

**Manajemen Risiko Penularan Penyakit HIV/AIDS
di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta**

Lelyana Lolok, Hari Kusnanto, Yanri W. Subronto

Katakunci:

Manajemen Risiko, Kewaspadaan Universal (UP),
Tenaga Kesehatan, ODHA

-Tidak Untuk Disitasi-

*Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada
Yogyakarta 2006*

Risk Management of HIV/AIDS Infection at Dr. Sardjito Hospital Yogyakarta

Lelyana Lolok¹, Hari Kusnanto², Yanri W. Subronto³

Background: Increasing prevalence of HIV/AIDS also increases risk of health staff to get infected from blood of patients infected with HIV, especially when universal precaution to blood and body fluid is not implemented to all patients. Implementing universal precaution and occupational health program in hospitals to minimize incidence of infection in all medical and health treatments is one of basic policies in the improvement of care, support and medication for People Living With HIV/AIDS (PWLHA) and prevention of HIV/AIDS in Indonesia. In managerial activities of infectious diseases in the work place, there are two major activities which have to be carried out simultaneously, i.e. case management and management of public health (health staff) risk factors.

Objective: The objective of the study was to find out how universal precaution was implemented in risk management of HIV/AIDS infection at Dr. Sardjito Hospital, Yogyakarta.

Method: This was a qualitative study which used explorative case study design. Data were obtained from observation (non participatory), interview and Focus Group Discussion (FGD).

Results: Dr. Sardjito Hospital of Yogyakarta had implemented special policies in care and handling of patients with HIV/AIDS through the issuance of a policy on AIDS patient handling in 3rd January 2004. Such a policy was followed by the implementation of universal precaution in the handling of HIV/AIDS patients to prevent infection from patients to nurses and to anybody in the hospital environment. Observation to 61 health staff basically showed good result, especially procedure hands wash, however there were some staff who did not comply to procedure of universal precaution, for example giving injection without using gloves. There were some suggestions from interview and Focus Group Discussion (FGD) about need of universal precaution training for health staff and availability of self-protection equipments.

Conclusion: Risk management of HIV/AIDS infection at Dr. Sardjito Hospital of Yogyakarta had been implemented since 2000 where there was increasing case of HIV/AIDS. However such risk management had to be supported by knowledge and compliance of staff to universal precaution and availability of supporting facilities.

¹ Student of Post Graduate Program of Public Health, Gadjah Mada University

² Magister Health Policy and Service Management, Gadjah Mada University

³ Department of Internal Medicine, Dr. Sardjito Hospital, Yogyakarta

Latar Belakang

Meningkatnya prevalensi HIV/AIDS berarti meningkat pula risiko tenaga kesehatan yang dapat tertular HIV/AIDS, khususnya bila kewaspadaan terhadap darah dan cairan tubuh tidak dilaksanakan terhadap semua pasien. Tenaga kesehatan perlu mempertimbangkan bahwa semua pasien berpotensi terinfeksi penyakit HIV/AIDS maupun penyakit menular lainnya, serta perlu menerapkan kewaspadaan meminimalkan risiko penularan dari darah dan cairan tubuh semua pasien¹. Pekerja sektor kesehatan ketika memberikan perawatan kepada pasien HIV/AIDS memiliki risiko mendapat penularan, khususnya bila aturan-aturan dasar Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) tidak dilaksanakan.

Beban kerja yang lebih besar akibat epidemi, ketakutan terhadap infeksi dan kurangnya syarat-syarat K3 atau pelatihan khusus tentang HIV/AIDS menyebabkan pekerja sektor kesehatan mengalami stres fisik dan psikologis yang hebat. Akibat tekanan ini banyak tenaga kesehatan terpaksa meninggalkan profesinya, meninggalkan sektor publik, atau migrasi untuk bekerja di negara-negara lain. Asupan yang lebih rendah sedang terjadi di negara-negara berkembang akibat dari ketakutan terhadap stigma yang melekat pada profesi kesehatan, khususnya diantara pekerja lini terdepan seperti perawat. Hal ini memperberat keterbatasan kapasitas untuk menyampaikan masalah HIV/AIDS dalam sistem kesehatan³.

