

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pemberdayaan Masyarakat

1. Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya memberikan daya (*empowerment*) atau penguatan (*strengthening*) kepada masyarakat (Mas'oed, 1990). Sedangkan menurut Swift dan Levin (1987) pemberdayaan yaitu kemampuan berpartisipasi dalam proses pembangunan dan keputusan yang mempengaruhi masyarakat, serta usaha pengalokasian kembali melalui perubahan struktur sosial. Pemberdayaan juga diartikan sebagai upaya memberikan kesempatan kepada kelompok masyarakat (miskin) untuk mampu dan berani berbicara (*voice*) menyuarakan pendapat, ide, atau gagasan-gagasannya serta kemampuan dan keberanian untuk memilih (*choice*) suatu konsep, metode, produk, tindakan, dan lain-lain yang terbaik bagi pribadi, keluarga dan masyarakat (World Bank, 2009).

Tujuan pemberdayaan yaitu memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan kekuasaan yang cukup untuk mempengaruhi kehidupannya dan kehidupan orang lain (Parsons *et al.*, 1994). Upaya yang disengaja untuk memfasilitasi masyarakat lokal dalam merencanakan, memutuskan dan mengelola sumber daya lokal yang dimiliki melalui aktivitas kolektif dan jejaring sehingga masyarakat memiliki kemampuan dan kemandirian secara ekonomi, ekologi dan sosial (Subejo dan Supriyanto, 2004). Proses memandirikan masyarakat agar dapat meningkatkan taraf hidupnya sendiri dengan menggunakan dan mengakses sumber daya setempat (Delivery, 2004).

Mardikanto (2009) berpendapat bahwa upaya pemberdayaan masyarakat perlu memperhatikan sedikitnya empat unsur pokok, yaitu:

(a) aksesibilitas informasi termasuk informasi kesehatan, karena informasi merupakan kekuasaan baru kaitannya dengan peluang, layanan, penegakan hukum, efektifitas negosiasi dan akuntabilitas; (b) keterlibatan atau partisipasi,

yang menyangkut orang yang dilibatkan dan cara mereka terlibat dalam keseluruhan proses pembangunan; (c) akuntabilitas, kaitannya dengan pertanggung jawaban publik atas segala kegiatan yang dilakukan dengan mengatas-namakan rakyat; dan (d) kapasitas organisasi lokal, kaitannya dengan kemampuan bekerjasama, mengorganisasi warga masyarakat, serta memobilisasi sumber daya untuk memecahkan masalah-masalah yang mereka hadapi.

Bank Dunia menetapkan prinsip-prinsip utama pemberdayaan masyarakat yaitu: akses terhadap informasi, keterbukaan, partisipasi, akuntabilitas, dan kapasitas organisasi lokal (Adiyoso, 2009). Sementara itu Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2011) menetapkan aksesibilitas informasi (misal: peluang, pelayanan kesehatan, hukum, dan lain-lain) sebagai salah satu unsur pemberdayaan masyarakat selain keterlibatan dan partisipasi (siapa yang terlibat dan bagaimana mereka terlibat dalam proses) serta akuntabilitas (pertanggungjawaban kegiatan). Aksesibilitas informasi adalah aktivitas masyarakat dalam mendapatkan informasi melalui berbagai cara, seperti melalui penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, media massa, media elektronik, dan lain-lain (Sulaeman, 2012).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan sasaran utama dari promosi kesehatan masyarakat atau komunitas merupakan salah satu dari strategi global promosi kesehatan pemberdayaan (*empowerment*) sehingga pemberdayaan masyarakat sangat penting untuk dilakukan agar masyarakat sebagai *primary target* memiliki kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Nutbeam, 1998).

Konsep pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan kegiatan atau proses, sedangkan *output*-nya adalah kemandirian masyarakat di bidang kesehatan. Yang dimaksud dengan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan tersebut adalah dapat mengenali tingkat kesehatan dan masalah kesehatan sendiri, merencanakan dan mengatasinya, memelihara dan meningkatkan, dan melindunginya (Depkes RI, 2002). Di bidang kesehatan, konsep pemberdayaan

masyarakat telah ada sebelum diberlakukannya otonomi daerah per 1 Januari 2001, yaitu semenjak diperkenalkannya posyandu tahun 1984.

Menurut Sulaeman (2012) suatu masyarakat dikatakan mandiri dalam bidang kesehatan apabila:

- a. Mereka mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan terutama di lingkungan tempat tinggal mereka sendiri. Pengetahuan tersebut meliputi pengetahuan tentang penyakit, gizi, makanan, perumahan dan sanitasi serta bahaya merokok dan zat-zat yang menimbulkan gangguan kesehatan.
- b. Mereka mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri dengan menggali potensi-potensi masyarakat setempat.
- c. Mampu memelihara dan melindungi diri mereka dari berbagai ancaman kesehatan dengan melakukan tindakan pencegahan.
- d. Mampu meningkatkan kesehatan secara dinamis dan terus-menerus melalui berbagai macam kegiatan seperti kelompok kebugaran, olahraga, konsultasi dan sebagainya.

Peran petugas kesehatan dalam pemberdayaan masyarakat (Sulaeman, 2012) yaitu: (a) Memfasilitasi masyarakat melalui kegiatan-kegiatan maupun program-program pemberdayaan masyarakat, meliputi: pertemuan dan pengorganisasian masyarakat; (b) Memberikan motivasi kepada masyarakat untuk bekerja sama dalam melaksanakan kegiatan pemberdayaan agar masyarakat mau berkontribusi terhadap program tersebut; (c) Mengalihkan pengetahuan, keterampilan dan teknologi kepada masyarakat dengan melakukan pelatihan-pelatihan yang bersifat vokasional.

Ciri pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan di antaranya:

- a. *Community leader*: petugas kesehatan melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat atau pemimpin terlebih dahulu. Misalnya camat, lurah, kepala adat, ustad dan sebagainya.
- b. *Community organization*: organisasi seperti pemberdayaan dan kesejahteraan keluarga (PKK), karang taruna, majelis taklim, dan lainnya

commit to user

merupakan potensi yang dapat dijadikan mitra kerja dalam upaya pemberdayaan masyarakat.

- c. *Community fund*: dana sehat atau jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) yang dikembangkan dengan prinsip gotong royong sebagai salah satu prinsip pemberdayaan masyarakat.
- d. *Community material*: setiap daerah memiliki potensi tersendiri yang dapat digunakan untuk memfasilitasi pelayanan kesehatan. Misalnya, desa di dekat kali penghasil pasir memiliki potensi untuk melakukan pengerasan jalan untuk memudahkan akses ke puskesmas.
- e. *Community knowledge*: pemberdayaan bertujuan meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan berbagai penyuluhan kesehatan yang menggunakan pendekatan *community based health education*.
- f. *Community technology*: teknologi sederhana di komunitas dapat digunakan untuk pengembangan program kesehatan, misalnya penyaringan air dengan pasir atau arang.

Beberapa indikator hasil pemberdayaan masyarakat menurut Mardikanto (2010) sebagai berikut:

- a. *Input*, meliputi: SDM, dana, bahan-bahan, dan alat-alat yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat.
- b. *Proses*, meliputi: jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat, dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan.
- c. *Output*, meliputi: jumlah dan jenis usaha kesehatan yang bersumber daya masyarakat, jumlah masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dan perilakunya tentang kesehatan, jumlah anggota keluarga yang memiliki usaha meningkatkan pendapatan keluarga, dan meningkatnya fasilitas umum di masyarakat.
- d. *Outcome* dari pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi dalam menurunkan angka kesakitan, angka kematian dan angka kelahiran serta meningkatkan status gizi masyarakat.

- e. Tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain.

B. Promosi Kesehatan

1. Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui proses pembelajaran diri oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Depkes, 2006). Menurut Hartono (2010) menolong diri sendiri artinya masyarakat mampu menghadapi masalah-masalah potensial (yang mengancam) dengan cara mencegahnya dan mengatasi masalah-masalah kesehatan yang sudah terjadi dengan cara menanganinya secara efektif dan efisien. Definisi yang dirumuskan oleh Departemen Kesehatan lebih menggambarkan bahwa promosi kesehatan adalah gabungan antara pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan politik yang berwawasan kesehatan. Karena disadari bahwa gabungan kedua upaya ini akan memberdayakan masyarakat sehingga mengontrol determinan kesehatan.

Dari pengertian tersebut tergambar bahwa pada hakekatnya promosi kesehatan adalah penopang utama bagi setiap program kesehatan. Dengan kata lain, promosi kesehatan walaupun berdiri sendiri sebagai salah satu program kesehatan tidak boleh berjalan sendiri. Promosi kesehatan harus selalu bergandeng tangan dengan setiap program kesehatan dalam rangka mencegah timbulnya masalah baru (kasus baru) dan mengatasi masalah (kasus) yang terlanjur ada, serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kegiatan promosi kesehatan dapat dilakukan tidak hanya oleh petugas khusus promosi kesehatan melainkan juga oleh petugas kesehatan lain. Petugas kesehatan lain merupakan ujung tombak bagi promosi kesehatan, karena merekalah yang selalu berhubungan langsung dengan individu-individu

(pasien/klien) dan keluarga serta dipercaya dapat membantu mereka (Hartono, 2010).

Kebijakan reformasi perumahsakit dan reformasi puskesmas sangat mendukung konsep ini. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tahun 2004 tentang kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat disebutkan bahwa salah satu fungsi puskesmas adalah sebagai pusat pemberdayaan masyarakat (dua fungsi lain: pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama). Dengan demikian, dapat dimengerti bila disebutkan bahwa promosi kesehatan merupakan salah satu upaya wajib (lima upaya wajib lain adalah: kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, pengobatan yang harus dilaksanakan oleh semua rumah sakit).

Menurut Notoatmodjo (2010), secara definisi istilah promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Level and Clark (*cit.* Notoatmodjo, 2010) mengatakan adanya empat tingkatan pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat, yaitu: promosi kesehatan, perlindungan khusus melalui imunisasi, diagnosis dini dan pengobatan segera, membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan dan pemulihan. Promosi kesehatan dalam konteks ini adalah peningkatan kesehatan. Pengertian kedua promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau menjual kesehatan. Pengertian promosi kesehatan yang kedua ini makna sebenarnya sama dengan pendidikan kesehatan.

Promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, melainkan juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku. Dengan demikian promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan) baik di dalam masyarakat sendiri maupun dalam organisasi dan lingkungannya (lingkungan fisik, sosial

budaya, politik dan sebagainya). Dengan kata lain promosi kesehatan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan saja tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (fisik dan non-fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat (Notoadmodjo, 2010).

WHO (*cit. Depkes, 2006*) mendefinisikan promosi kesehatan adalah proses pemberdayaan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan determinan-determinan kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan mereka. Menurut Kickbush (*cit. Depkes, 2006*) menguraikan promosi kesehatan lahir (*emerged out*) dari pendidikan kesehatan. Banyak alasan untuk itu dan dua diantaranya ialah: pertama, para penyuluh atau pendidik kesehatan masyarakat menjadi lebih sadar tentang perlunya sebuah pendekatan positif dalam pendidikan kesehatan lebih dari sekedar pencegahan penyakit. Kedua, menjadi semakin nyata bahwa pendidikan kesehatan akan lebih berdaya jika didukung dengan seperangkat upaya seperti *legal, environmental* dan *regulatory*.

Winder (*cit. Hartono, 2010*) menyatakan bahwa promosi kesehatan, seperti halnya kombinasi pendidikan kesehatan dengan segala intervensi apapun (organisasi, politik, ekonomi) dirancang untuk memfasilitasi keselarasan antara perilaku dan lingkungan dalam rangka meningkatkan atau memelihara kesehatan. Dengan demikian promosi kesehatan merupakan pengembangan dan perluasan dari pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan berfokus pada faktor risiko terjadinya penyakit (*host, agent, environment*), sementara promosi kesehatan berfokus pada kondisi-kondisi risiko atau determinan (sosial, politik, ekonomi). Pendidikan merupakan salah satu elemen dari promosi kesehatan (Depkes, 2006).

Pada tahun 1975, istilah pendidikan kesehatan yang digunakan di Depkes harus diubah menjadi penyuluhan kesehatan karena istilah pendidikan hanya boleh digunakan di lingkungan Departemen Pendidikan. Namun, pengertian atau konsep penyuluhan kesehatan masyarakat tidak berbeda dengan pendidikan kesehatan masyarakat. Dalam hal ini, penyuluhan kesehatan

masyarakat diberi pengertian sebagai suatu proses perubahan, pertumbuhan, dan perkembangan diri manusia menuju kepada keselarasan dan keseimbangan jasmani, rohani, dan sosial dari manusia tersebut terhadap lingkungannya, sehingga mampu dan bertanggung jawab untuk mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri serta masyarakat lingkungannya (Depkes, 2009).

2. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Lima pilar utama atau lima strategi utama dan ruang lingkup promosi kesehatan yang dirumuskan dalam Deklarasi Ottawa (1986) adalah:

- a. *Build healthy public policy* (membangun kebijakan publik yang berwawasan kesehatan).

Setiap pembuat kebijakan publik harus memperhatikan dampak kesehatan dari setiap keputusan yang dibuatnya. Demikian juga harus dibangun kebijakan publik yang menguntungkan kesehatan. Contoh kebijakan publik antara lain: kebijakan kawasan tanpa rokok dan pembatasan merokok serta pengaturan iklan rokok, pemakaian helm, pemakaian sabuk pengaman.

- b. *Create supportive environment* (menciptakan lingkungan yang mendukung).

Lingkungan sosial yang mendukung sangat besar perannya dalam mempengaruhi kesehatan dan perilaku seseorang. Contoh lingkungan yang mendukung misalnya penyediaan daerah khusus untuk menyusui bayi di tempat-tempat umum dan penyediaan tempat-tempat sampah.

- c. *Strengthen community action* (memperkuat gerakan masyarakat).

Promosi kesehatan mendorong dan memfasilitasi upaya-upaya masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Misalnya dengan membentuk yayasan atau lembaga konsumen kesehatan.

- d. *Develop personal skills* (mengembangkan keterampilan individu).

Agar masyarakat mampu membuat keputusan yang efektif mengenai kesehatannya, masyarakat perlu informasi dan pendidikan atau pelatihan dan berbagai keterampilan. Mengembangkan keterampilan individu akan lebih efektif bila dilakukan melalui tatanan-tatanan yaitu sekolah, tempat kerja, rumah tangga serta tatanan-tatanan lain yang ada di masyarakat.

e. *Reorient health services* (menata kembali arah pelayanan kesehatan)

Upaya-upaya preventif dan promotif lebih diutamakan tanpa mengesampingkan upaya terapi dan rehabilitasi.

3. Visi dan Misi

Menurut Notoatmodjo (2010), berdasarkan jenis aspek pelayanan kesehatan, promosi kesehatan mencakup empat pelayanan:

a. Promosi kesehatan pada tingkat promotif.

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya.

b. Promosi kesehatan pada tingkat preventif.

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat preventif adalah pada kelompok yang berisiko tinggi (*high risk*), misalnya pada kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok dan kelompok obesitas.

c. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif.

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit utama untuk penderita penyakit kronis.

d. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif.

Promosi kesehatan pada tingkat ini mempunyai sasaran pokok kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh dari penyakit. Tujuan utamanya adalah agar mereka ini segera pulih kembali kesehatannya atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Pada penelitian ini lebih menekankan pada promosi kesehatan promotif.

4. Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan promosi kesehatan adalah memberdayakan (*empowering*), yaitu membuat masyarakat tidak sekedar tahu dan mau, tetapi juga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat (Hartono, 2010).

Menurut Green (1990), tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkatan yaitu:

a. Tujuan program

Merupakan pernyataan tentang yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.

b. Tujuan pendidikan

Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.

c. Tujuan perilaku

Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Tujuan perilaku ini berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.

5. Peran Promosi Kesehatan

Sampai saat ini masih terjadi distorsi pemahaman promosi kesehatan. Promosi kesehatan masih dipahami semata-mata sebagai pengganti istilah pendidikan kesehatan. Secara institusional, mungkin benar bahwa promosi kesehatan merupakan pengganti pendidikan atau penyuluhan kesehatan tetapi secara konsep berbeda, sehingga lebih baik dikatakan bahwa promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan. Terminologi “promosi” dalam promosi kesehatan sekurang-kurangnya mengandung empat pengertian sekaligus, yakni:

- a. Peningkatan seperti halnya dalam “*five levels of prevention*” dari Level dan Clark (*cit.* Hanlon, 1974), menyatakan pencegahan tingkat pertama adalah “*health promotion*”. Terminologi ini juga seperti digunakan dalam dunia akademik (promosi doktor) atau dunia pekerjaan (promosi jabatan). Konsep lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) menjelaskan pencegahan tingkat pertama dan utama adalah promosi kesehatan (*health promotion*). Secara lengkap adalah:

- 1) Promosi kesehatan (*health promotion*);
- 2) Perlindungan khusus melalui imunisasi (*specific protection*);

- 3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*);
 - 4) Membatasi atau mengurangi kecacatan (*disability limitation*);
 - 5) Pemulihan (*rehabilitation*).
- b. Memasarkan atau menjual, seperti yang berlaku di dunia bisnis, sehingga muncul istilah dalam fungsi “*sales promotion girls*” yang adalah seseorang yang bertugas memasarkan dan atau menjual suatu produk tertentu. Bahkan, di suatu perusahaan menciptakan jabatan struktural (manajer promosi/pemasaran).
- c. Literatur lama (zaman Belanda), dijumpai istilah “propaganda kesehatan”, yang sebenarnya adalah suatu kegiatan mempengaruhi orang lain atau masyarakat untuk melakukan hal yang sehat, misalnya makan makanan yang bergizi, minum air yang direbus, buang air besar di jamban, dan sebagainya. Istilah propaganda kesehatan ini masih digunakan juga sampai awal kemerdekaan Republik Indonesia oleh dr. J. Leimena, Menteri Kesehatan pada waktu itu.
- d. Belakangan muncul di lapangan atau dalam praktik promosi kesehatan, bahwa promosi kesehatan dilakukan dan identik dengan penyuluhan kesehatan. Hal tersebut tidak seluruhnya salah, karena dalam penyuluhan tersebut terjadi proses peningkatan pengetahuan kesehatan bagi masyarakat. Adanya peningkatan pengetahuan tersebut diharapkan akan berakibat terjadinya peningkatan sikap dan perilaku (praktik) hidup sehat. Demikian juga dalam penyuluhan (promosi) kesehatan tersebut terjadi penjualan “produk”. Produk yang dimaksud di sini bukanlah produk komersial, tetapi produk sosial. Maksud dari produk sosial adalah “cara hidup sehat” atau “perilaku hidup sehat” yang sifatnya tidak kasat mata (*intangible*). Adanya revitalisasi pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan ini sebenarnya diharapkan bukan hanya berbeda dalam konsep, tetapi juga berbeda dalam implementasi atau aplikasinya. Dahulu pendidikan kesehatan hanya diartikan sebagai kegiatan atau upaya-upaya dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan sikap yang berujung pada perubahan perilaku masyarakat.

