Organisasi
Perburuhan
Internasional

Organisasi
Kesehatan
Dunia

Pedoman Bersama ILO/WHO

tentang
Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS

Diterbitkan oleh:
DIREKTORAT PENGAWASAN KESEHATAN KERJA
DIREKTORAT JENDERAL PEMBINAAN PENGAWASAN KETENAGAKERJAAN
DEPARTEMEN TENAGA KERJA DAN TRANSMIGRASI RI
September 2005

Hak Cipta © Organisasi Perburuhan Internasional dan Organisasi Kesehatan Dunia 2005

Publikasi dari Organisasi Perburuhan Internasional dan Organisasi Kesehatan Dunia dilindungi oleh hak cipta dibawah Protokol 2 Konvensi Hak Cipta Dunia (Universal Copyright Convention). Walaupun demikian, kutipan singkat dari publikasi ini dapat diperbanyak tanpa otorisasi, dengan syarat agar sumbernya disebutkan. Untuk mendapatkan hak-hak memperbanyak atau menterjemahkan, surat lamaran agar dikirimkan kepada Publications Bureau (Rights and Permissions), International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland. Kantor Perburuhan Internasional menyambut baik lamaran seperti itu. Permintaan izin untuk memperbanyak atau menterjemahkan publikasi Organisasi Kesehatan Dunia apakah untuk dijual atau penyebaran non-komersial agar dialamatkan kepada Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
(tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857.
(fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

Perpustakaan, lembaga-lembaga dan pemakai lainnya yang terdaftar di United Kingdom dengan Copyright Licensing Agency, 90 Tottenham Court Road, London W1T 4LP [fax: (+44) (0)20 7631 5500; email:cla@cla.co.uk], di Amerika Serikat dengan Copyright Clearance Center, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 [fax: (+1) (978) 750 4470; email: info@copyright.com] atau di Negara-negara lain dengan organisasi hak-hak memperbanyak yang terkait, dapat membuat fotokopi, sesuai dengan lisensi yang dikeluarkan kepada mereka untuk tujuan ini.

Dicetak pertama kali 2005

ISBN 92-2-117553-7 (print)

Sesuai dengan tata cara Perserikatan Bangsa Bangsa, pencantuman informasi dalam publikasi ILO dan WHO, dan penyajian bahan tulisan yang terdapat di dalamnya sama sekali tidak mencerminkan opini apapun dari Kantor Perburuhan Internasional mengenai informasi yang berkenaan dengan status hokum suatu Negara, daerah atau wilayah atau kekuasaan Negara tersebut, atau yang berkenaan dengan penentuan batas-batas Negara tersebut.

Setiap opini yang berbentuk artikel, kajian dan bentuk kontribusi lainnya, yang telah diakui dan ditanda tangani oleh penulisnya, sepenuhnya menjadi tanggung jawab dari penulis tersebut. Publikasi opini tersebut tidak dapat ditafsirkan bahwa Kantor Perburuhan Internasional menyetujui atau menyarankan opini tersebut. Penyebutan nama perusahaan, produk dan proses yang bersifat komersial, tidak berarti bahwa Kantor Perburuhan Internasional dan Organisasi Kesehatan Dunia mengiklankan atau mendukung perusahaan, produk atau proses tersebut. Sebaliknya, tidak disebutnya suatu perusahaan, produk atau proses tertentu yang bersifat komersial juga tidak dapat dianggap sebagai tanda tidak adanya dukungan atau persetujuan dari Kantor Perburuhan Internasional atau Organisasi Kesehatan Dunia.

Publikasi-publikasi ILO dapat diperoleh melalui penyalur-penyalur kantor buku utama atau melalui kantor ILO setempat pada banyak Negara, atau langsung dari ILO Publications, International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland. Katalog atau daftar dari publikasi-publikasi terbaru dapat diminta secara cuma-cuma dari alamat diatas, atau melalui email: pubvente@ilo.org.

Kunjungi Web site kami: www.ilo.org/publns

Publikasi dari Organisasi Kesehatan Dunia dapat diperoleh dari Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int).

Dicetak oleh Kantor Perburuhan Internasional di Jakarta, Indonesia.

Organisasi
Perburuhan
Internasional

Organisasi
Kesehatan
Dunia

Pedoman bersama ILO/WHO
tentang
Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS

Alih bahasa

Ketua : Dr. Zulmiar Yanri, PhD., SpOk
Anggota : Muhammad Fertiaz, SKM
Wahyu Widiyatmanto, Ssi
Dr. Muzakir

Diterbitkan oleh:
DIREKTORAT PENGAWASAN KESEHATAN KERJA
DIREKTORAT JENDERAL PEMBINAAN PENGAWASAN KETENAGAKERJAAN
DEPARTEMEN TENAGA KERJA DAN TRANSMIGRASI RI
September 2005

Judul Asli:
Joint ILO/WHO Guidelines on Health Services and HIV/AIDS

Hak Cipta :
Organisasi Perburuhan Internasional dan Organisasi Kesehatan Dunia 2005
Penerbitan pertama 2005

ISBN. 92-2-117553-7

Edisi Bahasa Indonesia

Alih Bahasa

Ketua : Dr. Zulmiar Yanri, PhD., SpOk

Anggota : Muhammad Fertiaz, SKM

Wahyu Widiyatmanto, Ssi

Dr. Muzakir

Ucapan terima kasih

Pedoman bersama ILO/WHO tentang Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS ini dibahas dan disyahkan pada pertemuan para ahli dari unsur tripartit yang dilaksanakan tanggal 19-21 April 2005 di Jenewa. Terima kasih yang tak terhingga kami ucapkan kepada ILO, WHO dan Bapak Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi yang telah menunjuk kami sebagai ahli yang diusulkan oleh pemerintah dalam pertemuan tersebut.

Mengingat pedoman ini sangat bermanfaat untuk diterapkan di Indonesia untuk meningkatkan kapasitas pelayanan kesehatan dalam mengatasi dampak epidemi HIV/AIDS, maka ILO juga telah mempercayai kami untuk mengalihbahasakan pedoman bersama ini ke dalam Bahasa Indonesia.

Dalam terjemahan ini *health care worker* diterjemahkan sebagai pekerja sektor kesehatan, setelah memperhatikan masukan dari berbagai pihak.

Untuk itu kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses alih bahasa ini kami ucapkan terima kasih, khususnya kepada :

1. Galuh Sotya Wulan dari ILO Jakarta
2. Dr. Sri Pandam Pulungsih, MPH dari WHO Jakarta
3. Dr. Djoko Suharno, MPS, PhD sebagai editor independen
4. Dr. Astrid Sulistomo, MPH, Sp.Ok dari FKUI
5. Dr. Haryono, MSc dari APINDO
6. Dr. Slamet Ichsan, MS, Sp.Ok, Kapusbang KK dan Hiperkes
7. Pungky Widiatmoko, MSi, Kasubdit Kelembagaan dan Keahlian Kesehatan Kerja dari DPKK

Kami mengucapkan terima kasih kepada ILO Jakarta dan ILO Jenewa atas bantuan moril dan materil sehingga pedoman bersama ILO/WHO ini dapat dialihbahasakan dan diterbitkan dalam Bahasa Indonesia.

Kami menyadari bahwa dalam pengalihbahasaan pedoman ini masih banyak kekurangannya, untuk itu masukan dan kritik guna perbaikannya sangat kami harapkan.

Jakarta, September 2005

Dr. Zulmiar Yanri, PhD, SpOk
NIP.130365584

Sambutan
Direktur ILO Jakarta

Pedoman bersama ILO/WHO untuk Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS. Pedoman berikut ini adalah hasil kerjasama dari Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Berdasarkan mandat masing-masing organisasi, kerjasama yang erat dan hubungan yang tercipta sejak lama di bidang kesehatan dan keselamatan kerja, serta hubungan baru sebagai mitra sponsor UNAIDS, ILO dan WHO memutuskan untuk bekerjasama dalam memberikan dukungan kepada institusi layanan kesehatan dalam membangun kapasitas mereka untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman, sehat dan layak bagi para pekerja. Ini adalah cara paling efektif untuk mengurangi risiko transmisi HIV dan penyakit lain yang menular lewat darah ke pekerja dan juga untuk meningkatkan kualitas layanan kepada pasien.

