



**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN PRAKTIK *UNIVERSAL PRECAUTIONS*  
PADA PERAWAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN  
RISIKO *HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS*  
(HAIs) DI RUANG RAWAT INAP RSUD  
TUGUREJO SEMARANG**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**UNNES**  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Oleh:

Arda Krisnata

NIM. 6411412095

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN**

**2016**

## ABSTRAK

Arda Krisnata

**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik *Universal Precautions* pada Perawat dalam Upaya Pencegahan Risiko *Healthcare Associated Infections* (HAIs) di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang**  
XVI + 107 halaman + 30 tabel + 6 gambar + 11 lampiran

Praktik *universal precautions* merupakan upaya untuk mencegah terjadinya penularan infeksi terhadap pasien maupun tenaga medis khususnya perawat. Insidens kejadian infeksi (plebitis) di RSUD Tugurejo cenderung meningkat tahun 2015. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan praktik *universal precautions* perawat dalam upaya pencegahan *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh perawat rawat inap yang berjumlah 406 perawat. Jumlah sampel sebanyak 66 perawat yang ditentukan dengan *purposive sampling*. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji *chi square*.

Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berhubungan dengan praktik *universal precautions* perawat adalah pengetahuan tentang infeksi nosokomial dan upaya pencegahan ( $p = 0,014$ ), supervisi kepala ruang ( $p = 0,045$ ), dukungan sejawat ( $p = 0,023$ ), pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi ( $p = 0,001$ ), dan ketersediaan sarana dan prasarana ( $p = 0,018$ ). Faktor yang tidak berhubungan adalah umur perawat ( $p = 0,710$ ), lama kerja menjadi perawat ( $p = 0,097$ ), sikap terhadap *universal precautions* ( $p = 0,239$ ), dan beban kerja ( $p = 0,877$ ).

**Kata Kunci** : *Healthcare associated infections*; Perawat; Praktik; *Universal precautions*.

**Kepustakaan** : 60 (1995 – 2015).

## ABSTRACT

Arda Krisnata

**Factors Related to the Universal Precautions Practice of Nurses as the Risk Prevention of Healthcare-Associated Infections (HAIs) in Inpatient Unit Tugurejo Hospital Semarang**

XVI + 107 pages + 30 tables + 6 images + 11 attachments

Universal precautions practice were an attempt to prevent the transmission of infection to patients and medical personnel, especially nurses. The incidence of infection case (plebitis) in Tugurejo hospital likely to increase in 2015. The purpose of this study to identify the factors which related to the universal precautions practice of nurses in the prevention of healthcare associated infections in inpatient unit of Tugurejo hospital.

This study using cross sectional approach. The population of study was nurses of inpatient unit who totaled 406 nurses. Total of sample was 66 nurses detemined by purposive sampling. The data is analyzed univariately and bivariately by using chi square test.

The result showed factors which related to the universal precautions practice of nurse were knowledge about nosocomial infection and prevention ( $p = 0.014$ ), supervision of head space ( $p = 0.045$ ), a peer support ( $p = 0.023$ ), the training of infection prevention and control ( $p = 0.001$ ), and the availability of facilities and infrastructure ( $p = 0.018$ ). Factors unrelated to universal precautions practice were nurses age ( $p = 0.710$ ), longer working as a nurse ( $p = 0.097$ ), attitude towards universal precautions ( $p = 0.239$ ), and the work load ( $p = 0.877$ ).

**Keywords** : Healthcare associated infections; Nurse; Practice; Universal precautions.

**Literatures** : 60 (1995 – 2015).

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian maupun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Agustus 2016



Penyusun



**UNNES**  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

## PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Sidang Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Skripsi atas nama Arda Krisnata, NIM. 6411412095 yang berjudul **“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik *Universal Precautions* pada Perawat dalam Upaya Pencegahan Risiko *Healthcare Associated Infections* (HAIs) di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang”**.


Pada Hari : Selasa

Tanggal : 13 September 2016

  
Ketua  
Prof. Dr. Wandoyo Rahayu, M. Pd  
NIP. 19610320.198403.2.001

Panitia Ujian

Sekretaris

  
Drs. Bambang Wahyono, M. Kes  
NIP. 19600610.198703.1.002

Dewan Penguji

Tanggal  
Persetujuan

Ketua Penguji 1. Mardiana, S.KM, M. Si  
NIP. 19800420.200501.2.003

3-10-2016

Anggota Penguji I 2. Widya Hary Cahyati, S.KM, M. Kes (Epid)  
NIP. 19771227.200501.2.001

4-10-2016

Anggota Penguji II 3. Muhammad Azinar, S. KM, M. Kes  
NIP. 19820518.201212.1.002

6/10-2016

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### MOTTO:

- ❖ Bertakwalah pada Allah, maka Allah akan mengajarimu. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui segala sesuatu (QS. Al-Baqarah: 282).
- ❖ Kebanggaan terbesar kita bukanlah tidak pernah gagal, melainkan mampu bangkit kembali setiap kita jatuh (Confusius).
- ❖ Pengetahuan tidaklah cukup, kita harus mengamalkannya. Niat tidaklah cukup, kita harus melakukannya (Johann Wolfgang von Goethe).

### PERSEMBAHAN:

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tuaku tercinta.
2. Almamaterku, Universitas Negeri Semarang, khususnya Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik *Universal Precautions* pada Perawat dalam Upaya Pencegahan Risiko *Healthcare Associated Infections* (HAIs) di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang” dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk melengkapi persyaratan agar memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Keberhasilan penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan dari beberapa pihak, oleh karena itu dengan kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas ijin penelitian yang diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, S.KM, M.Kes (Epid), atas persetujuan yang diberikan.
3. Dosen pembimbing, Muhammad Azinar, S.KM, M.Kes, atas bimbingan, arahan, dan saran yang diberikan.
4. Dosen penguji I, Mardiana, S.KM, M.Si, atas bimbingan, arahan, dan saran yang diberikan.
5. Dosen penguji II, Widya Hary Cahyati, S.KM, M.Kes (Epid), atas bimbingan, arahan, dan saran yang diberikan.

6. Bapak dan ibu dosen beserta staf Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang atas segala ilmu dan pengetahuan yang diberikan.
7. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo Semarang beserta staf atas ijin pengambilan data dan penelitian yang diberikan.
8. Orang tuaku tercinta, Ibu (Kartini) dan Bapak (Agung Pranoto), serta Kakakku (Arkha Krisnawan) atas doa, semangat, motivasi, dan dukungannya yang tak terhingga sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
9. Teman-temanku (Fentri, Ashar, dan Astari) atas doa, bantuan, serta dukungan yang diberikan hingga skripsi ini terselesaikan.
10. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang Angkatan 2012, atas semangat dan motivasi yang diberikan hingga skripsi ini terselesaikan, serta semua pihak yang terlibat yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Semoga segala kebaikan dan ketulusan dari semua pihak akan dibalas dengan berkali-kali lipat oleh Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini penuh dengan ketidaksempurnaan, untuk itu diharapkan kritik dan saran demi penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi para pembacanya.

Semarang, Agustus 2016

Penulis



# DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>PENGESAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>MOTO DAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	8
1.4. Manfaat Penelitian .....	10
1.5. Keaslian Penelitian.....	11
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	13
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>14</b>
2.1. Landasan Teori .....	14
2.1.1. <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs).....	14

2.1.2. Kewaspadaan Universal ( <i>Universal Precautions</i> ) .....	18
2.1.3. Perilaku Pencegahan Infeksi pada Perawat .....	31
2.1.4. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan Infeksi Nosokomial ...	32
2.1.5. Perilaku dalam Kesehatan.....	40
2.2. Kerangka Teori .....	42
<b>BAB III. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>43</b>
3.1. Kerangka Konsep.....	43
3.2. Variabel Penelitian.....	43
3.3. Hipotesis Penelitian.....	44
3.4. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran .....	45
3.5. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	48
3.6. Populasi dan Sampel .....	49
3.7. Sumber Data Penelitian.....	51
3.8. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	52
3.9. Prosedur Penelitian .....	56
3.10. Teknik Pengolahan dan Analisis Data .....	57
3.11. Teknik Analisis Data.....	58
<b>BAB IV. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>59</b>
4.1. Gambaran Umum.....	59
4.2. Hasil Penelitian.....	61
4.2.1. Analisis Univariat.....	61
4.2.2. Analisis Bivariat.....	68
<b>BAB V. PEMBAHASAN .....</b>	<b>80</b>

5.1. Pembahasan .....	80
5.1.1. Hubungan antara Umur Perawat dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .	80
5.1.2. Hubungan antara Lama Kerja Menjadi Perawat dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	82
5.1.3. Hubungan antara Pengetahuan tentang Infeksi Nosokomial dan Upaya Pencegahan dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	84
5.1.4. Hubungan antara Sikap Terhadap <i>Universal Precautions</i> dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	86
5.1.5. Hubungan antara Supervisi Kepala Ruang dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	89
5.1.6. Hubungan antara Dukungan Sejawat dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	90
5.1.7. Hubungan antara Beban Kerja dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> ....	92
5.1.8. Hubungan antara Pelatihan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	95
5.1.9. Hubungan antara Ketersediaan Sarana dan Prasarana dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	96
5.2. Hambatan dan Kelemahan Penelitian .....	98
<b>BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>100</b>
6.1. Simpulan.....	100
6.2. Saran.....	100
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>103</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>108</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Penelitian-Penelitian yang Relevan.....	11
Tabel 2.1. Jenis Wadah dan Label Medis Padat Sesuai Kategorinya .....	31
Tabel 2.2. Dimensi Skala Metode SWAT.....	38
Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel .....	45
Tabel 3.2. Hasil Uji Reliabilitas Instrumen.....	54
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	59
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan .	60
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Bangsa.....	61
Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur .....	62
Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Kerja Menjadi Perawat.....	62
Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan tentang Infeksi Nosokomial dan Upaya Pencegahan .....	63
Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Terhadap <i>Universal Precautions</i> .....	64
Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Supervisi Kepala Ruang.....	64
Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Sejawat ..	65
Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Reponden Berdasarkan Beban Kerja .....	65

Tabel 4.11. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.....	66
Tabel 4.12. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Ketersediaan Sarana dan Prasarana.....	67
Tabel 4.13. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	67
Tabel 4.14. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Ketidaksesuaian Praktik <i>Universal Precautions</i> dengan SOP.....	68
Tabel 4.15. Tabulasi Silang Hubungan Umur dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	69
Tabel 4.16. Tabulasi Silang Hubungan Lama Kerja Menjadi Perawat dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	70
Tabel 4.17. Tabulasi Silang Hubungan Pengetahuan dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	71
Tabel 4.18. Tabulasi Silang Hubungan Pengetahuan dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> dengan Nilai <i>Rasio Prevalens</i> (RP).....	72
Tabel 4.19. Tabulasi Silang Hubungan Sikap Terhadap <i>Universal Precautions</i> dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	73
Tabel 4.20. Tabulasi Silang Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	74
Tabel 4.21. Tabulasi Silang Hubungan Dukungan Sejawat dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	75

Tabel 4.22. Tabulasi Silang Hubungan Beban Kerja dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	76
Tabel 4.23. Tabulasi Silang Hubungan Pelatihan dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	77
Tabel 4.24. Tabulasi Silang Hubungan Ketersediaan Sarana dan Prasarana dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> .....	78
Tabel 4.25. Ringkasan Analisis Bivariat.....	79



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Skema Rantai Penularan Infeksi Nosokomial .....	15
Gambar 2.2. Bagan Alur Pengelolaan Alat Kesehatan .....	26
Gambar 2.3. Pemisahan Limbah .....	30
Gambar 2.4. Teori Perilaku Lawrence Green .....	41
Gambar 2.5. Aplikasi Teori L. Green pada Penelitian Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik <i>Universal Precautions</i> dalam Upaya Pencegahan Risiko <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang .....	42
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	43

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing .....	109
Lampiran 2. <i>Ethical Clearance</i> .....	110
Lampiran 3. Surat Ijin Pengambilan Data dari RSUD Tugurejo .....	111
Lampiran 4. Surat Keterangan Melakukan Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen di RSUD Kota Semarang .....	112
Lampiran 5. Surat Ijin Melakukan Penelitian dari RSUD Tugurejo .....	113
Lampiran 6. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek .....	114
Lampiran 7. Persetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian .....	116
Lampiran 8. Instrumen Penelitian .....	117
Lampiran 9. Data Mentah Hasil Penelitian .....	128
Lampiran 10. <i>Output</i> SPSS Hasil Penelitian .....	148
Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian .....	168





# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. LATAR BELAKANG

*Healthcare Associated Infections* (HAIs) merupakan penyakit infeksi yang terdapat pada pasien selama berada di rumah sakit maupun di fasilitas kesehatan yang lain. *Healthcare Associated Infections* (HAIs) juga disebut sebagai *Hospital Acquired Infection* atau dulu lebih dikenal dengan Infeksi Nosokomial (INNOS). Infeksi ini disebabkan oleh konsekuensi dari pengasuhan tenaga medis dan alat yang dipergunakan saat melakukan tindakan. Secara umum, pasien yang terindikasi mengalami infeksi nosokomial adalah jika pasien tersebut menunjukkan gejala-gejala infeksi lain di luar penyakit yang dideritanya setelah 72 jam dirawat di rumah sakit (Darmadi, 2008:5).

