Pengaruh Penggunaan Assesment Resiko HIV/AIDS terhadap Upaya Penata/Perawat Anestesi dalam Pelaksanaan *Patient Safety;Universal Precautions*

Yustiana Olfah1, Ni Ketut Mendri2,Bondan Palestin3

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta

E-mail : yustianajogja@gmail.com

**INTISARI**

**Latar Belakang :** AIDS bukan penyakit, karena AIDS tidak menular. Yang menular adalah HIV yaitu virus yang menyebabkan tubuh mencapai masa AIDS. Virus ini terdapat dalam larutan darah, cairan sperma dan cairan vagina sehingga dapat menular melalui kontak darah/cairan tersebut bersumber dari Ditjen PP dan PL Kemenkes RI yang dilaporkan pada bulan September 2014 secara kumulatif HIV dan AIDS terhitung mulai 1 April 1987 sampai dengan 30 September 2014 total HIV 150.296 dan AIDS 55.799.

Pemeriksaan laboratorium HIV/AIDS belum merupakan pemeriksaan rutin sebagai bagian dari persiapan operasi sehingga tentu dengan makin tingginya kejadian HIV/AIDS kalau tidak di deteksi akan sangat membahayakan bagi tim operasi yang kemungkinan besar mengalami paparan langsung dengan cairan tubuh pasien walaupun telah dilindungi dengan pemakaian alat pelindung diri/APD. Sehingga untuk keamanan penata/perawat anastesi sangat diperlukan cara yang dapat membantu mengkaji resiko HIV/AIDS pada pasien untuk meningkatkan kehati-hatian dalam mencegah penularan dan pelaksanaan patient safety. Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan wawancara pada lima penata anestesi belum ada alat/ instrument selain dengan pemeriksaan laboratorium yang dapat membantu petugas kesehatan khususnya penata anestesi agar mampu mengkaji pasien beresiko atau tidak terinfeksi HIV/AIDS, Dengan assesment resiko cara ini diharapkan persiapan operasi akan lebih hati hati dan optimal.

**Tujuan Penelitian** : Mengetahui pengaruh penggunaan Assesment Resiko terhadap Upaya Penata/Perawat Anestesi dalam Pelaksanaan *Patient Safety ;Universal Precautions* di RSUD Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).

**Metode Penelitian** : Jenis penelitian *Quasi eksperiment* dengan rancangan *Pre test Post test Design*. Sampel penelitian dilakukan secara *total* *sampling*. Rancangan ini tanpa kelompok pembanding (kontrol) dengan pertimbangan terbatasnya jumlah penata/perawat anastesi yang ada di RSUD Provinsi DIY, pengisian kuesioner dilakukan dua kali. Pertama untuk mengetahui kemampuan penata/perawat anestesi dalam deteksi resiko HIV/AIDS pasien pada saat kunjungan pra nestesi serta upaya pelaksanaan *patien safety;universal precautions* sebelum diberikan Assesment Resiko dan kedua sesudah diberikan pelatihan menggunakan Assesment Resiko. Pengambilan sampel dilakukan secara *total sampling* dengan kriteria penata/perawat anestesi yang aktif dan bekerja di kamar operasi. Data hasil pemeriksaan dianalisis secara diskriptif dan secara analitik dengan bantuan komputer menggunakan uji T test dengan taraf signifikan 0,05.

**Hasil Penelitian:** Uji statistik bernilai 0,000 terdapat pengaruh penggunaan assesment resiko terhadap upaya penata/perawat anestesi dalam pelaksanaan *patient safety; universal precautions* di RSU Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Kata kunci: *Assesment resiko, universal precaution,* perawat anestesi

Influence of Risk Assessment of HIV / AIDS on efforts Nurse Anesthetist

in Implementing Patient Safety; Universal Precautions

Yustiana Olfah1, Ni Ketut Mendri2, Bondan Palestin3

Nursing Department of the Health Ministry of Health Polytechnic Yogyakarta

E-mail: yustianajogja@gmail.com

**ABSTRACT**

**Background :**AIDS is not a disease, because AIDS is not contagious. HIV is the virus that infectious causes the body reached the age of AIDS. The virus is contained in a solution of blood, semen and vaginal fluids that can be transmitted through contact with blood / fluid is sourced from Ditjen PP and PL Kemenkes RI reported in September 2014 in cumulative HIV and AIDS commencing from 1 April 1987 to 30 September 2014 HIV 150.296 and AIDS total 55.799.

Laboratory tests of HIV / AIDS is not yet a routine checkup as part of preparation for surgery so of course with the increasingly high incidence of HIV / AIDS if not detected would be very dangerous for the operations team who are likely to experience direct exposure to body fluids although it has been protected with the use of protective equipment self / APD. So for security nurse anesthetist is indispensable ways that can help assess the risk of HIV / AIDS patients to improve prudence in preventing the transmission and implementation of patient safety.

**Research purposes** Knowing the influence of the use of Risk Assessment of the efforts nurse anesthetist in Implementing Patient Safety; Universal Precautions in hospitals province of Yogyakarta (DIY).

