

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Beban Kerja

2.1.1 Pengertian Beban Kerja

Beban kerja adalah frekwensi rata-rata kegiatan dari masing-masing pekerjaan dalam jangka waktu tertentu (Irwandy, 2007).

Beban kerja merupakan salah satu unsur yang harus diperhatikan bagi seorang tenaga kerja untuk mendapatkan keserasaian dan produktifitas tenaga kerja yang tinggi selain unsur beban tambahan akibat lingkungan kerja dan kapasitas kerja (Sodiharto, 2001).

Beban kerja secara umum menurut Groenewegen dan Hutten (1991) adalah keseluruhan waktu yang digunakan dalam melakukan aktivitas atau kegiatan dalam kerja. Menurut Finkler dan Koyner (2000), beban kerja diartikan sebagai volume kerja dari suatu unit atau departemen. Dari pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa beban kerja adalah keseluruhan waktu yang digunakan untuk melakukan kegiatan di suatu unit atau departemen.

Sedangkan beban kerja perawat menurut Hubber (2000) adalah pengukuran dari aktifitas kerja perawat dan ketergantungan klien terhadap asuhan keperawatan. Beban kerja perawat di rumah sakit terkait dengan dua fungsi variabel, yaitu jumlah harian klien dan waktu asuhan keperawatan setiap klien per hari (Kirby dan Wiczai, 1985; dalam Hubber, 2000).

Pengertian beban kerja dapat dilihat dari dua sudut pandang, yaitu secara subyektif dan secara obyektif. Beban kerja secara obyektif adalah keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktifitas yang dilakukan. Beban kerja subyektif adalah ukuran yang dipakai seseorang terhadap

pertanyaan tentang beban kerja yang diajukan, tentang perasaan kelebihan beban kerja, ukuran dan tekanan pekerjaan dan kepuasan kerja (Groenewegen dan Hutten, dalam Irwandy, 2007).

Menurut Schult dalam Irwandy (2007), beban kerja dibedakan menjadi dua yaitu beban kerja kuantitatif dan kualitatif. Beban kerja kuantitatif menunjukkan adanya jumlah pekerjaan yang besar yang harus dilakukan pada satuan waktu, misalnya jam kerja yang tinggi, derajat tanggung jawab yang besar, tekanan kerja sehari-hari dan sebagainya. Sementara beban kerja kualitatif terjadi apabila pekerjaan yang dihadapi terlalu sulit.

2.1.2 Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja

Menurut Swanburg dalam Samba (2000) dikatakan bahwa secara nasional kekurangan tenaga perawat sekitar 100.000 rumah sakit. Dalam hal yang bersamaan terjadi peningkatan usia harapan hidup lebih dari 65 tahun, yang merupakan konsumen pelayanan keperawatan. Tenaga keperawatan menurun pada saat kebutuhan konsumen atau klien meningkat, sehingga beban kerja perawat semakin meningkat. Faktor lain yang mempengaruhi beban kerja disamping jumlah tenaga dan jumlah konsumen atau klien, adalah faktor keterampilan manajemen perawat atau pengalaman kerja perawat dan faktor tingkat pendidikan perawat.

Faktor yang mempengaruhi beban kerja perawat antara lain adalah :

1. Jumlah Klien dan Tenaga

Apabila dalam suatu ruangan jumlah pasien yang ada melebihi batas yang diinginkan, maka seorang perawat akan merasakan sebuah beban kerja yang makin besar

dimana setiap pasien harus mendapatkan pelayanan yang seharusnya. Jika dalam ruangan jumlah perawat yang disediakan tidak memenuhi kriteria yang seharusnya, maka akan berdampak pada beban kerja perawat yang bersangkutan. Dimana terdapat tuntutan yang harus dilakukan seorang perawat diantaranya harus melaksanakan observasi tiap pasien secara ketat, terlalu banyak pekerjaan yang harus dilakukan demi kesehatan dan keselamatan pasien dan tindakan untuk selalu menyelamatkan pasien dari keadaan kritis, koma atau kondisi terminal.

2. Ketrampilan Manajemen

Pengertian ini diambil alih oleh Kepala Ruangan dalam suatu pekerjaan, dimana setiap kepala ruangan harusnya memiliki manajemen yang bagus dalam setiap akan mengambil keputusannya. Seperti sistem manajemen yang diterapkan diruangan, dalam suatu pekerjaan suatu manajemen harus diperhatikan secara optimal. Jika manajemen diruang tersebut kurang bagus, maka akan berdampak pada pelayanan yang diberikan kepada masyarakat sebagai penerima pelayanan.

3. Tingkat Pendidikan

Salah satu faktor dari beban kerja adalah tingkat pendidikan, ini dikarenakan dalam suatu shift kerja tiap perawat dituntut untuk memiliki ilmu pengetahuan yang bagus. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi dalam setiap melakukan tindakan, jika tingkat pendidikan suatu perawatn rendah maka akan berdampak buruk pada pelayanan dan juga pekerjaan tersebut. Maka dari itu dalam setiap shift diharuskan salah satu dari beberapa teman kerja memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, karena pengetahuan merupakan salah satu kunci untuk melakukan suatu tindakan.

4. Kelengkapan Fasilitas/Kondisi Kerja

Kondisi kerja merupakan segala sesuatu yang berada dilingkungan kerja karyawan yang dapat mempengaruhi dirinya dalam menjalankan tugas sebagaimana mestinya. Sebaliknya jika kondisi kerjanya tidak mendukung maka perawat akan merasa malas untuk melakukan tindakan apapun karena lingkungan tidak mendukung untuk melakukan tindakan yang akan dilakukan. Karyawan menginginkan kondisi disekitar pekerjaannya lebih baik karena kondisi tersebut mengarah pada kenikmatan atau kesenangan secara fisik.

5. Jumlah pasien dan perawat

Apabila dalam suatu ruangan jumlah pasien yang ada melebihi batas yang diinginkan, maka seorang perawat akan merasakan sebuah beban kerja yang makin besar dimana setiap pasien harus mendapatkan pelayanan yang seharusnya. Jika dalam ruangan jumlah perawat yang disediakan tidak memenuhi kriteria yang seharusnya, maka akan berdampak pada beban kerja perawat yang bersangkutan. Dimana terdapat tuntutan yang harus dilakukan seorang perawat diantaranya harus melaksanakan observasi tiap pasien secara ketat, terlalu banyak pekerjaan yang harus dilakukan demi kesehatan dan keselamatan pasien dan tindakan untuk selalu menyelamatkan pasien dari keadaan kritis, koma atau kondisi terminal.

6. Kebutuhan pasien terhadap tindakan langsung

Kebutuhan langsung, yaitu dimana semua kegiatan yang mungkin dilaksanakan oleh seorang perawat terhadap pasien, misalnya menerima pasien, anamnesa pasien, mengukur tanda-tanda vital, menolong BAB/BAK, merawat luka, mengganti balutan, mengangkat jahitan, kompres, memberi suntikan/obat/imunisasi dan penyuluhan kesehatan.