Promosi kesehatan secara konseptual adalah berbagai upaya untuk melakukan intervensi terhadap semua determinan kesehatan, termasuk determinan perilaku. Dimensi perubahan perilaku pun bukan hanya perubahan perilaku masyarakat saja, tetapi juga perubahan perilaku para pemegang otoritas atau penentu kebijakan. Dengan perkataan lain promosi kesehatan tidak hanya melakukan pendekatan perubahan perilaku masyarakat (*behavior change*) semata-mata, tetapi juga perubahan perilaku pemangku kepentingan (*stakeholder*) yang lain dan perubahan determinan kesehatan yang lain. Perubahan konsep ini sudah dimulai oleh organisasi kesehatan dunia (WHO) sejak tahun 1984.

Strategi Global Promosi Kesehatan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 1984) merumuskan bahwa promosi kesehatan sekurang-kurangnya mengandung enam prinsip, yakni: (1) perubahan perilaku (*behavior change*), (2) perubahan sosial (*sosial change*), (3) pengembangan kebijakan (*policy development*), (4) pemberdayaan (*empowerment*), (5) partisipasi masyarakat (*community participation*), dan (6) membangun kemitraan (*building partnership and alliance*).

6. Perkembangan Promosi Kesehatan

Deklarasi Alma Alta (1978) menghasilkan strategi utama dalam pencapaian kesehatan bagi semua melalui pelayanan kesehatan dasar. Salah satu komponen dalam pelayanan kesehatan dasar adalah pendidikan kesehatan dan salah satu kegiatannya berupa penyuluhan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, pendidikan kesehatan ternyata kurang mampu mewujudkan perilaku sehat bagi masyarakat. Pendidikan kesehatan ternyata hanya berfokus kepada perubahan perilaku dan kurang memperhatikan upaya perubahan lingkungan (fisik, biologi dan sosial). Sekitar tahun 80-an mulai disadari bahwa pendidikan kesehatan saja tidak cukup berdaya untuk mengubah perilaku masyarakat, harus disertai dengan upaya peningkatan kesehatan. Pada tahun 1984, salah satu divisi WHO, yaitu *Division Health Education* diubah menjadi *Division on Health Promotion and Education*. Konsep baru tersebut

diadopsi oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2000 dengan mengubah Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat menjadi Pusat Promosi Kesehatan, hingga saat ini (Mubarak *et al.*, 2007).

Pada tahun 1986 di Ottawa, Kanada berlangsung Konferensi Internasional Promosi Kesehatan yang menghasilkan *Ottawa Charter* (Piagam Ottawa). Piagam ini sebagai acuan penyelenggara promosi kesehatan di dunia. Aktivitas utama promosi kesehatan menurut Piagam Ottawa adalah advokasi, pemberdayaan, dan mediasi. Selain itu, Piagam Ottawa merumuskan lima komponen utama promosi kesehatan, yaitu:

- a. Membangun kebijakan publik berwawasan kesehatan (*build healthy public policy*). Artinya, mengupayakan agar para penentu kebijakan di berbagai sektor dan tingkatan administrasi mempertimbangkan dampak kesehatan dari setiap kebijakan yang dibuatnya.
- b. Menciptakan lingkungan yang mendukung (*create supportive environment*). Artinya, menciptakan suasana lingkungan (baik fisik maupun sosial politik) yang mendukung (kondusif), sehingga masyarakat termotivasi untuk melakukan upaya-upaya yang positif bagi kesehatan.
- c. Memperkuat gerakan masyarakat (*strengthen community action*). Artinya, memberikan dukungan terhadap kegiatan masyarakat agar lebih berdaya dalam upaya mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.
- d. Mengembangkan keterampilan individu (*develop personal skill*). Artinya, mengupayakan agar masyarakat mampu membuat keputusan yang efektif dalam upaya kesehatan, melalui pemberian informasi, pendidikan dan pelatihan yang memadai. Upaya ini akan lebih efektif dan efisien bila dilakukan melalui pendekatan tatanan (*setting*). Tatanan dapat dibagi dalam dua kelompok, yaitu tatanan berdasarkan interaksi manusia dan tatanan berdasarkan wilayah. Tatanan yang berdasarkan interaksi manusia adalah tatanan rumah tangga, tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat-tempat umum, dan tatanan sarana kesehatan. Tatanan berdasarkan wilayah adalah tatanan kota/kabupaten, tatanan kepulauan, dan lain-lain.

commit to user

- e. Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health services*). Artinya, mengubah orientasi pelayanan kesehatan agar lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif (Davies, 2006).

Pada tahun 1997 di Jakarta diselenggarakan pertemuan internasional promosi kesehatan yang menghasilkan *Jakarta Charter* yang menyatakan, sebagai berikut:

- a. *Promote social responsibility for health*

Antara pemerintah dan swasta seharusnya bekerja sama dalam pertanggungjawaban sosial terhadap kesehatan masyarakat serta memperhatikan keseimbangan kesehatan untuk semua.

- b. *Increase investments for health development*

Seharusnya ada investasi dalam kesehatan yang meliputi perbaikan ekonomi, perumahan dan pendidikan serta diprioritaskan pada kelompok rentan seperti wanita, anak-anak, orangtua, suku asli, dan kelompok *marginal*.

- c. *Consolidate and expand partnerships for health*

Adanya kerja sama antara masyarakat, pemerintah, LSM, dan sektor swasta diperlukan untuk kesempatan kesehatan bagi semua.

- d. *Increase community capacity and empower the individual*

Promosi kesehatan yang efektif membutuhkan proses partisipatif, masyarakat perlu dicerdaskan dan ditingkatkan keterampilannya agar mereka dapat menentukan dan memutuskan hal-hal yang menentukan kesehatan.

- e. *Secure an infrastructure for health promotion*

Memobilisasi dana untuk promosi kesehatan diperlukan pemerintah, baik tingkat lokal, nasional, regional maupun Internasional. Perlu kerja sama antar sektor dan peningkatan keahlian di tingkat lokal melalui pendidikan dan diseminasi, sehingga semua negara mempunyai politik, hukum, pendidikan, sosial, dan lingkungan ekonomi untuk mendukung promosi kesehatan (Davies, 2006). Hasil kesepakatan pada *Jakarta Charter* tersebut

ternyata masih relevan dijadikan acuan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di Indonesia pada saat ini.

7. Strategi Promosi Kesehatan

Menurut WHO (1984), strategi promosi kesehatan meliputi:

a. Advokasi (*advocacy*)

Agar pembuat kebijakan mengeluarkan peraturan yang menguntungkan kesehatan. Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (*stakeholder*). Advokasi diarahkan untuk menghasilkan dukungan yang merupakan kebijakan (misalnya dalam bentuk peraturan perundang-undangan), dana, sarana dan lain-lain. Komitmen dan dukungan yang diupayakan melalui advokasi jarang diperoleh dalam waktu singkat. Pada diri sasaran advokasi umumnya berlangsung tahapan-tahapan, yaitu: mengetahui atau menyadari adanya masalah, tertarik untuk mengatasi masalah peduli terhadap pemecahan masalah dengan mempertimbangkan berbagai alternatif pemecahan masalah, sepakat untuk memecahkan masalah dengan memilih salah satu alternatif pemecahan masalah dan memutuskan tindak lanjut kesepakatan. Dengan demikian, maka advokasi harus dilakukan secara terencana, cermat dan tepat. Bahan-bahan advokasi harus disiapkan dengan matang, yaitu:

- 1) Sesuai dengan minat dan perhatian sasaran advokasi
- 2) Memuat rumusan masalah dan alternatif pemecahan masalah
- 3) Memuat peran si sasaran dalam pemecahan masalah
- 4) Berdasarkan kepada fakta atau *evidence-based*
- 5) Dikemas secara menarik dan jelas
- 6) Sesuai dengan waktu yang tersedia

b. Dukungan Sosial (*social support*)

Agar kegiatan promosi kesehatan mendapat dukungan dari tokoh masyarakat. Kemampuan masyarakat dalam bekerjasama demi mencapai tujuan bersama di dalam berbagai kelompok dan organisasi disebut modal

sosial. Kemampuan bekerjasama muncul dari kepercayaan umum di dalam sebuah masyarakat atau di bagian-bagian paling kecil dalam masyarakat.

- 1) Dukungan sosial merupakan ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat melalui pengetahuan bahwa individu dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain dan juga merupakan anggota dalam kelompok yang mempunyai kepentingan bersama (Susilo, 2011; Thoits, 2009 *cit.* Andersen, 2016).
- 2) Bentuk-bentuk dukungan sosial

Dukungan sosial dibagi dalam lima bentuk (Taylor, 2009), yaitu :

(a) Emosional

Aspek emosional melibatkan kekuatan jasmani dan keinginan untuk percaya pada orang lain sehingga individu menjadi yakin bahwa orang lain mampu memberikan cinta dan kasih sayang. Dukungan ini dapat diungkapkan dengan rasa empati, peduli dan perhatian terhadap individu, sehingga individu merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Beberapa hal yang termasuk interaksi yang mendukung adalah mendengarkan dengan penuh perhatian, menawarkan simpati dan menyakinkan kembali, membagi pengalaman pribadi dan menghindari konflik.

(b) Instrumen

Aspek instrumen meliputi penyediaan sarana untuk mempermudah atau menolong orang lain, contohnya adalah peralatan, perlengkapan, dan meluangkan waktu untuk memberikan bantuan langsung. Dukungan ini dikenal juga dengan istilah dukungan pertolongan, dukungan nyata atau dukungan material.

(c) Informatif

Aspek informatif berupa pemberian informasi untuk mengatasi masalah. Aspek informatif terdiri dari pemberian nasehat, pengarahan, dan keterangan lain yang dibutuhkan oleh individu yang bersangkutan, sehingga individu dapat mengatasi masalahnya dan mencoba mencari jalan keluar untuk memecahkan masalahnya.

(d) Penilaian atau penghargaan.

Aspek penilaian atau penghargaan terdiri atas dukungan peran sosial yang meliputi umpan balik, perbandingan sosial, dan *afirmasi* (persetujuan). Pemberian dukungan membantu individu untuk melihat segi-segi positif yang ada dalam dirinya dibandingkan dengan keadaan orang lain yang berfungsi untuk menambah penghargaan diri, membentuk kepercayaan diri dan kemampuan serta merasa dihargai dan berguna saat individu mengalami tekanan.

(e) Integrasi sosial

Bentuk dukungan integrasi sosial akan membuat individu merasa anggota dari suatu kelompok yang memiliki kesamaan minat dan aktifitas sosial dengannya. Sehingga individu akan merasa memiliki teman senasib.

Pemberdaya masyarakat adalah pemberi dukungan, salah satu perannya adalah untuk menyediakan dan mengembangkan dukungan terhadap warga yang mau terlibat dalam struktur dan aktivitas komunitas. Dukungan tidak selalu bersifat ekstrinsik ataupun materil, tetapi dapat bersifat instrinsik seperti pujian, penghargaan dalam bentuk kata-kata, ataupun sikap dan perilaku yang menunjukkan dukungan pelaku perubahan terhadap apa yang dilakukan oleh masyarakat. Seperti menyediakan waktu bagi wanita usia subur bila mereka ingin berbicara dengannya guna membahas permasalahan yang mereka hadapi (Mubarak, 2012).

3) Sumber-sumber dukungan sosial

Dukungan sosial bersumber dari orang-orang yang memiliki hubungan berarti bagi individu. Dukungan sosial dapat dipenuhi dari keluarga, teman dekat, pasangan hidup, rekan kerja, tetangga, saudara, teman atau persahabatan, dokter (petugas kesehatan), psikolog, psikiater (Baron dan Byrne, 2003).

Dalam penelitian ini yang disebut sumber dukungan sosial adalah dari:

(a) Suami

Dukungan suami dapat ditunjukkan melalui keterlibatan suami dalam menjaga kesehatan istrinya. Dukungan yang bisa diberikan berupa dukungan emosional, instrumental, informatif, penilaian atau penghargaan (Baron dan Byrne, 2003).

(b) Orang tua

Orang tua merupakan orang terdekat yang mempunyai sumber dukungan dan bersedia memberikan bantuan dan dukungan ketika individu membutuhkan. Orang tua merupakan orang yang penting dalam memberikan dukungan emosional, instrumental, informatif, penilaian atau penghargaan (Baron dan Byrne, 2003).

(c) Tenaga kesehatan khususnya bidan

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan perempuan dan sebagai pemberi pelayanan kesehatan, memiliki pengetahuan tentang masalah kesehatan perempuan. Bidan juga sebagai pemberi asuhan kebidanan dalam program pendeteksian dini kanker payudara memiliki peran penting dalam memberikan dukungan. Bidan dapat memberikan dukungan dalam bentuk emosional, instrumental, informatif, penilaian atau penghargaan (Baron dan Byrne, 2003).

(d) Sahabat dekat

Tiga proses peranan sahabat atau teman dalam memberikan dukungan sosial. Proses yang pertama adalah membantu material atau instrumental. Sahabat dapat memberikan pertolongan berupa informasi tentang cara mengatasi masalah atau pertolongan berupa uang. Proses kedua adalah dukungan emosional. Perasaan tertekan dapat dikurangi dengan membicarakan permasalahan dengan teman yang simpatik. Harga diri dapat meningkat, depresi dan kecemasan dapat dihilangkan dengan penerimaan yang tulus dari sahabat karib. Proses yang ketiga adalah integrasi sosial. Menjadi bagian

dalam suatu aktivitas waktu luang yang kooperatif dan diterimanya seseorang dalam suatu kelompok sosial dapat menghilangkan perasaan kesepian dan menghasilkan perasaan sejahtera serta memperkuat ikatan sosial (Taylor, 2009).

4) Manfaat Dukungan Sosial

Menurut Baron dan Byrne (2003) bahwa manfaat dukungan sosial diantaranya :

- (a) Dukungan sosial dihubungkan dengan pekerjaan akan meningkatkan produktivitas.
- (b) Meningkatkan kesejahteraan psikologis dan penyesuaian diri.
- (c) Memperjelas identitas diri.
- (d) Menambah harga diri.
- (e) Meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik serta pengelolaan terhadap stress dan tekanan.

Menurut Ma *et al.* (2012) bahwa faktor dukungan sosial itu dapat meningkatkan motivasi bagi perempuan untuk melakukan program skrining kanker payudara.

Teori kognitif sosial (*social cognitive theory*) yang dikemukakan oleh Albert Bandura menyatakan bahwa faktor sosial dan kognitif serta faktor pelaku memainkan peran penting dalam pembelajaran. Perlakuan individu adalah hasil interaksi faktor dalam diri (kognitif) dan lingkungan. Perilaku manusia dalam konteks interaksi timbal balik yang berkesinambungan antara kognitif, perilaku dan pengaruh lingkungan. Kondisi lingkungan sekitar individu sangat berpengaruh pada pola belajar sosial.

c. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

Agar masyarakat mempunyai kemampuan untuk meningkatkan kesehatannya. Menurut Piagam Ottawa (1986), strategi promosi kesehatan adalah:

- 1) Kebijakan berwawasan kesehatan
- 2) Lingkungan yang mendukung

- 3) Reorientasi pelayanan kesehatan
- 4) Keterampilan individu
- 5) Gerakan masyarakat

C. Model Promosi Kesehatan

Model didefinisikan sebagai suatu representasi atau formalisasi dalam bahasa tertentu yang disepakati dari suatu sistem yang nyata yaitu sistem yang sedang berlangsung dalam kehidupan, sistem yang dijadikan titik atau fokus perhatian dan dipermasalahan (Simatupang, 1995). Ackoff, dkk (1962) mengatakan bahwa model dapat dipandang dari tiga jenis kata, yaitu sebagai kata benda, kata sifat dan kata kerja. Sebagai kata benda model berarti representasi atau gambaran, sebagai kata sifat model adalah ideal, contoh, teladan dan sebagai kata kerja model adalah memperagakan, mempertunjukkan. Dalam pemodelan, model akan dirancang sebagai suatu penggambaran operasi dari suatu sistem nyata secara ideal dengan tujuan untuk menjelaskan atau menunjukkan hubungan-hubungan penting yang terkait. Murty *et al.* (1990 *cit.* Simatupang, 1995) menyatakan bahwa model adalah suatu representasi yang memadai dari suatu sistem, dan dikatakan memadai jika telah sesuai dengan tujuan dalam pikiran peneliti.

Amirin (2011) juga menjelaskan model merupakan abstraksi realitas suatu penghampiran kenyataan, karena model tidak bisa menceritakan perincian atau detail kenyataan tersebut, melainkan hanya porsi atau bagian-bagian tertentu yang penting saja atau yang merupakan sosok kunci atau *key features*.

Terdapat banyak upaya untuk mengubah promosi kesehatan menjadi konsep yang lebih operasional. Guna menjawab kondisi kesehatan masyarakat yang beragam, muncul berbagai model promosi kesehatan. Pada umumnya, tiap model promosi kesehatan mempunyai ciri yang berbeda disesuaikan dengan kondisi masyarakat di lokasi model tersebut disusun. Sebagai contoh model promosi kesehatan adalah model dengan teori Dignan.

commit to user

Teori Dignan merupakan teori mengenai promosi kesehatan dengan menentukan komunitas sasaran untuk mengembangkan suatu program sehingga program tersebut dapat berjalan sesuai dengan harapan. Konsep advokasi kesehatan yang lebih luas menurut Dignan (1992) adalah meliputi: pendidikan, perubahan lingkungan, perundangan, norma sosial. Tahapan dalam setiap upaya promosi kesehatan menurut Dignan and Carr (1992) dalam bukunya “*Program Planning for Health Education and Promotion*” melalui langkah-langkah sebagai berikut: analisa masalah (*community analysis*), penilaian target (*targeted assessment*), pengembangan program (*program plan development*), implementasi (*implementation*) dan evaluasi (*evaluation*). Model perencanaan promosi kesehatan menurut teori Dignan dapat digambarkan seperti Gambar 2.1 berikut.