**Research methods**: Quasi-experimental research type with Pre test Post test design. The research sample is done by total sampling. This design without comparison group (control) in consideration of the limited number of nurse anesthetist in Yogyakarta Provincial Hospital, filling out the questionnaire done twice. First to determine the ability of the nurse anesthetist in the detection of the risk of HIV / AIDS patients at the time of the visit as well as efforts to implement pre anesthesia patient safety; universal precautions before being given a Risk Assessment and the second after trained to use Risk Assessment. Sampling was done by total sampling criteria nurse anesthetist active and working in the operating room.

**Research result :** Statistical Test Results 0,000 worth so they are effect of using risk assessment to the nurse anesthetist in the implementation of patient safety; universal precautions in the Regional Hospital of Yogyakarta Province.

Keywords: Assessment of risk, universal precaution, nurse anesthetist

**PENDAHULUAN**

AIDS adalah suatu penyakit yang belum ada obatnya dan belum ada vaksin yang bisa mencegah serangan virus HIV, sehingga penyakit ini merupakan salah satu penyakit yang sangat berbahaya bagi kehidupan manusia baik sekarang maupun waktu yang datang (Mansjoer, 2001; Adhi, 2005).Selain itu AIDS juga dapat menimbulkan penderitaan, baik dari segi fisik maupun dari segi mental. Mungkin kita sering mendapat informasi melalui media cetak, elektronik, ataupun seminar, tentang betapa menderitanya seseorang yang mengidap penyakit AIDS (Adhi, 2005). Dari segi fisik, penderitaan itu mungkin, tidak terlihat secara langsung karena gejalanya baru dapat kita lihat setelah beberapa bulan. Tapi dari segi mental, orang yang mengetahui dirinya mengidap penyakit AIDS akan merasakan penderitaan batin yang berkepanjangan. Semua itu menunjukkan bahwa masalah AIDS adalah suatu masalah besar dari kehidupan (IHW, 2009).

Bersumber dari Ditjen PP dan PL Kemenkes RI yang dilaporkan pada bulan September 2014 secara kumulatif HIV dan AIDS terhitung mulai 1 April 1987 sampai dengan 30 September 2014 total HIV 150.296 dan AIDS 55.799 (Kemenkes RI, 2014)

HIV tidak ditularkan atau disebarkan melalui hubungan sosial yang biasa seperti jabatan tangan, bersentuhan, berciuman biasa, berpelukan, penggunaan peralatan makan dan minum, gigitan nyamuk, kolam renang, penggunaan kamar mandi atau WC/Jamban yang sama atau tinggal serumah bersama Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). ODHA yaitu pengidap HIV atau AIDS. OHIDA (Orang hidup dengan HIV atau AIDS) yakni keluarga (anak, istri, suami, ayah, ibu) atau teman-teman pengidap HIV atau AIDS.Lebih dari 80% infeksi HIV diderita oleh kelompok usia produktif terutama laki-laki, tetapi proporsi penderita HIV perempuan cenderung meningkat. Infeksi pada bayi dan anak, 90 % terjadi dari Ibu pengidap HIV. Hingga beberapa tahun, seorang pengidap HIV tidak menunjukkan gejala-gejala klinis tertular HIV, namun demikian orang tersebut dapat menularkan kepada orang lain(Kemenkes, 2011)

AIDS bukan penyakit, karena AIDS tidak menular. Yang menular adalah HIV yaitu virus yang menyebabkan tubuh mencapai masa AIDS. Virus ini terdapat dalam larutan darah, cairan sperma dan cairan vagina sehingga dapat menular melalui kontak darah / cairan tersebut.HIV sangat mudah mati jika di luar tubuh manusia dan sangat sensitif terhadap suhu pada 600◦C HIV sudah mati.Perawat yang bekerja di fasilitas kesehatan sangat beresiko terpapar infeksi yang secara potensial membahayakan jiwanya (Kurniawan & Salam, 2007).

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien akan kontak langsung dengan cairan tubuh atau darah pasien. Perawat juga dapat menjadi tempat agen infeksius dapat hidup dan berkembang biak yang kemudian menularkan infeksi dari satu pasien ke pasien yang lain. Tenaga medis yang terkena infeksi akibat kecelakaan beresiko mengidap hepatitis dan menjadi pembawa virus (Syamsu Hidayat & Wim De jong,2005).Undang-undang RI no 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan menyatakanpenata anestesi termasuk dalam kelompok ketekhnisian medis.

Penata anestesi adalah penata yang telah diberi pendidikan formal secara teoritis dan praktek dalam bidang anestesi dan berkompetensi untuk melakukan pelayanan dalam pelayanan anestesi.