7. Tugas tambahan

Begitupun tugas tambahan yang harus dikerjakan, banyaknya tugas tambahan yang harus dikerjakan oleh perawat dapat mengganggu penampilan kerja dari perawat. Akibat negatif dari banyaknya tugas tambahan perawat diantaranya timbulnya emosi perawat yang tidak sesuai dengan yang diharapkan dan berdampak buruk bagi produktifitas.

8. Tugas pencatatan dan pelaporan

Pencatatan yang dilakukan perawat tiap shift biasanya tugas yang paling membosankan/menjenuhkan, hal ini dikarenakan setiap tindakan yang telah dilakukan harus dicatat dan kemudian dilaporkan kepada perawat berikutnya, pencatatan yang banyak membuat beban perawat makin bertambah dan dianggap sia-sia karena tugas utama dari seorang perawat adalah memberikan asuhan keperawatan yang professional, perawat juga menuntut agar setiap shift ada bagian yang bertugas untuk melakukan pencatatan dan pelaporan. Beban kerja yang tinggi menyebabkan perawat merasa jenuh dengan pekerjaan yang dilakukan karena pekerjaan tersebut bukan bagian dari wewenangnya sebagai perawat.

2.1.3 Pendekatan Perhitungan Beban Kerja

Untuk menghitung beban kerja bukan suatu hal yang mudah. Selama ini kecenderungan kita dalam mengukur beban kerja berdasarkan keluhan dari personel bahwa mereka sangat sibuk dan menuntut diberi waktu lembur (Ilyas, 2000).

Sedangkan untuk menghitung beban kerja personel menurut Ilyas (2000), ada 3 cara yang dapat digunakan, yaitu :

1. *Work Sampling*

Pada *Work Sampling* yang menjadi pengamatan adalah aktivitas atau kegiatan keperawatan yang dilaksanakan perawat dalam menjalankan tugasnya sehari-hari diruangan

kerjanya. Pada *Work Sampling* yang diamati adalah apa yang dilakukan oleh perawat, informasi yang dibutuhkan peneliti adalah kegiatannya, bukan siapanya.

Pada teknik *Work Sampling*, kita akan mendapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati. Jadi jumlah pengamatan dapat dihitung sebagai contoh bila diamati kegiatan 5 perawat tiap shift, pengamatan selama 5 menit selama 24 jam (3 shift) dalam 6 hari kerja. Dengan demikian jumlah pengamatan yang besar ini menghasilkan data yang akurat yang menggambarkan kegiatan personel yang sedang diteliti.

2. *Time and Motion Study*

Pada teknik ini kita mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan personel yang akan kita amati. Pada teknik ini kita mengamati satu pekerjaan sampai selesai dan terus diamati sampai selesai jam kerja pada hari tersebut. Pada saat kita melakukan penelitian dengan teknik *Time and Motion Study*, yang kita amati adalah profesi atau pekerjaan tertentu. Maka yang akan kita teliti adalah kegiatan profesi itu dengan segala atributnya. Yang diamati adalah jenis kegiatan waktu yang dibutuhkan dan kualitasnya.

3. *Daily Log*

Daily Log merupakan bentuk sederhana dari *Work Sampling* dimana orang yang diteliti menuliskan sendiri kegiatan dari waktu yang digunakan kegiatan tersebut. Penggunaan teknik ini sangat bergantung terhadap kerjasama dan kejujuran dari personel yang sedang diteliti. Pendekatan itu relatif sederhana dan biaya murah. Peneliti biasanya membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari dan diisi sendiri oleh informan. Sebelum dilakukan penelitian perlu dilakukan penjelasan tentang tujuan dan cara pengisian formulir pada subyek personel yang akan diteliti.

Pada dasarnya, aktivitas manusia dapat digolongkan menjadi kerja fisik (otot) dan kerja mental (otak). Meskipun tidak dapat dipisahkan, namun masih dapat dibedakan pekerjaan dengan dominasi fisik dan pekerjaan dengan dominasi aktivitas mental.

Pengukuran beban kerja fisik dapat dilakukan dengan mengukur konsumsi energi atau oksigen selama aktivitas tersebut berlangsung.

Sedangkan pengukuran beban kerja mental dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan yaitu :

1) Metode Pengukuran Beban Kerja secara Objektif

Pada penelitian beban kerja objektif dapat dikelompokkan kegiatan personel yaitu (Ilyas,2004:73) :

a. Kegiatan langsung, yang meliputi kegiatan yang secara langsung berhubungan dengan pasien seperti melakukan observasi, memberi kompres, memberikan obat, memasang infus, merawat luka dan lain sebagainya.

Menurut Minetti dan Hurchinsun (1999) keperawatn langsung berdasarkan tingkat ketergantungan dan kebutuhan pelayanan : self care(2 jam), partial (3 jam), total(4-6 jam), intensif (8 jam). Melakukan penyuluhan kesehatan menurut Gillies (1998) : 15 menit/klien/hari

b. Kegiatan administrasi yaitu melakukan entry data ke komputer, membuat sensus harian dan daftar makan pasien, melakukan perincian biaya perawatan dan menyiapkan pasien pulang

c. Kegiatan lain lain yang tidak berhubungan langsung dengan pasien tapi menunjang untuk kegiatan perawatan secara umum seperti melipat kassa, mencuci alat/instrumen, merapikan ruanagn dan lain sebagainya

Menurut penelitian yang dilakukan RS Detroit :38 menit, Wolfe and Young (2000) : 60 menit/klien/hari dan harus diteliti masing masing rumah sakit

- d. Kegiatan pribadi yaitu kegiatan yang tidak berhubungan dengan pekerjaan antara lain sholat, makan, berobat
- e. Selang waktu yaitu saat perawat tidak melakukan kegiatan apapun, seperti berbincang bincang dengan teman, menonton televisi, membaca koran dan lain lain

2) Metode Pengukuran Beban Kerja secara Subjektif

Merupakan pengukuran beban kerja mental berdasarkan persepsi subyektif responden /pekerja. Berikut ini merupakan beberapa jenis metode pengukuran subjektif :

- a. Subjective Workload Assessment Technique (SWAT). Metoda SWAT merupakan multidimensional scale. Dalam model SWAT, performansi kerja manusia terdiri dari tiga dimensi ukuran beban kerja yang dihubungkan dengan performansi, yaitu :
 - b. *Time load* atau beban waktu yang menunjukkan jumlah waktu yang tersedia dalam perencanaan, pelaksanaan dan monitoring tugas
 - c. *Mental effort* atau beban usaha mental, yang berarti banyaknya usaha mental dalam melaksanakan suatu pekerjaan.
 - d. *Psychological stress* atau beban tekanan psikologis yang menunjukkan tingkat resiko pekerjaan, kebingungan, dan frustrasi.

Menurut Adipradana (2008) perhitungan beban kerja dapat dilihat dari tiga aspek, yaitu fisik, mental dan penggunaan waktu. Aspek fisik meliputi beban kerja berdasarkan kriteria-kriteria fisik manusia. Aspek mental merupakan perhitungan beban kerja dengan mempertimbangkan aspek mental (psikologi). Sedangkan aspek pemanfaatan waktu lebih mempertimbangkan pada aspek penggunaan waktu untuk bekerja. Aspek mental atau lebih

menekankan pada interpersonal perawat dengan kepala ruangan, perawat dengan perawat lainnya dan hubungan perawat dengan pasien, yang dapat mempengaruhi keserasian dan produktifitas kerja perawat sebagai alokasi penggunaan waktu guna peningkatan pelayanan keperawatan terhadap pasien.