Tingginya angka kejadian infeksi nosokomial mengindikasikan rendahnya mutu pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit (Darmadi, 2008). Kasus infeksi nosokomial terjadi hampir di seluruh negara di dunia. Berdasarkan survei prevalensi oleh WHO terhadap 55 rumah sakit di 14 negara yang mewakili empat wilayah yakni Asia Tenggara, Eropa, Mediterania Timur, dan Pasifik Barat, menunjukkan bahwa rata-rata 8,7% pasien rumah sakit menderita infeksi nosokomial. Di negara-negara maju, sekitar 5-10% dari pasien yang dirawat karena penyakit akut mengalami infeksi setelah memperoleh pengasuhan tenaga medis di rumah sakit, dan kasus tersebut diperkirakan dapat menjadi dua kali lipat terjadi di negara berkembang seperti Indonesia (WHO, 2005).

Indonesia sendiri lebih dari 50% kelahiran neonatus yang dirawat di unit neonatal menderita infeksi nosokomial dengan tingkat kematian 12% hingga 52%. Hal ini dapat dilihat dari data *National Healthcare Safety Network* (NHSN) selama tahun 2006-2008 menunjukkan insidens infeksi daerah operasi sebesar 1,9% (CDC, 2013). Hasil lainnya dari *survey point* prevalensi di 11 rumah sakit di DKI Jakarta oleh Perdalin Jaya dan RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta diperoleh angka infeksi nosokomial untuk Infeksi Daerah Operasi (IDO) 18,9%, Infeksi Saluran Kemih (ISK) 15,1%, Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) 26,4%, pneumonia 24,5%, infeksi saluran napas lain 15,1%, serta infeksi lain 32,1% (Depkes RI, 2008). Sementara itu, menurut Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita yang bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan RI tahun 2014, melaporkan insidens kejadian infeksi daerah operasi cenderung meningkat yakni dari 1,5% pada tahun 2013 menjadi 1,8% di tahun 2014.

Pasien yang sedang menjalani proses asuhan keperawatan di rumah sakit, baik dengan penyakit dasar tunggal maupun dengan penyakit dasar lebih dari satu, secara umum memiliki daya tahan tubuh yang rendah, sehingga berpeluang besar terpapar dan mengalami infeksi. Kenyataannya tidak hanya pasien rawat yang berisiko tertular infeksi, tapi juga seluruh personil rumah sakit yang berhubungan langsung dengan pasien baik penunggu, pengunjung pasien, maupun tenaga medis (Mandal dkk, 2008). Bahkan menurut Departemen Kesehatan RI (2003), menetapkan *Healthcare Associated Infection* (HAIs) menjadi indikator penyakit akibat kerja (PAK) bagi tenaga medis yang potensial terjadi di rumah sakit.

WHO dalam Nurkhasanah dan Sujianto (2014) mengestimasi bahwa sekitar 2,5% petugas kesehatan menghadapi pajanan HIV dan sekitar 40% menghadapi pajanan virus Hepatitis B dan Hepatitis C. Hal tersebut dibuktikan oleh *Centre for Disease Control* (CDC) yang melaporkan setiap tahun terjadi sekitar 385.000 kejadian luka tertusuk benda tajam yang terkontaminasi darah, yang mengindikasikan bahwa petugas kesehatan berisiko terpapar darah yang dapat menimbulkan infeksi HBV (Hepatitis B Virus), HCV, dan HIV (CDC, 2013). Menurut Sandewa dan Ardhiwijaya (2014), perawat rumah sakit memiliki risiko 2-3 kali lebih besar mengalami infeksi dibanding tenaga medis lainnya. Jika dilihat dari kondisi di unit-unit pelayanan di rumah sakit, dimana tenaga kesehatan yang selama 24 jam berada memberikan pelayanan terhadap pasien adalah perawat. Oleh sebab itulah perawat sangat berisiko tertular penyakit yang diderita oleh pasien. Indonesia menurut penelitian Hermana (2009) menunjukkan bahwa prosentase perawat yang mengalami luka tertusuk jarum suntik adalah cukup tinggi yakni sebesar 61,34%.

*Healthcare Associated Infection* (HAIs) dapat dicegah melalui penerapan prinsip-prinsip pencegahan infeksi khususnya prinsip kewaspadaan universal (*universal precautions*). Penerapan kewaspadaan universal merupakan bagian dari upaya pengendalian infeksi yang terdiri dari: (1) tindakan mencuci tangan, (2) penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), (3) pengelolaan jarum dan alat tajam secara hati-hati, (4) pengelolaan alat kesehatan bekas pakai dengan benar, (5) dan pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan (Depkes RI, 2010), dimana dalam pelaksanaannya tersebut tidak terlepas dari peran masing-masing pihak yang

terlibat di dalamnya yakni pimpinan, staf administrasi, pemberi pelayanan, maupun pengguna jasa termasuk pasien dan pengunjung. Tujuan penerapan *universal precautions* pada dasarnya adalah untuk mencegah timbulnya infeksi lain pada pasien selama menerima perawatan di rumah sakit sekaligus mencegah terjadinya penularan penyakit oleh pasien kepada petugas kesehatan. Menurut Nurulhuda, dkk (2013), menjelaskan bahwa penerapan seluruh prosedur *universal precautions* berpeluang 5,4 kali lebih besar untuk mencegah terjadinya tanda dan gejala infeksi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Gabresilassie *et al.* (2014) di Ethiopia, menunjukkan bahwa masih rendahnya kepatuhan penerapan kewaspadaan universal pada perawat di pelayanan kesehatan, yang ditunjukkan dengan persentase perawat yang tidak patuh sebesar 57,1%. Indonesia menurut Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2011), menunjukkan bahwa sebesar 62,5% pelaksanaan prosedur cuci tangan secara aseptik sebelum tindakan perawatan invasif oleh perawat masih kurang baik. Didukung pula dengan penelitian selanjutnya oleh Syahrizal, dkk (2015), diperoleh hasil bahwa mayoritas perawat (80%) tidak benar dalam menerapkan metode *universal precautions* pada tindakan pemasangan infus.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo Semarang merupakan rumah sakit umum tipe B yang turut andil dalam penyedia layanan kesehatan masyarakat di Jawa Tengah, termasuk diantaranya adalah Kota Semarang dan sekitarnya. Sejatinya rumah sakit ini juga tidak terlepas dari problematika kejadian infeksi nosokomial. Menurut data surveilan tahun 2015, insidens

kejadian infeksi nosokomial yang dialami pasien rumah sakit adalah sebagai berikut: ISK sebesar 0,6%, ILO sebesar 1,2%, dekubitus sebesar 1,2%, plebitis sebesar 1,4%, dan pneumonia sebesar 0,9%. Ditinjau dari tren penyakitnya, kasus plebitis cenderung meningkat dari tahun sebelumnya, yakni dari 0,6% pada tahun 2014 menjadi 1,4% di tahun 2015 (Komite PPI, 2015). Hal ini disebabkan karena perawat yang tidak menerapkan prinsip aseptik saat perawatan terutama dalam hal pemasangan infus.

Menurut wawancara dengan kepala Komite PPI RSUD Tugurejo pada April 2016 diperoleh informasi bahwa peraturan tentang pengelolaan *universal precautions* yang ditetapkan rumah sakit, mencakup keorganisasian tim PPI, sementara mengenai standar operasional prosedur (SOP) yang meliputi manajemen dan teknis penerapan *universal precautions* menggunakan panduan dari Kementerian Kesehatan RI. Praktik *universal precautions* di RSUD Tugurejo oleh perawat sendiri dapat dilihat dari laporan kepatuhan melakukan kebersihan tangan (*5 moment hygiene*) pada triwulan 3 tahun 2015, diperoleh hasil bahwa rata-rata 20% perawat masih belum menerapkan praktik cuci tangan pada momen sebelum kontak pasien, sebelum tindakan aseptik, sesudah kontak pasien, dan sesudah kontak lingkungan pasien. Sementara itu, jika melihat dari pengelolaan benda tajam oleh perawat, di unit rawat inap tahun 2014 tercatat 3 perawat melaporkan mengalami luka tertusuk jarum suntik dan meningkat di tahun 2015 menjadi 5 perawat yang tercatat pernah mengalami hal yang sama di unit tersebut (Komite PPI, 2015). Hal ini disebabkan oleh perawat yang saat itu melepas dan menutup tutup jarum suntik menggunakan kedua tangan, tidak menggunakan

sarung tangan dan saat pemasangan infus terkena jarum suntik (Komite PPI, 2015).

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2010), perilaku seseorang dalam menentukan derajat kesehatannya dipengaruhi oleh tiga faktor yakni faktor predisposisi, faktor pendorong, dan faktor pendukung. Demikian pula dengan praktik kewaspadaan universal di pelayanan kesehatan, terdapat faktor-faktor yang mempengaruhinya. Hasil penelitian-penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelatihan kewaspadaan universal, pengetahuan, *grade* rumah sakit, ketersediaan *safety box*, dan pengalaman paparan dengan kepatuhan perawat terhadap kewaspadaan universal dalam tindakan keperawatan (Yang Luo *et al.*, 2010). Selain itu, iklim keselamatan kerja merupakan faktor organisasi di tempat kerja, yang turut berpengaruh terhadap pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat (Sahara, 2011).

Adanya potensi terjadi penularan infeksi di RSUD Tugurejo menyebabkan peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik *Universal Precautions* pada Perawat dalam Upaya Pencegahan Risiko *Healthcare Associated Infections* di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang”.

## **1.2. RUMUSAN MASALAH**

### **1.2.1. Rumusan Masalah Umum**

Berdasarkan uraian tersebut diatas, rumusan masalah yang bisa diambil adalah “faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan praktik *universal*

*precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”

### **1.2.2. Rumusan Masalah Khusus**

1.2.2.1. Adakah hubungan antara umur perawat dengan praktik *universal precautions* dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”.

1.2.2.2. Adakah hubungan antara pengetahuan tentang infeksi nosokomial dan upaya pencegahan dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”.

1.2.2.3. Adakah hubungan antara sikap terhadap *universal precautions* dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”.

1.2.2.4. Adakah hubungan antara lama kerja menjadi perawat dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”.

1.2.2.5. Adakah hubungan antara supervisi kepala ruang dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”.

1.2.2.6. Adakah hubungan antara dukungan sejawat dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”.

1.2.2.7. Adakah hubungan antara ketersediaan sarana dan prasarana untuk melakukan *universal precautions* dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”.