Penerjemahan pedoman ini ke dalam Bahasa Indonesia akan membantu institusi dan pekerja di sektor kesehatan untuk lebih memahami isu-isu tentang HIV/AIDS. Pedoman ini berkaitan dengan praktek kerja yang aman, masalah stigma dan diskriminasi di sektor kesehatan, kebutuhan terhadap sistem manajemen K3 (kesehatan dan keselamatan kerja) dan cara menangani kemungkinan terpajan atau terkena dampak HIV/AIDS. Publikasi ini juga menyediakan informasi praktis dalam bentuk lembar fakta tentang bahaya, risiko pencegahan dan cara penanganan yang dirancang untuk melindungi pekerja di sektor kesehatan dari paparan terhadap HIV dan penyakit menular lainnya.

Kita berharap agar publikasi ini dapat memberikan sumbangan terhadap terciptanya lingkungan kerja yang aman dan layak bagi pekerja sektor kesehatan, dan pada saat yang sama memastikan layanan kesehatan efektif yang menghormati kebutuhan dan hak pasien, terutama mereka yang hidup dengan HIV/AIDS.

Oktober 2005

Alan Boulton
Direktur, Kantor ILO Jakarta

Sambutan
Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi R.I.

Pelayanan kesehatan khususnya di tempat kerja merupakan salah satu upaya yang ditujukan untuk memberikan perlindungan tenaga kerja sebaik mungkin guna menjamin derajat kesehatan setinggi-tingginya. Dengan derajat kesehatan yang tinggi diharapkan tenaga kerja dapat mencapai produktivitas secara optimal.

Banyak hal telah dilakukan untuk menjamin pelaksanaan perlindungan kesehatan tenaga kerja, mulai dari pembuatan dan pembaharuan peraturan perundangan, standar teknis, pengawasan, pembinaan, penyuluhan dan sosialisasi tentang kesehatan dan lingkungan kerja untuk meningkatkan kesadaran pimpinan perusahaan dan pekerja tentang manfaat pelaksanaan kesehatan kerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan efisiensi dan produktivitas.

Kebijakan di bidang kesehatan kerja telah cukup banyak, pada prinsipnya adalah mengatur tentang standar minimal yang harus diterapkan di tempat kerja sehinga tidak ada pihak-pihak yang dirugikan. Mungkin yang telah diatur selama ini masih belum cukup memadai berdasarkan kriteria teknis, maka dengan telah dikeluarkannya Pedoman Bersama ILO/WHO Tentang Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS, diharapkan semua pihak yang terkait dengan kesehatan kerja dapat menyamakan persepsinya dan mengkaji kembali kebijakan, strategi dan program pelayanan kesehatan sesuai dengan pedoman yang telah dikeluarkan bersama oleh ILO dan WHO tersebut.

Saya menyambut baik dikeluarkannya pedoman pelayanan kesehatan yang diterbitkan dalam edisi bahasa Indonesia ini, dengan demikian akan memudahkan setiap orang khususnya tenaga kerja untuk lebih mengetahui dan memahami masalah pelayanan kesehatan khususnya di tempat kerja.

Jakarta, September 2005

Fahmi Idris

Kata Pengantar

Pedoman ini merupakan hasil kerjasama antara Organisasi Perburuhan Internasional (International Labour Organization - ILO) dan Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization – WHO). Dari segi tugas pokok mereka yang saling mendukung, kerjasama yang telah lama dan erat dalam bidang kesehatan kerja, dan kemitraan mereka akhir-ahir ini sebagai sponsor pendukung dari UNAIDS, ILO dan WHO memutuskan perlu ada upaya bersama dalam rangka membantu pelayanan kesehatan dalam membangun kapasitas mereka untuk menyediakan pekerja mereka dengan suatu lingkungan kerja yang aman, sehat dan layak, sebagai cara paling efektif baik untuk mengurangi penularan HIV dan patogen tular darah lainnya dan meningkatkan pemberian pelayanan terhadap pasien. Hal ini sangat penting karena pekerja sektor kesehatan tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan biasa tapi juga menyediakan pelayanan HIV/AIDS dan mengelola administrasi dan pemantauan jangka panjang terhadap terapi anti-retroviral (TAR). Pada waktu yang sama, di banyak negara, mereka sendiri sebagian besar juga sakit dan meninggal akibat epidemi tersebut.

Badan Pengurus Organisasi Perburuhan Internasional *(ILO Governing Body)* memutuskan pada sidangnya yang ke 290 bulan Juni 2004 bahwa pertemuan para ahli harus dilaksanakan untuk membuat pedoman bersama ILO/WHO tentang pelayanan kesehatan dan HIV/AIDS. Pada sidang ke 291 dari Badan Pengurus bulan November 2004, disetujui bahwa pertemuan para ahli akan dilaksanakan dari tanggal 19 sampai 21 April 2005. Komposisi berikut telah diusulkan untuk pertemuan tersebut: lima ahli ditunjuk setelah berkonsultasi dengan pemerintah lima negara yang dipilih oleh WHO dengan persetujuan ILO; lima ahli ditunjuk setelah berkonsultasi dengan kelompok pengusaha dari Badan Pengurus ILO; dan lima ahli ditunjuk setelah berkonsultasi dengan kelompok pekerja. Empat ahli dari pemerintah terpilih berpartisipasi, juga lima ahli dari pengusaha dan lima ahli dari pekerja. Seorang ketua sidang yang independen, dipilih setelah berkonsultasi dengan pemerintah suatu negara tambahan, Dengan persetujuan WHO, kemudian ditetapkan bahwa tujuan dari pertemuan adalah membahas dan mengesahkan suatu pedoman bersama ILO/WHO tentang **"Pelayanan kesehatan dan HIV/AIDS"**.

Daftar peserta

Ketua

- Dr. Lester Wright, Deputy Commissioner/Chief Medical Officer, New York State Department of Correctional Services, Albany, New York (USA)

Para ahli yang diusulkan oleh pemerintah

- Dr. Thérèse Nkoa Ng'Awono, Chef du service de la sécurité transfusionnelle, ministère de la Santé publique, Yaoundé (Cameroon)
- Dra. Bélgica Bernales Contreras, Instituto de Salud Pública, Médico de Salud Ocupacional, Santiago de Chile,(Chile)
- Dr. Zulmiar Yanri, Direktur Pengawasan Kesehatan Kerja, Direktorat Jenderal Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Jakarta (Indonesia)
- Dr. Oleg Yurin, Deputy Director, Federal Scientific Methodological AIDS Centre, Moscow (Russian Federation)

Para ahli yang diusulkan oleh pengusaha

- Dr. David Barnes, Consultant, Occupational Health, Anglo Gold Health Services, Western Levels (South Africa)
- Dr. Horace Fisher, Council Member, Jamaica Employers' Federation, Kingston (Jamaica)
- Mr. Samir A. Khalil, Executive Director, HIV Policy & External Affairs, Human Health – Europe, Middle East and Africa, Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey (USA)
- Mr. Joel Orenge Momanyi, Principal Management Training Consultant and HIV/AIDS Programme Coordinator, Federation of Kenya Employers, Nairobi (Kenya)
- Dr. Vichai Vanadurongwan, President, Srivichai Hospital Group, Bangkok (Thailand)

  Adviser: Dr. Prayong Temchavala, Adviser to Srivichai Hospital Group, Bangkok (Thailand)

Para ahli yang diusulkan oleh pekerja

- Ms. Darryl Alexander, Director, Occupational Health and

Safety, American Federation of Teachers, Washington DC (USA)

- Ms. Gilberte Apovo Gbedolo, Confédération des organisations syndicales indépendantes (COSI-Bénin), Cotonou (Benin)

  Adviser: Ms. Maaike Van der Velden, International Federation of Public Services (INFEDOP), Amsterdam (the Netherlands)
- Ms. Fazeela Fayers, Hospital Personnel Trade Union of South Africa, Queenswood ZA, Pretoria (South Africa)
- Dr. Suniti Solomon, Director, YRG Centre for AIDS, Research and Education, Chennai (India)
- Ms. Irmeli Vuoriluoto, Personnel Policy Officer, Trade Union of Health and Social Care Professionals, Tehy Helsinki (Finland)