2.1.4 Kelebihan Beban Kerja

Pengelolaan tenaga kerja yang tidak direncanakan dengan baik dapat menyebabkan keluhan subyektif, beban kerja semakin berat, tidak efektif dan tidak efisien yang memungkinkan ketidakpuasan bekerja yang mengakibatkan turunnya kinerja dan produktifitas serta mutu pelayanan yang merosot (Bina Diknakes, 2001).

Kelebihan beban kerja yang dirasakan perawat meliputi :

1. Harus melaksanakan observasi pasien secara ketat selama jam kerja
2. Terlalu banyak pekerjaan yang harus dilakukan demi kesehatan dan keselamatan pasien
3. Bergamnya jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi kesehatan dan keselamatan pasien
4. Kontak langsung perawat klien secara terus menerus selama 24 jam
5. Kurangnya jumlah perawat dibanding jumlah pasien
6. Pengetahuan dan ketrampilan perawat yang dimiliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan
7. Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas
8. Tuntutan keluarga untuk keselamatan dan kesehatan pasien
9. Setiap saat dihadapkan pada pengambilan keputusan yang tepat
10. Tanggungjawab yang tinggi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan klien diruangan
11. Menghadapi pasien dengan karakteristik tidak berdaya, koma dan kondisi terminal

12. Setiap saat melaksanakan tugas delegasi dari dokter (memberikan obat-obatan secara insentif)

13. Tindakan untuk selalu menyelamatkan pasien

Prestasi suatu organisasi atau perusahaan yang buruk dapat dengan mudah terjadinya penghentian tenaga kerja yang besar-besaran ataupun menyebabkan diperlukannya waktu banyak sekali untuk menyelesaikan suatu pekerjaan (Adipradana, 2008).

2.1.5 Perhitungan Tenaga

Menurut Suyanto (2008), perhitungan tenaga kerja perawat perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Faktor Klien

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga perawat, meliputi : tingkat kompleksitas perawat, kondisi pasien sesuai jenis penyakit dan usianya, jumlah pasien dan fluktuasinya, keadaan sosial ekonomi dan harapan pasien dan keluarga.

2. Faktor Tenaga

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga keperawatan, meliputi: jumlah dan komposisi tenaga keperawatan, kebijakan pengaturan dinas, uraian tugas perawat, kebijakan personalia, tingkat pendidikan dan pengalaman kerja, tenaga perawat spesialis dan sikap ethis professional.

3. Faktor Lingkungan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga keperawatan, meliputi: tipe dan lokasi rumah sakit, lay-out keperawatan, fasilitas dan jenis pelayanan yang diberikan,

kelengkapan peralatan medik atau diagnostik, pelayanan penunjang dan instansi lain dan mengancam kegiatan yang dilaksanakan.

4. Faktor Organisasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga keperawatan, meliputi: mutu pelayanan yang ditetapkan dan kebijakan pembinaan dan pengembangan.

2.1.6 Teori Kinerja

Kinerja dalam organisasi diartikan sebagai keberhasilan menyelesaikan tugas atau memenuhi target yang ditetapkan. Definisi kinerja menurut Wirawan (2009) adalah keluaran yang dihasilkan oleh fungsi atau indikator suatu pekerjaan atau suatu profesi dalam waktu tertentu. Kinerja atau prestasi kerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, A.A. Anwar Prabu, 2001). Sedangkan menurut Rivai & Basri (2004) kinerja adalah hasil seseorang secara keseluruhan selama periode tertentu di dalam melaksanakan tugas, seperti standar hasil kerja, target atau sasaran atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama.

Kinerja bila dikaitkan dengan kata benda adalah terjemahan dari kata *performance*, maka pengertian *performance* atau kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau kelompok orang dalam suatu perusahaan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab individu atau kelompok dalam upaya pencapaian tujuan perusahaan secara legal, tidak melanggar hukum dan tidak bertentangan dengan moral dan etika (Wirawan, 2009)

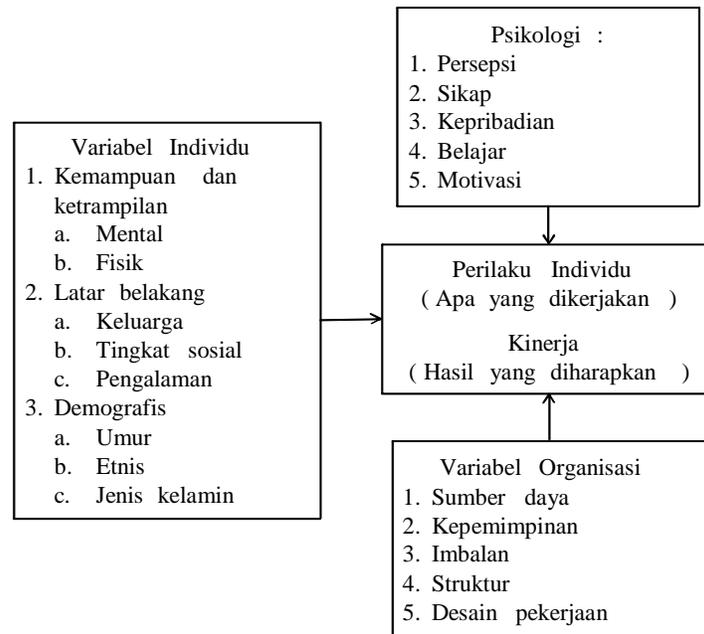
Kinerja mengandung 2 komponen penting yaitu : (1) kompetensi berarti individu atau organisasi memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi tingkat kinerjanya, (2) produktifitas

yaitu kompetensi tersebut dapat diterjemahkan kedalam tindakan atau kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja (*outcome*). Penentuan kinerja sangat diperlukan agar suatu lembaga atau individu dapat mengetahui apakah mereka telah berhasil dalam mencapai tujuan.

Dari beberapa pendapat ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa kinerja adalah prestasi kerja atau hasil kerja (*output*) baik kualitas maupun kuantitas yang dicapai selama periode waktu tertentu dalam menjalankan tugas kerjanya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

Prestasi atau kinerja individu memberikan kontribusi pada prestasi kelompok dan kinerja kelompok memberikan kontribusi pada kinerja organisasi. Kinerja individu adalah dasar dari kinerja organisasi (Gibson, James L., Ivancevich, John M., and Donnelly JR, James H., , 1997). Kinerja yang tidak efektif dari tiap tingkatan merupakan tanda bagi manajemen untuk segera melakukan perbaikan.

Faktor yang Mempengaruhi Kinerja menurut (Gibson, James L., Ivancevich, John M., and Donnelly JR, James H., , 1997) ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap kinerja yaitu faktor individu, faktor psikologis dan faktor organisasi



Gambar 2.1 Diagram Skematis teori Perilaku dan Kinerja (Gibson, James L., Ivancevich, John M., and Donnelly JR, James H., , 1997)

Kelompok variabel individu terdiri dari variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang pribadi dan demografis. Menurut (Gibson, James L., Ivancevich, John M., and Donnelly JR, James H., , 1997) dalam Ilyas (2002) variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja individu.