1.2.2.8. Adakah hubungan antara beban kerja dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”.

1.2.2.9. Adakah hubungan antara pelatihan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo ?”.

### **1.3. TUJUAN PENELITIAN**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum yang hendak dicapai dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

Adapun tujuan penelitian ini adalah:

1.3.2.1. Mengetahui dan mendeskripsikan hubungan umur dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.



- 1.3.2.2. Mengetahui dan mendeskripsikan hubungan pengetahuan tentang infeksi nosokomial dan upaya pencegahan dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.
- 1.3.2.3. Mengetahui dan mendeskripsikan hubungan sikap terhadap *universal precautions* dengan praktik *universal precautions* dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.
- 1.3.2.4. Mengetahui dan mendeskripsikan hubungan lama kerja menjadi perawat dengan praktik *universal precautions* dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.
- 1.3.2.5. Mengetahui dan mendeskripsikan hubungan supervisi kepala ruang dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.
- 1.3.2.6. Mengetahui dan mendeskripsikan hubungan dukungan sejawat dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.
- 1.3.2.7. Mengetahui dan mendeskripsikan hubungan ketersediaan sarana dan prasarana *universal precautions* dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.

1.3.2.8. Mengetahui dan mendeskripsikan hubungan beban kerja dengan praktik *universal precautions* dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.

1.3.2.9. Mengetahui dan mendeskripsikan hubungan pelatihan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi dengan praktik *universal precautions* dalam pencegahan risiko *healthcare associated infections* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo.

#### **1.4. MANFAAT PENELITIAN**

##### **1.4.1. Bagi Perawat**

Menjadi bahan evaluasi agar lebih meningkatkan kepatuhan dalam menerapkan *universal precautions* di tempat pelayanan kesehatan.

##### **1.4.2. Bagi RSUD Tugurejo**

Meningkatkan perhatian terhadap penularan infeksi nosokomial dan meningkatkan pemantauan pelaksanaan *universal precautions* setiap waktu.

##### **1.4.3. Bagi Peneliti**

Menjadikan pengalaman belajar yang bermanfaat dan dapat digunakan sebagai data dasar dalam menambah wawasan penelitian sebelumnya.

##### **1.4.4. Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Hasil penelitian dapat dijadikan referensi dan dasar pengembangan penelitian selanjutnya.

## 1.5. KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1. Penelitian-penelitian yang Relevan

No.	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Praktik <i>universal precautions</i> bidan dalam pencegahan HIV/AIDS pada pertolongan persalinan di rumah sakit.	Noveri Aisyaro, Ita Listiyan, dan Afriyanti Dekatutari.	2012, RSUD Sunan Kalijaga Demak dan RSUD Kota Semarang.	Survei analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Variabel bebas: pengetahuan dan motivasi. Variabel terikat: praktik <i>universal precautions</i> pada pertolongan persalinan.	Ada hubungan antara tingkat pengetahuan (p=0,006) dan motivasi (p=0,006) dengan praktik <i>universal precautions</i> pada pertolongan persalinan.
2.	Penerapan <i>universal precaution</i> pada puskesmas perawatan di Kabupaten Bantul.	Nining Tunggal Sri Sunarti, Winarsih, dan Eka Revika.	2015, puskesmas perawatan di Kabupaten Bantul.	<i>Cross sectional</i> .	Variabel bebas: karakteristik individu (profesi, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status kepegawaian, umur), pengetahuan, dan sikap. Variabel terikat: penerapan <i>Universal Precautions (UP)</i> .	Faktor yang berhubungan dengan penerapan <i>UP</i> adalah pengetahuan (p=0,002) dan sikap (p=0,0001). Faktor yang tidak berhubungan dengan penerapan <i>UP</i> adalah profesi (p=0,295), tingkat pendidikan (p=0,684), jenis kelamin (p=0,831), status kepegawaian (p=0,389), dan umur (p= 0,984).

3. Studi korelasi persepsi perawat tentang HIV/AIDS terhadap kepatuhan penerapan <i>Universal Precautions (UP)</i> untuk pencegahan penularan HIV/AIDS di RSD Kalijaga Demak.	Yuniary.D eddy Kurniawan, Bagoes Widjanarko, dan Zahroh Shaluhiah.	2015, RSD Kalijaga Demak.	<i>Explanatory research</i> dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Variabel bebas: pengetahuan tentang HIV/AIDS, pengetahuan tentang <i>UP</i> , persepsi kerentanan terhadap HIV/AIDS, persepsi manfaat melakukan <i>UP</i> , persepsi tentang informasi, persepsi keparahan HIV/AIDS, dan persepsi hambatan melakukan <i>UP</i> . Variabel terikat: kepatuhan melakukan <i>Universal Precautions (UP)</i> .	Ada hubungan antarpengertian tentang HIV/AIDS ( $p=0,050$ ), pengetahuan tentang <i>UP</i> ( $p=0,040$ ), persepsi kerentanan terhadap HIV/AIDS ( $p=0,0001$ ), persepsi manfaat melakukan <i>UP</i> ( $p=0,001$ ), dan persepsi tentang informasi ( $p=0,001$ ) dengan kepatuhan melakukan <i>UP</i> . Tidak ada hubungan antara persepsi keparahan HIV/AIDS ( $p=0,500$ ) dan persepsi hambatan melakukan <i>UP</i> ( $p=0,990$ ) dengan kepatuhan melakukan <i>UP</i> .
---	--	---------------------------	--	---	--

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya variabel bebas yang diteliti yaitu umur perawat, pengetahuan tentang infeksi nosomomial dan upaya pencegahan, sikap terhadap *universal precautions*, lama bekerja menjadi perawat, pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi, ketersediaan sarana dan prasarana untuk penerapan *universal precautions*, beban

kerja, supervisi kepala ruang, dan dukungan sejawat. Variabel terikat yang diteliti yaitu praktik *universal precautions* pada perawat di ruang rawat inap.

## **1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN**

### **1.6.1. Ruang Lingkup Tempat**

Penelitian dilaksanakan di RSUD Tugurejo Semarang.

### **1.6.2. Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian dilaksanakan mulai dari pengambilan data sekunder pada bulan Januari 2016 hingga saat pengambilan data primer dari bulan Mei hingga Juni 2016.

### **1.6.3. Ruang Lingkup Keilmuan**

Penelitian ini termasuk dalam ruang lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan spesifikasi kajian pada konsep dasar perilaku kesehatan dan teori-teori yang berkaitan dengan manajemen keperawatan yaitu membahas faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik *universal precautions* perawat dalam pencegahan risiko *Healthcare Associated Infections* (HAIs) di rumah sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. LANDASAN TEORI**

##### **2.1.1. *Healthcare Associated Infections (HAIs)***

###### **2.1.1.1. *Definisi***

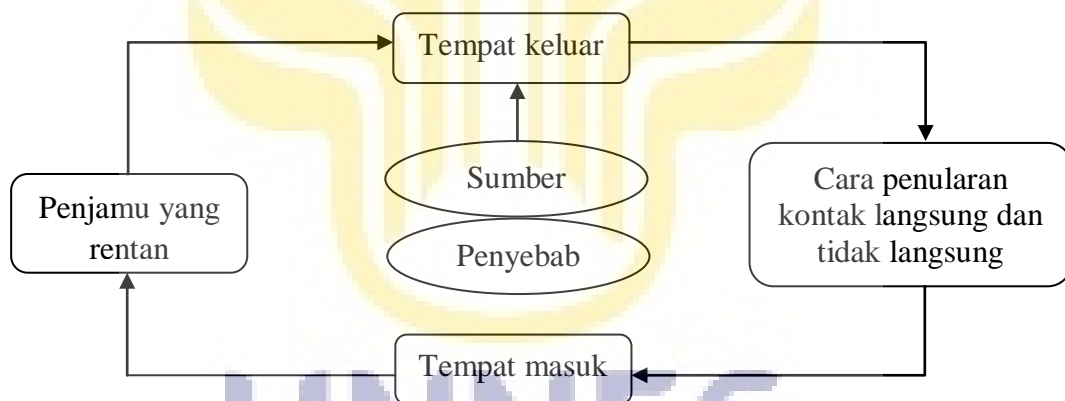
Menurut Mandal dkk (2008), pasien dikatakan menderita *healthcare associated infections* atau infeksi nosokomial jika pada saat pertama kali dirawat di rumah sakit belum mengalami infeksi, kemudian setelah dirawat selama 48-72 jam klien menjadi terinfeksi. Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang bersumber dari rumah sakit atau infeksi yang terdapat di sarana kesehatan (Sabarguna dan Rubaya, 2011).

Ciri-ciri infeksi nosokomial antara lain yaitu saat masuk rumah sakit tidak ada tanda gejala atau tidak dalam masa inkubasi infeksi tersebut, infeksi terjadi minimal 3 x 24 jam setelah pasien di rumah sakit. Sebelum dirawat, pasien tidak mengalami gejala tersebut dan tidak dalam masa inkubasi. Infeksi nosokomial bukan merupakan dampak dari penyakit yang dideritanya. Pasien, petugas kesehatan, pengunjung pasien merupakan kelompok yang berisiko mengalami infeksi nosokomial, sebab penyakit ini bisa menularkan jika tidak dikendalikan secara optimal (Husain, 2008).

###### **2.1.1.2. *Cara Penularan Healthcare Associated Infections (HAIs)***

Menurut Mandal, dkk (2008), macam-macam penularan infeksi nosokomial dapat berupa :

1. Infeksi silang (*cross infection*), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman yang diperoleh dari orang atau penderita di rumah sakit secara langsung maupun tidak langsung.
2. Infeksi sendiri (*self infection / auto infection*), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman penderita itu sendiri berpindah tempat dari satu jaringan ke jaringan lain.
3. Infeksi lingkungan (*environment infection*), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman yang berasal dari benda atau bahan yang tidak bernyawa yang berada di lingkungan rumah sakit, misal lingkungan yang lembab, dan lainnya.



**Gambar 2.1.** Skema Rantai Penularan Infeksi Nosokomial (Spiritia, 2006)

### 2.1.1.3. Jenis Infeksi Nosokomial

Menurut Muhlis dalam Darmadi (2008), infeksi nosokomial yang sering ditemukan antara lain yaitu Infeksi Saluran Kemih (ISK), infeksi pada saluran operasi, bakteriemia, dan infeksi saluran napas bagian bawah.

#### 2.1.1.3.1. Infeksi Saluran Kemih

Infeksi saluran kemih adalah infeksi yang paling sering terjadi, sekitar 40% dari infeksi nosokomial, 80% infeksiya dihubungkan dengan penggunaan kateter urin. Bakteri yang menginfeksi biasanya adalah *E. coli*.

#### 2.1.1.3.2. Infeksi Pada Luka Operasi

Infeksi luka operasi (ILO) menyebabkan sekitar 25 hingga 30% infeksi nosokomial tetap berperan pada sampai 57% hari perawatan tambahan di rumah sakit dan 42% biaya tambahan. Jenis infeksi ini biasanya disebabkan karena flora mukosa dan kulit yang diperoleh dari rumah sakit atau endogen dan terkadang dengan penyebaran sisik kulit melalui udara yang mungkin dilepaskan ke luka dari anggota tim ruang operasi.

#### 2.1.1.3.3. Bakteriemia

Jenis infeksi ini hanya terdapat sekitar 5% dari total infeksi nosokomial, namun memiliki risiko kematian yang sangat tinggi, terutama disebabkan oleh bakteri yang resisten terhadap antibiotika seperti *Staphylococcus* dan *Candida*.

#### 2.1.1.3.4. Infeksi Saluran Napas Bagian Bawah (Pneumonia)

Pneumonia menyebabkan 15 hingga 20% infeksi nosokomial tetapi menyebabkan 24% tambahan waktu perawatan di rumah sakit dan 39% biaya tambahan. Hampir semua pneumonia nosokomial bakterial disebabkan karena aspirasi flora lambung dan orofaring yang diperoleh dari rumah sakit atau endogen. Pneumonia nosokomial menyebabkan angka kematian hingga 50% di unit perawatan intensif.