  Adviser: Ms. Hope Daley, UNISON Head of Health and Safety, London (UK)

Wakil-wakil dari Persatuan Bangsa Bangsa, badan-badan khusus dan organisasi internasional resmi lainnya

- United Nations Office on Drugs and Crime, Dr. Christian Kroll, Chief HIV/AIDS Unit, Vienna (Austria)

Wakil-wakil Lembaga Swadaya Masyarakat internasional

- International Confederation of Free Trade Unions (ICFTU): Ms. Anna Biondi, Director, Ms. Raquel Gonzalez, Assistant Director, Geneva (Switzerland), Ms. Clementine Dehwe, Coordinator, Global Unions Programme on HIV/AIDS, Brussels (Belgium)
- International Co-operative Alliance (ICA): Ms. Maria Elena Chavez Hertig, Deputy Director-General, Geneva
- International Council of Nurses (ICN): Dr. Tesfamicael Ghebrehiwet, Consultant, Nursing and Health Policy, Geneva
- International Organization of Employers (IOE): Mr. Jean Dejardin, Adviser, Mr. Frederick Muia, Regional Adviser for Africa, Ms. Barbara Perkins, Adviser, Geneva
- International Pharmaceutical Federation (FIP): Mr. Luc Besançon, Ordre national des pharmaciens, Paris (France)
- Public Services International: Mr. Alan Leather, Deputy General Secretary, Ferney-Voltaire (France)

- World Confederation of Labour: Mr. Hervé Sea, Représentant permanent, Geneva
  INFEDOP: Mr. Bert Van Caelenberg, Secretary-General, Brussels
- World Economic Forum – Global Health Initiative (WEF-GHI): Mr. Jason Liu, Geneva

Sekretariat ILO

- Dr. Benjamin Alli, Director a.i. ILO Global Programme on HIV/AIDS and the World of Work
- Mr. Norman Jennings, Director a.i. Sectoral Activities Department
- Ms. Susan Leather, Head, Advocacy Relations and Publication Unit, ILO Global Programme on HIV/AIDS and the World of Work
- Ms. Susan Maybud, Health Services Specialist, Sectoral Activities Department
- Ms. Anamaria Vere, Information Development Specialist, Sectoral Activities Department

Sekretariat WHO

- Ms. Sandra Black, Technical Officer, HIV/AIDS
- Dr. Charles Gilks, Director, Coordinator Treatment and Prevention Scale Up Team, HIV/AIDS
- Reverend Canon Ted Karpf, Partnerships Officer
- Ms. Susan Wilburn, Occupational and Environmental Health
- Dr. Jean Yan, Chief Scientist Nursing and Midwifery, Human Resources for Health

Nara sumber

- Dr. Kristine Gebbie, Director, Center for Health Policy and Doctoral Studies, Columbia University, School of Nursing, New York, USA
- Mr. Isaac Obadia, Former ILO Official, SAFEWORK

Daftar Isi

	hal
Sambutan Direktur Pengawasan Kesehatan Kerja	iii
Sambutan Direktur ILO	v
Sambutan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI	vii
Kata Pengantar	ix
Daftar Peserta	xi
Daftar Isi	xv
Akronim	xix
Daftar istilah	xxi
Pendahuluan	1
Tujuan	3
Ruang lingkup dan Isi	4
Prinsip-prinsip	4
Kerangka Hukum dan kebijakan	6
Peran pemerintah	6
Kebijakan untuk mengembangkan dan memelihara sistem kesehatan nasional mengatasi HIV/AIDS	9
Peran organisasi pengusaha dan pekerja	10
Sektor kesehatan sebagai tempat kerja	11
Pengakuan HIV/AIDS sebagai isu tempat kerja	12
Stigma dan diskriminasi di sektor kesehatan	12
Gender: Isu bagi wanita dan pria	14
Dialog sosial	15
Keselamatan dan kesehatan kerja	17
Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja	17
Pencegahan dan perlindungan terhadap patogen	19

infeksious

Manajemen risiko 20

Identifikasi potensi bahaya 21

Penilaian risiko 22

Pengendalian risiko 22

Cara kerja aman 25

Penanganan benda-benda tajam dan peralatan injeksi sekali pakai yang aman. 26

Pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi peralatan 27

Pembersihan tumpahan darah 28

Penanganan dan pembuangan tubuh/jasad 28

Binatu (Laundry) 28

Pengelolaan limbah 29

Pemantauan dan evaluasi 30

Manajemen kejadian pajanan 32

Sistem tanggap pajanan 32

Tindakan segera 33

Aksi tindak lanjut 33

Analisa dan penyimpanan laporan 33

Kepedulian, pengobatan dan dukungan 34

Konseling dan testing sukarela 34

Pemberitahuan dan kerahasiaan 35

Pengobatan 36

Jaminan pekerjaan dan promosi 37

Persyaratan kerja 37

Penyesuaian yang dapat diterima (Reasonable accommodation). 37

Program Bantuan Karyawan 38

(Employee assistance programmes)

Perlindungan sosial. 39

Pengetahuan, pendidikan dan pelatihan 39

Penelitian dan pengembangan 42

Lampiran 1 – Dasar-dasar internasional untuk aksi 43

Lembaran fakta 48

1 Karakterisasi potensi bahaya: virus hepatitis dan HIV 49

2 Siklus manajemen keselamatan dan kesehatan kerja 53

3 Model struktur Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja bagi rumah sakit 54

4 Hirarki pengendalian yang diterapkan terhadap risiko pajanan kuman patogen tular darah 58

5 Pencegahan infeksi HIV nosokomial dengan menggunakan kewapadaan standar 60

6 Keselamatan injeksi 66

7 Upaya-upaya mengurangi risiko selama prosedur pembedahan 71

8 Cara sterilisasi dan disinfeksi tingkat tinggi 76

9 Manajemen keselamatan limbah dari kegiatan pelayanan kesehatan 84

10 Ringkasan manajemen pajanan kuman patogen tular darah akibat pekerjaan 93

11 Pendidikan dan pelatihan di tempat kerja 95

12 Sumber-sumber internasional terpilih tentang kebijakan, peraturan perundangan dan informasi teknis yang berkaitan dengan HIV/AIDS yang tersedia dalam internet 97

Akronim

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
GHSS	Global Health Sektor Strategy (WHO)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IGHB	Immunoglobulin Hepatitis B
ILO	International Labour Organization
IMS	Infeksi Menular Seksual
K3	Keselamatan dan Kesehatan Kerja
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MDR TB	Multidrug-resistant Tuberculosis
MLPK	Manajemen Limbah Pelayanan Kesehatan
ODHA	Orang yang hidup Dengan HIV/AIDS
PBB	Persatuan Bangsa Bangsa
PBK	Program Bantuan Karyawan
PKK	Pelayanan Kesehatan Kerja
P2K3	Panitia Pembina Keselamatan dan Kesehatan Kerja
PPP	Profilaksis Pasca Pajanan
SDM	Sumber Daya Manusia
SMK3	Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
TAR	Terapi Anti-Retroviral
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNICEF	United Nations Children's Fund
VCT	Voluntary Counseling and Testing
VHB	Virus Hepatitis B
VHC	Virus Hepatitis C
WHO	World Health Organization

Daftar Istilah

Pengertian-pengertian dibawah ini diambil dari pedoman dan standar teknis ILO dan WHO yang ada, dan juga dari database terminologi UNAIDS.

- **AIDS:** Acquired immunodeficiency syndrome. Sekelompok kondisi medis yang menunjukkan lemahnya kekebalan tubuh, sering berwujud infeksi ikutan (infeksi oportunistik) dan kanker, yang hingga saat ini belum bisa disembuhkan.

- **Alat Pelindung Diri (APD):** Peralatan yang dirancang untuk melindungi pekerja dari kecelakaan atau penyakit yang serius di tempat kerja, akibat kontak dengan potensi bahaya kimia, radiologik, fisik, elektrik, mekanik atau potensi bahaya lainnya di tempat kerja. Selain penutup muka, kacamata pengaman, topi keras dan sepatu keselamatan, APD mencakup berbagai peralatan dan pakaian seperti kaca mata, baju pelindung, sarung tangan, rompi, tutup telinga dan respirator.