Kelompok variabel psikologis terdiri dari variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Variabel ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya, dan variabel demografis. Kelompok variabel organisasi menurut (Gibson, James L., Ivancevich, John M., and Donnelly JR, James H., , 1997) terdiri dari variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan.

Indikator kinerja ada beberapa pengertian tentang indikator yang disampaikan oleh para pakar yaitu : (1) indikator adalah pengukuran tidak langsung suatu peristiwa atau kondisi, (2)

indikator adalah variabel yang mengindikasikan atau menunjukkan satu kecenderungan situasi, yang dapat dipergunakan untuk mengukur perubahan, (3) indikator adalah variabel untuk mengukur suatu perubahan baik langsung maupun tidak langsung (WHO, 1981).

Karakteristik suatu indikator antara lain : (1) sah (*valid*): artinya indikator dapat dipakai untuk mengukur aspek yang akan dinilai, (2) dapat dipercaya (*reliable*): mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat yang berulang kali, untuk waktu sekarang maupun yang akan datang, (3) peka (*sensitive*): cukup peka untuk mengukur sehingga jumlahnya tidak perlu banyak, (4) spesifik (*specific*) memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas dan tidak tumpang tindih, (5) *relevan*: sesuai dengan aspek kegiatan yang akan diukur dan kritikal.

Untuk mengukur tingkat hasil suatu kegiatan digunakan indikator sebagai alat atau petunjuk untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan. Monitoring dilakukan terhadap indikator kunci guna dapat mengetahui penyimpangan atau prestasi yang dicapai. Dengan demikian setiap individu akan dapat menilai tingkat prestasinya sendiri (*self assesment*).

Dalam pelaksanaan program *patient safety* di rumah sakit indikator kinerjanya adalah insiden keselamatan pasien ditetapkan oleh (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit , 2008) yang terjadi di rumah sakit dan menurut tipe insiden meliputi:

1. Administrasi klinik;
2. proses atau prosedur klinis;
3. dokumentasi;
4. infeksi nosokomial;
5. medikasi atau cairan infuse;
6. tranfusi darah atau produk darah;

7. nutrisi atau diet pasien;
8. oksigen;
9. alat medis atau alat kesehatan atau *equipment property*;
10. faktor pasien;
11. pasien jatuh;
12. kecelakaan;
13. infrastruktur atau bangunan atau benda lain yang terpasang tetap;
14. resource atau manajemen organisasi;
15. laboratorium atau patologi.

2.2 Konsep *Universal Precaution*

2.2.1. Pengertian *Universal Precaution*

Universal precaution (kewaspadaan universal) adalah suatu metode atau petunjuk yang dirancang oleh Pusat dan Kendali Pencegahan Penyakit yang bertujuan untuk mereduksi penyebaran penyakit dan infeksi kepada penyedia pelayanan kesehatan dan pasien yang terdapat di dalam ruang lingkup pelayanan kesehatan (Lyn Dailey, 2010).

Universal precaution adalah suatu tindakan sederhana untuk mencegah penyebaran infeksi dengan mereduksi transmisi pathogen atau virus yang dapat ditularkan melalui perantara darah atau cairan tubuh lain dari pasien kepada petugas kesehatan (Wilson et. al, 2006).

Universal precaution berarti upaya perlindungan diri dari paparan percikan darah atau cairan tubuh lainnya dengan cara membersihkan area yang mungkin terkontaminasi dengan menggunakan sabun dan air (Wayne, 2010).

Universal precaution adalah suatu tindakan pengendalian infeksi sederhana yang digunakan oleh seluruh tenaga kesehatan, untuk semua pasien, setiap saat dan pada semua tempat pelayanan kesehatan dalam rangka mengurangi resiko penyebaran infeksi (Nursalam & Ninuk, 2008).



Gambar 2.2. *Universal Precaution* (Hooper, 2009)

2.2.2. *Lingkup Universal Precaution*

Kewaspadaan universal merupakan suatu metode yang dirancang untuk mencegah transmisi mikroorganisme saat seorang tenaga kesehatan memberikan perawatan atau pelayanan kesehatan kepada pasien dengan cara mencegah terjadinya kontak antara tenaga kesehatan dengan cairan tubuh yang berasal dari pasien. Darah dan cairan tubuh lain yang berasal dari pasien dianggap berpotensi menyebarkan infeksi, seperti infeksi HIV, HBV maupun HCV.

Pemberlakuan standart kewaspadaan universal ini bertujuan untuk untuk mengurangi angka kejadian infeksi di lingkup pelayanan kesehatan, baik kejadian infeksi yang berasal dari tenaga kesehatan maupun yang berasal dari pasien. Prinsip dasar dari kewaspadaan universal adalah menganggap bahwa semua cairan tubuh atau darah berpotensi untuk menyebabkan infeksi, baik kepada tenaga kesehatan maupun kepada pasien. Yang termasuk dalam tindakan kewaspadaan universal meliputi :

1. Mencuci Tangan

Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien, menyentuh peralatan atau instrumen yang terkontaminasi dan setelah menggunakan sarung tangan.

Cuci tangan harus dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan dan alat pelindung diri lain. Tindakan ini penting untuk mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi dan lingkungan kerja terjaga dari infeksi (Kurniawati & Nursalam, 2007).

Indikator mencuci tangan digunakan dan harus dilakukan untuk antisipasi terjadinya perpindahan kuman melalui tangan yaitu:

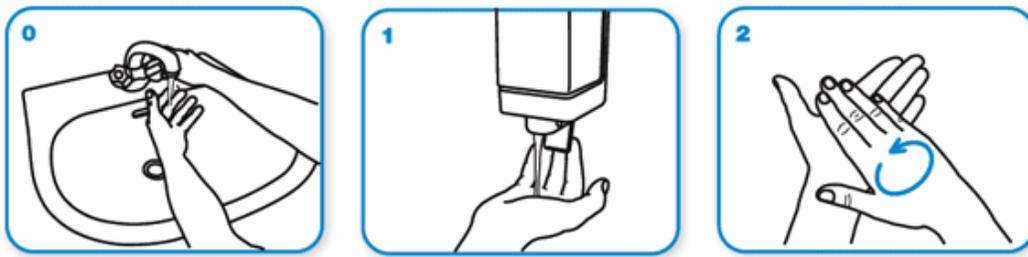
1. Sebelum melakukan tindakan, misalnya saat akan memeriksa (kontak langsung dengan klien), saat akan memakai sarung tangan bersih maupun steril, saat akan melakukan injeksi dan pemasangan infus.
2. Setelah melakukan tindakan, misalnya setelah memeriksa pasien, setelah memegang alat bekas pakai dan bahan yang terkontaminasi, setelah menyentuh selaput mukosa.