Gambar 2.1 Model Perencanaan Pendidikan/Promosi Kesehatan

Gambar 2.1 dapat diketahui bahwa analisis komunitas harus dilakukan setelah mengerti apa yang dibutuhkan oleh komunitas, kemudian membuat program pengembangan yang sesuai dan diterapkan pada komunitas tersebut.

Setelah program tersebut berjalan maka dilakukan evaluasi seperti pemantauan secara berkala apakah program tersebut terus berjalan atau tidak. Terkadang tidak semua program yang dijalankan dapat langsung mengena kepada komunitas, mungkin karena salah pada saat menganalisa komunitas tersebut. Oleh karena itu, ada tanda bolak-balik antara *community analysis* dengan *implementation*.

Analisa komunitas bertujuan untuk mengkaji kebutuhan sasaran. Sasaran tersebut dilakukan penilaian hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan. Dengan mengetahui masalah kesehatan yang menimpa sasaran tersebut, maka bisa dibuat program rencana untuk peningkatan derajat kesehatan sasaran tersebut. Program rencana tersebut harus dipikirkan dengan matang terlebih dahulu agar berhasil dengan optimal. Setelah dirasa cukup, maka realisasi program bisa mulai dilaksanakan. Ketika program promosi kesehatan berjalan, maka perlu diadakan penilaian agar hasilnya bisa lebih optimal dan segala kekurangan bisa diperbaiki untuk ke depannya.

Dalam buku “*Program Planning for Health Education and Promotion*” Dignan and Carr juga menyatakan bahwa target dan sasaran *need assessment* meliputi: a) populasi struktural, yang meliputi: pekerja, tingkat kompetensi, umur, gender, ras; b) populasi fungsional, meliputi: keluarga, sekolah, kelompok, panti, dan relasi sosial lainnya; c) tingkat status kesehatan, terdiri dari: angka kesakitan/kematian, kesehatan kerja, dll; d) sistem pelayanan kesehatan, terdiri dari: dokter, asuransi kesehatan; e) program promosi kerja, meliputi: program aktif, akhir program, evaluasi, insentif program; f) lingkungan, meliputi: lokasi, cuaca, kawasan industri, dll; g) struktur sosial politik, terdiri dari: pemerintahan daerah, sistem pendidikan; h) angka kematian, meliputi: penyakit infeksi, penyakit degeneratif; i) faktor risiko, terdiri dari: risiko pelaku, dan risiko non pelaku.

Menurut Dignan and Carr (1992), tujuan *need assesment* adalah menilai kemampuan dan keahlian masyarakat untuk berkolaborasi dalam mengidentifikasi kebutuhan, menetapkan prioritas, menetapkan strategi untuk

commit to user

prioritas dan bekerjasama dalam melaksanakan program yang telah diterapkan.

Beberapa definisi promosi kesehatan telah dikemukakan, salah satunya definisi *Ottawa Charter*, bahwa promosi kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan individu untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Termasuk di dalamnya adalah sehat secara fisik, mental dan sosial sehingga individu atau masyarakat dapat merealisasikan cita-citanya, mencukupi kebutuhannya, serta mengubah atau mengatasi lingkungannya. Kesehatan adalah sumberdaya kehidupan bukan hanya objek untuk hidup. Kesehatan adalah suatu konsep yang positif yang tidak dapat dilepaskan dari sosial dan kekuatan personal. Jadi promosi kesehatan tidak hanya bertanggung jawab pada sektor kesehatan saja, juga gaya hidup untuk lebih sehat (Keleher *et al.*, 2007).

Di sisi lain Nutbeam (*cit* Keleher *et al.*, 2007) menerangkan bahwa promosi kesehatan adalah proses sosial dan politis yang menyeluruh, yang tidak hanya menekankan pada kekuatan keterampilan dan kemampuan individu, tetapi juga perubahan sosial, lingkungan dan kondisi ekonomi yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Jadi, promosi kesehatan adalah proses untuk memungkinkan individu mengontrol faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dan mengembangkan kesehatan individu dan masyarakat. WHO (1998) menyebutkan bahwa promosi kesehatan adalah strategi inti untuk pengembangan kesehatan, yang merupakan suatu proses yang berkembang dan berkesinambungan pada status sosial dan kesehatan individu dan masyarakat.

Dari beberapa definisi di atas, promosi kesehatan mempunyai beberapa level pengertian, sehingga konsep promosi kesehatan adalah semua upaya yang menekankan pada perubahan sosial, pengembangan lingkungan, pengembangan kemampuan individu dan kesempatan dalam masyarakat, dan merubah perilaku individu, organisasi dan sosial untuk meningkatkan status kesehatan individu dan masyarakat (Keleher *et al.*, 2007).

Berlandaskan konsep dasar tersebut, maka area promosi kesehatan tidak sempit, menurut Keleher *et al.* (2007) terdapat 10 (sepuluh) area tindakan promosi kesehatan, yaitu :

- 1) Membangun kebijakan kesehatan publik
- 2) Menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan
- 3) Memberdayakan masyarakat
- 4) Mengembangkan kemampuan personal
- 5) Berorientasi pada layanan kesehatan
- 6) Mempromosikan tanggung jawab sosial kesehatan
- 7) Meningkatkan investasi kesehatan dan ketidakadilan sosial
- 8) Meningkatkan konsolidasi dan memperluas kerjasama untuk kesehatan
- 9) Memberdayakan masyarakat dan meningkatkan kemampuan masyarakat
- 10) Infrastruktur yang kuat untuk promosi kesehatan

D. Infeksi

1. Pengertian Infeksi

Infeksi adalah proses invasif oleh mikroorganisme dan berpoliferasi di dalam tubuh yang menyebabkan sakit (Potter, 2006). Dalam Kamus Keperawatan, disebutkan bahwa infeksi adalah invasi dan multiplikasi mikroorganisme dalam jaringan tubuh, khususnya yang menimbulkan cedera seluler setempat akibat metabolisme kompetitif, toksin, replikasi intraseluler atau reaksi antigen-antibodi. Munculnya infeksi dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling berkaitan dalam rantai infeksi. Adanya patogen tidak berarti bahwa infeksi akan terjadi.

Menurut Utama (2006 *cit.* Suparyanto, 2011), infeksi adalah adanya suatu organisme pada jaringan atau cairan tubuh yang disertai suatu gejala klinis baik lokal maupun sistemik. Infeksi yang muncul selama seseorang tersebut dirawat di rumah sakit dan mulai menunjukkan suatu gejala selama seseorang itu dirawat atau setelah selesai dirawat disebut infeksi nosokomial.

Secara umum, pasien yang masuk rumah sakit dan menunjukkan tanda infeksi yang kurang dari 72 jam menunjukkan bahwa masa inkubasi penyakit telah terjadi sebelum pasien masuk rumah sakit, dan infeksi yang baru menunjukkan gejala setelah 72 jam pasien berada di rumah sakit baru disebut infeksi nosokomial.

Infeksi nosokomial ini dapat berasal dari dalam tubuh penderita maupun luar tubuh. Infeksi endogen disebabkan oleh mikroorganisme yang semula memang sudah ada di dalam tubuh dan berpindah ke tempat baru yang kita sebut dengan *self infection* atau *auto infection*, sementara infeksi eksogen (*cross infection*) disebabkan oleh mikroorganisme yang berasal dari rumah sakit dan dari satu pasien ke pasien lainnya (Yudhityarasati, 2007 *cit.* Suparyanto, 2011).

2. Tanda-Tanda Infeksi

a. *Calor* (panas)

Daerah peradangan pada kulit menjadi lebih panas dari sekelilingnya, sebab terdapat lebih banyak darah yang disalurkan ke area terkena infeksi. Fenomena panas lokal karena jaringan-jaringan tersebut sudah mempunyai suhu inti dan hiperemia lokal tidak menimbulkan perubahan.

b. *Dolor* (rasa sakit)

Dolor dapat ditimbulkan oleh perubahan PH lokal atau konsentrasi lokal ion-ion tertentu yang dapat merangsang ujung saraf. Pengeluaran zat kimia tertentu seperti *histamin* atau zat kimia bioaktif lainnya dapat merangsang saraf nyeri, selain itu pembengkakan jaringan yang meradang mengakibatkan peningkatan tekanan lokal dan menimbulkan rasa sakit.

c. *Rubor* (kemerahan)

Merupakan hal pertama yang terlihat di daerah yang mengalami peradangan. Waktu reaksi peradangan mulai timbul maka arterioli yang mensuplai daerah tersebut melebar, dengan demikian lebih banyak darah yang mengalir ke dalam mikro sirkulasi lokal. Kapiler-kapiler yang

sebelumnya kosong atau sebagian saja meregang dengan cepat penuh terisi darah. Keadaan ini yang dinamakan hiperemia atau kongesti.

d. *Tumor* (pembengkakan)

Pembengkakan ditimbulkan oleh karena pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan interstisial. Campuran cairan dan sel yang tertimbun di daerah peradangan disebut eksudat.

e. *Funciolaesa*

Adanya perubahan fungsi secara *superficial* bagian yang bengkak dan sakit disertai sirkulasi dan lingkungan kimiawi lokal yang abnormal, sehingga organ tersebut terganggu dalam menjalankan fungsinya secara normal (Yudhityarasati, 2007 *cit.* Suparyanto, 2011).

3. Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang belum ada ketika pasien masuk rumah sakit dan kemudian muncul ketika dalam masa perawatan inap di rumah sakit (umumnya 3×24 jam). Infeksi nosokomial telah menyebar secara luas. Infeksi ini merupakan kontributor untuk meningkatnya morbiditas dan kematian. Kebutuhan untuk pengendalian infeksi nosokomial akan semakin meningkat terlebih lagi dalam keadaan sosial ekonomi yang kurang menguntungkan seperti yang telah dihadapi Indonesia saat ini (Priyono, 2013).

Penyebaran utama infeksi nosokomial adalah *endogenous*, *self-infection* atau *auto-infection*. Agen penyebab terjadinya infeksi nosokomial berasal dari pasien itu sendiri dan muncul ketika sedang rawat inap di rumah sakit sebagai akibat dari menurunnya daya imunitas tubuh pasien, (contohnya luka operasi yang belum sembuh dipegang dengan tangan pasien yang tidak bersih). *Cross contamination* diikuti dengan *cross infection*. Penyebaran infeksi nosokomial melalui kontak dengan agen kausatif baru yang kemudian terjadi infeksi baru. Kontak ini bisa berasal dari petugas paramedis, pasien lain, dan lingkungan seperti air, udara, makanan, serta prosedur dan alat medik (*ventilator*, *iv line*, *catheter*). Pengetahuan mengenai hal pencegahan infeksi nosokomial ini sangat penting bagi semua petugas kesehatan di rumah sakit dan sarana kesehatan

lainnya yang hal tersebut merupakan sarana umum yang sangat berbahaya, dalam artian rawan untuk terjadi infeksi. Kemampuan dalam hal mencegah transmisi infeksi di rumah sakit dan upaya pencegahan infeksi adalah tingkatan pertama dalam pemberian pelayanan kesehatan dan juga pelayanan keperawatan yang bermutu (Priyono, 2013).

Salah satu strategi yang sudah terbukti bermanfaat dalam pengendalian infeksi nosokomial adalah dengan cara meningkatkan kemampuan setiap petugas kesehatan dalam metode *universal precautions* atau dalam bahasa Indonesia adalah kewaspadaan universal (KU) yaitu suatu cara penanganan baru untuk meminimalkan pajanan darah dan cairan tubuh dari semua pasien, tanpa memperdulikan status infeksi (Priyono, 2013).

Pengendalian pencegahan infeksi nosokomial pada strategi *universal precautions* adalah meliputi beberapa hal di bawah ini:

- a. Personal *hygiene*: mencuci tangan menggunakan sabun atau disinfektan dan air mengalir.
- b. Penggunaan baju pelindung, masker, sarung tangan, penutup kepala, sterilisasi, desinfeksi, antiseptik dan dekontaminasi.
- c. Kewaspadaan universal pada pengelolaan dan penggunaan alat tajam (injeksi, *iv line*).
- d. Pengelolaan limbah dan lingkungan.
- e. *Surveillance* penetapan standar dan prosedur kerja.

Tindakan *surveillance* yang tersebut di atas yang masuk dalam hal pengendalian infeksi nosokomial (INOS) mengambil peran sangat penting dalam strategi pencegahan infeksi nosokomial. Dengan pemantauan terus menerus oleh tim yang telah dibentuk oleh rumah sakit untuk menemukan kasus infeksi nosokomial. Hal ini dilakukan untuk menjaga standar kualitas rumah sakit dan memantau perilaku para pekerja medis di rumah sakit. *Surveillance* ini dilakukan dengan harapan dan juga tujuan:

- 1) Menurunnya angka infeksi nosokomial di rumah sakit
- 2) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pasien
- 3) Mengubah perilaku tenaga kesehatan

- 4) Melindungi tenaga kesehatan agar lebih waspada terhadap sumber infeksi di rumah sakit.

4. Infeksi Daerah Operasi

a. Definisi

Pengertian infeksi daerah operasi (IDO) atau infeksi tempat pembedahan (ITP)/*surgical site infection* (SSI) adalah infeksi pada luka operasi atau organ/ruang yang terjadi dalam 30 hari pasca operasi atau dalam kurun 1 tahun apabila terdapat implan. Sumber bakteri pada IDO dapat berasal dari pasien, dokter dan tim, lingkungan, dan termasuk juga instrumentasi (Hidayat, 2009).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi infeksi daerah operasi

Menurut Delay (2005 *cit.* Suparyanto, 2011), faktor-faktor yang mempengaruhi infeksi daerah operasi adalah:

1) Lingkungan (*Environment*)

(a) Lamanya waktu tunggu pre operasi di rumah sakit

Haley (1985) mengatakan bahwa bertambah lama perawatan sebelum operasi akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi nosokomial dimana perawatan lebih dari 7 hari pre operasi akan meningkatkan kejadian infeksi pasca bedah dan kejadian tertinggi didapat pada lama perawatan 7 - 13 hari (dikutip oleh Hadibrata, 1989). Hasil penelitian *infection rate* kira-kira dua kali lebih besar setelah dirawat dua minggu dan dua kali lebih besar setelah dirawat selama tiga minggu dibandingkan bila dirawat 1-3 hari sebelum operasi. Lamanya operasi mempengaruhi risiko terkena infeksi nosokomial, semakin lama waktu operasi makin tinggi risiko terjadinya infeksi nosokomial.

Menurut Iwan (2008 *cit.* Suparyanto, 2011), lingkungan rumah sakit adalah *reservoir* mikroorganisme dan merupakan salah satu sumber infeksi. Risiko peningkatan infeksi terjadi pada waktu rawat yang panjang. Hasil penelitian *infection rate* kira-kira dua kali

lebih besar setelah dirawat dua minggu dan tiga kali lebih besar setelah dirawat tiga minggu dibandingkan dirawat 1-3 hari sebelum operasi. Menurut Cruse dan Foord terdapat hubungan antara lama *hospitalisasi* sebelum operasi dengan insiden infeksi luka operasi. Angka infeksi mencapai 1,2% pada klien yang dirawat 1 hari, 2,1% pada klien yang dirawat satu minggu, dan 3,4% pada klien yang dirawat dua minggu (Malangoni, 1997).

2) Teknik septik antiseptik

Menurut Iwan (2008 *cit.* Suparyanto, 2011), transmisi penyakit melalui tangan dapat diminimalisasi dengan menjaga higiene dari tangan. Selain itu, penggunaan sarung tangan sangat dianjurkan bila akan melakukan tindakan atau pemeriksaan pada pasien dengan penyakit-penyakit infeksi. Hal yang perlu diingat adalah memakai sarung tangan ketika melakukan tindakan dan mengambil atau menyentuh darah, cairan tubuh, atau keringat, tinja, urin, membran mukosa dan bahan yang kita anggap telah terkontaminasi dan segera mencuci tangan setelah melepas sarung tangan.

Baju khusus juga harus dipakai untuk melindungi kulit dan pakaian selama melakukan suatu tindakan untuk mencegah percikan darah, cairan tubuh, urin dan feses.

Menurut Rondhianto (2008), terdapat prinsip umum teknik aseptik ruang operasi yaitu:

a) Prinsip asepsis ruangan

Anti sepsis dan asepsis adalah suatu usaha agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman patogen dapat dikurangi atau ditiadakan baik secara kimiawi, mekanis atau tindakan fisik. Termasuk dalam cakupan tindakan antiseptik adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, semua implan, alat-alat yang dipakai personil operasi (sandal, celana, baju, masker, topi dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/melakukan desinfeksi kulit.

b) Prinsip aseptis personal

Teknik persiapan personal sebelum operasi meliputi 3 tahap, yaitu: *scrubbing* (cuci tangan steril), *gowning* (teknik penggunaan gaun operasi), dan *gloving* (teknik pemakaian sarung tangan steril), hal ini diperlukan untuk menghindarkan bahaya infeksi yang muncul akibat kontaminasi selama prosedur pembedahan (infeksi nosokomial). Di samping sebagai cara pencegahan terhadap infeksi nosokomial, teknik-teknik tersebut juga digunakan untuk memberikan perlindungan bagi tenaga kesehatan terhadap bahaya yang didapatkan akibat prosedur tindakan yang dilakukan.

c) Prinsip aseptis pasien

Pasien yang akan menjalani pembedahan harus diasepsiskan. Maksudnya adalah dengan melakukan berbagai macam prosedur yang digunakan untuk membuat medan operasi steril. Prosedur-prosedur itu antara lain adalah kebersihan pasien, desinfeksi lapangan operasi dan tindakan draping.

d) Prinsip aseptis instrumen

Instrumen bedah yang digunakan untuk pembedahan pasien harus benar-benar berada dalam keadaan steril.

3) Ventilasi ruang operasi.