- **Cairan dan jaringan tubuh:** Bahan-bahan ini mungkin mengandung patogen infeksius dan harus dikelola dengan kewaspadaan yang sama dengan darah, mencakup: cairan otak, rongga perut, selaput paru, selaput jantung, cairan sendi dan ketuban; cairan mani dan air susu, setiap cairan lain yang mengandung darah termasuk air liur yang terkait dengan kedokteran gigi, dan jaringan atau organ yang terluka.

- **Dialog sosial:** Dialog sosial ini mungkin merupakan suatu proses tripartit dimana pemerintah adalah pihak resmi dalam dialog tersebut, atau proses bipartit antara pengusaha dan pekerja atau organisasi mereka, dengan atau tanpa keterlibatan pemerintah secara tidak lansung.

- **Diskriminasi:** Dalam pedoman ini diskriminasi sesuai dengan pengertian yang diberikan dalam Konvensi ILO tentang Diskriminasi (*Employment and Occupation)*, 1958 (No. 111), dan mencakup status HIV. Pengertian ini juga mencakup diskriminasi atas dasar dugaan status HIV pekerja, dan diskriminasi atas dasar orientasi seksual.

- **Hirarki pengendalian:** Suatu cara menetapkan prioritas strategi dan upaya untuk mengendalikan potensi bahaya

kesehatan kerja yang disusun sesuai dengan tingkat efektifitasnya: yaitu eliminasi, substitusi, pengendalian rekayasa, pengendalian administratif dan cara kerja, dan alat pelindung diri (APD).

- **HIV**: Human immunodeficiency virus. Virus yang memperlemah sistem kekebalan tubuh, dan pada akhirnya menyebabkan AIDS.

- **Infeksi menular seksual (IMS**): Infeksi yang ditularkan secara seksual. Infeksi tersebut mencakup sifilis, kankroid, klamidia dan gonore. IMS secara umum dikenal sebagai Penyakit Menular Seksual (PMS)

- **Kewaspadaan standar:** Upaya-upaya ini diambil untuk mencegah penularan infeksi dalam memberikan pelayanan kesehatan, termasuk cara penanganan produk-produk limbah, seperti juga kewaspadaan universal untuk mencegah pajanan terhadap darah atau cairan tubuh lainnya, yang dilakukan terhadap semua pasien tanpa memandang diagnosis penyakit mereka.

- **Limbah pelayanan kesehatan:** Adalah setiap bahan buangan dari lingkungan pelayanan kesehatan dan kedokteran yang mungkin mengandung limbah klinis. **Limbah klinis** adalah limbah yang berasal dari praktek kedokteran, perawatan, kedokteran gigi, kedokteran hewan, farmasi atau praktek yang serupa, atau dari penyelidikan, pengobatan, perawatan, pengajaran atau penelitian, yang secara alamiah bersifat toksik, infeksius atau berbahaya, yang dapat menimbulkan potensi bahaya atau memberikan ancaman, kecuali sebelumnya dikatakan aman dan tidak berbahaya. Limbah seperti itu termasuk jaringan atau eksresi manusia atau binatang, obat-obatan dan produk kedokteran, kapas perban dan peralatan, atau bahan yang serupa.

- **Pajanan**: Suatu pajanan yang mungkin menempatkan tenaga pelayanan kesehatan pada risiko infeksi VHB, VHC atau HIV, didefinisikan sebagai cedera perkutaneus (seperti luka akibat jarum suntik atau tersayat benda tajam), atau kontak dengan selaput lendir atau kulit yang tidak utuh (seperti kontak dengan kulit yang merekah, tergores atau terkena dermatitis), dengan darah, jaringan atau cairan tubuh lain yang berpotensi infeksius.

- **Pekerja sektor kesehatan:** Seseorang (seperti perawat, dokter, karyawan teknisi, pekerja pemakaman, dokter gigi, mahasiswa, kontraktor, klinisi tamu, pekerja keselamatan publik, personil tanggap darurat, pekerja limbah pelayanan kesehatan, petugas atau sukarelawan pertolongan pertama) yang kegiatannya menyebabkan kontak dengan pasien atau cairan tubuh lain dari pasien.

- **Pelayanan kesehatan:** Semua infrastuktur dan lingkungan yang terlibat dalam penyediaan perawatan kesehatan umum dan spesialis bagi pasien atau pelayanan pendukung, seperti rumah sakit umum dan swasta, sarana pemeliharaan dan perawatan pribadi, pelayanan pengumpulan darah, pelayanan kesehatan kerumah, kantor, tempat bedah atau praktek dokter, osteopath, dokter gigi dan praktisi kedokteran lainnya, laboratorium kedokteran dan gigi, klinik, pelayanan kesehatan kerja, pelayanan kesehatan masyarakat, rumah obat, rumah pemakaman dan pelayanan ibu dan anak.

- **Pelayanan Kesehatan Kerja (PKK):** Dalam pedoman ini didefinisikan sesuai dengan Konvensi ILO tentang Pelayanan Kesehatan Kerja 1985 (No. 161), dan merujuk kepada pelayanan kesehatan pada atau untuk tempat kerja, yang mempunyai fungsi penting adalah pencegahan. PKK bertanggung jawab untuk memberikan panduan kepada pengusaha dan juga kepada pekerja dan perwakilan mereka, tentang bagaimana membangun dan memelihara lingkungan kerja yang selamat dan sehat, dan cara kerja yang mendukung kesehatan fisik dan mental yang optimal. PKK juga memberikan panduan tentang penyesuaian pekerjaan kepada kemampuan pekerja dari segi kesehatan fisik dan mental mereka.

- **Pemutusan Hubungan Kerja:** Dalam pedoman ini mempunyai arti seperti yang dijelaskan dalam Konvensi ILO tentang Pemutusan Hubungan Kerja, 1982 (No. 158), yaitu pemecatan sebagai inisiatif pengusaha.

- **Pengusaha:** Seseorang atau organisasi yang mempekerjakan pekerja dengan kontrak kerja tertulis atau lisan yang memuat hak dan kewajiban kedua pihak sesuai dengan peraturan dan praktek nasional. Pemerintah, otoritas publik, perusahaan swasta dan perseorangan dapat menjadi pengusaha.

- **Penyesuaian yang dapat diterima (*Reasonable Accommodation*)**: Setiap modifikasi atau penyesuaian terhadap pekerjaan, jam kerja atau tempat kerja, yang dapat diterima dan dapat dilaksanakan, yang memungkinkan seseorang yang hidup dengan HIV/AIDS (atau beberapa penyakit kronis lainnya atau ketidak-mampuan lainnya) mempunyai akses, berperan serta atau melanjutkan pekerjaan.

- **Perwakilan pekerja:** Dalam pedoman ini didefinisikan sesuai dengan Konvensi ILO tentang Perwakilan pekerja, 1971 (No. 135), adalah orang-orang yang diakui oleh undang-undang dan praktek nasional apakah mereka: (a) perwakilan serikat pekerja, yaitu perwakilan yang ditunjuk atau dipilih oleh serikat pekerja atau anggota serikat pekerja tersebut; atau (b) perwakilan yang dipilih, seperti perwakilan yang secara bebas dipilih oleh pekerja perusahaan sesuai dengan peraturan perundangan nasional atau perjanjian kerja bersama, dan orang yang fungsinya tidak mencakup kegiatan-kegiatan yang diakui secara ekslusif merupakan hak prerogatif dari serikat pekerja dalam Negara bersangkutan.

- **Potensi bahaya**: Potensi yang terkandung dalam suatu bahan atau situasi yang dapat menyebabkan cedera atau gangguan kesehatan manusia, atau mengakibatkan kerugian harta benda.

- **Profilaksis Pasca Pajanan (PPP):** Pemberian segera pengobatan setelah terjadi pajanan terhadap darah atau cairan tubuh lainnya yang terinfeksi, dalam rangka meminimalkan risiko mendapat infeksi. Terapi pencegahan atau "profilaksis primer" diberikan kepada individu yang berisiko untuk mencegah infeksi pertama, seperti PCP; "profilaksis sekunder" diberikan untuk mencegah infeksi ulangan.