Di RSUD Dr. M. Soewandhie mencuci tangan harus dilakukan pada saat lima keadaan atau yang lebih populer dengan *five moment*, yaitu :

- 1) Sebelum menyentuh pasien
- 2) Sebelum melakukan tindakan
- 3) Setelah menyentuh pasien
- 4) Setelah melakukan tindakan
- 5) Setelah kontak dengan lingkungan pasien

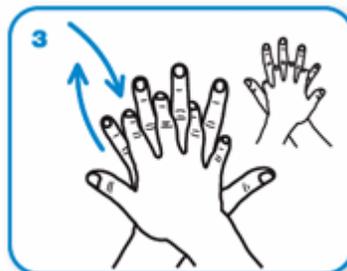
Prinsip-prinsip cuci tangan yang efektif dengan sabun atau handsrub yang berbasis alkohol menggunakan 7 langkah (WHO dalam Prosedur Tetap RSUD Dr. M. Soewandhie, 2011):

- 1) Basahi kedua telapak anda dengan air mengalir, lalu beri sabun ke telapak usap dan gosok dengan lembut pada kedua telapak tangan



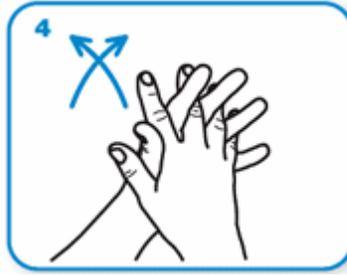
Gambar 2.3 Langkah pertama cuci tangan (WHO dalam Prosedur Tetap RSUD Dr. M. Soewandhie, 2011)

- 2) Gosok masing- masing punggung tangan secara bergantian.



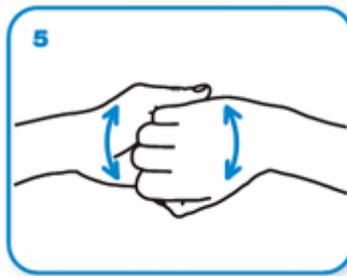
Gambar 2.4 Langkah kedua cuci tangan (WHO dalam Prosedur Tetap RSUD Dr. M. Soewandhie, 2011)

- 3) Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari.



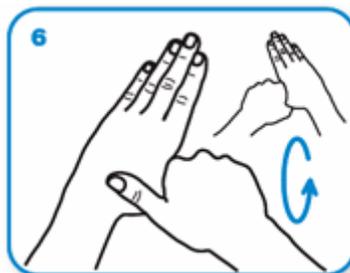
Gambar 2.5 Langkah ketiga cuci tangan (WHO dalam Prosedur Tetap RSUD Dr. M. Soewandhie, 2011)

- 4) Gosokan ujung jari (buku-buku) dengan mengatupkan jari tangan kanan terus gosokan ke telapak tangan kiri bergantian



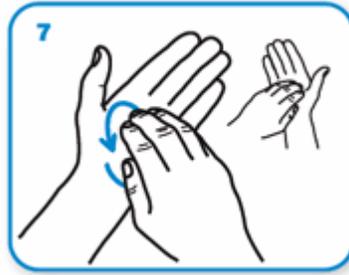
Gambar 2.6 Langkah keempat cuci tangan (WHO dalam Prosedur Tetap RSUD Dr. M. Soewandhie, 2011)

- 5) Gosok dan putar ibu jari secara bergantian



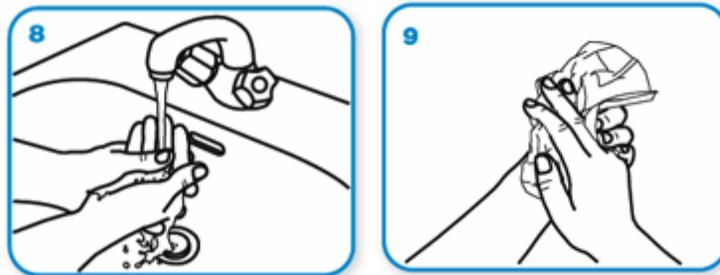
Gambar 2.7 Langkah kelima cuci tangan (WHO dalam Prosedur Tetap RSUD Dr. M. Soewandhie, 2011)

- 6) Gosokkan ujung kuku pada telapak tangan secara bergantian



Gambar 2.8 Langkah keenam cuci tangan (WHO dalam Prosedur Tetap RSUD Dr. M. Soewandhie, 2011)

- 7) Menggosok kedua pergelangan tangan dengan cara diputar dengan telapak tangan bergantian setelah itu bilas dengan menggunakan air bersih dan mengalir, lalu keringkan.



Gambar 2.9 Langkah ketujuh cuci tangan (WHO dalam Prosedur Tetap RSUD Dr. M. Soewandhie, 2011)

2. Menggunakan sarung tangan

Menggunakan sarung Tangan ketika melakukan prosedur yang berkaitan dengan darah, cairan tubuh, membran mukosa, perawatan luka, ketika menyentuh peralatan yang terkontaminasi dan sebelum melakukan prosedur invasif.

Melindungi tangan dari bahan infeksius dan melindungi pasiendari mikroorganisme pada tangan petugas. Alat ini merupakan pembatas fisik terpenting untuk mencegah penyebaran

infeksi dan harus selalu diganti untuk mencegah infeksi silang. Menurut Tiedjen (2004), ada tiga jenis sarung tangan yaitu:

- 1) Sarung tangan bedah, dipakai sewaktu melakukan tindakan infasif atau pembedahan.
- 2) Sarung tangan pemeriksaan, dipakai untuk melindungi petugas kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin.
- 3) Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

Pemakaian sarung tangan steril menurut



Gambar 2.10 Sarung Tangan (Tiedjen, 2004)

Pelaksanaan :

- 1) Cuci tangan dengan seksama
- 2) Buka pembungkus bagian luar kemasan sarung tangan dengan memisahkan dan melepaskan sisi-sisinya
- 3) Pegang bagian dalam kemasan dan letakkan pada permukaan yang bersih dan datar, buka kemasan, jaga sarung tangan tetap pada kemasan dalam
- 4) Jika sarung tangan kanan dan kiri, kenakan sarung tangan yang dominan terlebih dahulu

- 5) Dengan ibu jari dan telunjuk tangan non dominan, pegang tepi manset untuk tangan yang dominan, sentuh hanya permukaan bagian dalam sarung tangan
- 6) Pakai sarung tangan dominan, pastikan manset tidak tertumpuk di pergelangan tangan, ibu jari dan jari-jari lainnya berada pada tempat yang tepat
- 7) Dengan tangan dominan yang bersarung tangan, selipkan jari di dalam manset sarung tangan kedua
- 8) Kenakan sarung tangan kedua pada tangan non dominan
- 9) Setelah sarung tangan kedua dikenakan, tautkan kedua tangan, manset biasanya jatuh ke bawah
- 10) Sarung tangan yang sudah dipakai dibuang padatempatnya.

3. Penggunaan Gaun pelindung

Gaun bedah, pertama kali digunakan untuk melindungi pasien dari mikroorganisme yang terdapat di abdomen dan lengan daristaf perawatan kesehatan sewaktu pembedahan.

