akan mempengaruhi jawabannya.

Dalam suatu tehnik tidak langsung, seorang peneliti memberikan gambar-gambar kepada subjek, subjek diminta untuk menceritakan apa-apa yang dilihat dari gambar itu. Kemudian jawaban subjek dibuat skor, yang memperlihatkan sikapnya terhadap orang atau situasi di dalam gambar itu. pengukuran sikap tidak langsung ini menimbulkan beberapa masalah penting bagi para ahli psikologi (Abu Ahmadi, 2007).

Dalam penelitian ini ketiga komponen sikap digunakan sebagai indikator sikap penelitian ini dikaitkan dengan pelaksanaan kewaspadaan universal. Lebih rinci penjabarannya sebagai berikut: (1) Kepercayaan/ keyakinan, ide dan konsep tentang kewaspadaan universal, (2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap prosedur kewaspadaan universal, dan (3) Kecenderungan untuk bertindak dalam pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Penajam Paser Pengukuran yang dilakukan secara tidak langsung Utara dengan kuesioner dengan skala pengukuran Likert yang mempunyai 5 alternatif jawaban.

B. Penelitian Terkait

1. Penelitian Purnomo, Prabowodan Setiawan (2011) berjudul hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Majenang. Hasil penelitiannya menyimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat tentang Kewaspadaan Universal dengan pelaksanaan Kewaspadaan Universal di instalasi rawat inap RSUD Majenang. Tingkat keeratan hubungan antara pengetahuan perawat tentang kewaspadaan

universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal adalah cukup.

2. Penelitian oleh Parsinahingsih dan Supratman (2008) berjudul Gambaran Pelaksanaan Kewaspadaan Universal Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta. Hasil penelitiannya menemukan masih ada perawat yang melakukan cuci tangan kurang sempurna, masih ada perawat yang memakai alat pelindung kurang. Masih ada perawat yang mengelola alat kesehatan bekas pakai kurang sempurna, sebanyak 15 %. Masih didapatkan perawat mengelola jarum dan alat tajam kurang dan masih ada perawat yang mengelola limbah atau sanitasi ruangan kurang sempurna.
3. Penelitian Putri (2011) berjudul Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penerapan Prinsip Kewaspadaan Universal Oleh Perawat Diinstalasi Gawat Darurat RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2010. Hasil penelitian tersebut adalah sebagai berikut: (1) Lebih dari setengah responden(57,1%) memiliki tindakan yang kurang baik dalam penerapan prinsip-prinsip kewaspadaan universal. (2). Gambaran faktor organisasi: Fasilitas 51,4% tersedia, 42,9% perawat belum pernah mengikuti pelatihan keterampilan yang memuat kewaspadaan universal dalam 5 tahun terakhir, pengawasan kerja 100% dikategorikan kurang baik. (3). Gambaran faktor demografi dan individu: 80% responden berjenis kelamin

perempuan, 74,3% responden berusia antara 20-30 tahun, 37,1% Responden sudah bekerja sebagai perawat selama lebih dari 5 tahun, seluruh responden memiliki pengetahuan yang baik tentang kewaspadaan universal. (4). Gambaran faktor psikososial: 54,3% responden memiliki persepsi yang positif tentang kemungkinan terkena infeksi HIV dan keparahan penyakit HIV/AIDS, (5). Analisa hubungan antara faktor organisasi dengan tindakan penerapan prinsip kewaspadaan universal: 2 diantara 3 faktor organisasi yaitu faktor ketersediaan fasilitas, sarana dan prasarana dan faktor pelatihan keterampilan yang memuat tentang kewaspadaan universal memilikihubungan yang bermakna dengan tindakan penerapan kewaspadaan universal, sedangkan1 faktor lainnya yaitu pengawasan kerja tidak bisa dikatakan berhubungan atau tidak berhubungan dikarenakan analisa statistik untuk menguji hubungan menggunakan uji chisquare tidak dapat dilakukan dengan alasan hasil penelitian untuk variabel pengawasan kerja hanya didapat 1 kategori yaitu kurang baik. (6). Analisa hubungan antara faktor demografi dan individu dengan tindakan penerapan prinsip kewaspadaan universal: tidak ada satu pindari faktor ini yang berhubungan secara bermakna dengan tindakan penerapan prinsip kewaspadaan universal. (7). Analisa hubungan antara faktor psikososial dengan tindakan penerapan prinsip kewaspadaan universal. Ketiga faktor psikososial memiliki hubungan yang