- **Program kesejahteraan:** dalam pedoman didefinisikan sebagai ketentuan perawatan komprehensif untuk menjamin tingkat yang memadai berfungsinya orang yang terinfeksi HIV.

- **Risiko:** Suatu kombinasi antara kemungkinan timbulnya kejadian yang berbahaya dengan keparahan kecelakaan atau kerusakan yang ditimbulkan kejadian tersebut terhadap kesehatan manusia atau terhadap harta benda.

- **Seks dan gender**: Terdapat perbedaan biologik dan sosial antara laki-laki dan perempuan. Istilah "seks" merujuk kepada perbedaan biologis yang telah ditetapkan, sedangkan istilah "gender" berarti perbedaan peran sosial dan hubungan antara laki-laki dan perempuan. Peran gender dipelajari melalui sosialisasi, dan perbedaannya sangat luas, baik didalam ataupun antar budaya. Peran gender dipengaruhi oleh umur, kelas sosial, ras, etnis dan agama, dan oleh lingkungan geografik, economi dan politik.

- **Serokonversi:** Pembentukan antibodi terhadap antigen tertentu. Bila seseorang membentuk antibodi terhadap HIV, "serokonversi" berubah dari antibodi-negatif menjadi antibodi-positif. Pembentukan antibodi terhadap HIV mengambil waktu paling sedikit satu minggu sampai beberapa bulan atau lebih setelah infeksi HIV. Setelah antibodi HIV timbul dalam darah, seseorang akan menjadi positif dengan tes antibodi.

- **Skrining**: upaya untuk menilai status HIV individu, apakah secara lansung (tes HIV) atau secara tidak lansung (seperti penilaian prilaku berisiko, mengajukan pertanyaan tentang pengobatan).

- **Tempat kerja:** Semua tempat dimana pekerja perlu berada atau pergi dengan alasan pekerjaan meraka dan yang berada dibawah pengendalian lansung atau tidak langsung dari pengusaha.

- **Terapi Antiretroviral (TAR):** Serangkaian pengobatan yang diberikan untuk meminimalisir efek dari infeksi HIV dengan menjaga tingkat virus dalam tubuh pada tingkat serendah mungkin.

Pendahuluan

1 Epidemi HIV/AIDS merupakan krisis global dan tantangan yang berat bagi pembangunan dan kemajuan sosial. Banyak negara-negara miskin yang sangat dipengaruhi epidemi ini ditinjau dari jumlah infeksi dan dampak yang ditimbulkannya. Bagian terbesar orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) adalah orang dewasa yang berada dalam usia kerja dan hampir separuhnya adalah wanita, yang akhir-akhir ini terinfeksi lebih cepat daripada laki-laki. Konsekwensinya dirasakan oleh perusahaan dan ekonomi nasional, demikian juga oleh tenaga kerja dan keluarganya. Dalam konteks ini pemerintah mempunyai kewajiban untuk menerapkan ketentuan-ketentuan *United Nations Declaration of Commitment on HIV/AIDS* tahun 2001,[1] yang mencakup komitmen untuk memperkuat sistem pemeliharan kesehatan dan memperluas cakupan pengobatan, juga mengatasi masalah HIV/AIDS di dunia kerja melalui peningkatan program pencegahan dan kepedulian di tempat kerja publik, swasta dan informal.

2 Harus diingat bahwa belum ada vaksin untuk mencegah HIV/AIDS, dan pengobatannya juga belum ada. Pencegahan sangat tergantung pada kampanye kesadaran masyarakat dan perubahan perilaku individu dalam lingkungan yang mendukung, yang memerlukan waktu dan kesabaran. Dari segi pengobatan, peningkatan Terapi Anti Retroviral - TAR (Anti Retroviral Treatment) yang efektif dan terjangkau telah membantu menjaga kesehatan bagi mereka yang mempunyai akses pada obat-obatan, dan memperpanjang usia dan memelihara kehidupan mereka. Usaha dan inisiatif bersama yang sedang berlangsung yang dilakukan oleh negara, organisasi pengusaha dan internasional, berkonsentrasi untuk mempercepat akses terhadap TAR di negara-negara yang paling parah dampaknya, disamping memperkuat kampanye pencegahan secara global. Bagaimanapun, mengobati orang dalam jumlah besar memerlukan fungsi sistem pemeliharaan kesehatan yang mempunyai kemampuan untuk memberikan dan memantau pengobatan disamping melaksanakan upaya pencegahan yang sedang berjalan, serta memberikan kepedulian dan dukungan jangka panjang.

[1] *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, United Nations General Assembly resolution A/RES/S-62/2, June 2001.

3

Karena sudah menjalar ke seluruh sektor ekonomi dan seluruh bidang kehidupan sosial, epidemi HIV/AIDS telah merupakan ancaman bagi pertumbuhan dan pembangunan jangka panjang. Dampak sosial ekonominya akan sangat akut apabila kerugian SDM terkonsentrasi pada tenaga dengan ketrampilan yang langka, profesional dan pelatihan manajerial yang lebih tinggi. Konsekwensi kerugian ini akan mencapai bagian yang kritis bila mereka mempengaruhi pelayanan dan struktur yang sangat penting yang ada pada garis depan, seperti sistem kesehatan nasional.

4

Tekanan HIV/AIDS terhadap sistem kesehatan sangat hebat. Walaupun perawatan kesehatan merupakan hak asasi manusia yang mendasar,[2] dan di seluruh dunia terdapat lebih dari 100 juta pekerja sektor kesehatan yang memberikan pelayanan,[3] "kesehatan bagi semua" masih jauh untuk dicapai. Beberapa kendala telah teridentifikasi pada bermacam tingkat dan termasuk kebijakan penyesuaian struktur yang telah mengurangi pengeluaran dan lapangan kerja bagi publik; kelemahan pada kebijakan dan manajemen strategik sektor kesehatan; keterbatasan infrastruktur, peralatan dan SDM yang telah merusak pemberian pelayanan kesehatan.[4] Beberapa masalah SDM yang ditemukan oleh WHO adalah jumlah dan kualitas personel, demoralisasi pekerja sektor kesehatan, dan kesenjangan yang luas antara pelatihan awal dan selama bekerja. Epidemi HIV/AIDS merupakan faktor tambahan utama yang dihadapi sistem kesehatan di banyak negara. Lebih dari 50% tempat tidur rumah sakit di sub-Sahara Afrika ditempati oleh penderita penyakit yang berkaitan dengan HIV/AIDS, walaupun sebagian besar mereka akhirnya dirawat dirumah. Peranan wanita yang bersifat tradisional menyebabkan wanita dan anak perempuan menanggung sebagian besar beban perawatan. Hal ini tidak hanya menambah beban kerja mereka, tapi juga menurunkan produktivitas vital mereka, peran reproduksi dan masyarakat yang mereka mainkan.

5

Cara utama mendapatkan infeksi HIV berkaitan dengan perilaku pribadi. Sebagai tambahan, pekerja sektor kesehatan dalam memberikan perawatan kepada pasien HIV/AIDS juga

---

2 "Hak untuk sehat" merupakan kependekan dari "hak untuk dapat menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang setinggi-tingginya".

3 Human resources for health: Overcoming the crisis, Joint Learning Initiative (Harvard, 2004).

4 WHO: Scaling up HIV/AIDS care: Service delivery and human resources perspectives (Geneva,2004),http://www.who.int/entity/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf .

berisiko 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. Keadaan ini juga menyebabkan jumlah tenaga yang tidak cukup, jam kerja yang panjang dan kekerasan. Akibat tekanan ini banyak tenaga kesehatan terpaksa meninggalkan profesinya, meninggalkan sektor publik, atau migrasi untuk bekerja di negara-nagara lain. Karena ketakutan terhadap stigma yang melekat kepada profesi kesehatan, asupan yang lebih rendah sedang terjadi di negara-negara berkembang, khususnya diantara pekerja lini terdepan seperti perawat. Hal ini memperberat keterbatasan kapasitas untuk menyampaikan masalah HIV/AIDS dalam sistem kesehatan.