4. Penggunaan Celemek (*skort*)

Jenis bahan dapat berupa bahan tembus cairan dan bahan tidak tembus cairan. Tujuannya untuk melindungi petugas dari kemungkinan genangan atau percikan darah maupun cairantubuh lain yang dapat mencemari baju seragam.

5. Penggunaan Masker dan Kaca Mata (*google*)

Masker dan kaca mata atau pelindung wajah (*google*), tujuannya melindungi membran mukosa mata, hidung dan mulut, digunakan selama melakukan tindakan perawatan pasien yang memungkinkan terjadi percikan darah atau cairan tubuh lain.

Langkah-langkah perawat / bidan / POS dalam memakai masker agar tidak terjadi infeksi nosokomial baik bagi pasien maupun perawat di ruang rawat inap (Kurniawati & Nursalam,2007).



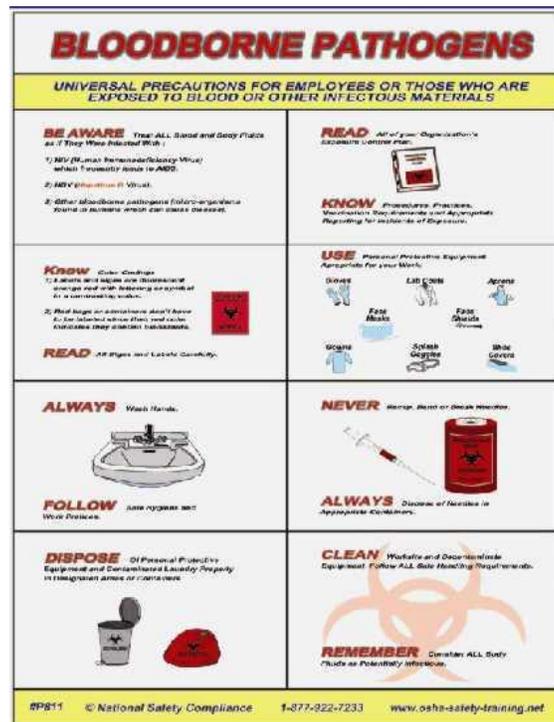
Gambar 2.11 Masker(Kurniawati & Nursalam,2007).

Prosedur :

1. Memasang masker menutupi hidung dan mulut, kemudian mengikat tali-talinya
 - 1) Tali bagian atas diikat ke belakang kepala melewati bagian atas telinga
 - 2) Tali bagian bawah diikat ke belakang leher
2. Menanggalkan masker dengan melepaskan ikatan talitalinya, kemudian masker dilipat dengan bagian luar di dalam
3. Masker direndam dengan larutan desinfektans
4. Cuci tangan
6. Sepatu tertutup

Sepatu tertutup, dipakai pada saat memasuki daerah ketat. Sepatu ini dapat berupa sepatu tertutup biasa sebatas mata kaki dan sepatu booth tertutup yang biasa dipakai pada operasi yang memungkinkan terjadinya genangan percikan darah atau cairan tubuh pasien, misalnya pada operasi sectio caesarea ataulaparatomy.

7. Menerapkan praktik kewaspadaan universal dalam upaya mencegah terjadinya cedera karena instrument tajam (jarum suntik, pisau bedah, gunting) selama melakukan prosedur, ketika membuang jarum suntik yang sudah tidak digunakan lagi, jangan menggunakan kembali jarum suntik yang sudah dipakai, jangan mematahkan jarum dengan menggunakan tangan dan buang jarum suntik atau instrument lain ke dalam kontainer benda tajam yang terpisah.
8. Ketika melakukan prosedur resusitasi, gunakan kasa pelindung, bag valve mask (BVM) atau alat ventilasi lainnya yang berfungsi untuk meminimalkan penyebaran infeksi dari mulut ke mulut saat melakukan prosedur.
9. Melakukan dekontaminasi dan desinfeksi terhadap instrument setelah digunakan (Ubaid & Mohammad, 2009).



Gambar. 2.12. Macam Prosedur Kewaspadaan Universal (Rutala & David, 2008)

2.2.3. Jenis Universal Precaution

1. Pemberian Imunisasi Hepatitis B

- 1) Pemberian imunisasi Hepatitis B pada tenaga kesehatan secara rutin adalah jalan yang efektif untuk melindungi para tenaga kesehatan terhadap paparan virus Hepatitis B.
- 2) Virus Hepatitis B merupakan virus yang cepat menyebar melalui perantara darah dan banyak terjadi di seluruh negara yang ada di dunia.
- 3) Akibat jangka panjang dari infeksi virus Hepatitis B adalah sirosis hepatis dan kanker hati.
- 4) Pemberian imunisasi Hepatitis B harus sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, yaitu pada bulan ke – 0, bulan ke – 1 dan pada bulan ke – 6.
- 5) Jika memungkinkan, lakukan pemeriksaan tingkat antibody dalam kurun waktu 2 atau 6 bulan setelah imunisasi terakhir.

2. Perlindungan Pribadi

- 1) Selalu gunakan peralatan perlindungan diri meliputi sarung tangan, kacamata, masker, celemek atau gaun pelindung.
- 2) Gunakan jarum suntik hanya sekali pakai dan buang jarum suntik segera setelah digunakan dalam keadaan tertutup.
- 3) Pastikan tersedianya peralatan perlindungan diri di dalam semua area pelayanan kesehatan.
- 4) Buang semua peralatan perlindungan diri yang sudah tidak digunakan secara aman (Schwegman, 2009).

3. *Post – Exposure Manajement*

Sumber penyebaran infeksi terbesar adalah melalui jarum suntik yang digunakan oleh pasien yang terinfeksi oleh suatu virus, seperti HIV, virus Hepatitis B atau Hepatitis C. Resiko

terjadinya infeksi akibat jarum suntik adalah sebesar 0,3% untuk infeksi karena HIV, 3% untuk infeksi karena virus Hepatitis C dan 6 - 30% untuk infeksi karena virus Hepatitis B. Cara yang efektif untuk mengatasi penyebaran infeksi melalui perantara darah atau cairan tubuh adalah sebagai berikut :

1. Pengembangan petunjuk prosedur dan mekanisme perlindungan diri dari infeksi penyakit.
2. Pemberian informasi dan pendidikan kesehatan.
3. Ketepatan dalam pemberian konseling mengenai penyakit.
4. Melakukan tindakan penelitian untuk meningkatkan upaya pencegahan dalam lingkup praktik klinis (WHO, 2010).