Untuk mencegah kontaminasi udara pada kamar operasi, direkomendasikan ventilasi mekanik. Sistem AC diatur 20-24 per jam. Dengan desain yang benar dan kontrol yang baik dari pergerakan staff maka kontaminasi udara dapat ditekan di bawah 100 cfu/m³ selama operasi jika ditemukan kebersihan udara.

4) Pasien

(a) Umur

Menurut Purwandari (2008), bayi mempunyai pertahanan yang lemah terhadap infeksi, lahir mempunyai antibodi dari ibu, sedangkan sistem imunnya masih imatur. Dewasa awal sistem

imun telah memberikan pertahanan pada bakteri yang menginvasi. Pada usia lanjut, karena fungsi dan organ tubuh mengalami penurunan, sistem imun juga mengalami perubahan. Peningkatan infeksi nosokomial juga sesuai dengan umur dimana pada usia 65 tahun kejadian infeksi tiga kali lebih sering daripada usia muda.

(b) Nutrisi dan berat badan

Menurut Williams dan Barbul (2003 *cit.* Delay, 2005) bahwa ada hubungan yang bermakna antara penyembuhan luka operasi dengan status nutrisi. Menurut Rondhianto (2008), kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (*albumin* dan *globulin*) dan keseimbangan nitrogen. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah infeksi pasca operasi, dehidrasi, demam dan penyembuhan luka yang lama. Pada kondisi yang serius pasien dapat mengalami sepsis yang bisa mengakibatkan kematian.

(c) Penyakit

Menurut Potter (2006), pada pasien dengan diabetes mellitus terjadi hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibat hal tersebut juga akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh yang berakibat rentan terhadap infeksi.

Menurut Nawasasi (2008 *cit.* Yumoti, 2013), pasien dengan operasi usus jika ia juga memiliki penyakit lain seperti TBC, DM, malnutrisi dan lain-lain maka penyakit-penyakit tersebut tentu saja amat sangat berpengaruh terhadap daya tahan

tubuh sehingga akan mengganggu proses penyembuhan luka operasi.

Iwan (2008 *cit.* Suparyanto, 2011), menyampaikan bahwa faktor daya tahan tubuh yang menurun dapat menimbulkan risiko terkena infeksi nosokomial. Pasien dengan gangguan penurunan daya tahan *immunologik*, usia muda dan usia tua berhubungan dengan penurunan resistensi tubuh terhadap infeksi.

(d) Obat-obat yang digunakan

Menurut Iwan (2008 *cit.* Suparyanto, 2011), di dalam tubuh manusia selain ada bakteri yang patogen oportunistis, ada pula bakteri yang secara mutualistik yang ikut membantu dalam proses fisiologis tubuh. Pengetahuan tentang mekanisme ketahanan tubuh orang sehat yang dapat mengendalikan jasad renik oportunistis perlu diidentifikasi secara tuntas. Dengan demikian, bahaya infeksi dengan bakteri oportunistis pada penderita penyakit berat dapat diatasi tanpa harus menggunakan antibiotika.

Menurut Iwan (2008 *cit.* Suparyanto, 2011), pencegahan infeksi pasca bedah pada klien dengan operasi bersih terkontaminasi dan beberapa operasi bersih dengan penggunaan antimikroba profilaksis diakui sebagai prinsip bedah. Pada pasien dengan operasi terkontaminasi dan operasi kotor, profilaksis bukan satu-satunya pertimbangan. Penggunaan antimikroba di kamar operasi, bertujuan mengontrol penyebaran infeksi pada saat pembedahan. Pada pasien dengan operasi bersih terkontaminasi, tujuan profilaksis untuk mengurangi jumlah bakteri yang ada pada jaringan mukosa yang mungkin muncul pada daerah operasi.

Tujuan terapi antibiotik profilaksis untuk mencegah perkembangan infeksi dengan menghambat mikroorganisme. CDC merekomendasikan parenteral antibiotika profilaksis seharusnya dimulai dalam dua jam sebelum operasi untuk menghasilkan efek terapi selama operasi dan tidak diberikan lebih

dari 48 jam. Pada luka operasi bersih dan bersih terkontaminasi tidak diberikan dosis tambahan post operasi karena dapat menimbulkan resistensi bakteri terhadap antibiotika. Bernard dan Cole, Polk Lopez-Mayor membuktikan keefektifan antibiotika profilaksis sebelum operasi dalam pencegahan infeksi post operasi efektif bersih terkontaminasi dan antibiotika yang diberikan setelah operasi tidak mempunyai efek profilaksis (Bennet dan Brachman, 1992; Yudhityarasati, 2007).

5. Pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO).

Pencegahan IDO harus dilakukan, karena jika tidak, akan mengakibatkan semakin lamanya rawat inap, peningkatan biaya pengobatan, terdapat risiko kecacatan dan kematian dan dapat mengakibatkan tuntutan pasien. Pencegahan itu sendiri harus dilakukan oleh pasien, dokter dan timnya, perawat kamar operasi, perawat ruangan, dan oleh *nosocomial infection control team*.

Prinsip pencegahan IDO adalah dengan mengurangi risiko infeksi dari pasien dan mencegah transmisi mikroorganisme dari petugas, lingkungan, instrumen dan pasien itu sendiri. Kedua hal di atas dapat dilakukan pada tahap pra operatif, intra operatif, ataupun pasca operatif. Berdasarkan karakteristik pasien, risiko IDO dapat diturunkan terutama pada operasi terencana dengan cara memperhatikan karakteristik umur, adanya diabetes, kebiasaan merokok, obesitas, adanya infeksi pada bagian tubuh yang lain, adanya kolonisasi bakteri, penurunan daya tahan tubuh, dan lamanya prosedur operasi.

Pasien yang mempunyai luka bedah dapat mengalami stres selama masa penyembuhan. Stres akibat nutrisi yang tidak adekuat, gangguan sirkulasi, dan perubahan metabolisme akan meningkatkan risiko lambatnya stres fisik. Regangan jahitan akibat batuk, muntah, distensi, dan gerakan bagian tubuh dapat mengganggu lapisan luka. Perawat harus melindungi luka dan mempercepat penyembuhan. Waktu kritis penyembuhan luka adalah 24

sampai 72 jam setelah pembedahan. Jika luka mengalami infeksi, biasanya infeksi terjadi tiga sampai enam hari setelah pembedahan. Luka bedah yang bersih biasanya tidak kuat menghadapi stres normal selama lima belas sampai dua puluh hari setelah pembedahan. Perawat menggunakan teknik aseptik saat mengganti balutan dan merawat luka. Drain bedah harus tetap paten sehingga akumulasi sekret dapat keluar dari dasar luka. Observasi luka secara terus-menerus dapat mengidentifikasi adanya tanda dan gejala awal terjadinya infeksi. Klien lansia terutama berisiko mengalami infeksi luka pasca operatif, sehingga perawat pre operatif menurunkan risiko ini dengan cara memberi lingkungan yang aman dan asuhan keperawatan yang komprehensif (Potter, 2006).

Menurut AHCPR (1994), proses pembersihan luka terdiri dari memilih cairan yang tepat untuk membersihkan luka dan menggunakan cara-cara mekanik yang tepat untuk memasukkan cairan tersebut tanpa menimbulkan cedera pada jaringan luka. Pertama-tama mencuci luka dengan air yang mengalir, membersihkan dengan sabun yang lembut dan air, serta dapat memberikan antiseptik yang dibeli di luar apotek (Potter, 2006).

Jika kondisi klien stabil (misalnya setelah operasi atau tindakan) perawat mengkaji luka untuk menentukan kemajuan penyembuhan luka yang dialami oleh klien. Jika luka tertutup balutan dan dokter belum meminta untuk menggantinya, perawat tidak boleh menginspeksi luka secara langsung kecuali jika perawat mencurigai adanya komplikasi serius pada luka. Pada situasi seperti itu perawat hanya menginspeksi balutan dan semua drain eksternal. Jika dokter memutuskan untuk mengganti balutan, dokter akan mengkaji luka minimal 1 kali sehari. Saat sedang mengganti balutan, perawat menghindarkan terbangun atau terangkatnya dari yang ada di bawahnya. Karena penggantian balutan dapat menimbulkan nyeri, pemberian analgesik 30 menit sebelum melakukan tindakan dapat membantu mengurangi nyeri klien.

Perawat mencatat apakah tepi luka telah menutup. Insisi bedah harus memiliki tepi insisi yang bersih dan saling berdekatan. Sepanjang pinggir luka seringkali terbentuk kerak yang berada dari eksudat. Luka tusuk biasanya berupa luka kecil yang melingkar dengan tepi luka menyatu ke arah tengah. Jika terbuka tetapi luka terpisah dan perawat harus menginspeksi kondisi jaringan adiposa dan jaringan penyambung yang berada di bawah luka. Perawat juga melihat adanya komplikasi seperti *dehiscens* dan *eviserasi*. Tepi luka bagian luar secara normal terlihat mengalami inflamasi pada hari ke-2 sampai hari ke-3, tetapi lama kelamaan inflamasi ini akan menghilang. Dalam waktu tujuh sampai sepuluh hari, luka dengan penyembuhan normal akan terisi sel epitel dan bagian pinggirnya akan menutup. Apabila terjadi infeksi, tepi luka akan terlihat bengkak dan meradang (Potter, 2006).

Perubahan warna kulit terjadi akibat memarnya jaringan intestisial atau terbentuknya hematoma. Pada awalnya darah yang berkumpul di antara lapisan kulit akan terlihat berwarna kebiruan atau keunguan. Perlahan-lahan, bersamaan dengan hancurnya bekuan darah pada kulit, akan muncul warna coklat atau kuning (Potter, 2006).

Kecepatan penyembuhan luka tergantung dari steril permukaan kulit selama proses pembersihan luka sebelum pembalutan dan kecepatan membunuh mikroorganisme pada pemberian teknik antiseptik. Saifuddin (2005), selama sekurang-kurangnya 20 menit untuk instrumen tidak terbungkus, 30 menit untuk instrumen terbungkus.

Berdasarkan uraian di atas betadine-alkohol yang paling efektif, karena kecepatan membunuh bakteri membutuhkan waktu 10-20 menit untuk betadine, 10-15 menit untuk alkohol. Sedangkan betadine-savlon memerlukan waktu membunuh kuman 10-20 menit untuk betadine, 20-30 menit untuk savlon. Jadi dapat ditarik kesimpulan bahwa betadine-alkohol memerlukan waktu rentang membunuh bakteri 10-20 menit, sedangkan betadine-savlon 10-30 menit sebelum pembalutan. Luka dalam kondisi pembalutan sudah dinyatakan steril, karena sesuai dengan tujuan pembalutan yaitu salah satunya melindungi luka dari kontaminasi mikroorganisme.

6. Pengendalian Pencegahan Infeksi (PPI).

PPI adalah kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Apalagi akhir-akhir ini muncul berbagai penyakit infeksi baru (*new emerging, emerging diseases* dan *re-emerging diseases*).

Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI bersama *World Health Organization* (WHO) ke rumah sakit di Propinsi/Kota/Kabupaten disimpulkan bahwa Komite pencegahan dan pengendalian infeksi selama ini belum berfungsi optimal sebagaimana yang diharapkan.

a. Tujuan Umum.

Meningkatkan mutu layanan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya melalui pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, yang dilaksanakan oleh semua departemen/unit di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, meliputi kualitas pelayanan, manajemen risiko, *clinical governance*, serta kesehatan dan keselamatan kerja.

b. Tujuan Khusus.

Sebagai pedoman bagi direktur rumah sakit dan fasilitas pelayanan lainnya dalam membentuk organisasi, menyusun serta melaksanakan tugas, program, wewenang dan tanggung jawab secara jelas. Menggerakkan segala sumber daya yang ada di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya secara efektif dan dalam pelaksanaan PPI. Menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya secara bermakna. Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan program PPI.

E. Upaya Pencegahan Infeksi Daerah Operasi

1. Cuci Tangan

a. Indikasi

Pada setiap keadaan berikut, kecuali dalam keadaan benar-benar gawat darurat, personil harus selalu cuci tangan:

- 1) Sebelum melakukan prosedur invasif (kategori I)
- 2) Sebelum melakukan asuhan langsung, khususnya pada pasien rentan, misalnya pasien dengan daya tahan tubuh rendah dan neonatus (kategori I).
- 3) Sebelum dan sesudah merawat setiap jenis luka (kategori I).
- 4) Setelah tindakan tertentu, tangan diduga tercemar dengan mikroorganisme khususnya pada tingkatan yang memungkinkan dengan kontak dengan darah, selaput lendir, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi (kategori I).
- 5) Setelah menyentuh benda yang kemungkinan terkontaminasi dengan mikroorganisme virulen atau secara epidemiologis merupakan mikroorganisme penting. Benda ini termasuk pengukur urin atau alat penampung sekresi (kategori I).
- 6) Setelah melakukan asuhan langsung pada pasien yang terinfeksi atau kemungkinan kolonisasi mikroorganisme yang bermakna secara klinis atau epidemiologis (kategori I).
- 7) Setiap kontak dengan pasien-pasien di unit risiko tinggi (kategori I).
- 8) Setelah melakukan asuhan langsung maupun tidak langsung pada pasien yang tidak infeksius (kategori II).

b. Teknik Cuci Tangan

- 1) Mencuci tangan untuk keperluan rutin (sebagai teknik dasar)
 - a) Gunakan air bersih yang mengalir,
 - b) Lepaskan semua perhiasan yang ada di tangan,
 - c) Gosok secara intensif pada seluruh permukaan kulit minimal 10 detik

- d) Dibilas di bawah air mengalir (kategori I)
- 2) Mencuci tangan untuk keperluan khusus, teknik dasar + sabun biasa
 - a) Selalu menggunakan sabun biasa kecuali ada indikasi lain (kategori II),
 - b) Bila menggunakan sabun batangan letakkan di tempat dimana air dapat mengalir dengan baik (kategori II),
 - c) Bila menggunakan sabun cair, tempatnya harus selalu diganti atau dibersihkan bila habis diisi dengan sabun baru, jangan menambahkan sabun cair baru pada tempat yang masih tersisa (kategori I).

2. Alat Pelindung Diri (APD)

a. Pengertian alat pelindung diri (APD)

Alat pelindung diri (APD) merupakan peralatan pelindung yang digunakan oleh seorang pekerja untuk melindungi dirinya dari kontaminasi lingkungan. APD dalam bahasa Inggris dikenal dengan sebutan *personal protective equipment* (PPE). Dengan melihat kata "personal" pada kata PPE tersebut, maka setiap peralatan yang dikenakan harus mampu memproteksi si pemakainya. APD dapat berkisar dari yang sederhana hingga relatif lengkap. APD merupakan solusi pencegahan yang paling mendasar dari segala macam kontaminasi dan bahaya akibat bahan kimia.

b. Jenis-jenis APD

1) Perlindungan mata dan wajah

Proteksi mata dan wajah merupakan persyaratan yang mutlak yang harus dikenakan oleh pemakai dikala bekerja dengan bahan kimia. Hal ini dimaksud untuk melindungi mata dan wajah dari kecelakaan sebagai akibat dari tumpahan bahan kimia, uap kimia, dan radiasi. Secara umum perlindungan mata terdiri dari kacamata pelindung, pelindung wajah, pelindung mata special (*goggle*) yang

menyatu dengan masker khusus untuk melindungi mata dan wajah dari radiasi dan bahaya laser.

2) Perlindungan badan

Baju yang dikenakan selama bekerja di laboratorium, merupakan suatu perlengkapan yang wajib dikenakan sebelum memasuki laboratorium. Jas laboratorium dikenal oleh masyarakat pengguna bahan kimia ini terbuat dari katun dan bahan sintetik. Hal yang perlu diperhatikan ketika menggunakan jas laboratorium, yaitu kancing jas laboratorium tidak boleh dikenakan dalam kondisi tidak terpasang dan ukuran dari jas laboratorium pas dengan ukuran badan pemakainya. Jas laboratorium merupakan pelindung badan dari tumpahan bahan kimia dan api sebelum mengenai kulit pemakainya. Jika jas laboratorium terkontaminasi oleh tumpahan bahan kimia, lepaskan jas secepatnya. Selain jas laboratorium, perlindungan badan lainnya adalah apron dan jumpsuits. Apron digunakan untuk memproteksi diri dari cairan yang bersifat korosif dan mengiritasi, yang berbentuk seperti celemek terbuat dari karet atau plastik. Untuk apron yang terbuat dari plastik, bahwa tidak dikenakan pada area larutan yang mudah terbakar dan bahan-bahan kimia yang dapat terbakar yang dipicu oleh elektrik statis, karena apron jenis ini dapat mengakumulasi loncatan listrik statis. Jumpsuits atau dikenal dengan sebutan baju parasut ini direkomendasikan untuk dipakai pada kondisi berisiko tinggi. Bahan dari peralatan perlindungan badan ini haruslah mampu memberi perlindungan kepada pekerja laboratorium dari percikan bahan kimia, panas, dingin, uap lembab, dan radiasi.

3) Perlindungan tangan

Kontak pada kulit tangan merupakan permasalahan yang sangat penting apabila terpapar bahan kimia yang korosif dan beracun. Sarung tangan menjadi solusi tidak hanya melindungi tangan terhadap karakteristik bahaya bahan kimia tersebut, sarung tangan juga dapat memberi perlindungan dari peralatan gelas yang pecah atau rusak,

permukaan benda yang kasar atau tajam, dan material yang panas atau dingin. Sarung tangan harus secara periodik diganti berdasarkan frekuensi pemakaian dan permeabilitas bahan kimia yang ditangani. Jenis sarung tangan yang sering dipakai di laboratorium, diantaranya, terbuat dari bahan karet, kulit dan pengisolasi (asbestos) untuk temperatur tinggi. Jenis karet yang digunakan pada sarung tangan, diantaranya adalah karet butil atau alam, *neoprene*, *nitril*, dan PVC (*poli vinil clorida*). Semua jenis sarung tangan tersebut dipilih berdasarkan bahan kimia yang akan ditangani.