Salah satu kegiatan kolaboratif yang dilakukan oleh penata/perawat anestesi pada saat persiapan dan evaluasi anestesi adalah kunjungan pra anestesi yang terdiri dari anamnesis terkait identitas pasien, riwayat penyakit dan obat- obatan termasuk riwayat social dan pemeriksaan fisik(Arriaga, et al., 2013; Mangku& Agung, 2010).Pemeriksaan laboratorium HIV/AIDS belum merupakan pemeriksaan rutin sebagai bagian dari persiapan operasi sehingga tentu dengan makin tingginya kejadian HIV/AIDS kalau tidak di deteksi akan sangat membahayakan bagi tim operasi yang kemungkinan besar mengalami paparan langsung dengan cairan tubuh pasien walaupun telah dilindungi dengan pemakaian alat pelindung diri/APD (Borgmann, Helbig, S., Reiter, M. a., Hüsch, T., Schilling, D., Tsaur, I., & Haferkamp, A. 2015; Farnan, & Enriquez, 2012). Sehingga untuk keamanan sangat diperlukan cara yang dapat membantu mengkaji resiko HIV/AIDS pada pasien untuk meningkatkan kehati-hatian dalam mencegah penularan dan pelaksanaan patient safety.*Patient safety* adalah bebas dari cidera aksidental atau menghindarkan cidera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan (Ahluwalia& Ahluwalia, 2005)

Penalaksanaan anestesi pada pasien HIV tidak ada kontraindikasi general anestesi, neuroaxial, maupun regional anestesi pada pasien penderita HIV, namun perlu dievaluasi dengan baik pre*-operative* baik dari anamnesa, pemeriksaan fisis, maupun hasil pemeriksaan penunjang untuk mengurangi angka mortalitas pasien HIVyang mendapatkan tindakan operasi dan mencegah penularan pada petugas kesehatan(Syafri & Astuty, 2017)

*Patient safety* (keselamatan pasien) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman.Hal ini termasuk: assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insident dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang di sebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan (DepKes RI, 2006).

Salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk mendukung patient safety adalah pengendalian infeksi nosokomial dengan cara melaksanakan*universal precautions.Universal precautions* merupakan upaya yang dilakukan dalam ranga upaya perlindungan, pencegahan dan meminimalkan infeksi silang (*cross infection*)antara petugas pasien akibat adanya kontak langsung dengan pasien atau cairan tubuh pasien yang terinfeksi penyakit menular (seperti HIV /AIDS). Prinsip kewaspadaan universal adalah bahwa darah dan semua jenis cairan tubuh, sektreta dan kulit yang tidak utuh serta selaput lendir penderita dianggap sebagai sumber potensial untuk penularan infeksi termasuk HIV (Widodo, 2009).

Penelitian ini berorientasi kepada penjelasan atau penemuan (invensi) untuk mengantisipasi suatu gejala/fenomena dalam hal ini kasus HIV/AIDS yang makin lama makin meningkat yang mengakibatkan meningkatnya resiko terinfeksi pada petugas kesehatan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan wawancara pada lima perawat/penata anestesi yang ada di RSUDaerah di Yogyakarta belum ada alat/ instrument selain dengan pemeriksaan laboratorium yang dapat membantu petugas kesehatan khususnyapenata/perawatanestesiagar mampu mengkaji pasien beresiko atau tidak terinfeksi HIV/AIDS.Pemeriksaan HIV/AIDS dilakukanhanya dilakukan jika terdapat tanda gejala yang nampak terlihat secara fisik seperti pasien mempergunakan tato, terdeteksi tbc,hepatitis serta diare kronis, condiloma dan pemeriksaan tersebut harus diawali dengan konseling oleh tim VCT dan akan dilakukan pemeriksaan secara sukarela. Pada dua RSUD jika pasien akan dilakukan tindakan sectiocaesarea akan dilakukan cek laboratorium terkait HIV/AIDS. Sedangkan untuk hal lain tergantung dari kejujuran pasien. Pada kenyataannya tidak semua pasien jujur dan sebagian besar pasien dan keluarga cenderung menutupi. Terdapat beberapa kasus yang diketahui pada saat akan dilakukan operasi dan bahkan setelah operasi baru petugas kesehatan mengetahui ternyata pasien tersebut mengidap HIVAIDS dan tentu hal ini sangat membahayakan.

Jika penata/perawat anestesi dapat mengkaji secara mandiridengan menggunakan assesment resiko tentang resiko HIV/AIDS pada pasien saat kunjungan pra anestesi maka akan dapat membantu upaya pelaksanaan patient safety ; universal pre cautions agar lebih baik serta dapat meningkatkan keamanan dalam perencanaan tindakan operasi sehinggapersiapan operasi akan lebih hati-hati dan mempersiapkannyadengan lebih baik.

**METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian*Quasi eksperiment* dengan rancangan *Pre test Post test Design*. Sampel penelitian dilakukan secara *totalsampling*.Dengan jumlah responden sebanyak 33 orang. Rancangan ini tanpa kelompok pembanding (kontrol) dengan pertimbangan terbatasnya jumlah penata/perawat anastesi yang ada di RSUD Provinsi DIY, pengisian kuesioner dilakukan dua kali. Pertama untuk mengetahui kemampuan penata/perawat anestesi dalam deteksi resiko HIV/AIDS pasien pada saat kunjungan pra nestesi serta upaya pelaksanaan *patien safety;universal precautions* sebelumdiberikan Assesment Resikodan kedua sesudah diberikan pelatihan menggunakan Assesment Resiko. Pelatihan dilaksanakan dalam 3 kali pertemuan dengan menggunakan buku saku yang dibuat oleh peneliti tentang *Assessment Resiko HIV/AIDS dan Pelaksanaan Patient Safety;Universal pre cautions* dengan ISBN 978-602-50873-0-1. Pengambilan sampel dilakukan secara *total sampling* dengan kriteria penata/perawat anestesi yang aktif dan bekerja di kamar operasi. Data hasil penelitian dianalisis secara diskriptif dan secara analitik dengan bantuan komputer menggunakan ujit test dengan taraf signifikan 0,05.