2.2.4. Prinsip *Universal Precaution*

Darah atau cairan tubuh lain seperti cairan semen, sekresi vagina, air ludah, urine, tinja dan muntahan dapat mengandung virus atau bakteri yang dapat berpindah dari satu orang kepada orang yang lain melalui kontak secara langsung. Hepatitis B atau Hepatitis C dan HIV/AIDS merupakan jenis penyakit yang dapat ditularkan dari satu orang ke orang lain melalui kontak dengan darah atau cairan tubuh lain yang telah terinfeksi. Tidak ada cara untuk mengetahui apakah seseorang telah terinfeksi oleh virus Hepatitis B, Hepatitis C atau HIV tanpa melakukan tes terlebih dahulu. Oleh karena itu, setiap orang harus menganggap bahwa semua darah atau cairan tubuh lainnya bersifat infeksius. Dan kewaspadaan universal merupakan suatu metode yang digunakan sebagai *barrier* pelindung di antara seseorang dengan cairan tubuh yang berpotensi menyebabkan infeksi. Cairan tubuh yang dapat menyebabkan timbulnya infeksi antara lain :

1. Cairan serebrospinal
2. Cairan peritoneal
3. Cairan pleura
4. Cairan perikardial
5. Cairan servikal
6. Cairan amnion
7. Urine
8. Cairan semen
9. Sekresi vagina
10. Cairan tubuh lainnya yang terdapat darah di dalamnya (NCWL NHS, 2007)

2.3 Konsep Kepatuhan

2.3.1 Definisi Perilaku Kepatuhan

Perilaku manusia adalah suatu fungsi dari interaksi antara individu dengan lingkungannya. Semua perilaku individu pada dasarnya dibentuk oleh kepribadian dan pengalamannya (Rivai dan Muyadi, 2009). Perilaku adalah keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas antara faktor internal dan faktor eksternal (Notoatmodjo, 2007).

Heynes, et.al (1979) dalam Estathitio (2011) mendefinisikan kepatuhan yang diterima secara luas dalam pengaturan perawatan kesehatan. Menurut konteks ini, kepatuhan adalah sejauh mana perilaku tertentu (misalnya, mengikuti perintah dokter atau menerapkan gaya hidup sehat) sesuai dengan instruksi dokter atau saran kesehatan. Kepatuhan dapat dipengaruhi atau dikendalikan oleh berbagai faktor seperti budaya, faktor ekonomi dan sosial, *self-efficacy*, dan

pengetahuan. Pedoman yang memandu perilaku individu ada dalam berbagai peraturan (termasuk peraturan perawatan kesehatan), tetapi tidak selalu dipatuhi.

Sedangkan menurut Sarafino (1990) dalam Smet (1994) mendefinisikan kepatuhan (atau ketaatan) (*compliance* atau *adherence*) sebagai "...Tingkat pasien melakukan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh yang lain..."

Dua definisi kepatuhan di atas, lebih merujuk kepada perilaku kepatuhan pasien dalam pengobatan. Namun demikian, definisi ini juga dapat diaplikasikan pada petugas kesehatan, yaitu perilaku petugas kesehatan mengikuti standar prosedur dan kebijakan yang berlaku di pelayanan kesehatan.

2.3.2 Kepatuhan Terhadap Kewaspadaan Universal /Standar

Kewaspadaan Universal/Kewaspadaan Standar merupakan seperangkat pedoman direkomendasikan untuk diterapkan dalam setiap praktik kerja untuk melindungi petugas kesehatan dari pajanan penyakit infeksi yang menular lewat darah (*blood-borne pathogen*). Pedoman tersebut meliputi kebersihan tangan, pemakaian APD, pengelolaan benda tajam, dan lain-lain. Namun pada kenyataannya, penerapan kepatuhan adalah masih rendah. Hal ini terkait dengan perilaku kesehatan petugas kesehatan.

2.3.3 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Terhadap Penerapan Kewaspadaan Universal /Kewaspadaan Standar

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Pengetahuan orang

terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda, yang dapat di bagi ke dalam 6 tingkat pengetahuan (Notoatmodjo, 2007) ;

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan menyatakan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang bobyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi dengan benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari (Notoatmodjo, 2007).

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, prinsip dan sebagainya atau situasi yang lain (Notoatmodjo, 2007).

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formasi-formasi baru dari formulasi yang ada (Notoatmodjo, 2007).

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan pengetahuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2007).

2. Persepsi Tentang Resiko

Sikap yang paling sering diteliti dalam konteks keselamatan (*safety*) adalah persepsi risiko. Dalam konteks ini (Young dan David, 2005), Webster's New Universal Un-abridged Dictionary (1983) menjelaskan bahwa "*risk is defined as the perceived 'chance of injury, damage, or loss.'*" *Perceived risk is considered important because it has the potential to influence people's intent to seek out warning information and comply with warnings* (Wogalter, Desaulniers, and Brelsford, 1987; DeJoy, 1989, 1991; Dingus, Wreggit, and Hathaway,

1993).Jadi, persepsi risiko adalah istilah yang mengacu pada penilaian seseorang mengenai karakteristik dan tingkat keparahan bahaya dari risiko.

Persepsi terhadap risiko digunakan dalam penelitian perilaku untuk menentukan dampaknya pada tingkat kepatuhan. Dejas (1992) dan Donner (1990) menyatakan ada hubungan antara persepsi risiko dengan kepatuhan. Otsubo (1988) menggunakan tingkat risiko sebagai variabel independen pada studi perilaku kepatuhan (Wolgate, *et.al.* 2005).

Menurut HBM, kemungkinan individu melakukan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan (*health belief*) yaitu ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka (*perceived threat of injury or illness*) dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian (*benefits and cost*) (Machfoedz dan Eko, 2007).

Penilaian pertama adalah ancaman yang dirasakan terhadap risiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman kepada dirinya. Asumsinya adalah bahwa bila ancaman yang dirasakan tersebut meningkat maka perilaku pencegahan juga akan meningkat (Machfoedz dan Eko, 2007)

Penilaian tentang ancaman yang dirasakan ini berdasarkan pada (Machfoedz dan Eko, 2007) :

- a) *Perceived vulnerability* (ketidak-kekebalan yang dirasakan), kemungkinan bahwa mereka dapat mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka.
- b) *Perceived severity* (keseriusan yang dirasakan). Orang-orang akan mengevaluasi sejauh mana penyakit akan menjadi serius apabila mengembangkan masalah kesehatan atau membiarkan penyakitnya tidak ditangani.

3. Risk-Taking Personality

Definisi *risk-taking* menurut Levenson (1990) adalah “*risk taking is defined as any purposive activity that entails novelty or danger sufficient to create anxiety in most people. Risk taking can be either physical or social, or a combination of the two.*” *Risk taking refers to the tendency to engage in behaviors that have the potential to be harmful or dangerous, yet at the same time provide the opportunity some kind of outcome that can be perceived as positive. Driving fast or engaging in substance use would be examples of risk-taking behavior. They may bring about positive feelings in-the-moment. However, they can also put you at risk for serious harm, such as an accident (www.ptsd.about.com)* Berdasarkan definisi ini dapat diambil makna bahwa *risk-taking* mengacu pada kecenderungan untuk terlibat dalam perilaku yang memiliki potensi menjadi berbahaya atau berbahaya, namun pada saat yang sama memberikan hasil yang dapat dirasakan sebagai sesuatu yang positif. Misalnya, mengebut atau menggunakan narkoba merupakan contoh perilaku *risk-taking*. Mereka sebagai *risk-taker* mungkin memiliki perasaan yang sangat puas atau senang saat melakukan hal tersebut. Akan tetapi, hal ini dapat menempatkan mereka pada risiko yang sangat berbahaya seperti pengebut mengalami kecelakaan sedangkan pengguna narkoba mengalami *overdosis*. Sedangkan *risk-takingpersonality* adalah sikap seseorang terhadap perilaku berisiko (Mc Gorven, *et.al.*, 2000).