Dampak penyakit HIV/AIDS bagi tenaga kesehatan sangat signifikan. Sebagai contoh, sebuah klinik di Afrika Selatan melaporkan antara tahun 1997 dan 2001, sebanyak 14% dari stafnya (umumnya staf keperawatan) meninggal dunia karena AIDS. Diperkirakan Botswana akan kehilangan 17% tenaga kesehatan antara tahun 1999 sampai dengan tahun 2005. Jika tenaga kesehatan tidak mendapat perawatan, maka proporsi kematian karena kasus HIV/AIDS dapat mencapai angka 40% pada tahun 2010. Dengan demikian, AIDS memberikan dampak yang tidak sepadan terhadap angkatan kerja. Sebagian besar ODHA masih berumur 15–49 tahun, yang sebenarnya merupakan usia produktif. Menurut laporan ILO terakhir, *"HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response, 2004,"* diperkirakan 26 juta pekerja (semua sektor) di seluruh dunia adalah ODHA³.

Penerapan kewaspadaan universal dan program K3 untuk meminimalkan terjadinya penularan dalam semua tindakan medis atau kesehatan merupakan salah satu kebijakan dasar yang terdapat dalam Rencana Kerja Jangka Menengah 2005–2009 Peningkatan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan untuk ODHA dan Pencegahan HIV/AIDS di Indonesia². Rumahsakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito Yogyakarta merupakan salah satu dari 25 rumahsakit di seluruh Indonesia yang ditunjuk sebagai rumahsakit rujukan perawatan pasien penderita penyakit HIV/AIDS berdasarkan SK Menkes RI Nomor 781/MENKES/SK/VII/2004 tentang

Penetapan Rumahsakit Rujukan bagi Orang dengan HIV/AIDS. Hal ini dipandang perlu dilakukan dalam rangka penanganan, penanggulangan dan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi ODHA. Selama tahun 2005, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta merawat inap 33 orang pasien HIV/AIDS dan kurang lebih 80 kunjungan di Klinik Edelweis selama bulan Februari 2006. Klinik Edelweis merupakan klinik khusus untuk melayani konseling, konsultasi maupun pengobatan khusus pasien HIV/AIDS di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang aktif melayani pasien sejak Bulan Mei tahun 2005.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimana pelaksanaan manajemen risiko penularan HIV/AIDS di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Rumusan masalah secara detail terlihat dalam pertanyaan-pertanyaan berikut.

1. Bagaimana penerapan *universal precaution* (selanjutnya disingkat *UP*) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta untuk mencegah terjadinya penularan penyakit HIV/AIDS?
2. Bagaimana pengetahuan petugas kesehatan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tentang *UP*?
3. Bagaimana sikap petugas kesehatan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta terhadap penerapan *UP*?
4. Bagaimana ketersediaan fasilitas dan alat pendukung penerapan *UP* di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta?

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengetahui bagaimana manajemen risiko penularan penyakit HIV/AIDS dengan penerapan *UP* di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Tujuan khusus penelitian yaitu:

1. untuk mengetahui bagaimana penerapan *UP* dalam pelayanan kesehatan terhadap pasien HIV/AIDS di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta,
2. untuk mengetahui bagaimana pengetahuan petugas kesehatan tentang *UP* di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta,
3. untuk mengetahui bagaimana sikap petugas kesehatan dalam penerapan *UP* di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dan
4. untuk memperoleh informasi tentang ketersediaan alat dan fasilitas pendukung penerapan *UP* di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif menggunakan rancangan studi kasus eksploratif. Subyek penelitian adalah petugas kesehatan yang bekerja di Instalasi Rawat Inap I (IRNA I) RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Variabel penelitian ialah sebagai berikut.

1. Variabel terikat (*dependent variable*), yakni kesesuaian manajemen risiko penularan penyakit HIV/AIDS dengan standar penerapan *Universal Precaution* (UP)
2. Variabel bebas (*independent variable*), berupa (a) pengetahuan dan pemahaman petugas kesehatan tentang UP, (b) sikap petugas terhadap pedoman UP, dan (c) sarana dan fasilitas UP di rumahsakit.

Responden yang diamati, diwawancarai, diobservasi maupun yang menjadi peserta FGD dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang terlibat, baik secara langsung maupun tidak langsung, dalam penanganan pasien di IRNA I. Total responden sebanyak 100 orang dengan rincian 61 responden diobservasi, 15 orang diwawancara, dan 24 responden menjadi peserta FGD dalam tiga kali pertemuan. Peneliti juga memperoleh beberapa data berupa gambar (foto) dan arsip. Karakteristik responden yang diobservasi terlihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden Observasi

Usia (tahun)	Jumlah	%
< 30	11	18
30–40	32	52
40–50	12	20
> 50	3	5
Tidak diketahui	3	5
Jenis Kelamin		
Laki-laki	19	31
Perempuan	42	69
Tingkat Pendidikan		
SPK	8	13
D3 Keperawatan	48	79
S1 Keperawatan	4	7
Tidak diketahui	1	1
Lama Bekerja (tahun)		
< 10	12	20
10–15	14	23
16–20	10	16
> 20	7	11
Tidak diketahui	18	30
Total Responden	61	