#### **2.1.1.4. Faktor yang Mempermudah Terjadinya Infeksi Nosokomial**

Secara umum faktor-faktor yang dapat menimbulkan infeksi nosokomial terdiri dari dua bagian yaitu faktor endogen dan faktor eksogen. Faktor endogen meliputi umur, jenis kelamin, riwayat penyakit, daya tahan tubuh, kondisi-kondisi tertentu seperti terjadinya komplikasi penyakit. Faktor eksogen meliputi lamanya pasien dirawat, kelompok yang merawat, alat-alat kesehatan, serta lingkungan seperti pencahayaan ruangan yang kurang (Mandal dkk, 2008). Sementara menurut Spiritia (2006), untuk pelaksanaan pengendalian dan pencegahan infeksi nosokomial mengklasifikasikan menjadi empat faktor yang menentukan terjadinya infeksi nosokomial diantaranya yaitu:

##### **2.1.1.4.1. Pasien**

Pasien merupakan unsur utama terjadinya infeksi nosokomial yang dapat menyebabkan infeksi terhadap pasien lainnya, petugas kesehatan, pengunjung, atau benda dan alat kesehatan lainnya. Hal ini disebabkan karena persiapan di ruang rawat yang kurang baik, higien pasien yang kurang baik, malnutrisi, atau sedang memperoleh pengobatan immunosupresif.

##### **2.1.1.4.2. Petugas Kesehatan**

Petugas kesehatan dapat mengakibatkan infeksi melalui kontak langsung yang dapat menularkan berbagai kuman ke tempat lain. Beberapa hal yang menyebabkan kondisi tersebut, diantaranya karena petugas kurang memahami cara-cara penularan, petugas kurang memperhatikan kebersihan perorangan, petugas tidak menguasai cara mengerjakan tindakan, petugas tidak mematuhi

*Standard Operational Procedure* (SOP) yang berlaku, atau bahkan petugas menderita penyakit menular tertentu.

#### 2.1.1.4.3. *Pengunjung*

Pengunjung dapat menyebarkan infeksi yang didapat dari luar ke dalam lingkungan rumah sakit atau bahkan sebaliknya yang diperoleh dari dalam rumah sakit ke luar rumah sakit.

#### 2.1.1.4.4. *Sumber Lainnya*

Sumber lain yang dimaksud adalah lingkungan rumah sakit yang meliputi penerangan ruangan yang kurang memadai, kebersihan rumah sakit yang minim (banyak serangga, kotor, air menggenang) atau bahkan terlalu banyak petugas di ruangan. Alat kesehatan yang terkontaminasi atau tidak steril yang dipergunakan untuk memberikan asuhan keperawatan juga berisiko menularkan infeksi.

### 2.1.2. **Kewaspadaan Universal** (*Universal Precautions*)

#### 2.1.2.1. *Definisi Kewaspadaan Universal (Universal Precautions)*

Kewaspadaan universal merupakan suatu tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi dan didasarkan pada prinsip bahwa darah dan cairan tubuh dapat berpotensi menularkan penyakit, baik berasal dari pasien maupun petugas kesehatan (Kurniawati dan Nursalam, 2008:40).

Pada seluruh sarana kesehatan, termasuk rumah sakit, puskesmas, serta praktik dokter dan dokter gigi, tindakan yang dapat mengakibatkan luka atau tumpahan cairan tubuh, atau penggunaan alat medis yang tidak steril, dapat menjadi sumber infeksi penyakit tersebut pada petugas layanan kesehatan dan

pasien lain. Prosedur *universal precautions* bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan, pasien dan staf dari paparan objek yang infeksius selama prosedur perawatan berlangsung. Pencegahan yang dilakukan adalah evaluasi pasien, perlindungan diri, sterilisasi instrumen, desinfeksi permukaan, penggunaan alat sekali pakai, dan penanganan sampah medis. Jadi seharusnya terdapat pedoman untuk mencegah kemungkinan penularan terjadi. Pedoman inilah yang disebut dengan kewaspadaan universal. Harus lebih ditekankan lagi bahwa pedoman tersebut dibutuhkan tidak hanya untuk melindungi terhadap penularan HIV, tetapi yang tidak kalah penting juga terhadap infeksi lain yang dapat berat dan sebetulnya lebih mudah menular.

#### **2.1.2.2. Tujuan Universal Precautions**

Kurniawati dan Nursalam (2008:42) menyebutkan bahwa *universal precautions* perlu diterapkan dengan tujuan untuk:

- 1) Mengendalikan Infeksi Secara Konsisten

*Universal precautions* merupakan upaya pengendalian infeksi yang harus diterapkan dalam pelayanan kesehatan kepada semua pasien setiap waktu, untuk mengurangi infeksi yang ditularkan melalui darah.

- 2) Memastikan Standar Adekuat Bagi Mereka yang Tidak Didiagnosis atau Tidak Terlihat seperti Berisiko

Prinsip *universal precautions* diharapkan akan mendapat perlindungan maksimal dari infeksi yang ditularkan melalui darah maupun cairan tubuh yang lain baik infeksi yang telah terdiagnosis maupun yang belum diketahui.

3) Mengurangi Risiko Bagi Petugas Kesehatan dan Pasien

*Universal precautions* tersebut bertujuan tidak hanya untuk melindungi petugas dari risiko terpajan oleh infeksi HIV, namun juga melindungi klien yang mempunyai kecenderungan rentan terhadap segala infeksi yang mungkin dibawa oleh petugas.

4) Asumsi bahwa Risiko atau Infeksi Berbahaya

*Universal precautions* juga sangat diperlukan untuk mencegah infeksi lain yang bersifat nosokomial terutama untuk infeksi yang ditularkan melalui darah / cairan tubuh.

**2.1.2.3. Prinsip Universal Precautions**

Prinsip utama prosedur kewaspadaan universal pelayanan kesehatan adalah menjaga higiene sanitasi individu, higiene sanitasi ruangan, dan sanitasi peralatan. Ketiga prinsip tersebut dijabarkan menjadi 5 kegiatan pokok, antara lain yaitu:

**2.1.2.3.1. Cuci Tangan (Hand Hygiene)**

Mikroorganisme pada kulit manusia dapat diklasifikasikan dalam dua kelompok, yaitu flora residen dan flora transien. Flora residen adalah mikroorganisme yang secara konsisten dapat diisolasi dari tangan manusia, tidak mudah dihilangkan dengan gesekan mekanis, dan telah beradaptasi pada kehidupan tangan manusia. Flora transien yang juga disebut flora kontaminasi, dimana jenisnya tergantung dari lingkungan tempat bekerja. Mikroorganisme ini dengan mudah dapat dihilangkan dari permukaan dengan gesekan mekanis dan

pencucian dengan sabun atau detergen (Kurniawati & Nursalam, 2008). Oleh karena itu, cuci tangan merupakan cara pencegahan infeksi yang sangat penting.

Cuci tangan harus dilakukan dengan benar sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan walaupun telah menggunakan sarung tangan atau alat pelindung lain untuk menghilangkan / mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran penyakit dapat dikurangi dan lingkungan terjaga dari infeksi. Tiga cara cuci tangan yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan yaitu (Depkes, RI, 2010) :

1. Cuci tangan higienik atau rutin bertujuan untuk mengurangi kotoran dan flora yang ada di tangan dengan menggunakan sabun atau detergen.
2. Cuci tangan aseptik, dilakukan sebelum tindakan aseptik pada pasien dengan menggunakan antiseptik.
3. Cuci tangan bedah (*surgical handscrub*), dilakukan sebelum melakukan tindakan bedah cara aseptik dengan antiseptik dan sikat steril.

Sarana cuci tangan yang wajib ada demi menjaga higienitas tangan pada petugas kesehatan di pelayanan kesehatan, antara lain yaitu:

#### 2.1.2.3.1.1. *Air Mengalir*

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

#### 2.1.2.3.1.2. *Sabun atau Detergen*

Bahan tersebut tidak membunuh mikroorganisme, tetapi menghambat dan mengurangi jumlah mikroorganisme dengan jalan mengurangi tegangan permukaan sehingga mikroorganisme terlepas dari permukaan kulit dan mudah terbawa air. Jumlah mikroorganisme semakin berkurang dengan meningkatnya frekuensi cuci tangan.

#### 2.1.2.3.1.3. *Larutan Aseptik*

Larutan antiseptik atau disebut juga antimikroba topikal, digunakan pada kulit atau jaringan hidup lainnya untuk menghambat aktivitas mikroorganisme pada kulit. Tujuan yang ingin dicapai dari penggunaan larutan antiseptik ini adalah penurunan jumlah mikroorganisme pada kulit secara maksimal terutama kuman transien.

#### 2.1.2.3.2. *Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD)*

Menurut Depnakertrans (2007), Alat Pelindung Diri (APD) digunakan untuk melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari risiko pajanan darah, seluruh pajanan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh, dan selaput lendir pasien. Jenis-jenis alat pelindung yang harus digunakan oleh petugas kesehatan dalam melakukan perawatan terhadap pasien, antara lain yaitu:

##### 2.1.2.3.2.1. *Sarung Tangan*

Pemakaian sarung tangan bertujuan untuk melindungi tangan dari kontak dengan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh, selaput lendir pasien, dan benda yang terkontaminasi. Sarung tangan harus selalu

dipakai oleh petugas sebelum kontak dengan komponen-komponen tersebut.

Terdapat 3 jenis sarung tangan, diantaranya adalah :

1. Sarung Tangan Bersih

Adalah sarung tangan yang didisinfeksi tingkat tinggi, dan digunakan sebelum tindakan rutin pada kulit dan selaput lendir, misalnya tindakan medik pemeriksaan dalam merawat luka terbuka. Sarung tangan bersih dapat digunakan untuk tindakan bedah jika tidak ada sarung tangan steril

2. Sarung Tangan Steril

Adalah sarung tangan yang tangan disterilkan dan harus digunakan pada tindakan bedah.

3. Sarung Tangan Rumah Tangga

Sarung tangan tersebut terbuat dari latex atau vinil yang tebal. Dipakai pada saat membersihkan alat kesehatan, dan permukaan meja kerja dan lain-lain. Sarung tangan jenis ini dapat digunakan kembali setelah dicuci dan dibilas bersih.

2.1.2.3.2.2. *Pelindung Wajah/ Masker/ Kacamata*

Pelindung wajah terdiri dari dua macam yakni masker dan kacamata, dengan berbagai jenis dan bentuk yaitu ada yang terpisah dan ada pula yang menjadi satu. Pemakaian pelindung wajah tersebut dimaksudkan untuk melindungi selaput lendir hidung, mulut, dan mata selama melakukan tindakan atau perawatan pasien yang memungkinkan terjadi percikan darah dan cairan tubuh lain. Masker tanpa kacamata hanya digunakan saat tertentu, misalnya

merawat pasien tuberkulosis terbuka tanpa luka dibagian kulit/perdarahan. Masker ini digunakan jika berada dalam jarak 1 meter dari pasien.

Masker, kacamata, dan pelindung wajah secara bersamaan digunakan petugas yang melaksanakan atau membantu melaksanakan tindakan berisiko tinggi terpajan lama oleh darah dan cairan tubuh lainnya antara lain pembersihan luka, membalut luka, mengganti kateter, atau dekontaminasi alat bekas pakai.

#### 2.1.2.3.2.3. *Penutup Kepala*

Tujuan pemakaian penutup kepala adalah mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat atau daerah steril dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala atau rambut petugas dari percikan bahan-bahan dari pasien. Pada keadaan tertentu, misalnya pada saat pembedahan atau ruang rawat intensif (ICU) petugas maupun pasien harus menggunakan penutup kepala yang menutupi kepala dengan baik.