APD tangan dikenal dengan *safety glove* dengan berbagai jenis penggunaannya. Berikut ini adalah jenis-jenis sarung tangan dengan penggunaan yang tidak terbatas hanya untuk melindungi dari bahan kimia. Jenis-Jenis *safety glove* antara lain: sarung tangan metal mesh, sarung metal mesh tahan terhadap ujung yang lancip dan menjaga terpotong, sarung tangan kulit, sarung tangan yang terbuat dari kulit ini akan melindungi tangan dari permukaan kasar. Sarung tangan *vinyl* dan *neoprene* melindungi tangan terhadap bahan kimia beracun. Sarung tangan *padded cloth* melindungi tangan dari ujung yang tajam, pecahan gelas, kotoran dan vibrasi. Sarung tangan *heat resistant* mencegah terkena panas dan api, sarung tangan karet melindungi saat bekerja disekitar arus listrik karena karet merupakan isolator (bukan penghantar listrik). Sarung tangan *latex disposable* melindungi tangan dari germ dan bakteri, sarung tangan ini hanya untuk sekali pakai. Sarung tangan *lead lined* digunakan untuk melindungi tangan dari sumber radiasi.

4) Perlindungan pernafasan

Kontaminasi bahan kimia yang paling sering masuk ke dalam tubuh manusia adalah lewat pernapasan. Banyak sekali partikel-partikel udara, debu, uap dan gas yang dapat membahayakan pernapasan. Laboratorium merupakan salah satu tempat kerja dengan bahan kimia yang memberikan efek kontaminasi tersebut. Oleh karena

itu, para pekerjaanya harus memakai perlindungan pernapasan atau yang lebih dikenal dengan sebutan masker yang sesuai. Pemilihan masker yang sesuai didasarkan pada jenis kontaminasi, konsentrasi, dan batas paparan. Beberapa jenis perlindungan pernapasan dilengkapi dengan filter pernapasan yang berfungsi untuk menyaring udara yang masuk. Filter masker tersebut memiliki masa pakai. Apabila tidak dapat menyaring udara yang terkontaminasi lagi, maka filter tersebut harus diganti.

c. Masalah umum APD (alat pelindung diri)

- 1) Tidak semua APD melalui pengujian laboratoris sehingga tidak diketahui derajat perlindungannya
- 2) Tidak nyaman dan kadang-kadang membuat si pemakai sulit bekerja
- 3) APD dapat menciptakan bahaya baru
- 4) Perlindungan yang diberikan APD sulit untuk dimonitor
- 5) Kewajiban pemeliharaan APD dialihkan dari pihak manajemen ke pekerja
- 6) Efektifitas APD sering tergantung “GOOD FIT” pada pekerja
- 7) Kepercayaan pada APD akan menghambat pengembangan kontrol teknologi yang baru

d. Pemakaian APD (alat pelindung diri)

Pekerja tidak mau memakai dengan alasan:

- 1) Tidak sadar/tidak mengerti, panas, sesak, tidak enak dipakai, tidak enak dipandang, berat, mengganggu pekerjaan, tidak sesuai dengan bahaya yang ada, tidak ada sanksi, atasan juga tidak memakai.
- 2) Tidak disediakan oleh perusahaan
Ketidaktahuan, pura-pura tidak mengerti alasan bahaya, dianggap sia-sia.
- 3) Pengadaan oleh perusahaan
Tidak sesuai dengan bahaya yang ada, asal beli (terutama memilih yang murah).

Beberapa contoh masalah APD antara lain:

1) *Respirator*

- (a) Penutup muka yang buruk
- (b) Sumbatan kerusakan/cacat pada *filter*
- (c) Pemeliharaan yang tidak baik
- (d) Tali pengikat longgar/lepas
- (e) Tidak nyaman
- (f) Psikologis dan kecemasan
- (g) Meningkatkan beban kerja pada jantung dan hati
- (h) Menghirup kembali udara yang dihembuskan
- (i) Kesulitan komunikasi

2) Alat pelindung telinga

- (a) Risiko infeksi
- (b) Kesulitan berkomunikasi
- (c) Merasa terisolasi
- (d) Sakit kepala karena jepitan terlalu kuat
- (e) Tidak nyaman
- (f) Mengurangi kemampuan menduga jarak
- (g) Iritasi kulit

3) Sarung tangan

- (a) Mungkin dapat menangkap bahan kimia
- (b) Mengurangi kepekaan tangan dan jari
- (c) Kebocoran dari lubang yang tidak diketahui
- (d) Mungkin menyebabkan dermatitis (keringat yang berlebihan)
- (e) Bahan kimia tertentu

4) Alat pelindung mata

- (a) Dapat membatasi pandangan
- (b) Timbul kabut, noda dan goresan kecil
- (c) Tidak dapat melihat kerusakan secara visual
- (d) Beberapa kaca mata pengaman memungkinkan benda masuk dari samping

3. Teknik Septik

Antiseptik berasal dari bahasa Yunani yang secara singkat berarti kuman. Senyawa itu digunakan pada jaringan hidup atau kulit untuk mengurangi kemungkinan infeksi atau berkembangnya kuman. Harus dibedakan antara antiseptik dengan antibiotika yang berperan untuk membunuh kuman di dalam tubuh dan desinfektan, yaitu senyawa yang membunuh kuman dari benda mati. Beberapa jenis antibiotika ada yang berperan membunuh bakteri, ada juga yang hanya menghambat pertumbuhan bakteri. Antiseptik adalah zat yang dapat menghambat atau menghancurkan mikroorganisme pada jaringan hidup.

Antiseptik terutama digunakan untuk mencegah dan mengobati infeksi pada luka. Sediaan antiseptik dapat digunakan untuk mengobati luka memar, luka iris, luka lecet dan luka bakar ringan. Penerapan antiseptik pada luka mungkin perlu diikuti tindakan lain seperti pembersihan dan penutupan luka dengan pembalut agar tetap bersih dan terjaga.

Ada banyak sekali agen kimia yang dapat digunakan sebagai antiseptik. Beberapa antiseptik yang umum digunakan adalah etakridin laktat (rivanol), alkohol, yodium, dan hidrogen peroksida. Sebagian besar produk antiseptik di pasar mengandung satu atau lebih campuran zat tersebut.

4. Sterilisasi

Sterilisasi adalah proses penghilangan semua jenis organisme hidup, dalam hal ini adalah mikroorganisme (protozoa, fungi, bakteri, mycoplasma, virus) yang terdapat dalam suatu benda. Proses ini melibatkan aplikasi *biocidal agent* atau proses fisik dengan tujuan untuk membunuh atau menghilangkan mikroorganisme. Sterilisasi didesain untuk membunuh atau menghilangkan mikroorganisme. Target suatu metode inaktivasi tergantung dari metode dan tipe mikroorganisme yaitu tergantung dari asam nukleat, protein atau membran mikroorganisme tersebut. Agen kimia untuk sterilisasi disebut *sterilant* (Pratiwi, 2006).

Tujuan sterilisasi yaitu menyiapkan peralatan perawatan dan kedokteran dalam keadaan siap pakai, mencegah peralatan cepat rusak, mencegah terjadinya infeksi silang, menjamin kebersihan alat, dan menetapkan produk akhir dinyatakan sudah steril dan aman digunakan pasien. Cara sterilisasi dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu:

a. *Terminal sterilization* (sterilisasi akhir). Menurut *PDA technical monograph* dibagi menjadi dua, yaitu:

- 1) *Overkill method*, yaitu metode sterilisasi menggunakan pemanasan dengan uap panas pada suhu 121°C selama 15 menit. Penggunaan metode ini biasanya dipilih untuk bahan-bahan yang tahan panas seperti zat anorganik. Dasar pemilihan metode ini adalah karena lebih efisien, cepat, dan aman.
- 2) *Bioburden sterilization*, merupakan suatu metode sterilisasi yang dilakukan dengan monitoring terkontrol dan ketat terhadap beban mikroba sekecil mungkin di beberapa lokasi jalur produksi sebelum menjalani proses sterilisasi lanjutan dengan tingkat sterilitas yang dipersyaratkan SAL 10⁻⁶. Dalam metode ini digunakan suatu zat yang dapat mengalami degradasi kandungan bila dipanaskan pada suhu yang sangat tinggi. Sebagai contoh adalah penggunaan *dextrose* yang bila dipanaskan dapat menghasilkan senyawa *Hidro Methyl Furfural* (HMF) yang merupakan suatu senyawa *hepatotoksik*.

b. *Aseptic processing*

Metode ini merupakan metode pembuatan produk steril menggunakan saringan dengan filter khusus untuk bahan obat steril atau bahan baku steril yang diformulasi dan dimasukkan kedalam kontainer steril dalam lingkungan terkontrol. Suplai udara, material, peralatan, dan petugas telah terkontrol sedemikian hingga kontaminasi mikroba tetap berada pada level yang dapat diterima dalam *clear zone*.

Pelaksanaan sterilisasi dengan cara:

1) Sterilisasi dengan cara rebus.

Mensterilkan peralatan dengan cara merebus di dalam air sampai mendidih (100°C) dan ditunggu antara 15 sampai 20 menit. Misalnya, peralatan dari logam, kaca dan karet.

2) Sterilisasi dengan cara steam.

Mensterilkan peralatan dengan uap panas di dalam *autoclave* dengan waktu, suhu dan tekanan tertentu. Misalnya alat tenun, obat-obatan dan lain-lain.

3) Sterilisasi dengan cara panas kering

Mensterilkan peralatan dengan oven dengan uap panas tinggi. Misalnya peralatan logam yang tajam, peralatan dari kaca dan obat tertentu.

4) Sterilisasi dengan cara menggunakan bahan kimia

Mensterilkan peralatan dengan menggunakan bahan kimia seperti alkohol, sublimat, uap formalin, khususnya untuk peralatan yang cepat rusak bila kena panas. Misalnya sarung tangan, kateter, dan lain-lain.

5) Sterilisasi dengan radiasi

Radiasi sinar gama atau partikel elektron dapat digunakan untuk mensterilkan jaringan yang telah diawetkan maupun jaringan segar. Untuk jaringan yang dikeringkan secara *liofilisasi*, sterilisasi radiasi dilakukan pada temperatur kamar (proses dingin) dan tidak mengubah struktur jaringan, tidak meninggalkan residu dan sangat efektif untuk membunuh mikroba dan virus sampai batas tertentu. Sterilisasi jaringan beku dilakukan pada suhu -40°C . Teknologi ini sangat aman untuk diaplikasikan pada jaringan biologi.

6) Sterilisasi dengan penyaringan

Sterilisasi dengan penyaringan dilakukan untuk mensterilisasi cairan yang mudah rusak jika terkena panas atau mudah menguap (*volatile*). Cairan yang disterilisasi dilewatkan ke suatu saringan (ditekan dengan gaya sentrifugasi atau pompa vakum) yang berpori dengan diameter

yang cukup kecil untuk menyaring bakteri. Virus tidak akan tersaring dengan metode ini.

7) Sterilisasi gas

Sterilisasi gas digunakan dalam pemaparan gas atau uap untuk membunuh mikroorganisme dan spora. Meskipun gas dengan cepat berpenetrasi ke dalam pori dan serbuk padat. Sterilisasi adalah fenomena permukaan dan mikroorganisme yang terkristal akan dibunuh. Sterilisasi gas biasanya digunakan untuk bahan yang tidak bisa difiltrasi, tidak tahan panas dan tidak tahan radiasi atau cahaya.

5. Antibiotika Profilaksis

Antibiotika ialah zat-zat yang dihasilkan oleh mikroorganisme, dan zat-zat itu dalam jumlah yang sedikit pun mempunyai daya penghambat kegiatan mikroorganisme yang lain. Antibiotika yang digunakan pasien sebelum terjadi kontaminasi jaringan atau cairan yang terinfeksi dan atau diduga mempunyai peluang besar untuk terkena infeksi atau bila terkena dapat menimbulkan dampak buruk bagi pasien.

Tujuan antibiotika profilaksis adalah untuk mencegah perkembangan infeksi pada daerah yang dibedah dan mencegah terjadinya mortalitas dan morbiditas pada infeksi bedah.

Penggunaan antibiotika pra bedah dapat mengurangi kejadian infeksi, khususnya infeksi luka, setelah pembedahan tertentu. Namun manfaat itu harus dipertimbangkan dengan risiko reaksi alergi dan toksik, munculnya bakteri resisten, interaksi obat, superinfeksi dan biaya. Sekitar 5% pasien yang menerima antibiotika diperkirakan akan mengalami infeksi serius untuk pengobatan ini. Di Amerika, kerugian diperkirakan sebesar 400-2600 dolar per luka operasi yang berarti antara 130-840 juta dolar pertahun. Di Indonesia infeksi pasca bedah ini memperpanjang waktu perawatan antara 15-19 hari.

Pada umumnya, antibiotika profilaksis dianjurkan hanya untuk tindakan dengan kejadian infeksi yang tinggi dan tindakan dengan konsekuensi infeksi yang sangat serius. Jenis mikroorganisme patogen yang diduga

menginfeksi luka pada bedah orthopedi adalah *S. aureus*, *E. coli* dan *Pseudomonas*.

Tujuan dari pemberian antibiotika profilaksis adalah untuk mengurangi insidensi infeksi luka pasca bedah. Sangat penting untuk mengenal perbedaan antara profilaksis dan pengobatan empirik. Profilaksis merupakan prosedur yang berhubungan dengan angka infeksi yang tinggi, seperti implantasi material prostetik, pemasangan implant pada patah tulang dimana mempunyai konsekuensi infeksi yang serius. Di sini antibiotika sebaiknya dapat menutupi organisme yang paling mungkin akan mengkontaminasi dan akan berada di jaringan pada saat dilakukan insisi awal. Terapi empirik merupakan kelanjutan dari penggunaan antibiotika setelah prosedur operasi dan berdasarkan penemuan pada saat berlangsungnya operasi. Profilaksis yang tidak tepat dapat disebabkan oleh pemakaian spektrum luas (*broad spectrum*) dan sebagai terapi lanjutan tanpa rekomendasi periode waktu. Cara ini dapat meningkatkan risiko efek samping dan akan menyebabkan organisme menjadi resistan.

Timbulnya infeksi pasca bedah merupakan penyebab utama peningkatan mortalitas dan morbiditas pasien rawat inap di rumah sakit sehingga terputusnya kendali infeksi dapat mengakibatkan komplikasi septik yang mungkin dapat meningkatkan risiko terhadap kesehatan pasien dibandingkan penyakit semula atau pembedahannya. Sekitar 70% dari seluruh infeksi nosokomial dilaporkan terjadi pada pasien yang menjalani pembedahan, serta hal ini dapat menimbulkan dampak terhadap fungsi sosial rumah sakit.

Antibiotika profilaksis adalah antibiotika digunakan bagi pasien yang belum terkena infeksi, tetapi diduga mempunyai peluang besar untuk mendapatkannya atau bila terkena infeksi dapat menimbulkan dampak buruk bagi pasien. Penggunaan antibiotika di rumah sakit, sekitar 30-50% untuk tujuan profilaksis bedah. Profilaksis bedah merupakan pemberian antibiotika sebelum adanya tanda-tanda dan gejala suatu infeksi dengan tujuan mencegah terjadinya manifestasi klinik infeksi.

Selama 24 jam pertama, infeksi tergantung pada jumlah koloni bakteri yang ada. Pada dua jam pertama mekanisme pertahanan tubuh bekerja untuk menurunkan jumlah bakteri. Empat jam berikutnya, jumlah bakteri konstan karena terjadi keseimbangan antara bakteri yang bermultiplikasi dan bakteri yang dibunuh oleh sistem pertahanan tubuh. Enam jam pertama ini disebut sebagai periode emas (*golden period*), setelah itu bakteri bermultiplikasi secara eksponen. Antibiotika menurunkan pertumbuhan bakteri secara geometrik dan menunda reproduksi bakteri. Profilaksis antibiotika diberikan untuk memperlama *golden period*.

Antibiotika profilaksis harus aman, bakterisida efektif melawan bakteri yang menyebabkan infeksi pada bedah orthopedi. Kulit pasien merupakan sumber utama infeksi orthopedi sehingga antibiotika profilaksis harus melawan secara langsung bakteri yang biasa terdapat di kulit.

Obat-obatan profilaksis harus diarahkan terhadap organisme yang mempunyai kemungkinan terbesar dapat menyebabkan infeksi, tetapi tidak harus membunuh atau melemahkan seluruh patogen. Untuk sebagian besar tindakan, sefalosporin generasi pertama atau kedua yang tidak mahal, seperti *sefazolin*, mempunyai *half-life* yang cukup panjang dan aktif terhadap stafilokoki dan streptokoki, efektif apabila diberikan secara intravena (IV) 30 menit sebelum pembedahan. Kecuali pada *apendectomy*, dimana *sefoksitin* (*mefoxin*) atau *sefotetan* (*cefotan*) lebih baik karena lebih aktif dari pada *sefazolin* terhadap organisme anaerobik dalam usus.

Stafilokoki metisilin-resisten (*Methicilin Resistant Staphylococcus Aureus*/MRSA) adalah patogen pasca bedah yang penting, di mana *vankomisin* dapat digunakan, tetapi penggunaan rutin untuk profilaksis harus dihindari karena hal ini dapat merangsang timbulnya organisme-organisme resisten. Juga, sefalosporin generasi ketiga dan keempat (misalnya sefotaksim atau sefepime) tidak dapat digunakan sebagai profilaksis pembedahan rutin karena:

- a. Kurang aktifnya sefazolin terhadap stafilokoki, serta mahal.
- b. Spektrum aktivitasnya mencakup organisme yang jarang ditemukan dalam pembedahan elektif

c. Penggunaan luas dapat menimbulkan resistensi.

Dosis tunggal IV antibiotika yang diberikan dalam 30 menit atau kurang sebelum insisi kulit akan memberikan konsentrasi dalam jaringan yang memadai sepanjang pembedahan (apabila vankomisin digunakan, sekurang-kurangnya dibutuhkan satu jam). Jelaslah konsep infusi “tugas jaga” antibiotika profilaksis tidak dapat diterima karena penundaan pembedahan dapat terjadi sehingga menyebabkan konsentrasi dalam jaringan menjadi kurang efektif apabila pembedahan belum dimulai. Apabila pembedahan diperpanjang (lebih dari empat jam) kehilangan darah hebat terjadi atau antibiotika dengan *half-life* pendek, seperti sefoksitin digunakan, satu atau lebih dosis tambahan harus diberikan selama tindakan tersebut.