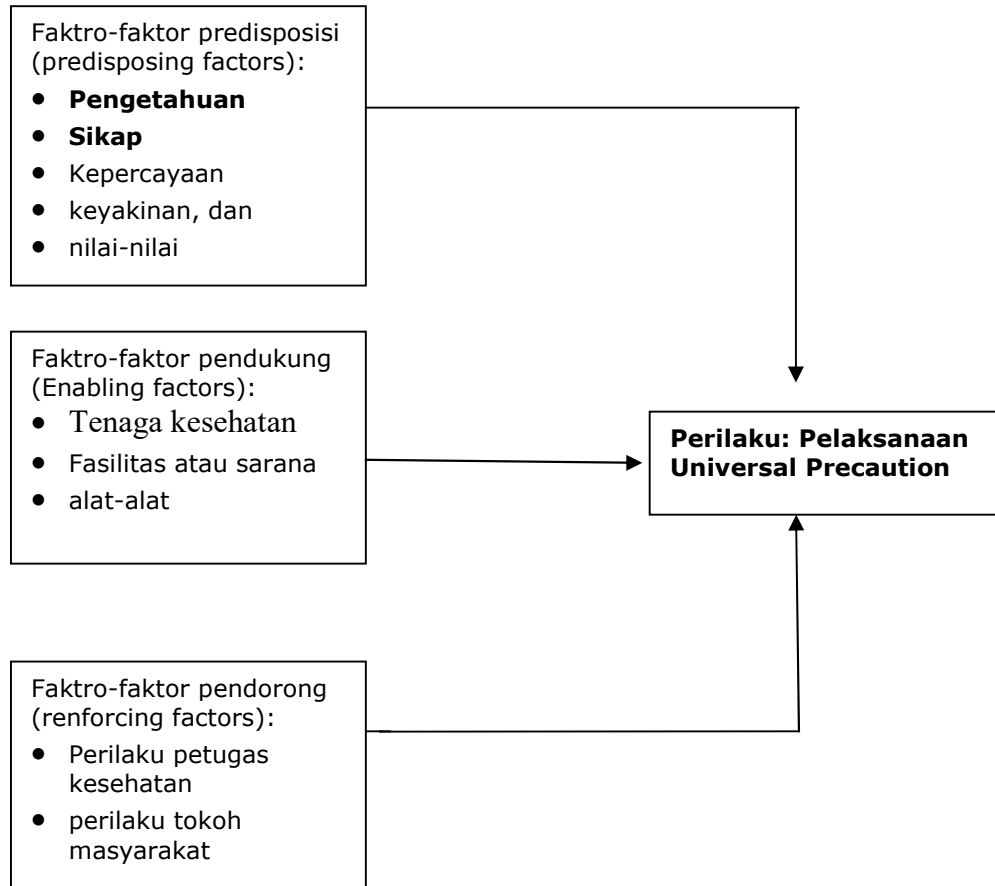
bermakna dengan tindakan penerapan prinsip kewaspadaan universal oleh perawat.