#### 2.1.2.3.2.4. *Baju Pelindung (Baju Kerja/Celemek)*

Baju pelindung atau celemek merupakan salah satu jenis pakaian kerja. Sebagaimana diketahui bahwa pakaian kerja dapat berupa seragam kerja, gaun bedah, jas laboratorium, dan celemek. Jenis bahan dapat berupa bahan tembus cairan dan bahan tidak tembus cairan. Tujuan pemakaian baju pelindung adalah untuk melindungi petugas dari kemungkinan genangan atau percikan darah atau cairan tubuh lainnya yang dapat mencemari baju atau seragam. Adapun jenis baju pelindung tersebut berbagai macam bila dipandang dari berbagai aspek, seperti baju pelindung tidak kedap air dan yang kedap air, baju pelindung steril dan non steril. Baju pelindung steril sendiri digunakan oleh ahli bedah dan para asistennya



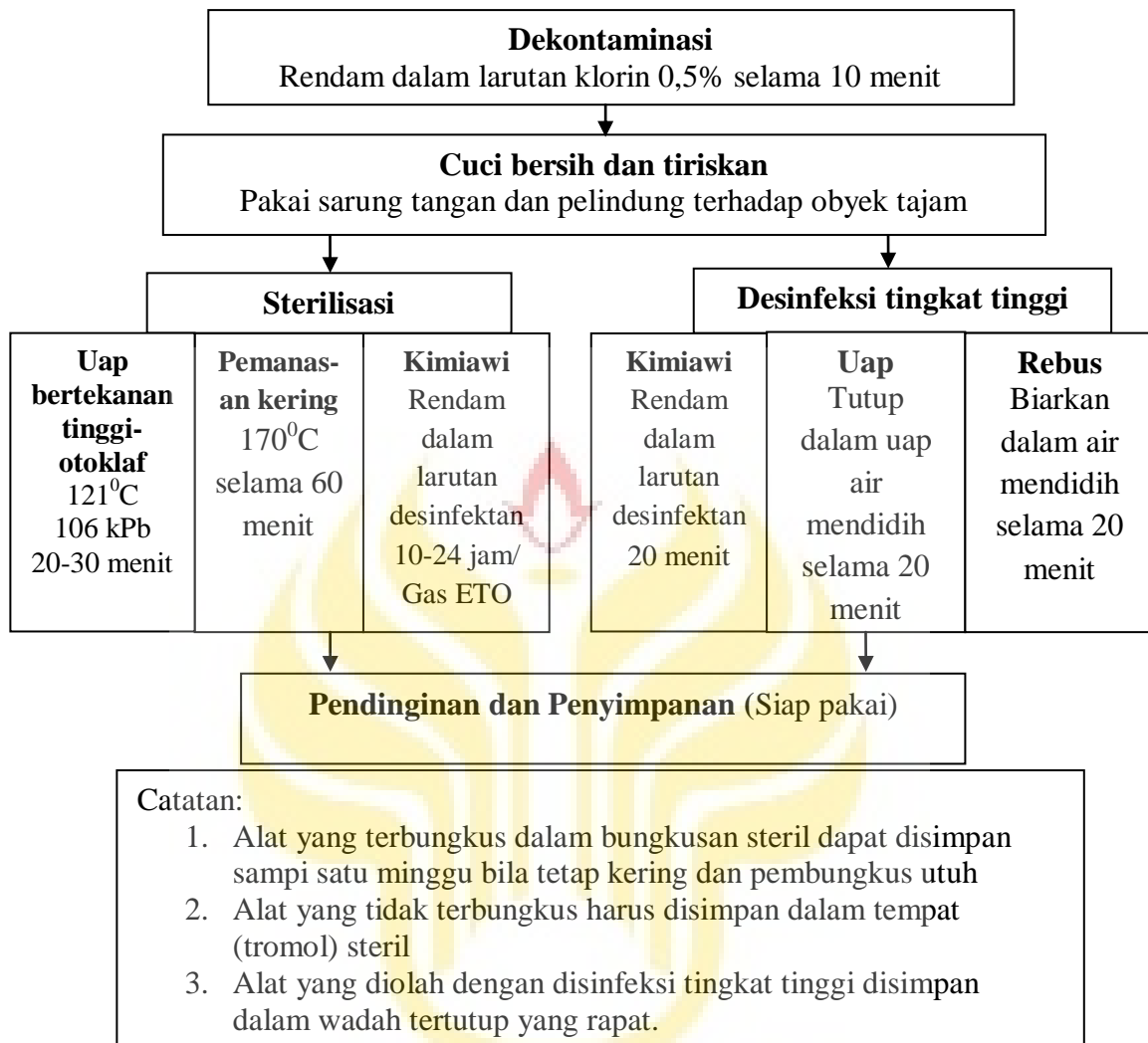
saat melakukan pembedahan, sedangkan baju non steril dipakai di berbagai unit yang berisiko tinggi, misalnya pengunjung kamar bersalin, ruang pulih di kamar bedah, ruang rawat intensif (ICU), rawat darurat, dan kamar bayi.

#### 2.1.2.3.2.5. *Sepatu Pelindung (Sturdy Foot Wear)*

Sepatu khusus digunakan oleh petugas yang bekerja di ruang tertentu, misalnya: ruang bedah laboratorium, ICU, ruang isolasi, ruang pemularasaraan jenazah, dan petugas sanitasi. Sepatu hanya dipakai di ruang-ruang tersebut dan tidak boleh ke ruang lainnya. Tujuan pemakaiannya adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan. Sepatu harus menutupi seluruh ujung dari telapak kaki dan tidak dianjurkan untuk menggunakan sandal atau sepatu terbuka. Sepatu khusus dianjurkan terbuat dari bahan yang mudah dicuci dan tahan tusukan misalnya karet atau plastik.

#### 2.1.2.3.3. *Pengelolaan Alat Kesehatan Bekas Pakai*

Pengelolaan alat-alat bertujuan untuk mencegah penyebaran infeksi melalui alat kesehatan, atau untuk menjamin alat tersebut dalam kondisi steril dan siap pakai. Semua alat, bahan dan obat yang akan dimasukkan ke dalam jaringan dibawah kulit harus keadaan steril. Proses penatalaksanaan peralatan dilakukan melalui 4 tahap kegiatan, yakni dekontaminasi; pencucian; sterilisasi atau DTT; dan penyimpanan. Berikut ini adalah bagan alur pengelolaan peralatan kesehatan bekas pakai secara benar :



**Gambar 2.2.** Bagan Alur Pengelolaan Alat Kesehatan (Depkes RI, 2010)

#### 2.1.2.3.4. *Pengelolaan Jarum dan Benda Tajam Lainnya*

Benda tajam sangat berisiko untuk menyebabkan perlukaan, sehingga meningkatkan terjadinya penularan penyakit melalui kontak darah. Untuk menghindari perlukaan atau kecelakaan kerja maka semua benda tajam harus digunakan sekali pakai, dengan demikian jarum suntik bekas tidak boleh digunakan kembali.

Sebelum dibawa ke tempat pembuangan akhir atau pemusnahan, maka diperlukan suatu wadah penampungan sementara yang bersifat kedap air, tidak mudah bocor, serta tahan tusukan. Wadah penampung jarum suntik bekas pakai harus dapat dipergunakan dengan satu tangan, agar pada waktu memasukkan jarum tidak perlu memegangnya dengan tangan lainnya. Wadah tersebut ditutup dan diganti setelah  $\frac{3}{4}$  bagian terisi dan setelah ditutup tidak dapat dibuka kembali sehingga isi tidak tumpah (Fauziah, dkk, 2005).

#### 2.1.2.3.5. *Pengelolaan Limbah Medis dan Non Medis*

Adanya berbagai sarana pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik, maupun puskesmas, akan menghasilkan limbah baik cair maupu padat. Limbah padat rumah sakit lebih dikenal dengan pengertian sampah rumah sakit. Limbah padat (sampah) adalah sesuatu yang tidak digunakan, tidak disukai, atau sesuatu yang harus dibuang, umumnya merupakan hasil aktivitas manusia yang bersifat padat. Limbah padat rumah sakit adalah semua limbah rumah sakit yang berbentuk padat hasil dari aktivitas layanan kesehatan yang terdiri dari limbah medis dan non medis (Kepmenkes RI No.1428/MENKES/SK/XII/2006 dalam Depkes RI, 2010).

##### 2.1.2.3.5.1. *Limbah Medis*

Limbah medis yaitu buangan dari kegiatan layanan kesehatan yang tidak terpakai. Limbah medis cenderung bersifat infeksius dan kimia beracun yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia dan memperburuk kelestarian lingkungan hidup jika tidak dikelola dengan baik. Limbah medis rumah sakit adalah semua limbah yang dihasilkan dari aktivitas rumah sakit dalam bentuk

padat dan cair (Kepmenkes RI No 1428/MENKES/SK/XII/2006). Berdasarkan potensi bahaya yang ditimbulkan, limbah medis telah digolongkan sebagai berikut (Depkes RI dalam Adisasmito, 2009) :

1. Limbah benda tajam, yaitu obyek atau alat yang memiliki sudut tajam, sisi ujung atau bagian yang menonjol yang dapat memotong atau menembus kulit, misalnya jarum hipodermik, perlengkapan intravena, pipet pasteur, pisau bedah, dan lainnya.
2. Limbah infeksius, yakni limbah yang berkaitan dengan pasien yang memerlukan isolasi penyakit menular dan limbah laboratorium yang berkaitan dengan pemeriksaan mikrobiologi dari poliklinik dan ruang perawatan/isolasi penyakit menular.
3. Limbah jaringan tubuh, meliputi organ, anggota badan, darah, dan cairan tubuh. Biasanya diperoleh saat melakukan tindakan pembedahan
4. Limbah sitotoksik, yakni bahan yang terkontaminasi oleh obat sitotoksik selama percikan, pengangkutan, atau tindakan terapi sitotoksik.
5. Limbah farmasi, terdiri dari obat-obatan kadaluwarsa, obat yang terbuang karena tidak memenuhi spesifikasi atau kemasan yang terkontaminasi, atau kata lainnya limbah dari proses produksi obat.
6. Limbah kimia, yaitu limbah yang dihasilkan dari penggunaan bahan kimia dalam tindakan medis, *vetenary*, laboratorium, proses sterilisasi, atau riset.
7. Limbah radioaktif, yakni bahan yang terkontaminasi dengan radio isotop.

#### 2.1.2.3.5.2. *Limbah Non Medis*

Limbah non medis adalah limbah domestik yang dihasilkan di sarana pelayanan kesehatan tersebut. Sebagian besar limbah tersebut merupakan bahan organik dan bukan jenis limbah B-3, sehingga pengelolaannya dapat dilakukan bersamaan dengan sampah kota di masyarakat yang ada. Jenis limbah non medis tersebut antara lain limbah cair dari kegiatan *laundry*, limbah domestik cair, dan sampah medis (Adisasmito, 2009).

#### 2.1.2.3.5.3. *Konsep Pengelolaan Limbah Medis*

Pengelolaan limbah medis secara konvensional meliputi hal-hal diantaranya adalah (Adisasmito, 2009):

##### 1. Pemilahan dan Pengurangan pada Sumber

Limbah dipilih dengan mempertimbangkan kelancaran penanganan dan penampungan. Pengurangan jumlah limbah yang memerlukan perlakuan khusus, dilakukan dengan pemisahan limbah B3 dan non B3. Pengemasan dan pemberian label yang jelas dari berbagai jenis limbah bertujuan untuk mengurangi biaya, tenaga kerja, dan pembuangan. Pemisahan limbah berbahaya dari semua limbah pada tempat penghasil limbah akan mengurangi kemungkinan kesalahan petugas dan penanganan.