Penelitian yang dilakukan oleh Kharisma, dkk (2006) antibiotika profilaksis yang diberikan pada pasien pediatrik dosis dihitung sesuai dengan berat badannya, diberikan secara dan waktu pemberian adalah kurang dari 1 jam sebelum pelaksanaan operasi serta lama pemberiannya adalah diberikan satu hari, satu kali sebelum operasi, ternyata menunjukkan angka kejadian infeksi luka operasi (ILO) adalah 15.9%

Pedoman pemberian antibiotika profilaksis pada pembedahan adalah sebagai berikut:

- a. Mempunyai risiko untuk infeksi apabila tidak mempunyai agen profilaktik.
- b. Harus ada pengetahuan mengenai kemungkinan flora yang berhubungan dengan luka operasi.
- c. Antibiotika profilaksis harus dapat memotong aktifitas patogen terhadap luka yang terkontaminasi atau pada lapangan operasi.
- d. Bila menggunakan lebih dari satu antibiotika, maka antibiotika terpilih harus berdasarkan mikroorganisme terbanyak.
- e. Antibiotika profilaksis diberikan dalam dosis yang menunjukkan konsentrasi efektif sebelum kontaminasi bakteri intra operatif. Pemberian yang dianjurkan adalah 30-45 menit sebelum insisi kulit (biasanya bersamaan dengan induksi anestesia).

- f. Memberikan sesuai dengan dosis efektif. Untuk sefalosporin pada pasien dengan BB >70 kg, dosis sebaiknya dua kali lipat (contoh, 70 kg: cefazolin 1 g IV, > 70kg: cefazolin 2 g IV).
- g. Pelaksanaan pembedahan sampai tiga jam atau kurang, cukup diberikan dosis tunggal. Apabila pembedahan lebih dari tiga jam, maka memerlukan dosis efektif tambahan.
- h. *Vancomycin* dapat diberikan untuk pasien dengan alergi penisilin/sefalosporin.

F. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

1. Pengertian Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Keselamatan pasien atau *patient safety* adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

2. Tujuan Keselamatan Pasien

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya KTD (kejadian tidak diharapkan) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

3. Langkah-Langkah Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Pelaksanaan keselamatan pasien menurut *WHO Collaborating Centre for Patient Safety* (2007) ada sembilan solusi keselamatan pasien di rumah sakit, yaitu:

- a. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*) *commit to user*

- b. Pastikan identifikasi pasien
- c. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
- d. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
- e. Kendalikan cairan elektrolit pekat
- f. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
- g. Hindari salah kateter dan salah sambung selang
- h. Gunakan alat injeksi sekali pakai
- i. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

4. Tujuh Standar Keselamatan Pasien

Mengacu pada “Hospital Patient Safety Standards” yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yaitu:

a. Hak pasien.

Standarnya adalah:

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (kejadian tidak diharapkan).

Kriterianya adalah:

- 1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- 2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- 3) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

b. Mendidik pasien dan keluarga.

Standarnya adalah rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriterianya adalah:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah *partner* dalam proses pelayanan. Karena itu, di

rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- 1) Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- 2) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
- 3) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- 4) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- 5) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit
- 6) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- 7) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Standarnya adalah rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriterianya adalah:

- 1) koordinasi pelayanan secara menyeluruh
- 2) koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
- 3) koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
- 4) komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan

d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standarnya adalah rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta KP (keselamatan pasien).

Kriterianya adalah:

- 1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (*design*) yang baik, sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
- 2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
- 3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif

4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Standarnya adalah:

- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program KP melalui penerapan “7 Langkah Menuju KP RS”.
- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko KP dan program mengurangi KTD.
- 3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang KP.
- 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta tingkatan KP.
- 5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan KP.

Kriterianya adalah:

- 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- 2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
- 3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi.
- 4) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- 5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden.
- 6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden.
- 7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan.
- 8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan.

- 9) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standarnya adalah:

- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan KP secara jelas.
- 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriterianya adalah:

- 1) Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien.
- 2) Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- 3) Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Standarnya adalah:

- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriterianya adalah:

- 1) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

commit to user

Perbedaan yang dapat dilihat yakni:

- 1) Kewaspadaan pada universal dianjurkan pada darah dan semua cairan tubuh serta ekresi untuk mencegah penyebaran bakteri seperti penyebaran patogen melalui darah.
 - a) Kewaspadaan paling utama yakni cuci tangan.
 - b) Hati-hati terhadap objek yang tajam. Gunakan sarung tangan untuk menutup jarum bersih sekalipun.
 - c) Untuk mencegah cedera tusukan, tempatkan spuit, jarum, pisau bedah dan benda tajam dalam wadah tertentu.
 - d) Lindungi diri dari paparan darah atau cairan lain.
 - e) Pegang linen kotor sesering mungkin.
 - f) Gunakan desinfektan untuk mendekontaminasikan permukaan kerja bila ada tetesan darah atau cairan lain.
 - g) Jangan merawat pasien bila anda sedang mengalami lesi kulit.
- 2) Pada ruang/lingkup isolasi

Ruangan isolasi biasanya digunakan untuk menempatkan pasien yang mempunyai penyakit yang mudah menyebar pada orang lain.

 - a) Jangan menghindari pasien yang terisolasi , tetapi rawat seperti pasien lain.
 - b) Siapkan ruangan dengan menyingkirkan peralatan yang tidak perlu.
 - c) Alat makan pasien yang diisolasi harus dicuci terpisah dan memiliki toilet terpisah.
 - d) Tempatkan benda yang terkontaminasi dalam wadah atau kantong berlapis plastik dan beri label sebagai barang infeksius. Bersihkan ruangan dengan cairan desinfektan. Gunakan alat pembersih sendiri untuk ruangan ini.
 - e) Setelah kontak dengan pasien, lepaskan sarung tangan anda dan cuci tangan dengan larutan antiseptik atau sabun dan air.
 - f) Memberi pendidikan tentang cara menjaga lingkungan, membuang sampah dan memberi kesempatan pasien bertanya.

- g) Untuk penyakit TBC harus mendapat ventilasi cukup untuk ruangnya. Pintu ke koridor harus senantiasa ditutup untuk mengurangi penyebaran infeksi melalui udara.
 - h) Tidak mengeringkan ruangan atau mengibas linen tempat tidur dan pakaian kotor dalam ruangan.
 - i) Menggunakan masker wajah dan pakaian pelindung untuk mengurangi risiko penyebaran virus pada diri sendiri maupun orang lain.
 - j) Untuk pasien lepra ajarkan teknik perlindungan diri seperti sepatu untuk melindungi kaki yang tidak sensitif, menggunakan sarung tangan.
 - k) Mengajarkan pasien mencuci tangan dan menggunakan vaseline dengan teratur untuk mencegah pecah-pecah kulit dan ajarkan rentang gerak.
 - l) Untuk pasien HIV/AIDS dengan menghindari paparan langsung dengan darah, cairan tubuh dan cedera tusukan jarum.
 - m) Menggunakan lap sekali pakai dan buang pada wadah yang telah ditentukan.
 - n) Menggunakan sarung tangan tebal untuk membersihkan alat yang digunakan.
 - o) Memisahkan linen dan pakaian linen lainnya.
 - p) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, cuci tangan bisa rutin dan sering.
- h. Jenis-jenis APD
- 1) Alat pelindung kepala

Alat pelindung kepala adalah alat pelindung yang berfungsi untuk melindungi kepala dari benturan, terantuk, kejatuhan atau terpukul benda tajam atau benda keras yang melayang atau meluncur di udara, terpapar oleh radiasi panas, api, percikan bahan-bahan kimia, jasad renik (mikro organisme) dan suhu yang ekstrim. Jenis alat pelindung kepala terdiri

dari helm pengaman (*safety helmet*), topi atau tudung kepala, penutup atau pengaman rambut, dan lain-lain.

2) Alat pelindung mata dan muka.

Alat pelindung mata dan muka adalah alat pelindung yang berfungsi untuk melindungi mata dan muka dari paparan bahan kimia berbahaya, paparan partikel-partikel yang melayang di udara dan di badan air, percikan benda-benda kecil, panas atau uap panas, radiasi gelombang elektromagnetik yang mengion maupun yang tidak mengion, pancaran cahaya, benturan atau pukulan benda keras atau benda tajam.

Jenis alat pelindung mata dan muka terdiri dari kacamata pengaman (*spectacles*), *goggles*, tameng muka (*face shield*), masker selam, tameng muka dan kacamata pengaman dalam kesatuan (*full face masker*).

3) Alat pelindung telinga.

Alat pelindung telinga adalah alat pelindung yang berfungsi untuk melindungi alat pendengaran terhadap kebisingan atau tekanan. Jenis alat pelindung telinga terdiri dari sumbat telinga (*ear plug*) dan penutup telinga (*ear muff*).

4) Alat pelindung pernapasan beserta perlengkapannya.

Alat pelindung pernapasan beserta perlengkapannya adalah alat pelindung yang berfungsi untuk melindungi organ pernapasan dengan cara menyalurkan udara bersih dan sehat dan/atau menyaring cemaran bahan kimia, mikroorganisme, partikel yang berupa debu, kabut (*aerosol*), uap, asap, gas/ *fume*, dan sebagainya.

Jenis alat pelindung pernapasan dan perlengkapannya terdiri dari masker, respirator, katrit, kanister.

5) Alat pelindung tangan.

Pelindung tangan (sarung tangan) adalah alat pelindung yang berfungsi untuk melindungi tangan dan jari-jari tangan dari pajanan api, suhu panas, suhu dingin, radiasi elektromagnetik, radiasi mengion, arus listrik, bahan kimia, benturan, pukulan dan tergores, terinfeksi zat

patogen (virus, bakteri) dan jasad renik. Jenis pelindung tangan terdiri dari sarung tangan yang terbuat dari logam, kulit, kain kanvas, kain atau kain berpelapis, karet, dan sarung tangan yang tahan bahan kimia

6) Alat pelindung kaki.

Alat pelindung kaki berfungsi untuk melindungi kaki dari tertimpa atau berbenturan dengan benda-benda berat, tertusuk benda tajam, terkena cairan panas atau dingin, uap panas, terpajan suhu yang ekstrim, terkena bahan kimia berbahaya dan jasad renik, tergelincir. Jenis pelindung kaki berupa sepatu keselamatan pada pekerjaan peleburan, pengecoran logam, industri, konstruksi bangunan, pekerjaan yang berpotensi bahaya peledakan, bahaya listrik, tempat kerja yang basah atau licin, bahan kimia dan jasad renik, dan/atau bahaya binatang dan lain-lain.

7) Pakaian pelindung.

Pakaian pelindung berfungsi untuk melindungi badan sebagian atau seluruh bagian badan dari bahaya temperatur panas atau dingin yang ekstrim, pajanan api dan benda-benda panas, percikan bahan-bahan kimia, cairan dan logam panas, uap panas, benturan (*impact*) dengan mesin, peralatan dan bahan, tergores, radiasi, binatang, mikroorganisme patogen dari manusia, binatang, tumbuhan dan lingkungan seperti virus, bakteri dan jamur.

8) Cuci tangan:

- a) Selalu melepas perhiasan sebelum mencuci tangan
- b) Menggunakan sabun dan air mengalir
- c) Membasahi tangan dan pergelangan tangan, pertahankan tangan lebih rendah dari siku untuk menghindari kontaminasi
- d) Gosok dengan keras hingga berbusa
- e) Jika tangan anda kotor, gosok agak lama sekitar 4-5 menit
- f) Bersihkan bagian bawah kuku anda
- g) Jika anda menggunakan sabun padat, cuci sabun setelah anda memakainya

- h) Keringkan tangan dengan cermat dengan handuk kering
- i) Gunakan sudut handuk untuk menutup kran dioperasikan dengan tangan

9) Konsep standar pengendalian infeksi

Cara paling mudah mencegah penyebaran infeksi adalah membunuh mikroorganisme ketika mereka ada di tangan, alat dan perabot, seperti, tempat tidur pasien. Cara paling efektif membunuh mikroorganisme adalah:

- a) Antisepsis membunuh atau menghentikan pertumbuhan mikroorganisme.
- b) Dekontaminasi membuat objek lebih aman dipegang sebelum pembersihan.
- c) Pembersihan menghilangkan kotoran dan mikroorganisme dari kulit dan objek dengan menggunakan sabun dan air.
- d) Disinfeksi kadar tinggi membunuh kebanyakan organisme pada objek.
- e) Sterilisasi membunuh semua mikroorganisme pada objek, misalnya peralatan bedah.

10) Metode tambahan untuk mencegah infeksi yaitu:

- a) Pakaian pelindung

Pembuangan yang aman pada limbah tubuh dan benda benda terinfeksi, misalnya balutan.

- b) Untuk mencegah penyebaran infeksi dirumah sakit, perawat dan pemberi perawatan kesehatan yang lain mengikuti praktik medis dan aseptis bedah.
- c) Teknik bersih (asepsis medis) mengurangi jumlah mikroorganisme yang ada dan mencegahnya masuk ke pasien.
- d) Teknik pembedahan (asepsis bedah) mencakup mempertahankan objek dan area bebas mikroorganisme untuk meyakinkan bahwa prosedur pembedahan steril.

Adapun teknik bersih yang bisa dijadikan pedoman untuk pengendalian infeksi. Untuk teknik bersih, mengikuti pedoman berikut:

- a) Membersihkan luka dari sisi luka bagian dalam ke arah luar. Mengganti balutan yang kotor dan buang dengan benar. Menggunakan salin normal untuk mencuci luka yang bersih. Menggunakan betadine dan chlorexidine untuk membersihkan kulit. Gunakan sabun dan air untuk mencuci luka kotor.
- b) Mencegah penyebaran mikroorganisme dalam droplet. Dorong pasien menutup mulut mereka dengan menggunakan tisu atau sapu tangan bila bersin.
- c) Tidak pernah mengizinkan pasien menggunakan alat pribadi bersama orang lain. Pertahankan tempat tidur bersih dan kering tidak boleh ada air dan botol diatasnya.
- d) Membersihkan dan desinfektan objek kotor yang akan digunakan ulang
- e) Tidak membiarkan linen kotor dan artikel lain menyentuh seragam anda buang dengan tepat.
- f) Mengosongkan pengisap dan botol drainase sebelum botol penuh
- g) Tidak menyebarkan debu dengan mengibas linen
- h) Tidak menempel alat dan kain dilantai
- i) Menggunakan sarung tangan bersih bila memegang cairan tubuh.
- j) Menggunakan pakaian pelindung
- k) Ketika membersihkan area kotor, bersihkan dulu area yang tidak kotor.
- l) Menuangkan cairan ke wastafel dekat kran sehingga tidak terciprat
- m) Menempat jarum dan spuit kedalam wadah khusus
- n) Mencuci tangan dengan sering.

Selain itu perawatan alat juga perlu diperhatikan. Adapaun teknik perawatan alat yakni:

- a) Sebelum mencuci alat bedah yang digunakan jarum dan spuit yang dapat dipakai lagi, dan sarung tangan harus didekontaminasikan,

dekontaminasi dengan larutan pemutih klorin 0,5% untuk dekontaminasi virus HIV/AIDS dan hepatitis B.

- b) Ketika mencuci objek kotor, pertama kali cuci dengan air dingin untuk melepas material organik seperti *mucus* dan darah. Setelah itu cuci dengan air panas, jika perlu gunakan sikat membersihkannya
- c) Untuk mendesinfeksi objek, gunakan preparat kimia, seperti fenol atau senyawa iodine.
- d) Sterilisasi dapat digunakan dengan pemanasan atau air mendidih.

G. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Promosi Kesehatan Berkaitan Dengan Upaya Pencegahan Infeksi Daerah Operasi.

1. Persepsi

a. Pengertian

Persepsi adalah hasil interpretasi sebuah stimulus. Interpretasi adalah apa yang keluar dari kepala kita. Stimulus adalah apa yang kita terima dari luar dan masuk ke dalam kepala kita.

b. Faktor persepsi

Faktor Eksternal:

- 1) Kontras: warna, ukuran, bentuk dan gerakan
- 2) Perubahan intensitas: perubahan suara, cahaya, akan menarik perhatian
- 3) Pengulangan
- 4) Sesuatu yang baru
- 5) Sesuatu yang menarik perhatian orang banyak

Faktor Internal:

- 1) Pengalaman/Pengetahuan
- 2) Harapan
- 3) Kebutuhan
- 4) Motivasi
- 5) Emosi
- 6) Budaya

c. Bentuk dan latar

Bentuk atau objek adalah benda yang masuk dalam fokus perhatian kita. Latar atau latar belakang atau *background* adalah lokasi dari objek yang kita lihat. Yang membedakan antara objek dan latar adalah kontur. Kontur terbentuk jika ada perbedaan warna yang kontras.

d. Hukum pengelompokan stimulus

- 1) Hukum kedekatan (*Proximity*): kita cenderung mempersepsikan objek yang lebih kecil dan berdekatan sebagai keseluruhan bentuk yang lebih besar. Contoh: penari masal yang membentuk angka atau gambar, remaja yang berdekatan dengan pemabuk akan dipersepsikan sebagai pemabuk juga.
- 2) Hukum kesamaan (*similarity*): stimulus yang serupa cenderung kita persepsikan sebagai suatu kesatuan. Contoh: jika kita orang sunda akan dipersepsikan suka sayuran, jika kita orang jogja akan dipersepsikan halus berbahasa.
- 3) Hukum kesederhanaan (*simplicity*): dalam mempersepsikan stimulus kita cenderung mempersepsikan yang sederhana. Contoh: huruf K bolak balik, akan kita persepsikan layang-layang, angka 8 akan kita persepsikan dua bulatan ditumpuk.
- 4) Hukum keteraturan bentuk (*good figure*): dalam mempersepsikan stimulus kita cenderung membuatnya menjadi satu kesatuan yang sempurna atau simetris. Contoh, seorang ibu dengan dua anaknya cenderung kita katakan sebagai suatu keluarga, walaupun ayahnya sudah tidak ada.
- 5) Hukum kesinambungan (*continuation*): hukum ini mengacu pada kesederhanaan sehingga stimulus mudah diramalkan. Contoh, garis titik-titik yang lurus dan belok, akan mudah kita ramalkan berlanjut pada yang lurus.
- 6) Hukum kesempurnaan (*law of closure*): kita mengorganisasikan stimulus yang kita lihat dengan dengan cara mengisi bagian-bagian yang hilang. Contoh, gambar berkedip pada iklan akan kita persepsikan

sebagai benda utuh, benda dengan garis putus-putus akan kita persepsikan gambar utuh.