C. Kerangka Teori

Teori Green (dalam Notoatmodjo, 2008) mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor di luar perilaku. Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku petugas terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Terkait judul penelitian ini, kerangka teori penelitian ini adalah sebagai berikut:

Skema 2.1

Kerangka Teori Penelitian

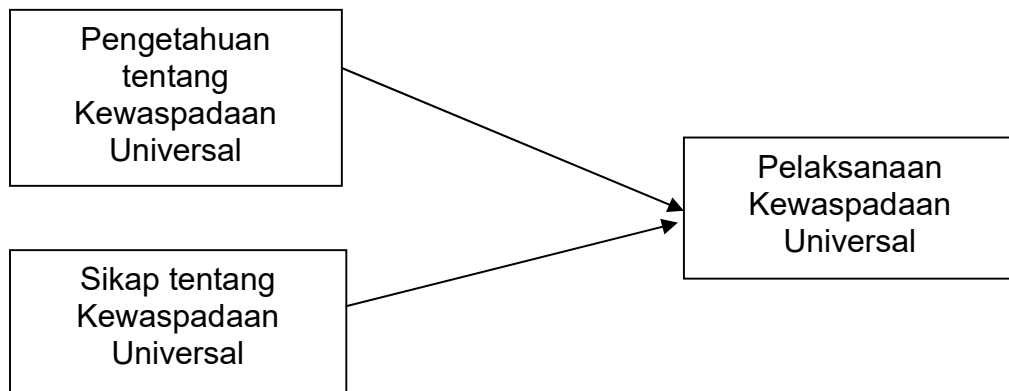
**D. Kerangka Konsep**

Pasien dan petugas kesehatan tidak akan mengalami infeksi atau tertular penyakit jika tidak terpapar oleh mikroorganisme. Proses terjadinya infeksi tergantung pada rantai infeksi. Enam rantai infeksi yang saling berhubungan meliputi agen infeksi, reservoir, tempat keluar, cara penularan, tempat masuk, dan pejamu yang rentan (Elkin, dkk, 2000; Koziar, Erb, Berman & Snyder, 2004; Tietjen, dkk, 2004). Berdasarkan landasan teori ini untuk menghindari terjadi infeksi atau tertular penyakit

baik pada pasien maupun petugas kesehatan (perawat) harus dilakukan dengan memutus rantai infeksi tersebut salah satunya dengan kewaspadaan universal, dan salah satunya dengan menggunakan alat pelindung diri (Smeltzer & Bare, 2010; Ellis, dkk, 2007). Namun pelaksanaan pemakaian alat pelindung diri dipengaruhi oleh banyak faktor, yang dua diantaranya pengetahuan dan sikap (Saifuddin, 2008, Green, dalam Notoatmodjo, 2007). Maka kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:

Skema 2.2

Kerangka Konsep Penelitian



Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas, hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Hipotesis nol (H_0) pertama: tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di RSUD Penajam Kabupeten Penajam Paser Utara.

- b. Hipotesis nol (H_0) kedua: tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di RSUD Kabupaten Penajam Paser Utara.
- c. Hipotesis alternatif (H_1) pertama: ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di RSUD Kabupaten Penajam Paser Utara.
- d. Hipotesis alternatif (H_1) kedua: ada hubungan yang bermakna antara sikap tentang kewaspadaan universal dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di RSUD Kabupaten Penajam Paser Utara.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan penelitian ini berdasarkan hasil penelitian yang telah disajikan dalam bab sebelumnya adalah sebagai berikut

1. Karakteristik responden penelitian ini mayoritas responden dari penelitian ini adalah perempuan (82%), lebih dari separuhnya berumur < 30 tahun (54%). Mayoritas responden berpendidikan D3 Keperawatan (86%), dan status perkawinan menikah mayoritas (86%), lebih separuhnya lama kerjanya sudah mencapai > 5 tahun (52%), serta penghasilannya sebagian besar lebih dari Rp. 5.500.000,- (76%).
2. Pengetahuan responden tentang kewaspadaan universal di RSUD Penajam menunjukkan bahwa skor rata-rata 36,74 (95% CI: 34,96 – 38,51) yang secara umum pengetahuan tentang kewaspadaan universal responden adalah baik.
3. Sikap responden tentang kewaspadaan universal di RSUD Penajam menunjukkan bahwa skor rata-rata 95,72 (95% CI: 94,15 – 97,29) yang Secara umum sikap responden rata-rata baik tentang kewaspadaan universal.
4. Pelaksanaan kewaspadaan universal di RSUD Penajam skor rata-ratanya 98,18 (95% CI: 95,22 – 101,14), dengan demikian pelaksanaan kewaspadaan universal di RSUD rata-rata baik.