##### 2. Pengumpulan (Penampungan)

Tempat penampungan harus memadai, diletakkan pada tempat yang aman dan higienis. Pemadatan merupakan cara yang efisien dalam penyimpanan limbah yang dapat dibuang dan ditimbun. Namun hal ini tidak boleh dilakukan pada limbah infeksius dan benda tajam.





### 3. Pemisahan Limbah

Dalam mempermudah pengenalan jenis limbah yaitu melalui cara menggunakan kantong berkode (umumnya dengan kode warna). Kode berwarna yaitu kantong warna hitam untuk limbah domestik, kantong kuning untuk semua jenis limbah yang akan dibakar (limbah infeksius), kuning dengan strip hitam untuk jenis limbah yang sebaiknya dibakar namun bisa saja dibuang ke *sanitary landfill* jika dilakukan pengumpulan secara terpisah dan pengaturan pembuangan, biru muda atau transparan dengan strip biru tua untuk limbah *autoclaving* (pengelolaan sejenis) sebelum pembuangan akhir.



**Gambar 2.3.** Pemisahan Limbah (Sabarguna dan Rubaya, 2011)

Tabel 2.1. Jenis Wadah dan Label Medis Padat Sesuai Kategorinya

No.	Kategori	Warna Kontainer/ Kantong Plastik	Lambang	Keterangan
1.	Radioaktif	Merah		Kantong boks timbal dengan simbol radioaktif
2.	Sangat Infeksius	Kuning		Kantong plastik kuat, anti bocor, atau kontainer yang dapat disterilisasi dengan otoklaf
3.	Limbah infeksius, patologi dan anatomi	Kuning		Platik kuat dan anti bocor atau kontainer
4.	Sitotoksis	Ungu		Kontainer plastik kuat dan anti bocor
5.	Limbah kimia dan farmasi	Cokelat	-	Kantong plastik atau kontainer

Sumber: Keputusan Menteri No. 1204/MENKES/SK/X/2004

### 2.1.3. Perilaku Pencegahan Infeksi pada Perawat

Perilaku pencegahan penyakit infeksi dapat dinilai dari tindakan atau praktik seorang tenaga kesehatan dalam menerapkan program pengendalian infeksi yakni kewaspadaan universal. Menurut Notoatmodjo (2010), praktik ini dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yakni:

1. Praktik kepemimpinan (*guided response*), yaitu apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu namun masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan panduan. Artinya dalam hal ini perawat melakukan tindakan kewaspadaan universal atas dasar sesuatu hal yang mengharuskan dirinya

melakukan hal tersebut, atau dengan kata lain tindakan tersebut dilaksanakan bukan atas kehendak sendiri.

2. Praktik secara mekanisme (*mechanism*), yaitu jika seseorang telah melakukan sesuatu hal secara otomatis. Dalam tahapan ini perawat telah melaksanakan tindakan *universal precautions* atas kesadaran sendiri, dan tahap ini merupakan tahap dimana seorang perawat mulai terbiasa dengan hal tersebut dalam melaksanakan setiap tindakan perawatan yang berhubungan langsung dengan pasien.
3. Adopsi (*adoption*), yaitu suatu tindakan yang telah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas saja, namun sudah dilakukan modifikasi terhadap tindakan atau perilaku.

#### **2.1.4. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan Infeksi Nosokomial (*Universal Precautions*)**

##### **2.1.4.1. Karakteristik Perawat**

Karakter individu merupakan faktor internal dalam diri pekerja, termasuk dalam hal ini adalah faktor yang dibawa sejak lahir dan faktor yang diperoleh saat tumbuh kembang. Faktor bawaan seperti sifat pribadi, bakat juga kondisi jasmani dan kejiwaan. Sementara beberapa faktor yang didapat selama tumbuh kembang yaitu seperti pengalaman, etos kerja, pendidikan, dan lainnya. Faktor internal inilah yang akan berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Berikut ini merupakan beberapa faktor internal yang berpengaruh terhadap kinerja perawat (Mangkunegara, 2009), diantaranya meliputi :



#### 2.1.4.1.1. *Umur*

Menurut Depkes RI (2013), penduduk usia produktif adalah semua penduduk yang berusia 15-64 tahun. Usia dewasa dibagi menjadi 3 kelompok yakni usia 19-30 tahun disebut usia dewasa muda, usia 31-49 tahun dan 50-64 tahun disebut usia dewasa tua.

Semakin bertambah umur seseorang, semakin berkurang pula kemampuan fisik untuk bekerja dan semakin cepat mengalami kelelahan. Proses menjadi tua akan disertai dengan berkurangnya kemampuan kerja karena terjadi perubahan dan penurunan tugas dan kinerja organ tubuh, sistem kardiovaskuler, dan sistem hormonal (Azwar, 2008).

#### 2.1.4.1.2. *Tingkat Pendidikan*

Menurut Andrew E. Sikula dalam Mangkunegara (2009), tingkat pendidikan adalah suatu proses jangka panjang yang menggunakan prosedur sistematis dan terorganisir, yang tenaga kerja manajerialnya mempelajari pengetahuan konseptual dan teoritis untuk tujuan-tujuan umum. Hal ini didukung oleh hasil penelitian oleh Arimurthy (2004) yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan perawat berpengaruh terhadap kinerja perawat di pelayanan kesehatan.

#### 2.1.4.1.3. *Lama Kerja*

Lama kerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja di suatu tempat. Menurut Pinem (2003), semakin lama seseorang bekerja, maka semakin banyak pengalamannya dan semakin tinggi pengetahuan serta ketrampilannya.

Sementara menurut Azwar, S (2008), masa kerja yakni lamanya seseorang bekerja pada suatu tempat atau perusahaan tertentu. Masa kerja yang rentan terhadap penyakit akibat kerja adalah pekerja yang masa kerjanya antara 2-6 tahun. Semakin lama orang tersebut bekerja, maka semakin lama dan besar pula mereka berisiko terpapar berbagai penyakit yang ditimbulkan oleh pekerjaannya. Lama kerja dikategorikan menjadi 3, diantaranya yaitu; masa kerja baru < 6 tahun, masa kerja sedang 6-10 tahun, dan masa kerja lama >10 tahun.

#### **2.1.4.2. Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Setiap individu memiliki kemampuan yang berbeda dalam pengetahuan.

Blum dalam Notoatmodjo (2010) membagi pengetahuan menjadi beberapa tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Tahu sebagai individu sebatas memperoleh informasi yang nantinya diingat kembali. Tingkat memahami sebagai tingkatan individu mampu menginterpretasikan informasi yang diperoleh. Tingkat aplikasi pengetahuan yaitu individu mampu menerapkan pengetahuan pada kondisi yang nyata. Tingkat analisis pengetahuan yaitu individu mampu mengintegrasikan satu ide dengan ide yang lain untuk menghasilkan suatu solusi. Tingkat sintesis pengetahuan ditandai dengan individu mampu menghubungkan bagian-bagian dari pengetahuan menjadi suatu pemahaman yang baru, dan tingkat evaluasi individu mampu melakukan penilaian dari pengetahuan-pengetahuan yang diperoleh (Sugiyono, 2009).

### 2.1.4.3. Sikap

Menurut Rogers dalam Notoatmodjo (2010), sikap merupakan reaksi yang masih tertutup tidak dapat dilihat secara langsung, sehingga sikap hanya bisa ditafsirkan dari perilaku yang nampak. Sikap adalah determinan perilaku sebab sikap berkaitan dengan kepribadian dan motivasi. Sebuah sikap adalah perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur melalui pengalaman yang diberikan pengaruh khusus pada respons seseorang terhadap orang, objek-objek, dan keadaan. Sikap mengandung sesuatu penilaian emosional / afektif, kognitif, dan perilaku. Rogers dalam Notoatmodjo (2010) membagi sikap dalam empat tahapan yaitu:

- 1) Menerima (*receiving*), diartikan sebagai manusia (subyek) mau memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).
- 2) Merespons (*responding*), artinya memberikan suatu tanggapan jika ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan bahwa menunjukkan suatu sikap terhadap ide yang diterima, karena dengan suatu upaya untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan program yang diberikan.
- 3) Menghargai (*valuing*) mengandung arti mengajak orang lain untuk ikut mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah dengan mengukur kemampuan.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*), bersedia bertanggung jawab atas sesuatu yang telah dipilih dengan segala risikonya.

#### **2.1.4.4. Ketersediaan Sarana dan Prasarana (Fasilitas)**

Ketersediaan berarti kesiapan suatu sarana baik berupa tenaga, barang, modal, dan anggaran untuk dapat dipergunakan pada waktu yang telah ditentukan. Hal ini menunjukkan bahwa fasilitas yang tersedia harus dalam kondisi yang siap pakai, tidak rusak, tidak kadaluarsa, dan tidak kekurangan. Kemampuan yang mumpuni sekalipun, jika tidak ditunjang dengan fasilitas yang memadai tidak akan dapat meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan produktifitas kerja.

Demikian halnya dengan petugas kesehatan dalam melaksanakan *universal precautions* di tempat kerja diperlukan sarana dan fasilitas yang mumpuni. Sebagaimana menurut Dirjen P2 MPL (2010) sumber daya yang dibutuhkan petugas kesehatan dalam menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi di tempat kerja yaitu tersedianya sarana dan prasarana cuci tangan, Alat Pelindung Diri (APD), perlengkapan disinfektan dan sterilisasi, serta perlengkapan untuk pengelolaan benda tajam dan pembuangan limbah baik medis maupun non medis.

#### **2.1.4.5. Pelatihan**

Pelatihan dan pendidikan merupakan bagian yang penting dalam pengembangan staf atau organisasi. Menurut Simamora dalam Sulistiyani dan Rosidah (2009), tujuan dari pelatihan adalah untuk memperbaiki kinerja pegawai, sehingga terjadi proses pemutakhiran keahlian pegawai sejalan dengan kemajuan teknologi. Dalam hal ini pelatihan terhadap penerapan kewaspadaan universal saat memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien adalah bertujuan untuk meningkatkan kompetensi perawat yang meliputi determinan kemampuan dan ketrampilan agar dapat mencegah terjadinya penularan infeksi.

#### 2.1.4.6. *Beban Kerja*

Beban kerja merupakan jumlah pekerjaan yang ditanggung atau dibebankan oleh suatu unit organisasi atau jabatan yang merupakan hasil kali waktu dengan jumlah kegiatan kerja, yang terdiri dari beban kerja fisik, beban kerja psikologis, serta waktu kerja (UU Kesehatan No. 39 tahun 2009). Faktor beban kerja ini dapat menyebabkan dampak yang menyebabkan dampak yang merugikan, termasuk perilaku. Penilaian beban kerja dapat dilakukan melalui dua metode yakni penilaian beban kerja secara fisik dan mental. Penilaian beban kerja fisik merupakan penilaian berdasarkan energi fisik pada otot manusia yang berfungsi sebagai sumber tenaga yang nantinya mampu mengakibatkan perubahan fungsi tubuh, dimana indikator yang digunakan untuk mengetahui kondisi tersebut adalah; (1) Konsumsi oksigen dan kebutuhan oksigen, (2) Laju detak jantung, (3) Peredaran udara atau ventilasi paru-paru, (4) Suhu tubuh (suhu rektal), (5) Konsentrasi asam laktat dalam darah, (6) Komposisi kimia dalam darah dan jumlah air seni, (7) Tingkat penguapan melalui keringat (Tarwaka, 2014).