6 Pekerja sektor kesehatan yang diperluas, terlatih baik, dilengkapi dengan sumber-sumber yang memadai dan terjamin, adalah sangat penting untuk menghambat penularan HIV disamping memberikan perawatan, pengobatan dan dukungan bagi orang-orang yang membutuhkan mereka. Multiplikasi isu yang terlibat memerlukan kebijakan yang koheren dan terpadu untuk membangun infrastruktur, kapasitas manusia dan tehnik yang diperlukan.

Tujuan

7 Tujuan dari pedoman ini adalah untuk mempromosikan manajemen HIV/AIDS yang mantap dalam pelayanan kesehatan termasuk pencegahan pajanan akibat pekerjaan. Lebih lanjut, tujuannya adalah menjamin agar pekerja sektor kesehatan mempunyai kondisi kerja yang layak, selamat dan sehat, disamping menjamin perawatan yang efektif yang menghargai kebutuhan dan hak-hak pasien, khususnya mereka yang hidup dengan HIV/AIDS. Pedoman ini bersandar pada prinsip-prinsip dasar, bahwa proses pengembangan dan penerapan kebijakan haruslah merupakan hasil konsultasi dan kerjasama antara semua pihak yang peduli, berdasarkan dialog sosial dan melibatkan sejauh mungkin orang dan pekerja yang hidup dengan HIV/AIDS. Mereka mengambil *pendekatan berdasarkan hak-hak* terhadap HIV/AIDS,

sebagaimana yang dipromosikan oleh *Declaration of Commitment* dan masyarakat internasional pada umumnya, dan meluas kepada instrumen ILO dan WHO mengenai HIV/AIDS dan K3.

Ruang lingkup dan isi

8 Pedoman ini ditujukan bagi pemerintah, pengusaha publik dan swasta, organisasi pekerja dan perwakilannya, asosiasi profesional, lembaga ilmiah dan akademisi, dan semua kelompok yang mempunyai tanggung jawab dan kegiatan yang berkaitan dengan pemberian pelayanan kesehatan. Pedoman ini dirancang sebagai dasar kebijakan praktis dan sebagai rujukan tehnis yang dapat digunakan oleh/atau disesuaikan dengan kebutuhan dan kapasitas pelayanan kesehatan skala besar, menengah dan kecil.

9 Pedoman ini mencakup legislasi, pengembangan kebijakan, hubungan ketenagakerjaan, keselamatan dan kesehatan kerja dan subjek tehnis lainnya. Pedoman ini memberikan dasar-dasar untuk aksi, mengidentifikasi peran dan tanggung jawab, menetapkan kebijakan-kebijakan dan aksi pokok yang diperlukan untuk manajemen HIV/AIDS yang mantap dalam pelayanan kesehatan, dan juga memberikan rujukan inti dalam setiap bagian. Sebagai tambahan, informasi praktis mengenai aspek-aspek tehnik keselamatan dan kesehatan kerja yang sangat relevan, disediakan dalam bentuk lembar fakta ringkas, yang diambil dari berbagai sumber internasional dan nasional yang terpercaya.

Prinsip-prinsip

10 Pedoman ini menggambarkan 10 prinsip-prinsip kunci dari Kaidah ILO tentang HIV/AIDS dan Dunia Kerja yang berlaku bagi semua semua aspek pekerjaan dan semua tempat kerja, termasuk sektor kesehatan.

(a) Isu tempat kerja: HIV/AIDS adalah isu tempat kerja, karena dia mempengaruhi angkatan kerja, dan karena tempat kerja dapat memainkan peran vital dalam membatasi penularan dan dampak epideminya.

(b) Non-diskriminasi: Seharusnya tidak ada diskriminasi atau stigma terhadap pekerja berdasarkan status HIV yang nyata atau dicurigai.

(c) Kesetaraan gender: Hubungan gender yang lebih setara dan pemberdayaan wanita adalah penting untuk mencegah penularan HIV dan membantu masyarakat mengelola dampaknya.

(d) Lingkungan kerja yang sehat: Tempat kerja harus meminimalkan risiko pekerjaan, dan disesuaikan dengan kesehatan dan kemampuan pekerja.

(e) Dialog sosial: Kebijakan dan program HIV/AIDS yang sukses membutuhkan kerjasama dan saling percaya antara pengusaha, pekerja dan pemerintah.

(f) Tidak boleh melakukan skrining untuk tujuan pekerjaan: Tes HIV di tempat kerja harus dilaksanakan sebagaimana dijelaskan dalam kaidah ILO, harus bersifat sukarela dan rahasia, dan tidak boleh digunakan untuk menskrining pelamar atau pekerja.

(g) Kerahasiaan: Akses kepada data perseorangan, termasuk status HIV pekerja, harus dibatasi oleh aturan dan kerahasiaan yang ditentukan dalam instrumen ILO yang ada.[5]

(h) Melanjutkan hubungan pekerjaan: Pekerja dengan penyakit yang berkaitan dengan HIV harus dibolehkan bekerja dalam kondisi yang sesuai selama dia mampu secara medik.

(i) Pencegahan: Mitra sosial mempunyai posisi yang unik untuk mempromosikan upaya pencegahan melalui informasi, pendidikan dan dukungan bagi perubahan perilaku.

(j) Kepedulian dan dukungan: Pekerja berhak mendapat pelayanan kesehatan yang terjangkau dan mendapat santunan dari jaminan yang bersifat wajib dan jaminan yang berkaitan dengan pekerjaan.

11 Pada jenis-jenis pekerjaan tertentu sebagaimana digambarkan dalam dokumen ini, perlu mengelaborasi lebih lanjut prinsip-prinsip ini untuk mengatasi tantangan khusus yang dipunyai HIV/AIDS dalam sektor kesehatan. Sebagai

[5] *Lihat lampiran 1.*

contoh mungkin perlu untuk menawarkan test HIV bagi pekerja sektor kesehatan sebelum dan selama ditempatkan pada daerah yang berisiko tinggi terhadap mereka, seperti tenaga yang ditempatkan pada bangsal TBC yang resistan terhadap banyak obat-obatan.

Kerangka kerja hukum dan kebijakan

12 Bermacam peraturan dan kebijakan nasional merupakan kerangka kerja untuk aksi yang berkaitan dengan HIV/AIDS dan pelayanan kesehatan. Kerangka kerja ini termasuk kebijakan sektor kesehatan nasional dan AIDS, peraturan ketenagakerjaan, peraturan dan standar K3, peraturan anti-diskriminasi dan peraturan perundangan yang diterapkan kepada sektor kesehatan.

13 Keterlibatan ODHA dalam menanggulangi HIV/AIDS sangat penting dan mereka adalah pihak pertama yang akan dipengaruhi oleh kebijakan dan peraturan. Karena itu pekerja sektor kesehatan yang hidup dengan HIV/AIDS dan asosiasi mereka harus sejauh mungkin memainkan peran sentral dalam mengembangkan, menerapkan dan mengevaluasi kebijakan dan program, baik pada tingkat nasional ataupun dalam tempat kerja.

Peran pemerintah

14 Tanggung jawab pemerintah adalah menjamin pendekatan yang terkoordinasi antara semua sektor, untuk mempromosikan dan mendukung standar pelayanan kesehatan setinggi mungkin dalam pelayanan kesehatan, khususnya dalam segi persyaratan kerja dan perawatan pasien, serta mengalokasikan sumber daya dan dana yang cukup. Keberhasilan perencanaan dan penerapan kebijakan nasional

[6] ILO: *HIV/AIDS and the world of work*, An ILO code of practice (Geneva, 2001), http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000008.pdf .

dan peraturan perundangan membutuhkan konsultasi yang luas antara pengusaha pelayanan kesehatan, pekerja dan perwakilannya, asosiasi profesional, ODHA dan para pihak terkait lainnya, dan sistem penegakan hukum yang efektif.