**HASIL PENELITIAN**

Penelitian tentang pengaruh penggunaan assesment resiko pasien HIV/AIDSterhadap upaya penata/perawat anestesi dalam pelaksanaan *patient safety; universal precautions*) ini dilaksanakan di RSU Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY**)**yang terdiri dari RSUD: Sleman, Wates,Kota,Bantul dan Wonosari berjumlah 33 responden perawat/penata anestesi.

**Karakteristik Responden**

Karakteristik responden berdasarkan Umur, Pendidikan, Jenis Kelamin, Masa Kerja, Pelatihan *Patient Safety* ;*Universal Precautions*

Tabel 1Distribusi Frekuensi KarakteristikResponden Berdasarkan Umur, Pendidikan, Jenis Kelamin, Masa Kerja, Pelatihan *Patient Safety* ;*Universal Precautions*

|  |  |
| --- | --- |
| Karakteristik | Responden |
|  (f) | (%) |
| **Umur**1. Umur (20-25)
2. Umur (25-29)
3. Umur (30-34)
4. Umur (35-39)
5. Umur (45-49)
6. Umur (50-54)
7. Umur (55-59)
8. Umur (60-64)
 | 207511521 | 6,06021,2115,1533,3315,156,063,03 |
| Jumlah | 33 | 100% |
| **Jenis Kelamin**1. Laki-laki
2. Perempuan
 | 2310 | 69,7030,30 |
| Jumlah | 33 | 100% |
| **Pendidikan**1. Diploma III Kep
2. DiplomaIV Kep
3. Aknes
4. Sarjana Kep
 | 20823 | 66,6624,246,0609,10 |
| Jumlah | 33 | 100% |
| **Masa Kerja**1. Kurang 5 tahun
2. 5-10 tahun
3. 11-15 tahun
4. 16-20 tahun
5. 21-25 tahun
6. Lebih 25 tahun
 | 10133511 | 30,3039,399,0915,153,033,03 |
| Jumlah | 33 | 100% |
| **Pelatihan**1. YA
2. Tidak
 | 825 | 24,2475,76 |
| Jumlah | 33 | 100% |

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa distribusi usia mayoritas responden berusia 45-49 tahun sebesar 11 responden (33,33%). Tidak ada responden yang berusia 25-29 tahun.

Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 23 orang (69,70 %). Pendidikan responden mayoritas Diploma III Keperawatan sebesar 20 responden (66,66%). Responden paling sedikit dengan pendidikan AknesDiploma III Anastesi) sebesar 2 orang (6,060 %).

Masa kerja responden mayoritas memiliki masa kerja 5-10 tahun sebesar 13 orang (39,39 %), sedangkan responden paling sedikit memiliki masa kerja 21-25 tahun sebanyak 1 orang (3,03 %) sama halnya dengan responden dengan masa kerja lebih dari 25 tahun. Mayoritas responden belum mengikuti pelatihan

Tabel 2NilaiKemampuan Penggunaan Asesment Resiko dan Pelaksanaan *Patient Safety ;Universal Precautions* Sebelum dan Sesudah

| No. Resp | Penggunaan *Assesment* Resiko | Pelaksaanaan *Universal Precautions* |
| --- | --- | --- |
| Sebelum | Sesudah | Selisih | Sebelum | Sesudah | Selisih |
| 1 | 34 | 36 | 2 | 68 | 73 | 5 |
| 2 | 32 | 35 | 3 | 81 | 83 | 2 |
| 3 | 32 | 35 | 3 | 78 | 83 | 5 |
| 4 | 33 | 36 | 3 | 55 | 73 | 18 |
| 5 | 32 | 35 | 3 | 78 | 80 | 2 |
| 6 | 33 | 35 | 2 | 78 | 83 | 5 |
| 7 | 33 | 35 | 2 | 75 | 79 | 4 |
| 8 | 33 | 35 | 2 | 73 | 80 | 7 |
| 9 | 33 | 36 | 3 | 75 | 78 | 3 |
| 10 | 33 | 34 | 1 | 64 | 66 | 2 |
| 11 | 25 | 32 | 7 | 75 | 77 | 2 |
| 12 | 32 | 36 | 4 | 76 | 78 | 2 |
| 13 | 27 | 34 | 7 | 67 | 75 | 8 |
| 14 | 31 | 28 | -3 | 75 | 78 | 3 |
| 15 | 25 | 32 | 7 | 68 | 80 | 12 |
| 16 | 30 | 34 | 4 | 72 | 71 | -1 |
| 17 | 34 | 36 | 2 | 60 | 60 | 0 |
| 18 | 32 | 33 | 1 | 71 | 73 | 2 |
| 19 | 34 | 34 | 0 | 71 | 77 | 6 |
| 20 | 31 | 35 | 4 | 72 | 77 | 5 |
| 21 | 32 | 35 | 3 | 74 | 73 | -1 |
| 22 | 30 | 36 | 6 | 72 | 80 | 8 |
| 23 | 35 | 35 | 0 | 71 | 75 | 4 |
| 24 | 32 | 34 | 2 | 75 | 80 | 5 |
| 25 | 32 | 34 | 2 | 69 | 73 | 4 |
| 26 | 33 | 34 | 1 | 73 | 76 | 3 |
| 27 | 36 | 33 | -3 | 75 | 83 | 8 |
| 28 | 33 | 35 | 2 | 78 | 80 | 2 |
| 29 | 35 | 35 | 0 | 78 | 83 | 5 |
| 30 | 34 | 36 | 2 | 69 | 70 | 1 |
| 31 | 26 | 36 | 10 | 69 | 78 | 9 |
| 32 | 34 | 36 | 2 | 63 | 78 | 15 |
| 33 | 34 | 35 | 1 | 68 | 83 | 15 |