4. Efficacy of Prevention

Efficacy of prevention pada individu akan terwujud apabila didukung dengan efektivitas tindakan pencegahan (*precautionary*) yang ada serta persepsi individu itu sendiri terhadap kemampuannya untuk berhasil mengikuti *precautionary* tersebut (*self-efficacy*).

Self Efficacy dapat didefinisikan sebagai sejauh mana individu meyakini mereka mampu menghadapi tantangan dalam hidup. Kemampuan diri membentuk bagian teori kognitif sosial

dari Bandura (Bandura 1986) yang yakin bahwa perilaku dipelajari, melalui modeling, visualisasi, pemantauan diri, dan pelatihan keterampilan. Perilaku ditentukan oleh harapan dan insentif. Harapan dikategorikan dalam:

- Harapan tentang petunjuk lingkungan – keyakinan tentang bagaimana kejadian-kejadian dihubungkan.
- Harapan hasil – keyakinan tentang perilaku mungkin mempengaruhi hasil
- Harapan kemampuan – harapan tentang kompetensi diri seseorang untuk
- melakukan perilaku yang diperlukan untuk mempengaruhi hasil.

5. Hambatan Penerapan *Universal Precaution*

Hambatan dalam menerapkan *UP* yang dirasakan responden jelas mempengaruhi kemampuan dan kemauan petugas kesehatan untuk patuh dengan penerapan pedoman kewaspadaan universal (DeJoy, *et.al.*, 1995). Hambatan penelitian ini dapat diterjemahkan sebagai adanya konflik kepentingan antara melayani kebutuhan pasien dengan kebutuhan responden melindungi diri. Akibatnya, dalam situasi-situasi tertentu (keadaan emergensi), perawat dan bidan sering mengabaikan pedoman KU/KS, misalnya menggunakan APD.

2.4 Konsep Perilaku

2.4.1 Definisi Dan Batasan Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) (Notoatmodjo, 2007). Perilaku manusia adalah tindakan atau aktivitas dari manusia sendiri seperti berbicara, menangis, tertawa, dan lain sebagainya (Machfoedz, 2005).

Menurut Notoatmodjo (2007), yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati langsung.

Skinner (1938) seorang ahli psikologi dalam Notoatmodjo (2007), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori skinner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus Organisme Respons. Skinner membedakan adanya dua respons

1. *Respondent Respons atau reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap.
2. *Operant respons atau instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons.

Dilihat dari bentuk respons dari stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua ;

- 1) Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan /kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *covert behaviour* atau *unobservable behaviour*.

- 2) Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behaviour*.

Sebagian besar perilaku manusia adalah *operant respons*. Oleh sebab itu, untuk membentuk jenis respons atau perilaku perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* ini menurut skiner adalah :

1. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen - komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
3. Menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
4. Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun.

2.4.2 Proses Adopsi Perilaku

Benyamin Bloom seorang ahli psikologi pendidikan yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007) membagi perilaku manusia ke dalam 3 (tiga) domain, ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (*cognitif*), b) afektif (*affective*), c) psikomotor (*psicomotor*). Menurut Notoatmodjo (2007), dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan

akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. *Awareness* (kesadaran), yakni dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terhadap stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mencoba perilaku baru.
5. *Adaption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut diatas Notoatmodjo (2007).

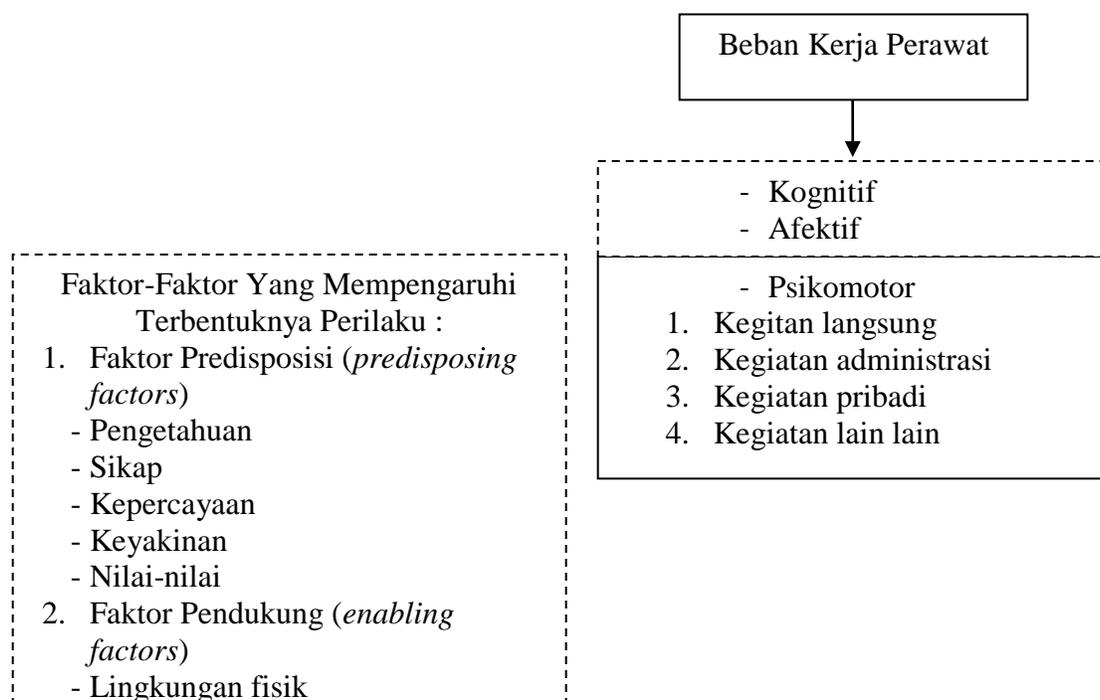
2.4.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Terbentuknya Perilaku

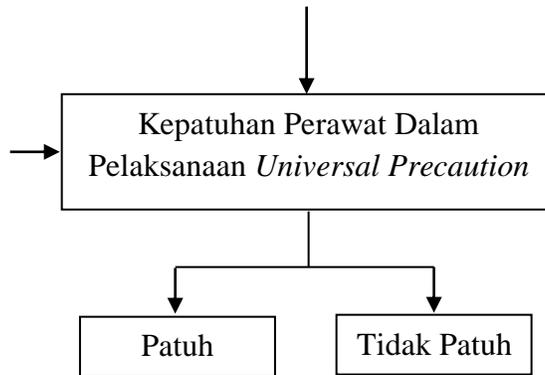
Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2007) mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya

2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya
3. Faktor-faktor pendorong (*renforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.5 Kerangka Konseptual





Keterangan :

- : Diteliti
- : Tidak diteliti
- : Arah hubungan variabel

Gambar 2.13 Kerangka konseptual hubungan beban kerja perawat dengan kpatuhan pelaksanaan universal precaution di IGD RSUD Dr. Moch. Soewandhie Surabaya

2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan beban kerja perawat dengan kpatuhan pelaksanaan universal precaution di IGD RSUD Dr.Moch Soewandhie Surabaya