15

Khusus dalam sektor kesehatan, pemerintah pada waktu yang sama adalah regulator, penegak hukum dan juga pengusaha. Harus dijamin bahwa fungsi-fungsi ini tetap terpisah untuk meminimalisir konflik kepentingan dan melindungi hak-hak tenaga kerja secara memadai, khususnya bila organisasi pekerja belum diakui. Pemerintah bekerjasama dengan pengusaha, pekerja dan perwakilan mereka, serta pihak lain yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan, harus membuat kerangka peraturan yang relevan, dan bila perlu merevisi peraturan ketenagakerjaan dan peraturan lainnya untuk mencakup ketentuan-ketentuan bahwa:

(a) menjamin agar rencana aksi nasional HIV/AIDS menetapkan dan memberikan prioritas tinggi bagi kebutuhan khusus pelayanan kesehatan dan pekerja sektor kesehatan;

(b) mempromosikan penerapan SMK3 yang bersifat nasional pada pelayanan kesehatan, termasuk peraturan dan pedoman di tempat kerja yang bertujuan mencapai syarat-syarat kerja yang layak, lingkungan kerja yang aman dan memperlakukan pajanan terhadap HIV/AIDS sama dengan kecelakaan kerja lainnya;

(c) melindungi hak-hak semua pekerja dan pasien, apakah mereka secara pribadi terpengaruh oleh HIV/AIDS atau tidak, dan memberikan:

(i) suatu lingkungan kerja dan kepedulian yang bebas dari stigma dan diskriminasi berdasarkan status HIV yang jelas atau diduga;

(ii) pencegahan dan pembatasan penularan risiko;

(iii) sistem manajemen pasca pajanan, mencakup jaminan kerahasiaan sebagaimana dicantumkan dalam instrumen ILO, serta konseling dan pencegahan, bila sesuai;

(iv) larangan skrining HIV wajib untuk tujuan mengeluarkan dari pekerjaan atau proses kerja. Tes HIV dapat ditawarkan untuk melindungi kesehatan pekerja sektor

kesehatan, sebagai contoh sebelum atau selama ditempatkan dalam bangsal TBC yang resisten terhadap banyak macam obat;

(v) penyesuaian yang dapat diterima, seperti penugasan ulang, penyesuaian tempat kerja dan waktu kerja yang fleksibel;

(vi) melanjutkan pekerjaan bagi pekerja yang hidup dengan HIV/AIDS selama mampu secara medik;

(vii) perlindungan data pekerja yang berkaitan dengan HIV;

(viii) akses kepada santunan, termasuk pilihan pensiun dini, cakupan pelayanan medis dan biaya pemakaman;

(ix) hak untuk bernegosiasi tentang masalah santunan, dengan memperhatikan peraturan perundangan nasional;

(x) prosedur menyampaikan keluhan yang sensitif gender dan dirancang untuk dapat diakses oleh semua staf;

(xi) usaha-usaha disiplin yang tepat;

(xii) sangsi untuk pelanggaran ketentuan peraturan.

16 Badan yang berwenang harus memberikan informasi tehnis dan panduan kepada pengusaha, pekerja dan perwakilannya mengenai Pedoman ILO tentang SMK3: ILO-OSH 2001, sebagai cara yang efektif untuk mematuhi kerangka legal dan kebijakan. Badan yang berwenang harus memperkuat sistem penegakan hukum K3, termasuk mekanisme pemantauan dan pelaporan.

17 Dalam perannya sebagai pengusaha (pelayanan kesehatan milik pemerintah), pemerintah harus menjaga konsultasi dan kerjasama yang baik dengan organisasi pengusaha swasta dan organisasi pekerja kesehatan.

18 Dalam perannya sebagai pengusaha dan pembuat kebijakan, pemerintah harus menjamin agar terdapat lembaga pengawasan K3 dengan anggaran yang memadai, untuk memberikan panduan dan menegakkan peraturan K3

Kebijakan untuk pengembangan dan manajemen sistem kesehatan nasional dalam mengatasi HIV/AIDS

19

Kebijakan kesehatan perlu mencakup dan mempromosikan kerjasama antara semua institusi yang relevan termasuk rumah sakit dan klinik pendidikan, rumah sakit tingkat daerah dan swasta, pelayanan kesehatan kerja, pelayanan kesehatan masyarakat, apotik dan asosiasi perawatan berbasis rumah dan LSM nasional ataupun internasional lainnya. Karena itu pemerintah harus:

(a) membangun kapasitas semua komponen pada semua tingkat sistem kesehatan nasional;

(b) menyediakan dan memelihara kesinambungan perawatan yang efektif melalui koordinasi pelayanan, dan berbagi sumber daya termasuk informasi dan pelatihan;

(c) memperbaiki kapasitas institusi untuk perencanaan dan manajemen pelayanan kesehatan;

(d) merancang dan mereformasi peraturan tentang pengembangan SDM bagi pelayanan kesehatan mencakup perencanaan, pendidikan dan pelatihan, dan peraturan tentang kualifikasi dan syarat-syarat praktek tenaga kesehatan, termasuk persyaratan sertifikasi dan akreditasi;

(e) segera mengembangkan dan menerapkan rencana dan strategi perencanaan SDM yang memungkinkan sistem kesehatan memberikan pelayanan;

---

[7] ILO: *Guidelines on addressing HIV/AIDS in the workplace through employment and labour law*, InFocus Programme on Sosial Dialogue, Labour Law dan Labour Administration, PaperNo.(Geneva,2004), http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/publ/index.htm.

(f) memprioritaskan dan menyediakan anggaran yang sesuai untuk memberikan pelayanan yang efektif kepada pasien dan perlindungan terhadap pekerja sektor kesehatan.

Peran organisasi pengusaha dan pekerja

20

Dalam ruang lingkup kepedulian yang luas terhadap para perawat, organisasi pengusaha dan pekerja harus:

(a) berpartisipasi penuh dalam mengembangkan dan menyebar-luaskan standar, pedoman, kebijakan dan kerangka etika yang mendukung program HIV/AIDS, termasuk standar K3;

(b) mengembangkan dan menerapkan strategi HIV/AIDS bagi anggota mereka sendiri serta kebijakan bagi pekerjanya;

(c) meningkatkan kesadaran dan membangun kapasitas pekerja sektor kesehatan untuk mengatasi dampak HIV/AIDS di tempat kerja;

(d) menginformasikan dan melatih pekerja sektor kesehatan tentang Prinsip-prinsip dasar ILO dan hak-hak waktu bekerja;

(e) menjamin agar pekerja sektor kesehatan yang terinfeksi atau terkena dampak, dilindungi dari stigma dan semua bentuk diskriminasi;

---

[8] ILO: *Terms of employment and working conditions in health sector reforms* , Report for discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms, Geneva, 21-25 September 1998, http://www.ilo.org/public/english /dialogue/sector/publ/reports.htm

[9] WHO: *Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2003-2007: Providing a framework for partnership and action* , http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/ghss/en/ .

[10] *Scaling up HIV/AIDS care*, op. cit.

(f) bekerja bersama dengan pekerja sektor kesehatan untuk memantau kepatuhan terhadap semua peraturan dan standar ketenagakerjaan dan K3;

(g) memperkuat akses pekerja sektor kesehatan untuk VCT, pengobatan dan program kesejahteraan di tempat kerja;

(h) bekerjasama antar sesama dan pihak terkait lain yang relevan untuk merancang strategi memerangi HIV/AIDS di pelayanan kesehatan.

Sektor kesehatan sebagai tempat kerja

21 Pencegahan dan pengendalian risiko pekerjaan yang berkaitan dengan penyakit infeksi – termasuk HIV/AIDS, hepatitis dan tuberkulosis akan dapat dicapai apabila dipertimbangkan bersama dengan potensi bahaya di tempat kerja dan risiko di pelayanan kesehatan lainnya. Skala risiko pekerjaan di sektor kesehatan tidak jelas, sebagian disebabkan stigma dan kesalahan yang ditimpakan kepada pelaporan luka tajam dan kurangnya profilaksis pasca pajanan yang tersedia.

22 Kebijakan dan program tempat kerja harus menjamin perlindungan terhadap stigma dan diskriminasi, menjamin penyediaan pengobatan, kepedulaian dan dukungan, dan memungkinkan akses terhadap santunan berdasarkan undang-undang, tanpa memandang bagaimana cara HIV didapat.