Berdasarkan Tabel 2 nilai kemampuan penggunaan asesment resiko sesudah diberi pelatihan dibandingkan dengan sebelum diberikan pelatihan memiliki selisih kenaikan paling besar bernilai 10, paling rendah memiliki selisih -3 (terdapat penurunan nilai dibanding sebelum dilakukan pelatihan) sebanyak 2 responden, dan 3 responden tidak terdapat perbedaan selisih sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan penggunaan *assesment* resiko.

Pelaksanaan *patient safety; universal precautions* sesudah diberi pelatihan dibandingkan dengan sebelum diberikan pelatihan memiliki selisih paling besar bernilai 18 sebanyak 1 responden, paling rendah memiliki selisih -1 (terdapat penurunan nilai dibandingkan sebelum diberi pelatihan) sebanyak 2 responden, dan 1 responden tidak terdapat perbedaan selisih sebelum dan sesudah diberi pelatihan dalam pelaksanaan *patient safety ;universal precautions*.

Tabel 3.Nilai Minimum dan Maksimum Penggunaan Assesment Resiko dan UpayaPelaksanaan*Patient Safety; Universal Precautions*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variabel** | Min | Max |
| Pre Penggunaan Asesment | 25,00 | 36,00 |
| Post Penggunaan Assement | 28,00 | 36,00 |
| Pre *Universal Precautions* | 55,00 | 81,00 |
| Post *Universal Precautions* | 60,00 | 83,00 |

Sebelum diberikan intervensi, kemampuan responden dalam menggunakan assesment resiko memiliki nilai minimum 25 dan nilai maksimum 36. Setelah dilakukan intervensi, kemampuan responden dalam menggunakan assesment resiko memiliki nilai minimum 28 dan nilai maksimum 36.Pada pelaksanaan *patient safety; universal precaution* sebelum diberikan intervensimemiliki nilai minimum 55 dan nilai maksimum 81.Setelah diberikan intervensimemiliki nilai minimum 60 dan nilai maksimum 83.

Tabel 4Selisih *Mean, Standard Deviasi dan Standard Error*Penggunaan *Assesment* Resiko dan Pelaksanaan*Universal Precautions*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Variabel*** | ***N*** | *Mean* | *Standart Deviasi* | *Standart Error* |
| Selisih Penggunaan Asesment | 33 | 2,5758 | 2,66962 | 0,46472 |
| Selisih Universal Precautions | 33 | 5,1515 | 4,52853 | 0,78832 |

Hasil uji statistik didapatkan hasil selisih penggunaan assesment resikomemiliki selisih mean sebesar 2,5758, standard deviasi sebesar 2,66962 dan standard error sebesar 0,46472. Pelaksanaan *patient safety; universal precautions* memiliki selisih mean sebesar 5,1515, *standart deviasi* sebesar 4,52853 dan *standart error* sebesar 0,78832.

**Hasil Uji Statistik Penggunaan AssesmentResiko dan Pelaksanaan *Patient Safety; Universal Precautions***

Berdasarkan hasil uji statistik penggunaan *assesment*resiko dan pelaksanaan*patient safety; universal pre caution,* didapatkan nilai sig 0,000 (<0,05) yang berarti ada pengaruh penggunaan assesment resiko HIV/AIDS terhadap upaya penata/perawat anastesi dalam pelaksanaan *patient safety ; universal pre caution*

Tabel 5 Hasil Uji Statistik Penggunaan Assesment Resiko dan Pelaksanaan *Patient Safety; Universal Precautions*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variabel | *Mean ± SD* | t | *Sig.* *(2-tailed)\** |
|
| Penggunaan *Assesment* Resiko | 2,67 ±2,67 | 5,543 | 0 |
| Pelaksanaan *Universal Precaution* | 4,53 ±4,53 | 6,535 | 0 |

\*) sig α < 0.05

**PEMBAHASAN**

1. **Karakteristik Responden**

Karakteristik responden pada penelitian ini mayoritas responden berpendidikan Diploma III sebesar 20 responden (66,66%) dan responden paling sedikit dengan pendidikan Aknes sebesar 2 orang (6,060 %). Notoatmodjo (2010) menyebutkan bahwa pengetahuan yang dimiliki seseorang dipengaruhi oleh berbagai hal, yaitu pendidikan, sumber informasi dan usia(umur). Tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang karena diasumsikan bahwa tingkat pendidikanakan membantu orang tersebut untuk lebih mudah menangkap dan memahami suatu informasi. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka tingkat pemahaman juga meningkat serta tepat dalam pengambilan sikap.