5. Ada hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan kewaspadaan universal, sifat hubungan sedang dan berpola positif (p value 0,000; α 0,005; r: 0,747).
6. Ada hubungan sikap perawat dengan pelaksanaan kewaspadaan universal, sifat hubungan sedang dan berpola positif (p value 0,000; α 0,005; r: 0,605)

B. Saran

1. Kepada manajemen rumah sakit dan bidang keperawatan untuk memastikan ketersediaan dan kecukupan alat pelindung diri (APD) di seluruh unit pelayanan.
2. Kepada komite keperawatan untuk membuat standar operating prosedur (SOP) atau instruksi kerja (IK) terkait dengan kewaspadaan universal di RSUD Penajam, dan bersama PPNI bekerja sama untuk membentuk unit atau kelompok kerja pengendali infeksi di rumah sakit. Kelompok kerja ini diberi tugas untuk menangani kasus-kasus kecelakaan akibat kerja terutama yang terpapar oleh darah dan cairan tubuh pasien yang diduga mengalami infeksi.
3. Kepada kepala bidang keperawatan :
 - a. untuk merancang dan memprogramkan pelatihan yang sifatnya inhouse training maupun dengan cara memberikan izin melakukan pendidikan lanjut bagi perawat. Hal dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan perbaikan sikap perawat terhadap pelaksanaan kewaspadaan universal di RS Penajam
 - b. melakukan pelatihan tentang kewaspadaan universal untuk para tenaga keperawatan sebagai prioritas yang dapat disusul oleh tenaga kesehatan lain.

- c. melakukan *screening* kesehatan kepada tenaga keperawatan dan memberikan vaksin terhadap penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Hal ini dilakukan untuk mengevaluasi efek negative dari pelaksanaan kewaspadaan universal yang belum optimal.
- d. Melakukan kontrol yang ketat dan berkala terhadap pelaksanaan universal precaution termasuk ketersediaan dan pemakaian APD di setiap unit-unit pelayanan keperawatan.
- e. Kepada PPNI, Komisariat RSUD Penajam dan Manajemen RSUD bekerja sama untuk membentuk unit atau kelompok kerja pengendali infeksi di rumah sakit. Kelompok kerja ini diberi tugas untuk menangani kasus-kasus kecelakaan akibat kerja terutama yang terpapar oleh darah dan cairan tubuh pasien yang diduga mengalami infeksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwi, H., (2003). *Kamus besar bahasan Indonesia*, (3rd ed). Jakarta: Balai Pustaka
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian, Suatu pendekatan praktik*, (edisi revisi V), Jakarta: Rhineka Cipta
- Azwar, S. 2001. *Reabilitas dan Validitas SPSS*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Burns, N., & Grove, S.K., (2001). *The practice of nursing research, Conduct, critique, and utilization*, (4th ed.), Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Cahyono, J.B.B. (2008). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien, Dalam Praktik Kedokteran*, Yogyakarta: Kanisius
- Craven, RF., & Hirnle, CJ., (2012). *Fundamental of nursing, Human health and function*,(3rd ed). Philadelphia: Lippincott
- Darmadi (2008). *Infeksi Nosokomial, Problematika dan Pengendaliannya*, Jakarta: Salemba Media
- Departemen Kesehatan RI, (1994), *Informasi Tentang Penyuluhan AIDS*, Jakarta: Pusat Penyuluhan Masyarakat.
- Departemen Kesehatan RI, (1994), ***Informasi Tentang Penyuluhan AIDS***, Jakarta: Pusat Penyuluhan Masyarakat.
- Dhyanti, S., dan Warhani, W., (1997), ***AIDS dan Universal precaution***, Kumpulan Makalah Pelatihan Kewaspadaan Umum Terhadap Infeksi Mikro Organisme Bagi Petugas Kesehatan Se-DKI Jakarta Tahun 1997, Jakarta: Yayasan Pelita Ilmu. Tidak dipublikasikan
- Djauzi, S. (2000), ***AIDS di Indonesia, Keadaan kini dan di masa depan***, Catatan kuliah, Jakarta: tidak dipublikasikan
- Djauzi, S., (1997), ***Langkah-langkah dalam penerapan kewaspadaan universal***, Kumpulan Makalah Pelatihan Kewaspadaan Umum Terhadap Infeksi Mikro Organisme Bagi Petugas Kesehatan Se-DKI Jakarta Tahun 1997, Jakarta: Yayasan Pelita Ilmu. Tidak dipublikasikan