- 7) Hukum kesenasiban (*law of common fate*): hukum ini menyangkut gerakan, benda yang bergerak ke arah yang sama, benda itu akan kita persepsikan bagian dari kelompoknya. Contoh, bunglon saat diam akan kita persepsikan sebagai pohon, karena warnanya sama dengan pohon, namun saat bergerak akan kita persepsikan bunglon.

e. Hukum Ketetapan

- 1) Hukum ketetapan ukuran: jarak yang jauh seharusnya akan bertambah kecil, tetapi kita akan mempersepsikan sama besarnya. Contoh, seorang anak naik sepeda, makin jauh tidak makin kecil tetapi kita persepsikan sama besarnya.
- 2) Hukum ketetapan warna: warna objek akan kita persepsikan sama, walaupun pencahayaannya berubah. Contoh, baju perawat yang berwarna putih, akan kita persepsikan tetap putih walaupun di tempat yang agak gelap (bukan abu-abu).
- 3) Hukum ketetapan gerak: saat kita naik kereta api, maka perasaan yang bergerak adalah tiang listrik, tetapi kita tetap mempersepsikan kereta yang bergerak

2. Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus/objek (Notoatmodjo, 2003). Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*).

Struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang (Azwar, 2003), yaitu:

a. Komponen kognitif

Komponen kognitif ini berisi kepercayaan seseorang mengenai yang berlaku atau yang benar bagi objek sikap. Kepercayaan seseorang itu merupakan *streetype* atau *commit to user* yang terpola dalam pikirannya.

Berdasarkan yang telah dilihat, terbentuk suatu ide atau gagasan mengenai sifat atau karakteristik umum suatu objek. Bila kepercayaan sudah terbentuk, maka akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai yang diharapkan dari objek tersebut. Kepercayaan itu terbentuk justru dikarenakan kurang atau tiadanya informasi yang mengenai objek yang dihadapi.

b. Komponen afektif

Komponen ini mencakup masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pengertian perasaan sendiri seringkali sangat berbeda perwujudannya bila dikaitkan dengan sikap.

c. Komponen konatif

Komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan cara perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Artinya, cara orang berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh kepercayaan dan perasaan terhadap stimulus tersebut. Interaksi ketiga komponen tersebut menurut para ahli sangat selaras dan konsisten, dikarenakan apabila dihadapkan dengan satu objek sikap yang sama ketiga komponen tersebut harus membuat satu sikap yang seragam (Azwar, 2003). Apabila salah satu komponen tersebut tidak konsisten dengan yang lain, maka akan terjadi ketidakselarasan yang menyebabkan timbulnya mekanisme perubahan sikap sedemikian rupa sehingga konsistensi itu tercapai kembali.

Menurut Notoatmodjo (2003), sikap memiliki empat tingkat dari yang terendah hingga yang tertinggi, yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

Pada tingkat ini individu ingin dan memperhatikan rangsangan (stimulus) yang diberikan.

2. Merespons (*responding*)

Pada tingkat ini sikap individu dapat memberikan jawaban apabila ditanya mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3. Menghargai (*valuing*)

Pada tingkat ini, sikap individu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Pada tingkat ini, sikap individu akan bertanggung jawab dan siap menanggung segala risiko atas segala sesuatu yang telah dipilihnya. Sikap yang mendukung dari perawat dalam melakukan tindakan kewaspadaan universal berkaitan dengan risiko tertularnya infeksi melalui darah dan cairan tubuh baik bagi pasien maupun perawat. Seperti penyakit HIV/AIDS yang menjadi ancaman global dan penyebarannya menjadi lebih tinggi karena pengidap HIV tidak menampilkan gejala.

Kejadian ini merupakan hal yang sangat penting dilakukan oleh perawat untuk mengurangi risiko infeksi dengan cara melaksanakan kegiatan pokok kewaspadaan universal yang meliputi: mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien; mencuci tangan dengan air mengalir; mencuci tangan dengan antiseptik setelah menyentuh benda yang terkontaminasi; memakai alat perlindungan diri seperti sarung tangan, masker, celemek saat melakukan tindakan yang menyebabkan percikan darah atau cairan tubuh; pengelolaan alat kesehatan seperti dekontaminasi alat dengan klorin 0,5% selama 10 menit dan sterilisasi; linen tercemar darah disimpan pada kantung anti bocor dan menanganinya menggunakan sarung tangan; pengelolaan jarum dan alat tajam dibuang ke tempat khusus, tidak menutup, mematahkan, membengkokkan jarum suntik bekas; pengelolaan limbah seperti limbah padat medis dan non medis dipisahkan.

Adapun menurut Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa struktur sikap itu mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek

- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Sikap perawat yang positif berupa keyakinan, kemampuan, dan kecenderungan untuk melaksanakan tindakan kewaspadaan universal pada semua pasien tidak memandang penyakit atau diagnosanya untuk mencegah penularan infeksi melalui darah dan cairan tubuh.

3. Kebijakan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

- a. Pengertian keselamatan pasien (*patient safety*)

Keselamatan pasien atau *patient safety* adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

- b. Tujuan keselamatan pasien

- 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- 2) Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- 3) Menurunnya KTD di rumah sakit.
- 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

- c. Langkah-langkah pelaksanaan keselamatan pasien (*patient safety*)

Pelaksanaan *patient safety* meliputi sembilan solusi keselamatan Pasien di rumah sakit (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety*, 2 May 2007), yaitu:

- 1) Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*)
- 2) Pastikan identifikasi pasien
- 3) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
- 4) Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
- 5) Kendalikan cairan elektrolit pekat
- 6) Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan

- 7) Hindari salah kateter dan salah sambung selang
 - 8) Gunakan alat injeksi sekali pakai
 - 9) Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.
- d. Tujuh standar keselamatan pasien

Mengacu pada “Hospital Patient Safety Standards” yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002), yaitu:

1) Hak pasien

Standarnya adalah:

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).

Kriterianya adalah:

- (a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
- (b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- (c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD

2) Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriterianya adalah:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah *partner* dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat: *commit to user*

- (a) Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
 - (b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
 - (c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
 - (d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
 - (e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS
 - (f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
 - (g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati
- 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
- Standarnya adalah rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
- Kriterianya adalah:
- (a) Koordinasi pelayanan secara menyeluruh
 - (b) Koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
 - (c) Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
 - (d) Komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan
- 4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- Standarnya adalah rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta KP.
- Kriterianya adalah:
- (a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) yang baik, sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit"
 - (b) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
 - (c) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
 - (d) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis

5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Standarnya adalah:

- (a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program KP melalui penerapan “7 Langkah Menuju KP RS”.
- (b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko KP dan program mengurangi KTD.
- (c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang KP
- (d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan KP.
- (e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan KP.

Kriterianya adalah:

- (a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien
- (b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden
- (c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
- (d) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis
- (e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden
- (f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
- (g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
- (h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan

- (i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standarnya adalah:

- (a) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan KP secara jelas.
- (b) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriterianya adalah:

- (a) Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien.
- (b) Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- (c) Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Standarnya adalah:

- (a) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- (b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriterianya adalah:

- (a) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- (b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

4. Dukungan Pemangku Kepentingan (*Stakeholder*)

Istilah '*Stakeholder*' atau dinamakan pemangku kepentingan adalah kelompok atau individu yang dukungannya diperlukan demi kesejahteraan dan kelangsungan hidup organisasi. Pemangku kepentingan adalah seseorang, organisasi atau kelompok dengan kepentingan terhadap suatu sumber daya alam tertentu (Brown *et al.*, 2001). *Stakeholder is a person who has something to gain or lose through the outcomes of a planning process, programme or project* (Dialogue by Design 2008). Pemangku kepentingan mencakup semua pihak yang terkait dalam pengelolaan terhadap sumber daya.

Menurut Witold Henisz, termasuk semua orang dari politisi lokal dan nasional dan tokoh atau pemimpin masyarakat, penguasa, kelompok paramiliter, LSM dan badan-badan internasional. Dalam konteks perusahaan, Clarkson (1994) memberikan definisi pemangku kepentingan secara lebih khusus sebagai suatu kelompok atau individu yang menanggung suatu jenis risiko baik karena mereka telah melakukan investasi (material ataupun manusia) di perusahaan tersebut (*stakeholder* sukarela), ataupun karena mereka menghadapi risiko akibat kegiatan perusahaan tersebut (*stakeholder* non-sukarela). Berdasarkan pandangan tersebut pemangku kepentingan adalah pihak yang akan dipengaruhi secara langsung oleh keputusan dan strategi perusahaan.

Pemangku kepentingan dalam *Bussiness Dictionary* didefinisikan sebagai kelompok atau organisasi yang memiliki kepentingan langsung atau tidak langsung dalam sebuah organisasi karena dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh tindakan organisasi, tujuan, dan kebijakan. Meskipun para

pelaku biasanya melegitimasi dirinya sebagai *stakeholder*, tetapi semua pemangku kepentingan tidak sama dan memiliki kedudukan yang berbeda. Pemangku kepentingan kunci lain dalam organisasi bisnis di antaranya kreditor, pelanggan, direksi, karyawan, pemerintah (dan badan-badannya), pemilik/pemegang saham, pemasok, serikat pekerja, dan masyarakat dari mana bisnis menarik sumber daya yang dimiliki.

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa pemangku kepentingan adalah seluruh pihak yang terkait dengan isu dan permasalahan yang menjadi fokus kajian atau perhatian. Seorang pemangku kepentingan adalah seseorang yang mempunyai sesuatu yang dapat ia peroleh atau akan kehilangan akibat dari sebuah proses perencanaan atau proyek. Dalam banyak siklus, mereka disebut sebagai kelompok kepentingan, dan mereka bisa mempunyai posisi yang kuat dalam menentukan hasil suatu proses politik. Seringkali akan sangat bermanfaat bagi proyek penelitian untuk mengidentifikasi dan menganalisis kebutuhan dan kepedulian berbagai pemangku kepentingan, terutama jika proyek dirancang bertujuan mempengaruhi kebijakan (Start dan Hovland *cit.* Sumpeno, 2012).

Tipologi pemangku kepentingan, secara umum pemangku kepentingan dapat dibagi dalam dua jenis, yaitu: pertama, pemangku kepentingan primer atau '*key stakeholder*' adalah mereka yang pada akhirnya terpengaruh, baik secara positif atau negatif oleh tindakan organisasi. Kedua, pemangku kepentingan sekunder adalah 'perantara', yaitu orang atau organisasi yang secara tidak langsung dipengaruhi oleh tindakan organisasi (WHO, 2012).

Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi perusahaan dalam memandang signifikansi pemangku kepentingan, yaitu kekuasaan/kekuatan (*power*), legitimasi, dan urgensi. Meskipun ketiga hal tersebut bersama-sama dan saling terkait dalam mempengaruhi pengambilan tindakan oleh sebuah perusahaan, tetapi yang paling besar dari ketiganya adalah kekuasaan/kekuatan. Kekuasaan/kekuatan yang dimaksudkan di sini adalah kekuatan nyata suatu pemangku kepentingan untuk melakukan tekanan dan tuntutan baik secara sosial, politis, maupun hukum. Bisa terjadi bahwa suatu pemangku kepentingan

memiliki legitimasi dan memiliki urgensi yang sangat tinggi (keadaan mereka sudah sangat membahayakan dari segi kelangsungan hidup) untuk melakukan penuntutan kepada sebuah perusahaan, namun karena mereka tidak memiliki kekuasaan yang *real* (misalnya mereka terpecah belah dalam memandang persoalan itu, bahkan ada yang menerima begitu saja hal tersebut sebagai sebuah "bencana alam" dan bukan "bencana buatan manusia" yang harus dituntut).

H. Dampak Adanya Promosi Kesehatan Tentang Pencegahan Infeksi Daerah Operasi

Tenaga kesehatan masyarakat dalam mengubah perilaku masyarakat menuju hidup bersih dan sehat. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan adanya reformasi di bidang kesehatan untuk mengatasi ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antar daerah dan antar golongan, derajat kesehatan yang masih tertinggal dibandingkan dengan negara-negara tetangga dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan. Reformasi di bidang kesehatan perlu dilakukan mengingat lima fenomena yang berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan, yakni: (1) perubahan pada dinamika kependudukan; (2) temuan-temuan ilmu dan teknologi kedokteran; (3) tantangan global sebagai akibat dari kebijakan perdagangan bebas, revolusi informasi, telekomunikasi dan transportasi; (4) perubahan lingkungan; dan (5) demokratisasi.

Perubahan pemahaman konsep akan sehat dan sakit serta semakin maju IPTEK dengan informasi tentang determinan penyebab penyakit telah menggugurkan paradigma pembangunan kesehatan yang lama yang mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Paradigma pembangunan kesehatan yang baru yaitu paradigma sehat, merupakan

upaya untuk lebih meningkatkan kesehatan masyarakat yang bersifat proaktif. Paradigma sehat sebagai model pembangunan kesehatan yang dalam jangka panjang diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk mandiri dalam menjaga kesehatan melalui kesadaran yang lebih tinggi pada pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.

Dampak adanya promosi kesehatan tentang pencegahan infeksi daerah operasi sebagai berikut:

1. Kompetensi Tenaga Kesehatan

Kompetensi menurut Spencer dan Spencer (*cit. Palan, 2007*) adalah sebagai karakteristik dasar yang dimiliki oleh seseorang individu yang berhubungan secara kasual dalam memenuhi kriteria yang diperlukan dalam menduduki suatu jabatan. Kompetensi terdiri dari 5 tipe karakteristik, yaitu motif (kemauan konsisten sekaligus menjadi sebab dari tindakan), faktor bawaan (karakter dan respon yang konsisten), konsep diri (gambaran diri), pengetahuan (informasi dalam bidang tertentu) dan keterampilan (kemampuan untuk melaksanakan tugas).

Kompetensi menurut Stephen Robbins (2007) bahwa kompetensi adalah kemampuan (*ability*) atau kapasitas seseorang untuk mengerjakan berbagai tugas dalam suatu pekerjaan, dimana kemampuan ini ditentukan oleh faktor yaitu kemampuan intelektual dan kemampuan fisik. Menurut Keputusan Kepala Kepegawaian Negeri Nomor: 46A tahun 2003 tentang pengertian kompetensi adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki oleh seorang Pegawai Negeri Sipil berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya, sehingga Pegawai Negeri Sipil tersebut dapat melaksanakan tugasnya secara profesional, efektif dan efisien.

Wibowo (2007) menyatakan bahwa kompetensi merupakan kemampuan untuk melaksanakan atau melakukan suatu pekerjaan atau tugas yang dilandasi oleh keterampilan dan pengetahuan kerja yang dituntut oleh pekerjaan tersebut. Dengan demikian, kompetensi menunjukkan keterampilan

atau pengetahuan yang dicirikan oleh profesionalisme dalam suatu bidang tertentu sebagai suatu yang terpenting.

Profesional adalah orang yang menyandang suatu jabatan atau pekerjaan yang dilakukan dengan keahlian dan kemampuan juga keterampilan yang tinggi dan dapat mempengaruhi pada penampilan dalam melakukan pekerjaan di profesinya. Setiap profesi pada dasarnya memiliki tiga syarat utama, yaitu kompetensi yang diperoleh melalui pelatihan yang ekstensif, komponen intelektual yang bermakna dalam melakukan tugasnya, dan memberikan pelayanan yang penting kepada masyarakat (Sampurna). Kemampuan atau kompetensi diperoleh seorang profesional dari pendidikan atau pelatihannya dengan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan kerja guna mencapai kinerja optimal.

2. Kepatuhan Tenaga Kesehatan

Pengertian kepatuhan adalah suatu kondisi yang tercipta dan berbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban. Sikap atau perbuatan yang dilakukan bukan lagi atau sama sekali tidak dirasakan sebagai beban, bahkan sebaliknya akan membebani dirinya bila mana ia tidak dapat berbuat sebagaimana lazimnya (Prijadarminto, 2003).

Kepatuhan adalah perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi (Degrest et al, 1998 *cit.* Suparyanto 2011). Menurut Decision theory (1985 *cit.* Suparyanto, 2011) penderita adalah pengambil keputusan dan kepatuhan sebagai hasil pengambilan keputusan.

Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh petugas (Ali, 1999).

Menurut Sarfino (1990 *cit.* Smet B., 1994) mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan. Taylor (1991) menyatakan bahwa perilaku ketat sering diartikan sebagai usaha penderita untuk mengendalikan perilakunya bahkan jika hal tersebut bisa menimbulkan resiko mengenal kesehatannya.

Kepatuhan dalam terapi adalah tingkat perilaku pasien yang tertuju terhadap intruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik diet, latihan, pengobatan atau menepati janji pertemuan dengan dokter (Stanley, 2007). Kepatuhan adalah merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Green *cit.* Notoatmodjo, 2003).

Kepatuhan adalah tingkat seseorang dalam melaksanakan suatu aturan dan perilaku yang disarankan (Smet, 1994). Kepatuhan ini dibedakan menjadi dua yaitu kepatuhan penuh (*total compliance*) dimana pada kondisi ini penderita patuh secara sungguh-sungguh terhadap diet, dan penderita yang tidak patuh (*non compliance*) dimana pada keadaan ini penderita tidak melakukan diet.

Menurut Hasibuan (2002), menjelaskan bahwa kepatuhan merupakan kesadaran dan kesediaan seseorang mentaati semua peraturan dan norma-norma sosial yang berlaku. Kepatuhan yang baik mencerminkan besarnya rasa tanggung jawab seseorang terhadap tugas-tugas yang diberikan kepadanya. Hal ini mendorong gairah kerja, semangat kerja, dan terwujudnya tujuan masyarakat, maka setiap orang harus berusaha agar mempunyai kepatuhan yang baik.

3. Penurunan Kasus

Infeksi berdasarkan tempat terjadinya dibedakan menjadi dua, yaitu: (1) infeksi yang didapat dari komunitas (rumah, sekolah, atau lingkungan sekitar) dan (2) Infeksi yang didapatkan di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan atau biasa disebut sebagai infeksi nosokomial atau *hospital-acquired infection* atau *healthcare-associated infection*. Infeksi nosokomial

menjadi pusat perhatian dalam beberapa dekade terakhir karena berkaitan dengan meningkatnya angka kesakitan, angka kematian dan biaya kesehatan khususnya di negara berkembang.