Distribusi usia mayoritas responden berusia 45-49 tahun sebesar 11 responden (33,33%). Tidak ada responden yang berusia 25-29 tahun. Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 23 orang (69,70 %). Menurut Notoatmodjo (2003),faktor umur/ usia juga dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Umur lebih muda mempunyai daya ingat lebih kuat dibandingkan dengan orang yang lebih tua.Di samping itu, kemampuan untuk menyerap pengetahuan baru lebih mudah dilakukan pada umur yang lebih muda karena otak berfungsi maksimal pada umur muda.

Masa kerja responden mayoritas memiliki masa kerja 5-10 tahun sebesar 13 orang (39,39 %), sedangkan responden paling sedikit memiliki masa kerja 21-25 tahun sebanyak 1 orang (3,03 %) sama halnya dengan responden dengan masa kerja lebih dari 25 tahun. Mayoritas responden tidak mengikuti pelatihan *Patient Safety* ;*Universal Precautions*sebanyak 25 responden (75,76 %). Notoatmodjo (2010) mengungkapkan selain tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan sesorang juga dipengaruhi oleh sumber informasi, baik yang berasal dari media massa, petugas kesehatan, pengalaman, maupun lingkungan.Pengetahuan atau kognitif merupakan domain terpenting bagi terbentuknya tindakan seseorang.Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan psikis dalam menumbuhkan sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulasi terhadap tindakan seseorang. Perilaku yang didasari dengan pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

1. **Pada Tabel 2 tentang nilai kemampuan sebelum dan sesudah serta selisih nilai kemampuan,Tabel 3tentang nilai minimum dan maximum penggunaan assessment resiko dan upaya pelaksanaan patient safety**terlihat nilai rata-rata dan standar deviasi penggunaan *assesment* resiko dan pelaksanaan *universal precaution* sebelum dan sesudahintervensi didapatkan perubahan sebelum dan sesudah intervensi baik pada aspek penggunaan assessment resiko maupun pelaksanaan *patient safety; universal precautions.* Secara keseluruhan sebagian besar mengalami peningkatan. Berdasarkan proses adopsi perilaku, Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Menurut Kholid (2012), media pembelajaran dapat mengatasi keterbatasan pengalaman yang dimiliki oleh para *audience*. Pengalaman tiap *audience* berbeda- beda, tergantung dari faktor- faktor yang menentukan kekayaan pengalaman. Suatu media dapat dijadikan sebagai miniatur, model, maupun bentuk gambar- gambar yang disajikan secara audiovisualdan audial dalam mengatasi keterbatasan pengalaman *audience* untuk mengetahui secara nyata objek yang akan diperkenalkan. Selain itu, media berfungsi memungkinkan adanya interaksi langsung antara *audience* dengan lingkungannya, menghasilkan keseragaman pengamatan, membangkitkan keinginanan minat baru, membangkitkan motivasi untuk belajar, memberikan pengalaman yang integral/menyeluruh dari konkret sampai abstrak, serta membantu menanamkan konsep dasar yang benar, konkret, dan realistis (Kholid ,2012).
2. **Pada Tabel 4**dapat dilihat selisih mean penggunaan assessment 2,5758 dengan standart deviasi 2,66962 menunjukan keragaman kemampuan responden cukup homogen sedangkan untuk selisih mean 5,1515 universal precautions dengan standart deviasi 4,52853 menunjukan keragaman kemampuan responden lebih variatif dibandingkan dengan penggunaan assessment. Sedangkan standart error menunjukan angka yang kecil yaitu 0,46472 untuk penggunaan assessment dan 0,78832 untuk universal precautions sehingga responden dalam penelitian ini representatif
3. **Kemampuan penata/perawat anestesi mendeteksi resiko HIV/AIDS pada pasien serta upaya pelaksanaan *patient safety; universal precautions* sebelum diberi pelatihan penggunaan assesment resiko di RSU Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).**

Sebelum diberi pelatihan penggunaan assesment resiko, didapatkan hasil bahwa skor atau nilai tertinggi dari 33 responden adalah responden dengan total skor 36 dan paling rendah dengan skor 25. Sedangkan pelaksanaan *patient safety ; universal precaution* sebelum diberi pelatihan didapatkan hasil bahwa skor atau nilai tertinggi dari 33 responden adalah responden dengan total skor 81 dan paling rendah dengan skor 55.