Hasil dan Pembahasan

Penerapan *Universal Precaution* di RSUP Dr. Sardjito

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta memiliki kebijakan khusus yang mengatur pengelolaan dan perawatan pasien AIDS. Kebijakan tersebut tertuang dalam Dokumen Nomor 02.5.07.202.21 yang diterbitkan tanggal 3 Januari 2004 oleh Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito. Komitmen rumahsakit untuk memberikan pelayanan terbaik bagi pasien HIV/AIDS nampak pada poin pertama dari kebijakan tersebut.

"Semua staf pelaksana pelayanan (administrasi, medis, penunjang medis, dsb) WAJIB memberikan pelayanan terhadap pasien HIV/AIDS sebagaimana layaknya pasien lain di semua instalasi".

Butir kebijakan yang mengatur tentang diterapkannya *Universal Precaution* atau Kewaspadaan Universal tercantum pada poin.

"Pasien dengan HIV/AIDS boleh dirawat di bangsal manapun kecuali IRNA III, IRNA V & Bangsal Cempaka Mulia, dengan tetap mengacu pada *Universal Precaution* atau Kewaspadaan Universal".

Lima orang responden mengaku bahwa mereka mulai mendengar tentang penerapan UP di rumahsakit sekitar tahun 2000, terutama setelah kasus HIV/AIDS mulai merebak dan beberapa pasien HIV/AIDS dirawat di rumahsakit yang kemudian disusul dengan epidemi kasus flu burung (*avian flu*). Sosialisasi tentang UP melalui pelatihan maupun informasi internal di lingkungan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sudah berjalan dalam proses yang cukup lama. Hal ini penting ditindaklanjuti dengan sosialisasi program maupun kebijakan terkait dengan UP yang disertai sistem monitoring dan evaluasi. Saat ini RSUP Dr. Sardjito memiliki Tim Inos dan Panitia Inos (Infeksi Nosokomial) yang bertanggungjawab mengendalikan infeksi di lingkungan rumahsakit. Khusus untuk monitoring penerapan UP di kalangan tenaga kesehatan belum ada kebijakan khusus, misalnya dalam hal *punishment* dan *reward* bagi tenaga kesehatan.

Kebijakan pengelolaan sampah medis dan limbah benda tajam diatur dalam dua kebijakan yang berbeda. Masing-masing memiliki prosedur berbeda. Prosedur pengelolaan sampah medis adalah sebagai berikut.

1. Tahap Persiapan
 - a. Letakkan bak sampah medis di tempat yang telah ditentukan
 - b. Pasang kantong plastik pelapis warnah kuning berlogo infeksius ke dalam bak sampah
2. Tahap Pengumpulan
 - a. Buka bak sampah medis
 - b. Masukkan sampah medis ke dalam bak sampah medis
 - c. Tutup kembali bak sampah medis dengan rapat

3. Tahap Pengangkutan
 - a. Gunakan APD (Alat Pelindung Diri)
 - b. Siapkan kereta dorong dan ember penampung sampah medis
 - c. Buka tutup bak sampah
 - d. Ikat kantong plastik pelapis bak sampah medis
 - e. Tutup kembali bak sampah medis dengan rapat
 - f. Angkat bak sampah medis
 - g. Letakkan di atas kereta dorong
 - h. Angkat sampah medis menuju tempat pemusnahan sampah medis (*incenerator*)
 - i. Letakkan sampah di dalam kantong plastik di lokasi pemusnahan sampah medis
 - j. Angkat kembali bak sampah medis ke ruangan
 - k. Cuci bak sampah medis dengan desinfektan
4. Tahap Pemusnahan
 - a. Gunakan APD seperti *wear pack*, sarung tangan, masker *full face*/helm pengaman, sepatu boot
 - b. Catat sampah medis berdasarkan asal dan beratnya
 - c. Masukkan ke dalam mesin pemusnah sampah (*incenerator*)

Prosedur pengelolaan limbah benda tajam adalah sebagai berikut.

1. Tahap persiapan: Letakkan kontainer/wadah khusus untuk benda tajam di tempat yang ditentukan.
2. Tahap Pemisahan
 - a. Gunakan APD berupa sarung tangan
 - b. Pisahkan limbah benda tajam dari limbah medis lain
 - c. Masukkan limbah benda tajam ke dalam kontainer/wadah yang telah tersedia
3. Tahap pengangkutan
 - a. Gunakan APD
 - b. Siapkan kereta angkut dan ember bak sampah medis
 - c. Buka tutup bak sampah medis
 - d. Masukkan kontainer/wadah untuk limbah benda tajam ke dalam kantong plastik warna kuning berlogo biohazard
 - e. Ikat kantong plastik
 - f. Angkut dengan menggunakan kereta menuju lokasi incinerator.