Penilaian beban kerja mental merupakan pengukuran yang dilakukan secara subjektif melalui model SWAT (*Subjective Workload Assesment Technique*). Model SWAT ini, performanis kerja terdiri dari 3 dimensi yakni sebagai berikut:

Tabel 2.2. Dimensi Skala Metode SWAT

<b>Beban Waktu (<i>Time Load</i>)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sering mempunyai waktu luang, interupsi, atau overlap diantara akitivitas tidak sering terjadi atau tidak sama sekali.</li> <li>2. Kadang-kadang memiliki waktu luang, interupsi, atau overlap diantara aktivitas tidak sering terjadi.</li> <li>3. Hampir tidak pernah ada waktu luang, interupsi, atau overlap diantara aktivitas tidak sering terjadi atau terjadi pada semua waktu kerja.</li> </ol>
<b>Beban Usaha Mental (<i>Mental Effort Load</i>)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat sedikit diperlukan usaha secara mental dengan penuh kesadaran atau sangat sedikit diperlukan konsentrasi.</li> <li>2. Cukup dibutuhkan usaha secara mental dengan penuh kesadaran atau dibutuhkan cukup konsentrasi. Kompleksitas pekerjaan adalah cukup tinggi akibat ketidakpastian atau tidak dapat diprediksi, sehingga diperlukan suatu pertimbangan untuk diberikan perhatian.</li> <li>3. Sangat diperlukan usahan mental dan konsentrasi tinggi.</li> </ol>
<b>Beban Tekanan Psikologis (<i>Psychological Stres Load</i>)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sedikit kebingungan, risiko, frustasi, kegelisahan, atau dengan dapat secara mudah diakomodasikan.</li> <li>2. Stres dengan tingkat sedang akibat kebingungan, risiko, frustasi, kegelisahan sebagai beban tambahan.</li> <li>3. Stres dengan tingkat tinggi akibat kebingungan, risiko, frustasi atau kegelisahan. Diperlukan determinasi dan pengendalian diri yang sangat tinggi</li> </ol>

(Sumber : Tarwaka, 2014)

#### 2.1.4.7. *Supervisi*

Supervisi yang dilakukan oleh manajer keperawatan atau kepala ruangan secara baik dan terus menerus dapat memastikan pemberian asuhan keperawatan yang sesuai dengan strandar praktik keperawatan (Depkes RI, 2013).Supervisi mencakup semua aktivitas yang diyakini manajemen akan membantu mencapai tujuan administrasi. Kegiatan-kegiatan yang merupakan bagian integral dari supervisi dalam keperawatan mencakup pelaporan, pembagian tugas, pemberian arahan, pengamatan, penilaian, pembimbingan, dan pendidikan pekerja. Supervisi

keperawatan bertujuan untuk memastikan bahwa semua pasien menerima pasien asuhan sebagaimana mestinya.

Supervisi harus dilakukan dengan rutin. Supervisi yang dilakukan hanya sekali, bisa dikatakan supervisi yang kurang baik, hal ini dikarenakan organisasi atau lingkungan selalu mengalami perkembangan dan perubahan. Pedoman umum dalam melakukan supervisi, biasanya bergantung dari derajat kesulitan pekerjaan yang dilakukan, serta sifat penyesuaian yang dilakukan. Jika derajat kesulitannya tinggi serta sifat penyesuaiannya standar, maka supervisi harus lebih sering dilakukan (Bahtiar dan Suarli, 2010). Menurut Bittel dalam Bahtiar dan Suarli (2010), waktu rutin yang harus dilakukan oleh supervisor setiap harinya untuk melakukan supervisi adalah; (1) sebelum pertukaran shift (15-30 menit), (2) pada saat akan memulai shift (15-30 menit), (3) sepanjang hari dinas (6-7 jam), (4) sekali dalam sehari (15-30 menit), dan (5) sebelum akan pulang.

#### **2.1.4.8. Dukungan Sejawat**

Dukungan sosial adalah bantuan yang diterima individu dari orang lain atau kelompok di sekitarnya, dengan membuat penerima merasa nyaman, dicintai, dan dihargai. Konsep operasional dari dukungan sosial adalah *perceived support* (dukungan yang dirasakan), yang memiliki dua elemen dasar diantaranya yaitu persepsi bahwa ada sejumlah orang lain dimana seseorang dapat mengandalkannya saat dibutuhkan dan derajat kepuasan terhadap dukungan yang ada (Dimatteo, 2004). Sebagaimana menurut teori Snehadu B. Kar dalam Notoatmodjo (2010), perilaku kesehatan merupakan fungsi dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya yang dalam hal ini adalah teman sejawat.

Teman sejawat juga termasuk sumber dukungan sosial yang berasal dari hubungan non profesional. Teman sejawat dianggap lebih mudah memberikan pengertian, penampungan, dan dukungan bagi masalah-masalah pribadinya. Di tempat kerja dari teman sejawat perawat sering memperoleh dukungan sosial karena perasaan senasib.

### **2.1.5. Perilaku dalam Kesehatan**

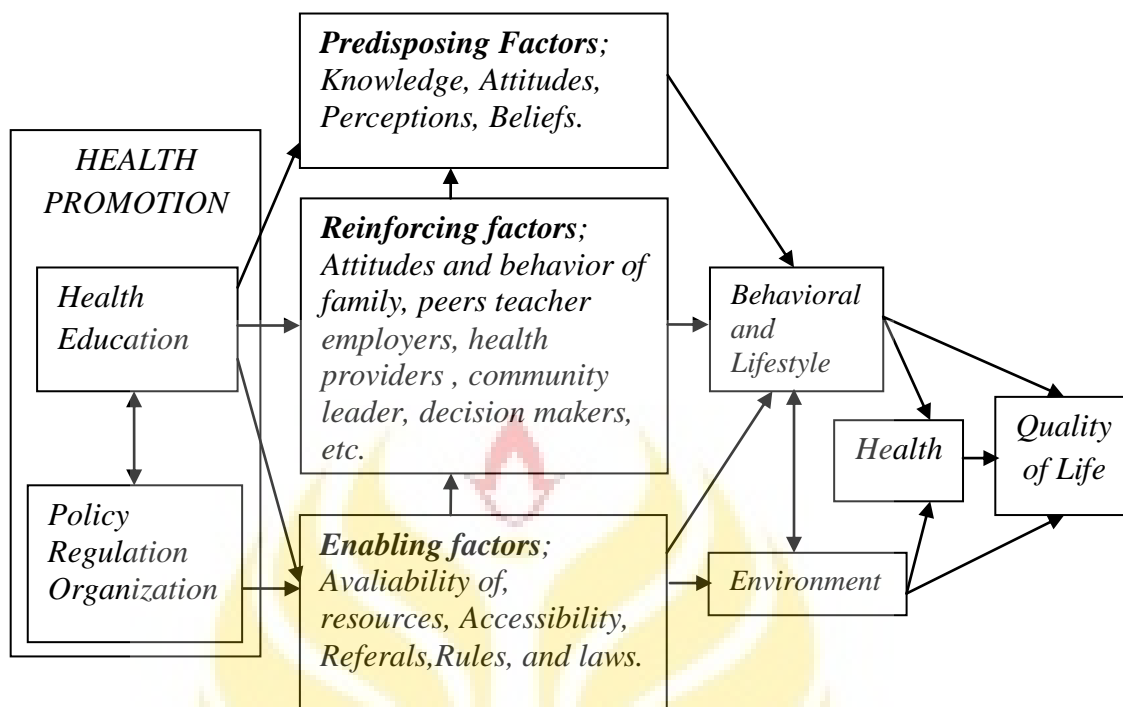
#### **2.1.5.1. Konsep Perilaku**

Perilaku secara biologis merupakan suatu kegiatan organisme yang bersangkutan. Jadi, perilaku manusia hakikatnya suatu kegiatan dari pada manusia itu sendiri. Perilaku pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Secara umum dapat disimpulkan bahwa genetik dan lingkungan ini merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk manusia (Notoatmodjo, 2010).

#### **2.1.5.2. Perilaku Kesehatan (Teori Lawrence Green (Precede-Procede))**

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Green dalam Notoatmodjo (2010), membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan yakni *behavioral factor* (faktor perilaku), dan *non behavioral factor* (faktor non-perilaku). Selanjutnya Green merumuskan bahwa faktor perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama, berikut ini merupakan skema teori perilaku seseorang dalam menentukan derajat kesehatan yang dirumuskan oleh Green.

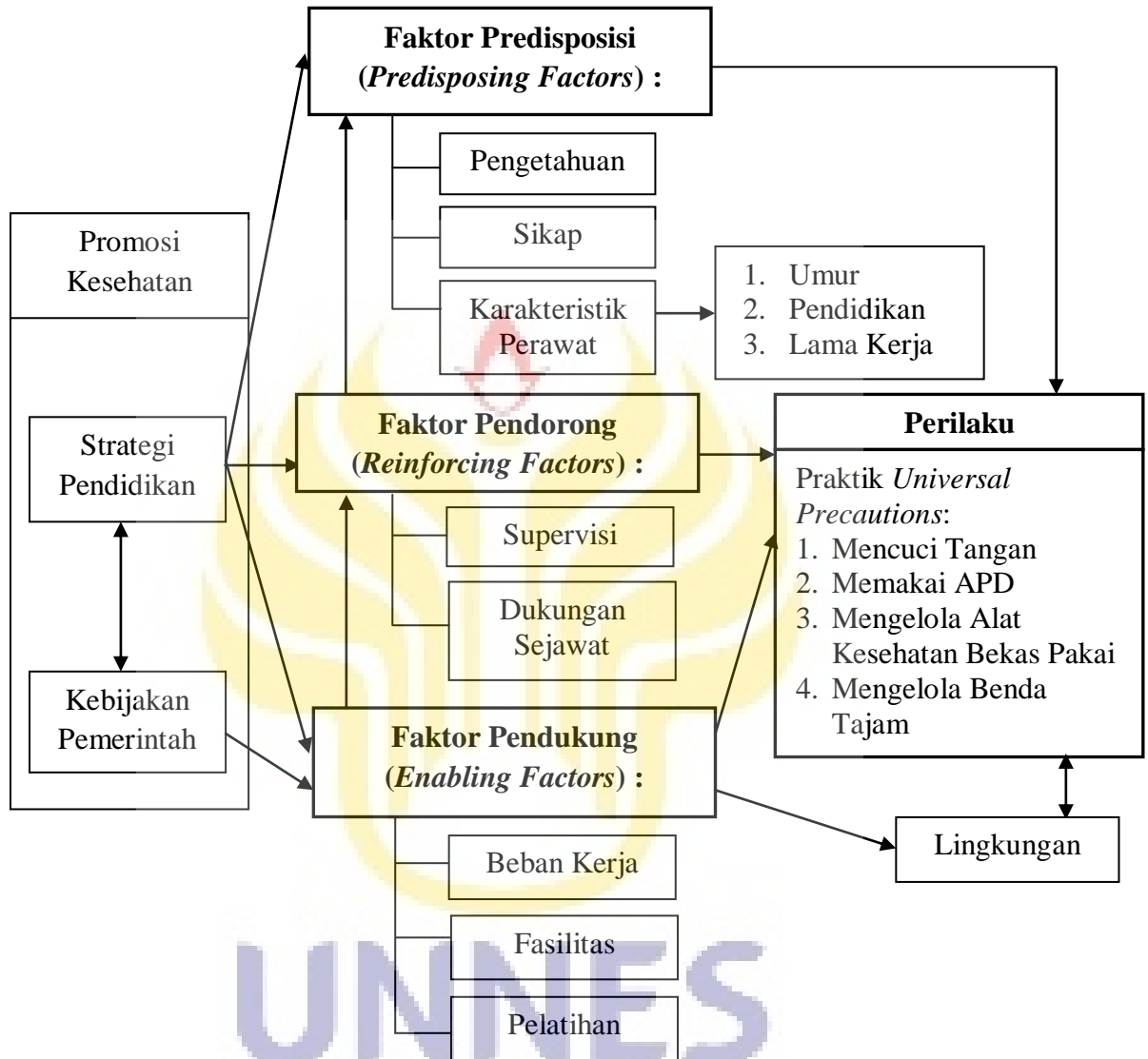




**Gambar 2.4.** Teori Perilaku Lawrence Green (Notoatmodjo, 2010)

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), merupakan faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang yang meliputi: pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan lainnya.
2. Faktor pemungkin (*enabling factors*), merupakan faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan, dimana diantaranya meliputi: sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan.
3. Faktor penguat (*reinforcing factors*), merupakan faktor-faktor yang mampu mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Walaupun sejatinya seseorang tersebut tahun dan mampu untuk berperilaku sehat, namun tidak melaksanakannya.