Kholid (2012) menyebutkan bahwa berdasarkan teori SOR (stimulus- organisme- respon) yang dikemukakan oleh Skinner, perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi 2, yaitu: 1) Perilaku tertutup (*Covert Behavior*) merupakan perilaku yang terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati oleh orang lain (dari luar) secara jelas; 2) Perilaku terbuka (*Overt Behavior*) merupakan perilaku yang terjadi jika respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati oleh orang lain dari luar atau *observable behavior.*

Menurut Roger dalam Kholid (2012) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalamdiri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu: 1) *Awareness,* yaitu proses dimana seseorang menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu; 2) *Interest*, yaitu proses dimana orang mulai tertarik kepada stimulus; 3) *Evaluation*, yaitu seseorang mulai menimbang-nimbang baik dan tidaknyastimulustersebut bagi dirinya; 4) *Trial,* yaitu proses disaat orang mulai mencoba perilaku baru; dan 5) *Adoption,* yaitu proses dimana orang tersebut telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

1. **Kemampuan penata anestesi mendeteksi resiko HIV/AIDS pada pasien saat kunjungan pra anestesi serta upaya pelaksanaan *patient safety; universal precautions* sesudah diberi pelatihan penggunaan assesment resiko di RSU Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).**

Berdasarkan hasil penelitian, nilai kemampuan penggunaan asesment resiko sesudah diberi pelatihan dibandingkan dengan sebelum diberikan pelatihan memiliki selisih kenaikan paling besar bernilai 10, paling rendah memiliki selisih -3 (terdapat penurunan nilai dibanding sebelum dilakukan pelatihan) sebanyak 2 responden, dan 3 responden tidak terdapat perbedaan selisih sebelum dan sesudah dilakukan *assesment* resiko.

Pelaksanaan*patient safety; universal precautions* setelah diberi pelatihan dibandingkan dengan sebelum diberikan pelatihan memiliki selisih paling besar bernilai 18 sebanyak 1 responden, paling rendah memiliki selisih -1 (terdapat penurunan nilai dibandingkan sebelum diberi pelatihan) sebanyak 2 responden, dan 1 responden tidak terdapat perbedaan selisih sebelum dan sesudah diberi pelatihan dalam pelaksanaan*patient safety ;universal precautions*.

Menurut Slameto (2003) terdapat berbagai factor internal dan factor external yang mempengaruhi hasil belajar seseorang. Faktor internal adalah jasmani dan psikologis sedangkan factor external adalah keluarga, masyarakat dan sekolah dalam hal ini dapat diartikan sebagai institusi tempat bekerja sekaligus akan menjadi tempat belajar. Sedangkan menurut Syah (2011) factor utama yang mempengaruhi hasil belajar seseorang adalah Faktor internal yakni keadaan/kondisi jasmani dan rohani peserta, faktor eksternal (faktor dari luar ), yakni kondisi lingkungan di sekitar peserta misalnya faktor lingkungan serta faktor pendekatan belajar, yakni jenis upaya belajar yang meliputi strategi dan metode yang digunakan untuk melakukan kegiatan mempelajari materi-materi. Pada penelitian ini berfokus pada penggunaan assessment resiko yang di tuliskan dalam bentuk buku saku yang merupakan salah satu factor yang mempengaruhi hasil belajar seseorang yaitu factor pendekatan belajar dalam hal ini terkait strategi dan metode. Sedangkan factor internal dan external tidak merupakan factor yang diteliti.

1. **Pengaruh penggunaan assessment resiko.**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil terdapat pengaruh penggunaan assesment resiko terhadap upaya penata/perawat anestesi dalam pelaksanaan *patient safety; universal precautions* di RSU Daerah ProvinsiDaerah Istimewa Yogyakarta dengan nilai 0,000 .

Dalam penelitian Benawa (2010) tentang peran media komunikasi dalam pembentukan karakter intelektual di dunia pendidikan menyebutkan hubungan kerucut *Edgar Dale* (*cone of experience*).Edgar Dale memandang bahwa nilai media pembelajaran diklasifikasikan berdasarkan nilaipengalaman.Menurutnya, pengalaman itu mempunyai dua belas (12) tingkatan.Tingkatan yang paling tinggi adalah pengalaman yang paling konkret. Sedangkan yang paling rendah adalah yang paling abstrak, diantaranya : 1)*Direct Purposeful Experiences*, yaitu: Pengalaman yang diperoleh dari kontak langsung dengan lingkungan, obyek, binatang, manusia, dan sebagainya, dengan cara perbuatan langsung; 2) *Contrived Experiences*, yaitu : Pengalaman yang diperoleh dari kontak melalui model, benda tiruan, atau simulasi; 3)*Dramatized Experiences*, yaitu : Pengalaman yang diperoleh melalui permainan, sandiwara boneka, permainan peran, drama soial; 4)*Demonstration* :Pengalaman yang diperoleh dari pertunjukan; 5)*Study Trips*, yaitu : Pengalaman yang diperoleh melalui karya wisata; 6)*Exhibition,* yaitu : Pengalaman yang diperoleh melalui pameran; 7)*Educational Television*, yaitu :

Pengalaman yang diperoleh melalui televisi pendidikan, 8) *Motion Pictures*, yaitu : Pengalaman yang diperoleh melalui gambar, film hidup, bioskop; 9)*Still Pictures*, yaitu : Pengalaman yang diperoleh melalui gambar mati, slide, fotografi; 10)*Radio and Recording*, yaitu : Pengalaman yang diperoleh melalui siaran radio atau rekaman suara; 11)*Visual Symbol*, yaitu : Pengalaman yang diperoleh melalui simbol yang dapat dilihat seperti grafik, bagan, diagram; 12)*Verbal Symbol*, yaitu : Pengalaman yang diperoleh melalui penuturan kata-kata.