Kedua kebijakan pengelolaan limbah ini dikeluarkan pada tanggal 5 Januari tahun 2004. Kebijakan tersebut disusun untuk memaksimalkan kinerja pengelolaan lingkungan di rumahsakit. Pernyataan dari responden berikut mendukung kesimpulan bahwa pengelolaan limbah dan sampah medis di RSUP Dr. Sardjito yogyakarta sudah cukup baik.

"Pengelolaan alat tajam pun sudah kita sendiri dan dikirim ke sanitasi. Pengelolaan limbah yang tercemar oleh darah atau cairan tubuh juga sudah dikelola dengan aman" (Responden 1).

Pengetahuan dan Pemahaman Petugas Kesehatan Tentang UP

Prosedur mencuci tangan merupakan prosedur terpenting dalam penerapan kewaspadaan universal. Semua tindakan medis, baik sebelum dan sesudah tindakan seharusnya melakukan prosedur mencuci tangan. Ada tujuh langkah mencuci tangan yang diamati dalam observasi yang dilakukan terhadap 61 tenaga kesehatan. Terlihat ada empat langkah yang sudah dilakukan dengan tepat, setidaknya oleh sebagian besar responden yaitu prosedur nomor 1, 2, 3 dan 5. Hal ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan yang diamati, relatif sudah mengetahui prosedur pencucian tangan yang benar sebelum atau pun sesudah melakukan pelayanan terhadap pasien.

Data lain yang menunjukkan pengetahuan petugas kesehatan tentang UP diperoleh dari hasil wawancara dan FGD. Wawancara dilakukan terhadap 15 orang tenaga kesehatan. Sehubungan dengan pengetahuan petugas kesehatan terhadap manfaat dan tujuan penerapan UP di rumahsakit, diperoleh beberapa jawaban serta komentar yang bervariasi antara lain seperti kutipan wawancara berikut.

"Manfaat diterapkannya UP di rumahsakit besar sekali yaitu agar petugas kesehatan dapat aman dan nyaman bekerja di rumahsakit. Tujuannya adalah agar petugas kesehatan terlindungi dan sebaliknya tidak menularkan penyakit kepada pasien".

Jawaban yang mendukung pernyataan di atas terlihat dalam kutipan wawancara pada responden lain sebagai berikut.

"UP adalah alat yang kita pakai untuk melindungi diri dari risiko penularan penyakit. UP sangat bermanfaat bahkan harus dipakai terutama di bangsal karena di sana risiko penularannya lebih besar dan bersentuhan langsung dengan pasien".

Jawaban petugas kesehatan tersebut menggambarkan bahwa meskipun sebagian besar petugas kesehatan belum mendapat pelatihan khusus tentang UP, namun mereka mengetahui manfaat dan tujuan penerapan UP dalam perawatan dan penanganan pasien di rumahsakit. Hal ini terutama dalam perawatan pasien dengan penyakit menular melalui cairan tubuh/darah seperti HIV/AIDS dan Hepatitis.

Sebagian besar dari petugas kesehatan sudah mengetahui dan memahami UP tetapi belum optimal dalam pelaksanaan, yaitu hanya 32% tenaga kesehatan yang menggunakan pelindung mata pada kondisi memerlukan pemakaian pelindung mata dan 40% yang kadang-kadang menutup kembali alat suntik setelah digunakan. Setelah dikaji ulang,

ternyata kepatuhan petugas kesehatan terhadap UP dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu lama kerja, pengetahuan tentang penularan penyakit *bloodborne pathogen* dan kendala-kendala dalam praktek dan komitmen menjaga lingkungan kerja yang aman⁵.

Pengetahuan tentang pencegahan infeksi HIV/AIDS sangat penting untuk petugas kesehatan di rumahsakit dan sarana kesehatan lainnya. Kemampuan untuk mencegah transmisi infeksi HIV/AIDS di rumahsakit dan upaya pencegahan terjadinya infeksi adalah langkah pertama dalam pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelatihan maupun pelatihan penyegaran yang diberikan hendaknya tidak hanya difokuskan pada kesalahan yang telah terjadi, tetapi juga dalam ketersediaan informasi dan mekanisme dukungan terhadap tenaga kesehatan. Keadaan ini dapat diwujudkan dengan melengkapi informasi-informasi terbaru dan menyediakan alat-alat serta fasilitas untuk mendukung kepatuhan terhadap kewaspadaan universal.