- Djoerban, Z., (1997), ***Pencegahan penularan AIDS dan Hepatitis B dalam praktek dokter gigi***, Kumpulan Makalah Pelatihan Kewaspadaan Umum Terhadap Infeksi Mikro Organisme Bagi Petugas Kesehatan Se-DKI Jakarta Tahun 1997, Jakarta: Yayasan Pelita Ilmu. Tidak dipublikasikan
- Djoerban, Z., (1999), ***Membedik AIDS, Ikhtiar memahami HIV dan ODHA***, Yogyakarta: Galang Press
- Elkin, M.K., Perry, A.G., & Potter, P.A. (2000). *Nursing interventions and clinical skills*, St Louis: Mosby
- Ellies, J.R., & Bentz, P.M., (2007). *Modules for basic nursing skills*, (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Fairchild, S.S., (1996). *Perioperatif nursing, Principles and practices*, (2nd ed). Philadelphia: Lippincott
- Groah, LK., (1996), ***Perioperative nursing***, 3rd eds, Stamford: Appleton and Lange
- Hastono, S.P., (2006). *Modulanalisis data*, Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Hetty, A.M., (1997), ***Pencegahan paparan HIV pada layanan kesehatan (Universal precaution)***, Kumpulan Makalah Pelatihan Kewaspadaan Umum Terhadap Infeksi Mikro Organisme Bagi Petugas Kesehatan Se-DKI Jakarta Tahun 1997, Jakarta: Yayasan Pelita Ilmu. Tidak dipublikasikan
- Ignatavicius, DD., Workman, ML, and Mishler (1999). ***Medical-surgical nursing across the health care continuum***, 3rd eds., Philadelphia: Lippincott Co.
- Joint Commission International (2011). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, (4th ed). Jakarta: PERSI
- Kozier, B., Erb, G., Berman, AJ., & Snyder, S.J., (2004). *Fundamental of nursing, Concept, process and practice*, (7th eds.), Upper Saddle River: Prentice Hall Health
- Kusriastuti, R., (1997), ***Pengetahuan, sikap dan perilaku petugas paramedis puskesmas mengenai kewaspadaan di DKI Jakarta, 1994***, Kumpulan Makalah Pelatihan Kewaspadaan Umum Terhadap Infeksi Mikro Organisme Bagi Petugas Kesehatan Se-DKI Jakarta Tahun 1997, Jakarta: Yayasan Pelita Ilmu. Tidak dipublikasikan

- Kuswadi, S., (1993). AIDS Akibat Kerja, *Majalah Kedokteran Indonesia*, Jakarta: Vol. 43 No. 4.
- Leahy, J.M., & Kizilay, P.E., (1998). *Foundations of nursing practice, A nursing process approach*, Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Leigh, M., (1997), ***Pemahaman prinsip-prinsip universal precaution terhadap infeksi mikro organisme (HIV) dan dekontaminasi***, Kumpulan Makalah Pelatihan Kewaspadaan Umum Terhadap Infeksi Mikro Organisme Bagi Petugas Kesehatan Se-DKI Jakarta Tahun 1997, Jakarta: Yayasan Pelita Ilmu. Tidak dipublikasikan
- Lewis, SM., Heitkemper, MM., & Dirksen, SR., (2014). ***Medical surgical-nursing, assessment and management of clinical problems***, 7th eds. St Louis: Mosby.
- Notoatmodjo, S., (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*, (edisi revisi). Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam (2006) *Metode Penelitian Untuk Profesi Keperawatan*, (2nd ed). Jakarta: Salemba Medika
- Pangkahila, W., (1996), ***Perilaku seksual dan AIDS***, Jakarta: DEXA Media, Vol. 9 No. 2.
- Parsinahingsih, S.H., & Supratman (2008). Gambaran Pelaksanaan Kewaspadaan Universal Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Moewardi Surakarta, *Berita Ilmu Keperawatan*, 1(1): 19 - 24
- Polit, D.F., & Hungler, B.P., (2012). *Nursing research, Principles and methods*, (6th ed.), Philadelphia: Lippincott
- Price, SA., & Wilson, LM., (2006). *Patofisiologi, Konsep klinik proses-proses penyakit*, (6th ed), Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Purnomo, S.W.A., Prabowo, T., & Setiawan, D.I. (2011). Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang *Universal precaution* Dengan Pelaksanaan *Universal precaution* Di Instalasi Rawat Inap RSUD Majenang, Skripsi, Yogyakarta: Universitas Respati Jogjakarta