## 2.2. KERANGKA TEORI



**Gambar 2.5.** Aplikasi Teori L. Green pada Penelitian “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik *Universal Precautions* dalam Upaya Pencegahan Risiko *Healthcare Associated Infections* (HAIs) di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang.”

Sumber: Notoatmodjo (2010) dan Mangkunegara (2009).

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1. SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik *universal precautions* pada perawat dalam upaya pencegahan risiko *Healthcare Associated Infections* (HAIs) di ruang rawat inap RSUD Tugurejo Semarang, maka dapat diambil simpulan antara lain :

1. Faktor yang berhubungan dengan praktik *universal precautions* perawat adalah pengetahuan tentang infeksi nosokomial dan upaya pencegahan ( $p$ -value = 0,014), supervisi kepala ruang ( $p$ -value = 0,045), dukungan sejawat ( $p$ -value = 0,023), pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi ( $p$ -value = 0,001), dan ketersediaan sarana dan prasarana ( $p$ -value = 0,018).
2. Faktor yang tidak berhubungan dengan praktik *universal precautions* perawat adalah umur perawat ( $p$ -value = 0,710), lama kerja menjadi perawat ( $p$ -value = 0,097), sikap terhadap *universal precautions* ( $p$ -value = 0,239), dan beban kerja ( $p$ -value = 0,877).

#### **6.2. SARAN**

Menurut hasil penelitian dan pembahasan, maka saran yang dapat diberikan antara lain sebagai berikut:

##### **6.2.1. Bagi Perawat**

1. Kepala ruang harus lebih meningkatkan kegiatan supervisi terhadap perawat-perawat di ruangnya. Supervisi sebaiknya tidak hanya dilakukan sekedar

untuk memantau kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan, namun juga mencakup praktik *universal precautions* oleh perawat secara rutin.

2. Lebih meningkatkan kesadarannya untuk bersedia melaporkan diri ke bagian Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPI) ketika mengalami kecelakaan kerja seperti tertusuk jarum suntik.

### **6.2.2. Bagi Instansi RSUD Tugurejo**

1. Memberikan layanan rumah sakit yang optimal dengan melengkapi sarana yang memadai agar memudahkan perawat untuk menjalankan tugas dan tanggung jawabnya.
2. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan perawat dengan memfasilitasi atau mengadakan pendidikan dan pelatihan secara rutin dan berkesinambungan khususnya pada penerapan *universal precautions*.
3. Komite pencegahan dan pengendalian infeksi hendaknya melakukan monitor terhadap pelaksanaan *universal precautions* secara komprehensif. Alangkah lebih baiknya jika pemantauan tersebut dilakukan per unit agar mencakup perawat secara keseluruhan.

### **6.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Sebaiknya melakukan penelitian secara lebih terfokus dan mendalam untuk setiap indikator *universal precautions*, misal praktik pengelolaan benda tajam oleh perawat, sehingga diperoleh informasi hasil yang lebih kompleks.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. 2009. *Sistem Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: PT Raja Grafindo.
- Aisyaroh, N., Listiyana, I., & Dekatutari, A. 2012. Praktik Universal Precautions Bidan dalam Pencegahan HIV/AIDS pada Pertolongan Persalinan di Rumah Sakit. *Jurnal Bidan Prada*. 3(2): 63-76. Diakses melalui [ojs.akbidylpp.ac.id](http://ojs.akbidylpp.ac.id) pada 25 Mei 2015.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Arimurthy, S.P. 2004. Analisis Kinerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Wonogiri di Kabupaten Wonogiri Tahun 2004. *Tesis*. Universitas Indonesia.
- Ayed, A., Eqtait, M., & Fashafsheh, I. 2015. Knowledge & Compliance of Nursing Staff towards Standard Precautions in the Palestinian Hospitals. *Advances in Life Science and Technology*. 36(1): 21-30. Diakses melalui [www.iiste.org](http://www.iiste.org).
- Azwar, S. 2008. *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes). 2011. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan Tahun 2011*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Bahtiar, Y. dan Suarli, S. 2010. *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Erlangga.
- Budiarto, E. 2002. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- CDC. 2013. *The Burden*. <http://www.cdc.gov/HAI/burden.html>. Diakses pada tanggal 30 Maret 2016.
- Darmadi. 2008. *Infeksi Nosokomial Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes RI (Dirjen Bina Pelayanan Medik). 2003. *Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- . 2008. *Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya (Cetakan II)*. Jakarta: Kemenkes RI.

- , 2010. *Petunjuk Praktis Surveilans Infeksi Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- (Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan). 2010 *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan* (Cetakan III). Jakarta: Kemenkes RI.
- , 2013. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kemenkes.
- Depnakertrans. 2007. *Himpunan Peraturan Perundang-undangan Ketenagakerjaan*. Jakarta.
- Dimatteo, M.R. 2004. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: a Meta Analysis. *Health Psychology Journal*. 23(2): 207-218. Diakses pada 21 Januari 2016.
- Fauziah, M., Sugiarti, M., dan Laelasari, E. 2005. *Pengelolaan Aman Limbah Layanan Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Gabresilassie, A., Kumei, A., & Yemane, D. 2014. Standard Precautions Practice among Health Care Workers in Public Health Facilities of Mekelle Special Zone, Northern Ethiopia. *J. Community Med Health Educ*. 4(3): 1-5.
- Hastuti. 2014. Hubungan Supervisi, Pengetahuan, dan Sikap Perawat dengan Pelaksanaan Universal Precautions dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar Tahun 2014. *Skripsi*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Hermana, A.D. 2009. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Luka Tusuk Jarum atau Benda Tajam Lainnya pada Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Cianjur. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia.
- Husain, F.W. 2008. *Rumah Sakit Gudang Penyakit*. Diakses melalui <http://cpddokter.com>, pada 30 Maret 2016.
- Kasjono, H.S. dan Yasril. 2009. *Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan*. Jogjakarta: Graha Ilmu.
- Khadijah, S., Ardhiwijaya, A., & Haskas, Y. 2014. Hubungan Peran Kepala Ruang sebagai Supervisor terhadap Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Pangkep. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 4(3): 389-396.

- Komite Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) RSUD Tugurejo Semarang. 2015. *Laporan Surveilans Tahun 2015*.
- Kurniawan, Y.D., Widjanarko, B., dan Shaluhiyah, Z. 2015. Studi Korelasi Persepsi Perawat Tentang HIV/AIDS Terhadap Kepatuhan Penerapan Universal Precautions (UP) untuk Pencegahan Penularan HIV/AIDS di RSD Kalijaga Demak. *Journal of Nursing and Health*. 1(1): 19-25.
- Kurniawati, N.D dan Nursalam. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mandal, B.K., Wilkins, E.G.L., Dunbar, E.M., & Mayon-White, R.T. 2008. *Penyakit Infeksi*. Jakarta: Erlangga.
- Mangkunegara, A.P. 2009. *Manajemen Sumber Daya Manusia* (Cetakan ke-9). Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Mardini, R. 2014. Pengaruh Sikap, Norma Subjektif, dan Kontrol Perilaku terhadap Intensi Berperilaku Menggunakan Alat Pelindung Diri pada Bidan di RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2014. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Stikes Medika Cikarang*. 9(1): 1-10.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Promosi Kesehatan (Teori dan Aplikasi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- . 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nurchayati, K.K.A. 2014. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Bidan dalam Penggunaan APD dalam Melakukan APN di Puskesmas Sumbang Kabupaten Banyumas Tahun 2014. *Skripsi*. Semarang: STIKES Ngudi Waluyo Ungaran.
- Nurkhasanah dan Sujianto, U. 2014. Kepatuhan Perawat dalam Penerapan Kewaspadaan Universal di Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang Tahun 2013. *E-Journal Universitas Muhammadiyah Semarang*. 2(1): 222-228.
- Nurulhuda, U., Mumpuni., dan Suharyanto, T. 2013. Analisis Hubungan Kepatuhan Perawat Terhadap Penerapan Universal Precautions dengan Penyembuhan Luka Operasi. *Jurnal Health Quality*. 4(1): 15-21.
- Pancaningrum, D. 2011. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di RS Haji Jakarta Tahun 2011. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia. Diakses melalui lib.ui.ac.id.

- Pinem, S. 2003. Penerapan Kewaspadaan Universal Bidan dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Puskesmas Kecamatan Wilayah Jakarta Timur Tahun 2003. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia.
- Priyoto. 2014. *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnomo, R. 2015. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat Pelaksana dalam Penerapan Standard Precautions di RSUD Banyumas. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. 2014. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP)*. Diakses melalui [www.pjnhk.go.id](http://www.pjnhk.go.id) pada 30 Maret 2016.
- Robin, S.P. 2006. *Perilaku Organisasi* (Edisi ke-10). Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia.
- Sabarguna, B.S. dan Rubaya A.K. 2011. *Sanitasi Air dan Limbah Pendukung Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sahara, A. 2011. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dan Bidan dalam Penerapan Kewaspadaan Universal/Kewaspadaan Standar di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor Tahun 2011. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia. Diakses melalui [lib.ui.ac.id](http://lib.ui.ac.id).
- Salawati, L., Taufik, N.H.T., dan Putra, A. 2014. Analisis Tindakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perawat dalam Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 14(3): 128-134.
- Sandewa, S. dan Adhiwijaya, A. 2014. Hubungan Perilaku dengan Resiko Kecelakaan Kerja pada Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Labuang Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 5(4): 500-506.
- Sastroasmoro, S., dan Ismail, S. 1995. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Setyobudi, N. 2013. Hubungan Pengetahuan dan Lama Kerja dengan Kepatuhan Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. *Tesis*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Simanjuntak, R.A. 2010. Analisis Pengaruh Shift Kerja Terhadap Beban Kerja Mental dengan Metode Subjective Workload Assessment Technique (SWAT). *Jurnal Teknologi*. 3(1): 53-60.



- Spritia. 2006. *Infeksi Nosokomial dan Kewaspadaan Universal*. Diakses melalui <http://spiritia.or/id> pada 31 Maret 2016.
- Sugiyono. 2004. *Statistika untuk Penelitian* (Cetakan ke-6). Bandung: Alfabeta.
- . 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistiyani, A.T. dan Rosidah. 2009. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sunarti, N.T.S., Winarsih, dan Revika, E. 2015. Penerapan Universal Precautions pada Puskesmas Perawatan Kabupaten Bantul. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*. 6(1): 40-49.
- Syahrizal, I., Karim, D., dan Nauli, F.A. 2015. Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Universal Precautions dengan Penerapan Universal Precautions pada Tindakan Pemasangan Infus. *Jurnal Online Mahasiswa Universitas Riau*. 2(1): 828-836.
- Syarifudin. 2010. *Panduan TA Keperawatan dan Kebidanan dengan SPSS*. Jakarta: PT Raja Grafindo.
- Tarwaka. 2014. *Ergonomi Industri Dasar-dasar Pengetahuan Ergonomi dan Aplikasi di Tempat Kerja*. Surakarta: Harapan Press.
- World Health Organization (WHO). 2005. *Healthcare Associated Infections (HAIs)*. Diakses melalui [www.who.int](http://www.who.int) pada 30 Maret 2016.
- Yang Luo., He, G.P., Zhou, J.W., & Ying Luo. 2010. Factors Impacting Compliance with Standard Precautions in Nursing, in China. *International Journal of Infectious Disease*. 14(12): 106-114. Diakses melalui [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) pada 19 Januari 2016.
- Yuniari, E. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Penerapan Kewaspadaan Universal pada Pertolongan Persalinan oleh Bidan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Badung Provinsi Bali. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia. Diakses melalui [lib.ui.ac.id](http://lib.ui.ac.id).