Sikap Petugas Kesehatan terhadap UP

Observasi digunakan untuk memperoleh informasi tentang sikap petugas kesehatan terhadap prosedur pelaksanaan UP di rumahsakit. Observasi dilakukan melalui pengamatan perilaku petugas kesehatan sehari-hari ketika melakukan tindakan perawatan. Observasi dilakukan terhadap delapan orang petugas. Observer melakukan pencatatan terhadap setiap prosedur pemakaian sarung tangan yang dilakukan oleh petugas kesehatan yang diamati. Hasil pengamatan terlihat pada Tabel 2 berikut.

Tabel 2. Pemakaian Sarung Tangan dan Prosedurnya

Prosedur	Keterangan			
	Dilakukan	%	Tidak dilakukan	%
Mencuci tangan	6	75	2	25
Buka paket sarung tangan di tempat yang lapang dan steril	4	50	4	50
Letakkan sarung tangan dengan bagian telapak tangan menghadap ke atas	8	100	0	-
Ambil sarung tangan dengan memegang pada sebelah dalam lipatan	8	100	0	-
Posisikan sarung tangan setinggi pinggang dan menggantung ke lantai sehingga bagian lubang untuk jari tangan terbuka	8	100	0	-
Masukkan tangan dan jaga agar tetap tidak menyentuh permukaan	8	100	0	-
Ambil sarung tangan kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang sudah memakai sarung tangan ke bagian lipatan	7	87,5	1	12,5
Pasang sarung tangan, kemudian atur posisi sarung tangan agar terasa pas di tangan	8	100	0	-

Berdasarkan data Tabel 2 terlihat kepatuhan petugas kesehatan dalam mengikuti prosedur pemakaian sarung tangan yang benar relatif sudah baik serta sesuai dengan pedoman yang ada. Hal ini diketahui berdasarkan prosedur yang harus dilakukan dalam pemakaian sarung tangan. Lima prosedur sudah dilakukan dengan benar oleh delapan orang petugas kesehatan yang diamati. Meskipun masih ada petugas yang tidak mengikuti prosedur yang seharusnya dilakukan, hal ini dapat dimengerti karena petugas kesehatan yang diobservasi belum semuanya mendapat pelatihan tentang penerapan Kewaspadaan Universal.

Mencuci tangan adalah tindakan yang paling penting dalam pencegahan kontaminasi silang (dari orang ke orang atau benda terkontaminasi ke orang). Pencucian tangan hendaknya dilakukan juga sesudah melepas sarung tangan karena kemungkinan sarung tangan berlubang atau robek sehingga bakteri dapat dengan mudah berkembang biak di lingkungan yang hangat dan basah dalam sarung tangan.

Beberapa informan, dalam wawancara dan FGD, menyampaikan bahwa setiap hari mereka berinisiatif untuk melakukan penyegaran dan saling mengingatkan untuk selalu menerapkan standar-standar Kewaspadaan Universal dalam memberikan pelayanan medis di bangsal masing-masing. Hal tersebut terlihat dalam petikan wawancara berikut.

”Setiap pagi pun kami melakukan refreshing/mengingatn kembali antar perawat, apalagi bila ada penyimpangan. Jadi selalu ada evaluasi sendiri diantara kami” **(Responden 3)**.

“Setiap pagi ada pre-conference. Saya selalu mengingatkan teman-teman tentang penerapan UP” **(Responden 1)**.

Terlihat bahwa ada kemauan dan kesadaran dari para petugas kesehatan yang berinisiatif untuk selalu mengingatkan rekan-rekannya agar dalam bekerja selalu menerapkan prinsip-prinsip penerapan UP. Hal ini diperlukan sehingga di setiap bangsal terdapat kontrol secara internal. Kecenderungan untuk melalaikan prosedur dan standar-standar UP dapat diminimalkan dan diharapkan dapat memperkecil kemungkinan terjadinya risiko pajanan penyakit infeksi, khususnya penyakit HIV/AIDS terhadap petugas kesehatan.

Tidak semua petugas kesehatan mematuhi pedoman secara tepat. Hal ini ditunjukkan dalam beberapa tindakan medis yang tidak aman, seperti pada saat melakukan penyuntikan tanpa menggunakan sarung tangan.