- Putri, A. (2011). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penerapan Prinsip Kewaspadaan Universal (*Universal precaution*) Oleh Perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2010. Skripsi, Padang: Universitas Adalas
- Saifuddin, AB., (2006), ***Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal***, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Setyawati, (1997), ***Penatalaksanaan Perawatan Penderita HIV/AIDS***, Kumpulan Makalah Pelatihan Kewaspadaan Umum Terhadap Infeksi Mikro Organisme Bagi Petugas Kesehatan Se-DKI Jakarta Tahun 1997, Jakarta: Yayasan Pelita Ilmu. Tidak dipublikasikan
- Smeltzer, SC., & Bare, BG., (2010). ***Brunner and Suddarth's Textbook of medical surgical nursing***, (12th ed). Philadelphia: Lippincott
- Smith, SF., and Duell, DJ., (2008). ***Clinical nursing skill, Basic to advanced skills***, 4th eds, Stamford: Appleton and Lange
- Solikhah, H.H., & Arifin, A. (2005). Pelaksanaan Universal Precautions Oleh Perawat Dan Pegawai Kesehatan (Studi Kasus di Rumah Sakit Islam Malang Unisma), *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 8(1): 29-39
- Sud'an, RH., (1997), ***Al Qur'an dan panduan kesehatan masyarakat***, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa
- Tietjen, L., Bossemeyer, D., & McIntosh, N., (2004). *Panduan pencegahan infeksi, untuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan sumber daya terbatas*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Tinuk, I. (2000). *Menanti buah hati, Kaitan antara kemiskinan dan kesehatan*, Yogyakarta: Media Pressindo
- Torrance, C., & Serginson, E., (1997), ***Surgical nursing***, 12th eds. London: Bailliere Tindall
- Yatim, DI., (1997), *Dialog Seputas AIDS*, Jakarta: Grasindo.
- Ahmed, S.M., Hassan, S.A., & Abdallah, E.S., (2008). Compliance with Universal Precautions Among Nurses and Laboratory Technicians in Mansoura International Specialized Hospital, *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 30: 151 – 164

Fayas, S.H. dkk (2014) Knowledge and practice of universal precautions among health care workers in four national hospitals in Kabul, Afghanistan, *J Infect Dev Countries*, 4(8):535-542

Runtu, L.G. (2012). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Perawat Dalam Penerapan Universal Precautions Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou, Manado, Thesis, Jogjakarta: UGM, diperoleh dari http://etd.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=57576&obyek_id=4, diakses 2 Pebruari 2015

Sunarto (2012) Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Pelaksanaan Tindakan Universal Precautions pada Mahasiswa Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Surakarta, Tesis, Surakarta: UNS, diperoleh dari <http://digilib.uns.ac.id/pengguna.php?mn=showview&id=26259> diakses 2 Pebruari 2015

Yulianti, Rosyidah,&Hariyono, W (2011) Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Penerapan Universal Precaution Pada Perawat Di Bangsal Rawat Inap Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Yogyakarta, *Kesehatan Masyarakat*, 5, (2: 162-232