Media dalam hal ini dalam bentuk buku saku merupakan alat atau sarana yang digunakan untuk menyampaikan pesan dari komunikator yaitu peneliti kepada khalayak yaitu perawat/penata anastesi.Beberapa pakar psikologi menyatakan bahwa dalam komunikasi, yang paling dominan bekerja adalah pancaindra manusia, yaitu mata dan telinga. Media sebagai alat komunikasi yang bertujuan untuk mempengaruhi orang lain. Pengaruh adalah perbedaan antara apa yang dipikirkan, dirasakan, dan dilakukan oleh penerima sebelum dan sesudah menerima pesan. Pengaruh juga merupakan indikator dalam komunikasi yang sangat penting untuk mengetahui berhasil atau tidaknya komunikasi yang kita inginkan.Pengaruh bisa terjadi dalam bentuk perubahan pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan perilaku (*behavior*) (Cangara, 2012; Wichaksana, 2002).

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil

1. Sebelum diberikan pelatihan penggunaan assessment resiko didapatkanhasil nilai rata rata dan standart deviasi 31,97 ± 2,71 dan pelaksanaan *patient safety; universal precautions*71,69 ± 5,63
2. Sesudah diberikan pelatihan penggunaan assessment resiko didapatkan hasil nilai rata rata dan standart deviasi 34,55 ±1,63 dan pelaksanaan *patient safety; universal precautions*76,85 ± 5,19
3. Terdapat pengaruh penggunaan assesment resiko terhadap upaya penata/perawat anestesi dalam pelaksanaan *patient safety; universal precautions* di RSU Daerah ProvinsiDaerah Istimewa Yogyakarta dengan nilai 0,000 .

**Saran**

Untuk perawat/penata anastesi diharapkan dapat menerapkan assesment resiko HIV/AIDS dan tetap meningkatkan pelaksanaan*patient safety; universal precautions.* Sedangkan untuk rumah sakit dapat mempertimbangkan untuk menjadikan pemeriksaan HIV/AIDS sebagai salah satu persyaratan sebelum dilakukan operasi terutama untuk kasus yang beresiko .

**DAFTAR PUSTAKA**

Adhi ,Juandha. 2005. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin . Jakarta. FKUI

Ahluwalia, V.K., & Ahluwalia, M., 2005, HIV/AIDS Transmission, Prevention and Alternatives Therapies, Lotus Press, India.

Arriaga AF, Bader AM, Wong JM, et al.2013. Simulation-based trial of surgical-crisis checklists.*N Engl J Med*;368:246–53

Arief Mansjoer. 2001.  KapitaSelekta Kedokteran Jilid I. Medis Aesculapius,Jakarta.

Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Refisi VI.* PT Asdi Mahasatya,Jakarta.

Borgmann, H., Helbig, S., Reiter, M. a., Hüsch, T., Schilling, D., Tsaur, I., & Haferkamp, A. 2015. Utilization of surgical safety checklists by urological surgeons in Germany: a nationwide prospective survey. *Patient Safety in Surgery*, *9*(1), 37. doi:10.1186/s13037-015-0082-5

Birnbach DJ, Hernandez M. 2007.Neuraxial an-algesia For Labor in Spinal and Epidural anaesthesia, Wong CA (ed). New York: Mc Graw-Hill, ; p.257-74.

Cangara, Hafied.2012.Pengantar Ilmu Komunikasi. PT Raja Grafindo Persada,Jakarta

Dale, Edgar. 1969. Audio Visual Methods in Teaching. New York: Holt, Rinehart and Winston Inc. The Dryden Press

.

Farnan, R., & Enriquez, M., 2012, *What Nurses Know…HIV/AIDS : The Answer You Need From The People You Trust*,Demos Medical Publishing, New York.

International Labour Organization (ILO). 2013. *Keselamatan dan Kesehatan KerjaSarana untuk Produktivitas.* Jakarta : ILO

Kemenkes RI,2011, Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa

Kemenkes RI 2006. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (patient safety). *UtamakanKeselamatan Pasien*.

Kemenkes RI,2014*. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia . D*it.Jend PP dan

Kholid, A. 2012. Promosi Kesehatan. Jakarta : Raja Grafindo Persada.

Mangku,Gde,Senaphati T Gde Agung.2010. Buku Ajar Anestesi Reanimasi,Cetakan Pertama,Jakarta.

Muhibbin Syah. 2011. *Psikologi Belajar* Jakarta: Bumi Aksara

Notoatmodjo. 2010 (a).  *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Rineka Cipta.Jakarta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_2010 (b).Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: RinekaCipta

Slameto,2003. *Belajar dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya* Jakarta: Rineka Cipta.

Syamsu Hidayat, R. De Jong Wim. 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi Revisi. Jakarta: EGC*.

Syafri Kamsul Arif, Irda Astuty.2017. Anestesi Pasien HIV,Nusantara Medical Science Journal 1 (2017) 28-32

Widodo, E. (2009). Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) Dalam Pencegahan Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) Dan HIV&AIDS Di Lokalisasi Koplak, Kabupaten Grobogan. *The Indonesian Journal of Health Promotion (Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia)*, *4*(2), 94-102.