Gambar 1. Tindakan Medis Tanpa Sarung Tangan
(Dok. KFK Bedah IRNA I)

Perilaku petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan dan pertolongan medis (injeksi) pada pasien seperti yang terlihat pada Gambar 1 sangat berisiko terpajan. Keadaan ini berlawanan bila dibandingkan dengan perilaku 'aman' yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan pada Gambar 2. Terlihat petugas memakai sarung tangan ketika menyuntik pasien.



Gambar 2. Penggunaan Sarung Tangan
(Sumber: http://www.uow.edu.au/health/safehands/healthcare_workersafety.html)

Masalah kepatuhan petugas dalam pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) masih menjadi pokok perhatian di instansi-instansi pelayanan kesehatan di Indonesia maupun di negara-negara lain. Dasar dari penggunaan injeksi yang aman dan tepat adalah suatu strategi perubahan perilaku bagi para tenaga medis pemerintah maupun swasta. Komponen-komponen kunci untuk perubahan perilaku ini meliputi pembentukan strategi perubahan perilaku nasional, kerjasama pada pelaksanaan injeksi yang aman dan standar minimum perawatan pada tingkat institusi, mempromosikan teknologi yang aman dan promosi penggunaan injeksi yang rasional, serta menyarankan penggunaan obat-obatan oral bila sesuai (ILO-WHO, 2005). Pedoman pelayanan kesehatan HIV/AIDS, secara lebih lanjut, menjelaskan bahwa suatu tindakan injeksi yang aman

adalah bila tidak menyakiti resipien, tidak memaparkan pelaku terhadap setiap risiko yang dapat dihindari, dan tidak menghasilkan sampah yang berbahaya bagi masyarakat.

Prevalensi ketidakpatuhan dalam pemakaian sarung tangan pada saat memeriksa/menolong pasien serta ketidakpatuhan mencuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan masih tinggi. Angka ketidakpatuhan pemakaian sarung tangan (sarung tangan) dari 137 responden sebesar 61%, sedangkan ketidakpatuhan mencuci tangan sebesar 40%. Ketidakpatuhan terhadap kedua variabel tersebut sebesar 67%⁴. Keadaan ini serupa dengan survei yang dilakukan terhadap 75 dokter dan 143 perawat di Rumahsakit Birmingham Inggris yang menunjukkan ada perbedaan signifikan antara pengetahuan dan kepatuhan mereka terhadap UP. Dari segi pengetahuan tentang risiko penularan BBV hanya 41% dokter yang menganggap bahwa setiap pasien berpotensi menjadi sumber penularan, sedangkan perawat menunjukkan hasil yang lebih baik yaitu sebesar 86 %⁶.

Ketersediaan Fasilitas dan Alat Kewaspadaan Universal (KU)

Fasilitas penunjang penerapan Kewaspadaan Universal di RSUP Dr. Sardjito relatif cukup. Perhatian khusus perlu diberikan pada beberapa aspek, terutama dalam pendistribusian ke setiap bangsal dan unit-unit perawatan. Kekurangan APD merupakan kendala yang paling sering diungkapkan oleh petugas kesehatan dalam wawancara maupun FGD. Pernyataan dalam wawancara dan FGD menunjukkan kebutuhan petugas kesehatan terhadap kecukupan APD di RSUP Dr. Sardjito, khususnya di IRNA I. Ketika ditanyakan tentang kecukupan alat dan fasilitas penunjang, jawaban yang diperoleh sebagian besar berupa usulan-usulan untuk memperhatikan ketersediaan alat penunjang Kewaspadaan Universal tanpa menambah beban biaya penyediaan APD yang digunakan oleh tenaga kesehatan kepada pasien. Hal ini dianggap sebagai salah satu kendala bagi para petugas kesehatan ketika melaksanakan Kewaspadaan Universal dalam pelayanan terhadap pasien.

"Kendala dalam pelaksanaan UP misalnya penggunaan sarung tangan, dulu belum masuk dalam belanja rumahsakit. Ketika tahun ini UP sudah diperkenalkan di RS dan masuk dalam anggaran rumahsakit, orang rame-rame meminta alat-alat kesehatan. Kami dari Panitia Pengendali Infeksi sendiri mengharuskan dalam setiap ruangan harus memiliki alat-alat pelindung. Sekarang K3 malah kehabisan alat-alat tersebut. Jadi sekarang kami berusaha menambah fasilitas seperti sarung tangan. Pasien pun ikut dibebani biaya sarung tangan, masker, jadi pasien ikut dibebani biaya perlindungan tersebut"
(Responden 5).