Infeksi nosokomial berhubungan dengan meningkatnya angka kematian sebesar 19-75% dan menyebabkan peningkatan biaya kesehatan akibat perawatan di rumah sakit yang lebih lama. Pasien yang menderita infeksi nosokomial dilaporkan mempunyai rata-rata lama rawat inap lebih panjang sekitar 4-12 hari. Biaya kesehatan akibat infeksi nosokomial dilaporkan meningkat menjadi \$600-40.000 per kasus. Selain itu, infeksi nosokomial sering dikaitkan sebagai salah satu indikator untuk menilai tingkat keamanan pasien (*patient safety*) yang dirawat di rumah sakit.

Apabila rumah sakit dapat melakukan pencegahan terhadap kejadian infeksi hal tersebut dapat mengurangi kasus terjadi infeksi di rumah sakit. Oleh karena itu, selain cuci tangan, untuk mencegah infeksi nosokomial diperlukan juga program pengendalian pemakaian antibiotik untuk meningkatkan pemakaian antibiotik yang rasional, sehingga mengurangi resistensi antibiotik. Pemakaian antibiotik yang rasional terbukti menurunkan infeksi nosokomial yang disebabkan oleh kuman yang resisten.

I. Definisi Biaya

Banyak definisi biaya yang dikemukakan tergantung dari fungsi biaya tersebut. Biaya adalah semua yang berkaitan dengan pengeluaran uang, baik yang ekonomis maupun tidak. Biaya disini dikenal sebagai biaya historis atau *actual cost* (Volmer *cit.* Suroto, 1990). Limperg (*cit.* Suroto, 1990) mengatakan bahwa biaya adalah semua pengeluaran uang yang bertujuan ekonomis, baik yang nyata (absolut) maupun yang diperhitungkan tahan lama, biaya bunga dari modal sendiri. Biaya jenis ini disebut biaya normatif atau *predeterminant cost*.

Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes (2001) biaya merupakan pengorbanan yang dikeluarkan untuk memperoleh suatu hasil dalam upaya mencapai suatu tujuan tertentu. Dalam hal ini pengorbanan tersebut diukur

dengan nilai moneter. Pengorbanan yang tidak bertujuan disebut pemborosan dan bukan termasuk biaya. Dari ketiga pengertian di atas jelas bahwa biaya tidaklah sama dengan harga meskipun kedua jenis istilah ini sering dikacaukan.

1. **Klasifikasi Biaya.**

Biaya dapat dibagi atas beberapa klasifikasi sesuai dengan tujuan dari biaya tersebut yaitu: a) berdasarkan waktu persiapannya, biaya dibagi atas biaya normatif atau *predetermined cost* yaitu biaya yang diperhitungkan lebih dahulu dan biaya sesungguhnya atau *actual cost/historical cost* yaitu biaya yang sesungguhnya dikeluarkan untuk menghasilkan suatu jasa/output; b) berdasarkan perilaku biaya terhadap hasil produksinya biaya dapat dibagi atas biaya langsung yaitu biaya yang dipergunakan langsung untuk menghasilkan suatu jasa/output pelayanan tertentu dan biaya tidak langsung, yaitu biaya yang tidak terlibat langsung dalam proses produksi, tetapi bersifat menunjang produksi; c) berdasarkan fungsinya, biaya dapat dibagi atas biaya produksi, biaya pemasaran dan biaya administrasi; d) berdasarkan hubungannya dengan volume produksi biaya dapat dibagi atas biaya tetap/*fixed cost* yaitu biaya yang tidak terpengaruh oleh jumlah produksi seperti biaya investasi dan biaya tidak tetap/*variabel cost* yaitu biaya yang jumlahnya tergantung pada jumlah produksi, seperti biaya operasional (Direktoral Jenderal Pelayanan Medik Depkes, 2001).

Dalam masalah biaya di rumah sakit, ada 2 pendekatan yaitu pendekatan departemental dan pendekatan *unit of service*. Pendekatan departemental merupakan penghitungan biaya untuk berbagai departemen misalnya bangsal, unit radiologi, laboratorium, administrasi dan berbagai unit pendukung, dalam pendekatan *unit of service* berkaitan dengan *unit cost*.

2. **Pengaruh Infeksi Luka Operasi Terhadap Biaya Perawatan Rumah Sakit**

Menurut Bagnall *et al.* (2009), infeksi daerah operasi (IDO) atau *surgical site infections* (SSI) merupakan penyebab infeksi nosokomial paling umum dengan angka kejadian berkisar antara 14% - 16%` dari semua kejadian infeksi nosokomial pada pasien yang dirawat inap di rumah sakit. Infeksi

daerah operasi adalah infeksi pada luka operasi atau organ/ruang yang terjadi dalam 30 hari pasca operasi atau dalam kurun 1 tahun apabila terdapat implan (Wardoyo *et al.*, 2014). IDO terjadi pada 2-5% dari semua pasien yang menjalani prosedur bedah invasif di Amerika Serikat. Sekitar 500.000 infeksi daerah operasi terjadi setiap tahun dan dikaitkan dengan penambahan sekitar 7-10 hari rawat inap post-operasi. Pasien dengan IDO memiliki risiko kematian 2-11 kali lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang dioperasi tanpa IDO. Biaya yang berkaitan dengan IDO bervariasi, tergantung pada jenis serta prosedur operasi dan patogen yang menginfeksi.

Namun, diperkirakan biaya yang dikeluarkan akibat IDO mencapai \$10 miliar per tahun (Anderson *et al.*, 2008). Infeksi daerah operasi dapat terjadi pada semua jenis operasi. Pada operasi bersih seperti *inguinal hernia repair* angka kejadian IDO jika tidak diberikan antibiotika profilaksis adalah < 5%, pada operasi bersih dengan kontaminasi seperti *Cholecystectomy* angka kejadian IDO sebesar 5-10%, pada operasi yang terkontaminasi seperti *Appendectomy*, IDO sebesar 15-25% dan pada operasi kotor seperti *Sigmoid Colectomy* angka kejadian IDO sebesar 25-40% (Bagnall *et al.*, 2009). Selain itu, menurut penelitian yang dilakukan oleh Kasatpibal *et al.* (2006) di Thailand, dari 2.139 pasien *appendicitis* yang dioperasi terdapat 26 kasus IDO atau 1,2 infeksi/100 operasi. Penelitian lain yang membandingkan teknik operasi *laparoscopic* dan *open appendectomy* pada pasien *appendicitis* dengan komplikasi menunjukkan bahwa IDO dan lama hari rawat pada pasien yang dioperasi dengan *laparoscopic* lebih rendah dibandingkan dengan teknik *open appendectomy* (Lyimo *et al.*, 2011).

3. Metodologi Perhitungan Biaya

Cara untuk memperkirakan biaya infeksi nosokomial ini berbeda-beda pada berbagai penelitian. Sebagaimana penelitian tersebut lebih memperhitungkan biaya yang ditagihkan (tarif) pada pasien selama perawatan di rumah sakit daripada biaya yang sebenarnya, walaupun kedua biaya ini memang sering ditukar-pakai. Biaya yang ditagihkan ini mungkin agak sama besarnya

dengan biaya yang sesungguhnya, akan tetapi memakai besarnya biaya yang ditagihkan sebagai besarnya biaya yang sebenarnya dapat menyebabkan peneliti mengambil kesimpulan yang tidak diinginkan, apabila berbicara mengenai efisiensi ekonomi. Oleh karena itu, cara yang digunakan untuk memperkirakan kelebihan biaya akibat infeksi nosokomial berlain-lainan, maka terdapat perbedaan dalam pelaporan penelitian.

Sebagian besar cara yang dipakai untuk menentukan kelebihan biaya ini adalah dengan cara membandingkan biaya penderita dengan infeksi dan penderita dengan keadaan yang sama akan tetapi tanpa infeksi (Levy, 1992). Penelitian di Laboratorium Kesehatan Masyarakat di Inggris (1960) dan Green dan Wenzel (1977 *cit.* Djojogito, 1990), meneliti penambahan masa rawat karena infeksi nosokomial dengan cara membandingkan masa rawat pasien terinfeksi dengan masa rawat pasien tanpa infeksi nosokomial setelah pada kedua golongan pasien tersebut disamakan diagnosisnya (*di-match* atau disepadankan menurut diagnosis).

Prinsip-prinsip perhitungan biaya secara sederhana menurut Drumond *et al.* (1985) adalah sebagai berikut:

- 1) Memisahkan biaya yang langsung berhubungan dengan suatu tindakan (misalnya jasa dokter, obat-obat dan lain-lan).
- 2) Menghitung biaya-biaya rumah sakit secara pendekatan departemental, yaitu suatu tindakan yang menggunakan jasanya.
- 3) Memisahkan biaya yang dipakai untuk tindakan tertentu.
- 4) Lakukan analisis sensitifitas.

Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes (1991) dan Levy (1992) ada empat macam cara yang dikenal untuk melakukan analisis biaya yaitu:

1) Direct allocation method/simple distribution method

Alokasi biaya dilaksanakan hanya satu kali yaitu dari unit penunjang didistribusikan kepada unit produksi yang relevan.

2) *Step down method*

Alokasi biaya juga dilaksanakan satu kali juga dilaksanakan satu kali hanya pada metode ini unit penunjang yang berperan didistribusikan kepada unit penunjang lain yang kurang berperan dan juga kepada unit produksi.

3) *Double distribution method*

Alokasi biaya dilakukan dua kali yaitu pertama dari unit penunjang ke unit penunjang lain dan unit produksi yang relevan. Kedua yaitu dari unit penunjang yang telah mendapat distribusi dari unit lain didistribusikan kembali unit produksi.

4) *Multiple distribution method*

Hampir sama dengan *double distribution method*, hanya di sini lebih kompleks karena juga dilakukan alokasi biaya antar unit produksi. Di Indonesia analisis biaya masih sangat jarang dilakukan dan bila dilakukan biasanya untuk kepentingan penyusunan tarif serta metode yang digunakan biasanya sederhana, sehingga hasilnya belum secermat yang diharapkan.

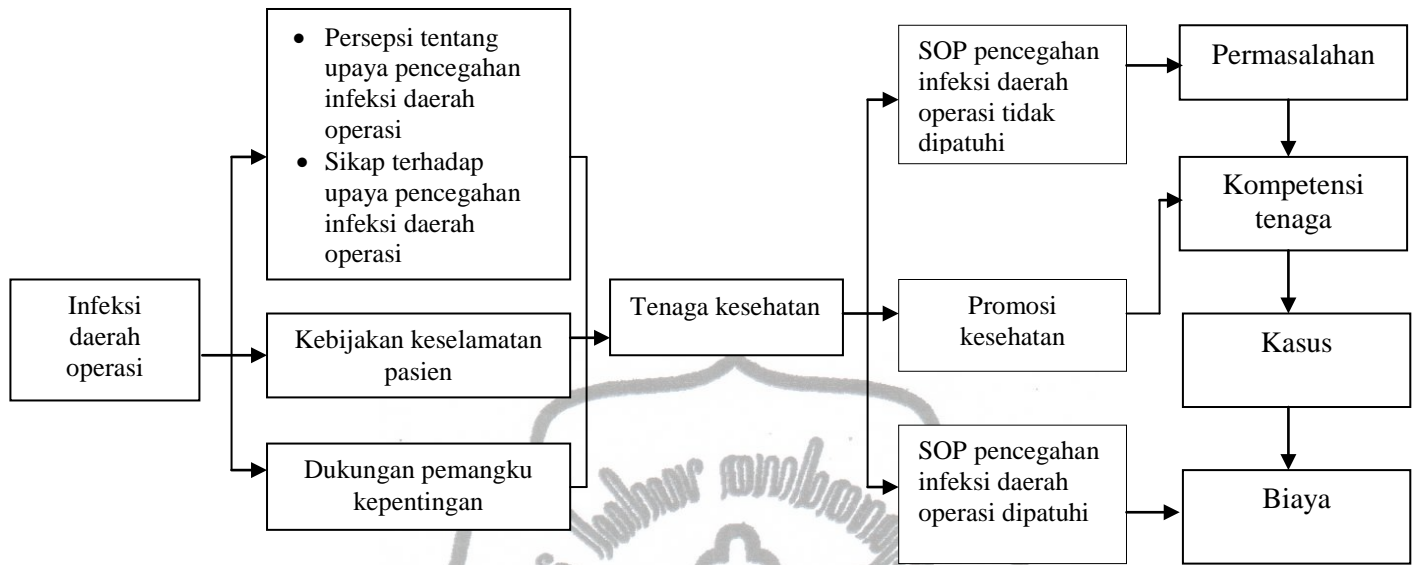
J. Kerangka Teori

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi *assessment* risiko, identifikasi, dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan, analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes RI, 2011). Masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, dan pengunjung di rumah sakit dihadapkan pada risiko terjadinya infeksi nosokomial. Dampak infeksi daerah operasi begitu besar, jika hal ini terus dibiarkan akan mengakibatkan kerugian bagi pasien dan rumah sakit baik dalam bentuk material maupun tenaga kesehatan.

Upaya promosi kesehatan belum sepenuhnya dilakukan hanya upaya pencegahan yang dilakukan selama ini, dengan cara menerapkan prinsip pencegahan infeksi daerah operasi (2004) dengan cara mengurangi risiko infeksi dari pasien, dan mencegah transmisi mikroorganisme dari petugas, lingkungan, instrumen, dan pasien itu sendiri. Kedua cara tersebut dapat dilakukan pada tahap pra operatif, intra operatif, ataupun pasca operatif. Akan tetapi, hal tersebut belum sepenuhnya dapat mengurangi kejadian angka infeksi luka operasi dikarenakan masih banyaknya perilaku petugas kesehatan yang belum sepenuhnya patuh terhadap *standard operating procedure* (SOP) yang ada di rumah sakit. Oleh karena itu, perlu melakukan pendekatan promosi kesehatan yang mampu mengubah perilaku petugas agar tercipta suatu model promosi kesehatan yang mampu mencegah dampak infeksi luka operasi.

Meskipun masing-masing rumah sakit telah melaksanakan upaya untuk melakukan pencegahan infeksi nosokomial luka operasi yang dimonitor oleh tim pengendalian pencegahan infeksi rumah sakit (PPI RS), akan tetapi belum semua petugas kesehatan patuh terhadap standar prosedur operasional.

Penelitian tentang model promosi kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi didasarkan pada teori *The Health Education and Promotion Planning Program*. Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan. Secara bertahap, proses mengarah ke penciptaan sebuah program, pemberian program, dan evaluasi program (Fertman, 2010). Tujuannya untuk membangun program, menyediakan struktur organisasi dan proses perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi.



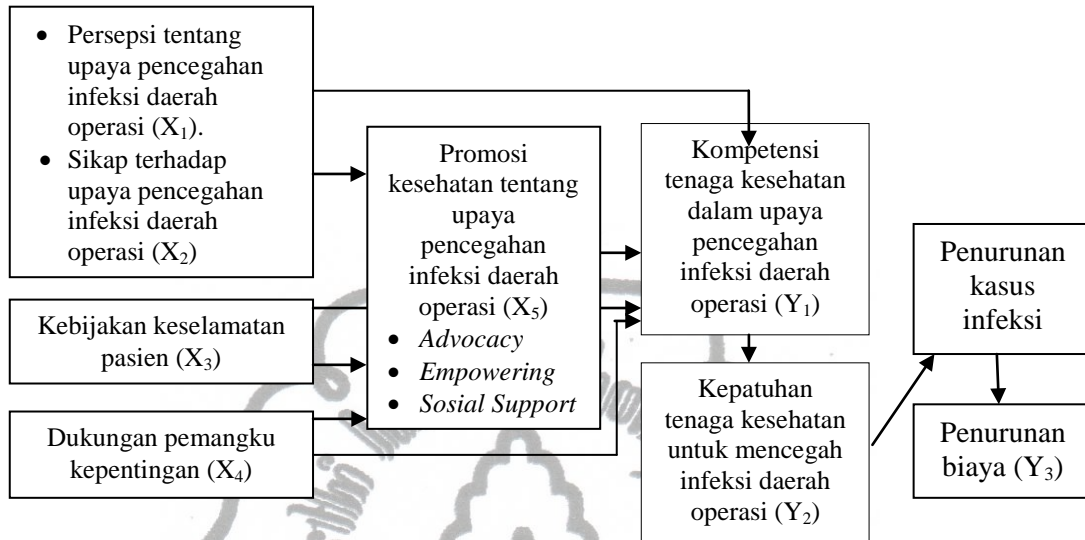
Gambar 2.2 Kerangka Berpikir Penelitian

K. Kerangka Konsep

Kerangka berpikir penelitian adalah dasar pemikiran dari penelitian yang disintesis dari fakta-fakta, observasi dan telaah pustaka. Oleh karena itu, kerangka berpikir memuat teori, dalil atau konsep-konsep yang akan dijadikan dasar dalam penelitian. Uraian kerangka berpikir menjelaskan pengaruh dan keterkaitan antara variabel penelitian. Variabel-variabel penelitian dijelaskan secara mendalam dan relevan dengan permasalahan yang diteliti, sehingga dapat dijadikan dasar untuk menjawab permasalahan penelitian.

Promosi kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi terdiri atas *input*, proses, *output* (hasil antara), *outcome* (hasil akhir) dan *impact* (manfaat dan dampak/efek). Model promosi dibangun dari variabel-variabel baik yang bersifat langsung maupun tidak langsung yang saling mempengaruhi dimulai: faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1), sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kepentingan (X_4), promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5) dan kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1), dan kepatuhan tenaga

kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2), penurunan kasus infeksi (Y_3), penurunan biaya (Y_4).



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

L. Hipotesis

Berdasarkan kerangka berpikir penelitian tersebut di atas, diajukan hipotesis penelitian sebagai berikut, diduga:

1. Terdapat pengaruh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan (*stakeholder*) terhadap promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Terdapat pengaruh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan, dan promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi terhadap kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
3. Terdapat pengaruh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan

keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan, promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, dan kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi berpengaruh terhadap kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

4. Terdapat pengaruh faktor kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi terhadap penurunan kasus infeksi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
5. Terdapat pengaruh penurunan kasus infeksi terhadap penurunan biaya di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