Untuk menekan biaya penyediaan alat-alat tersebut, maka di beberapa bangsal terpaksa dilakukan 'daur ulang' sarung tangan. Beberapa informan dalam wawancara menyampaikan keprihatinan mereka terhadap beban biaya yang harus ditanggung oleh pasien dan keluarganya yang semakin bertambah jika dalam setiap tindakan medis para tenaga kesehatan memakai sarung tangan yang berbeda.

"Usul saya untuk pelaksanaan UP di RS adalah perlunya penyediaan sarung tangan panjang yang memadai. Karena hal ini kadang menjadi beban bagi pasien yang memakai askes dan dibebani biaya alat dalam pengobatan, meskipun obatnya sudah generik. Kalau bisa RS ikut membantu pasien dengan menyediakan sarung tangan panjang" **(Responden 4)**.

Pernyataan serupa berasal dari salah seorang responden berikut yang menunjukkan bahwa dalam penerapan UP ada kendala yang berkaitan dengan fasilitas sarung tangan yang dianggap masih kurang. Pada satu sisi pernyataan berikut ini mengindikasikan juga bahwa kesadaran dan kepedulian tenaga kesehatan akan pentingnya perlindungan diri dalam pelayanan kepada pasien sudah tinggi.

"Kendala dalam penerapan UP terkadang timbul dari alat-alat/fasilitas yang terbatas. Padahal petugas yang memakainya banyak sehingga kadang kami harus antri memakainya. Selain itu, mengingat terkadang biaya pemakaian alat UP (sarung tangan) masih dibebankan kepada pasien, kami juga hemat dan efisien dalam memakai alat (kadang dipakai 2 kali, kecuali HIV hanya dipakai sekali) agar beban pasien tidak terlalu berat karena pemakaian alat. Karena mereka harus memakai alat yang diberikan oleh RS, tidak boleh membeli di luar. Apalagi pasien HIV yang alatnya dipakai sekali, jadi sistem pakai dan buang. Kesimpulannya alat disini sebenarnya belum cukup untuk pelaksanaan UP" **(Responden 6)**.

Beberapa responden mengusulkan pemakaian alat pengering elektronik yang dianggap lebih praktis, lebih higienis, serta efisien dibandingkan dengan menggunakan handuk atau tissue sekali pakai. Petugas mengeluhkan kurangnya handuk yang kering dan steril ketika dibutuhkan pada saat harus mengeringkan tangan. Terkadang mereka terpaksa menggunakan kain lap atau handuk yang sudah lembab sehingga tidak yakin apakah tangan mereka sudah cukup steril sekalipun sudah melakukan prosedur cuci tangan steril.

Peneliti juga mendapatkan informasi yang berkaitan dengan keinginan dari beberapa responden mengenai permintaan pengaturan ruangan khusus untuk pasien ODHA. Usulan untuk mengkonsentrasikan perawatan ODHA dalam suatu instalasi khusus bertujuan supaya petugas maupun perlengkapan UP dapat dikonsentrasikan di pusat perawatan

khusus tersebut. Pendapat ini disampaikan oleh salah seorang responden seperti terlihat dalam petikan wawancara berikut.

”Perlu ruangan perawatan khusus untuk pasien HIV karena pada saat protap dibuat, kasus HIV masih sedikit, tetapi karena pasien sudah banyak, dengan cara ini bisa terkonsentrasi di satu tempat seperti di RS. XYZ (salah satu rumahsakit rujukan ODHA)” **(Responden 11)**.

Berdasarkan pertimbangan faktor stress yang cukup tinggi pada tenaga kesehatan yang merawat pasien ODHA, diharapkan dengan mengkonsentrasikan pasien ODHA maka petugas yang merawat ODHA dapat diatur secara rotasi (bergantian).

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

1. Secara umum langkah-langkah pengendalian penularan penyakit HIV/AIDS melalui manajemen risiko penularan penyakit HIV/AIDS di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta telah berjalan cukup baik. Hal ini didukung adanya beberapa komponen yang saling berkaitan, yakni adanya dukungan dari manajemen rumahsakit berupa kebijakan pengelolaan pasien AIDS dan juga adanya kebijakan pengelolaan limbah serta alat tajam. Kebijakan-kebijakan tersebut juga diikuti dengan sosialisasi dan pelatihan UP kepada petugas kesehatan.
2. Pengetahuan petugas kesehatan tentang UP secara umum sudah cukup baik, begitu pula dalam penerapannya. Pada umumnya petugas kesehatan sudah memahami manfaat dan pentingnya penerapan UP dalam perawatan dan pelayanan kesehatan pasien ODHA. Petugas kesehatan juga menyadari keterbatasan mereka sehingga mengharapkan adanya pelatihan dan pendidikan secara rutin tentang UP di rumahsakit.
3. Pengetahuan dan pemahaman petugas kesehatan yang baik tentang UP dan manfaatnya mempengaruhi kepatuhan dalam tindakan keperawatan. Tidak dapat dipungkiri masih ada beberapa petugas yang tidak mematuhi prosedur UP dengan benar.
4. Fasilitas penunjang UP, baik berupa Alat Pelindung Diri (APD) maupun fasilitas lainnya, sudah cukup namun belum memadai. Masih diperlukan penanganan yang lebih serius untuk menjamin tersedianya alat dan fasilitas UP bagi petugas kesehatan.

Saran

1. **Sosialisasi kebijakan penerapan Kewaspadaan Universal (KU).** Kebijakan dan program penerapan Kewaspadaan Universal harusnya diketahui oleh semua tenaga kesehatan dan staff di rumahsakit sehingga terbangun kepedulian bersama untuk menerapkannya di tempat kerja masing-masing. Perlu dilakukan advokasi pada level pemerintah daerah melalui KPAD dan DPRD untuk mendukung penerapan Kewaspadaan Universal dalam sarana medis pemerintah.
2. **Pelatihan yang sesuai bagi tenaga kesehatan pada semua tingkat.** Peningkatan pengetahuan bagi tenaga kesehatan dalam penerapan Kewaspadaan Universal dan kemampuan melaksanakan manajemen risiko penularan penyakit khususnya penyakit HIV/AIDS di rumahsakit, serta mengurangi sikap negatif dan diskriminatif terhadap rekan kerja dan pasien yang hidup dengan penyakit HIV/AIDS.

3. **Monitoring dan evaluasi penerapan UP secara rutin dan berkala.**
Penting untuk memastikan pelaksanaan Kewaspadaan Universal secara optimal dalam pelaksanaan manajemen risiko penularan penyakit HIV/AIDS. Diperlukan sistem monitoring dan evaluasi yang baik. Memaksimalkan Tim Infeksi Nosokomial rumahsakit adalah langkah yang dipandang perlu dilakukan untuk mendukung program ini.
4. **Manajemen distribusi APD dan kelengkapannya di setiap bangsal.**
Kewaspadaan Universal sulit diterapkan oleh tenaga kesehatan dalam perilaku kerja mereka sehari-hari tanpa ketersediaan sarana dan alat-alat pendukung. Pembiasaan diri menggunakan alat pelindung yang sesuai kebutuhan akan mempengaruhi perilaku. Kebiasaan menggunakan APD dalam pelayanan kesehatan diharapkan akan menjadi perilaku kerja tenaga kesehatan di rumahsakit.
5. **Pengelolaan limbah rumahsakit dan benda tajam dengan optimal.**
Pengelolaan limbah rumahsakit yang baik diperlukan untuk mendukung penerapan Kewaspadaan Universal. Pengelolaan ini hendaknya dilengkapi peraturan, pedoman dan kebijakan yang mengatur pengelolaan limbah secara tepat. Saat ini RSUP Dr. Sardjito telah dilengkapi dengan fasilitas pengelolaan limbah yang baik, namun masih perlu disempurnakan dan ditingkatkan lagi untuk menjadi semakin baik.

Daftar Pustaka

- Centers for Disease Control (1987) Universal Precautions for Prevention of Transmission of HIV and Other Bloodborne Infections, <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/BLOOD/UNIVERSA.HTM>, diakses 24 Juni 2005
- Depkes RI (2005) Rencana Kerja Jangka Menengah 2005–2009 Peningkatan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan untuk ODHA dan Pencegahan HIV/AIDS di Indonesia, Jakarta
- ILO-WHO (2005) Pedoman Bersama ILO/WHO tentang Kesehatan dan HIV/AIDS, Dirjen. Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan, Depnaker RI, Jakarta
- Ji, G., Yin, H., Chen, Y (2005) Prevalence of and Risk Factors for Non-Compliance with Glove Utilization and Hand Hygiene among Obstetrics and Gynaecology Workers in Rural China, *Journal of Hospital Infection* (59, 235-241)
- Kermode, M., Jolley, D., Langkham, B., Thomas, M.S., Holmes, W., Gifford, S.M (2004a) Compliance with Universal/Standard Precautions among Health Care Workers in Rural North India, *Journal of Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*, (07-14)
- Stein, A. D., Makarawo, T. P., Ahmad, M. F. R (2003) A Survey of Doctor's and Nurse's Knowledge, Attitudes and Compliance with Infection Control Guidelines in Birmingham Teaching Hospitals, *Journal of Hospital Infection* (54. 68-73)