23 Unsur-unsur utama dari kebijakan dan program tempat kerja seperti yang dijelaskan dibawah ini dengan penekanan pada keperluan khusus terhadap pelayanan kesehatan. Rujukan kepada instrumen-instrumen kunci dari hukum, kebijakan dan tehnis akan dijelaskan untuk membantu pemakai dalam

[11] *Fighting HIV/AIDS together – A programme for future engagement*, IOE/ICFTU joint statement, ILO, Geneva, May 2003, http://www.ioe-emp.ataug/ioe emp/pdf/ICFTU-IOE_HIV_AIDS.pdf .

mendapatkan informasi tambahan yang dianggap baik oleh ILO maupun oleh WHO sebagai valid dan relevan.

Pengakuan HIV/AIDS sebagai isu tempat kerja.

24 HIV/AIDS adalah isu tempat kerja yang harus diperlakukan seperti bahaya atau penyakit akibat kerja serius lainnya. Pengusaha harus menjamin bahwa pekerja sektor kesehatan dan manajer pada semua tingkat sensitif terhadap isu tempat kerja yang berkaitan dengan HIV/AIDS, termasuk hal-hal yang relevan dengan hak-hak dan kebutuhan pasien, dan bahwa mereka diberi pelatihan yang memadai dan didukung oleh managemen.

Stigma dan diskriminasi dalam sektor kesehatan[12]

25 Stigma dan diskriminasi – baik yang dilakukan oleh pekerja sektor kesehatan terhadap pekerja sektor kesehatan lainnya, terhadap pasien, atau oleh pengusaha terhadap pekerja sektor kesehatan, merupakan masalah serius dalam lingkungan pelayanan kesehatan, yang akan menurunkan penyediaan perawatan dan program-program pencegahan. Bentuknya berbagai macam dan dapat menyebabkan pengobatan yang terlambat, tidak tepat atau terganggu, merusak kerahasiaan, perilaku yang tidak pantas atau tidak etis, dan penggunaan kewaspadaan yang berlebihan.

26 Upaya intervensi dalam pelayanan kesehatan akan lebih sukses bila upaya tersebut merupakan bagian kampanye yang lebih luas untuk mengurangi stigma dan diskriminasi. Dalam pelayanan kesehatan, stigma dan diskriminasi dapat dikurangi secara bermakna melalui kombinasi intervensi yang saling mendukung seperti:

(a) penerapan kebijakan tempat kerja yang secara tegas melarang diskriminasi dalam pekerjaan dan dalam melaksanakan tanggung jawab profesional;

[12] *Understanding and responding to HIV/AIDS-related stigma and discrimination in the health sector*, Pan American Health organization, 2003, http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/ stigma.htm .

(b) penyediaan perawatan yang komprehensif, termasuk program kesejahteraan dan penyediaan TAR untuk meningkatkan kualitas kehidupan;

(c) pelatihan yang sesuai bagi personil pada semua tingkat tanggung jawab, untuk meningkatkan pengertian terhadap HIV/AIDS dan mengurangi sikap negatif dan diskriminatif terhadap kolega dan pasien yang hidup dengan penyakit ini. Pelatihan ini harus menyediakan pekerja kesehatan dengan:

(i) **Informasi** tentang cara penularan HIV/AIDS dan penyakit infeksi lainnya, tingkat risiko pekerjaan, untuk mengatasi ketakutan terhadap kontak fisik dengan pasien dan memberikan landasan untuk belajar terus-menerus;

(ii) **ketrampilan inter-personal**, untuk membantu pekerja kesehatan mengerti dampak HIV/AIDS dan beban stigma, dan memberi mereka ketrampilan untuk berkomunikasi dengan pasien, kolega dan lainnya dengan cara yang saling menghargai dan nondiskriminatif;

(iii) **tehnik mengelola stres dan menghindari kehabisan tenaga,** seperti melalui ketentuan tingkat personalia yang memadai; lebih banyak kesempatan untuk bekerja secara mandiri dan meningkatkan keterlibatan dalam bagaimana cara tersebut dilaksanakan; menetapkan pola-pola kerja shift; rotasi kerja; promosi dan pengembangan pribadi; pengenalan awal dari stres; pengembangan ketrampilan berkomunikasi untuk supervisi; kelompok pendukung staf; dan waktu diluar tempat kerja;

(iv) **kewaspadaan terhadap peraturan perundangan yang berlaku** yang melindungi hak-hak pekerja sektor kesehatan dan pasien, tanpa memandang status HIV mereka.

Gender: masalah wanita dan laki-laki [6, 13]

27

Wanita lebih mudah menjadi HIV-positif dan lebih terpengaruh dampak buruk epidemi dibandingkan laki-laki,

[13] ILO: *Implementing the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work: An education and training manual* (Geneva,2002), http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/manualen/index.htm .

karena alasan biologis, sosio-kultural dan ekonomi. Sektor kesehatan merupakan pengusaha utama dari pekerja wanita, pada beberapa kasus sekitar 80% pekerja sektor kesehatan adalah wanita. Dalam keadaan demikian, sangat penting untuk memperhatikan sepenuhnya dimensi gender dari K3 dan HIV/AIDS, dan bahwa pekerja kesehatan laki-laki dan wanita menjadi sensitif gender, yang diberikan melalui informasi, pendidikan dan pelatihan.

28 Pengusaha harus menjamin bahwa upaya-upaya berikut ini diperhatikan dan ditampung dalam merancang dan menerapkan kebijakan dan program di tempat kerja:

(a) Semua program sektor kesehatan harus sensitif gender, sebagaimana juga sensitif terhadap etnis, usia, ketidak-mampuan, agama, status sosio-ekonomi, budaya dan orientasi seksual. Hal ini diwujudkan dengan secara jelas mentargetkan laki-laki maupun wanita dalam program, dan melibatkan mereka dalam program yang mengakui jenis dan tingkat risiko yang berbeda bagi laki-laki dan wanita.

(b) Informasi bagi wanita, khususnya wanita muda, perlu untuk mengingatkan dan menjelaskan risiko mereka yang lebih tinggi untuk penularan HIV. Pendidikan harus membantu wanita dan laki-laki untuk mengerti dan bertindak atas hubungan kekuatan yang tidak setara diantara mereka dalam lapangan pekerjaan dan situasi personal; pelecehan dan kekerasan harus diutarakan secara khusus, tidak hanya dalam tempat kerja tapi juga dalam situasi rumah tangga (domestik).

(c) Program tempat kerja harus membantu wanita mengerti hak-hak mereka, baik dalam tempat kerja maupun diluar tempat kerja, dan memberdayakan mereka untuk melindungi diri mereka sendiri.[14]

(d) Pendidikan bagi laki-laki harus mencakup peningkatan kesadaran, penilaian risiko dan strategi untuk mempromosi-kan tanggung jawab laki-laki berkaitan dengan pencegahan HIV/AIDS, dan faktor-faktor lingkungan yang dapat mendukung perilaku pencegahan yang bertanggung jawab.

[14] Konvensi ILO No. 111 mengenai Diskriminasi Dalam Pekerjaan dan Jabatan yang diratifikasi dengan UU No. 21 tahun 1999 tentang Pengesahan ILO Convention No. 111, dan Rekomendasi No. 111, 1958.

(e) Pelatihan HIV/AIDS bagi pekerja sektor kesehatan harus memberikan pengertian tentang kebutuhan fisik dan psikologis khusus dari wanita HIV-positif, termasuk masalah-masalah spesifik yang mereka hadapi dalam kesehatan reproduksi dan anak. Pelatihan juga harus menjelaskan hambatan-hambatan untuk membuka status HIV, seperti ketakutan terhadap stigma, diskriminasi atau kekerasan.

Dialog sosial

29

Dialog sosial mencakup semua jenis negosiasi, konsultasi dan tukar informasi antara pemerintah, pengusaha dan pekerja dan perwakilan mereka. Dialog sosial tersebut dapat berbentuk proses tripartit, dengan pemerintah sebagai satu pihak resmi dalam dialog tersebut atau dapat berupa hubungan bipartit antara pengusaha – apakah milik negara ataupun swasta – dan pekerja dan perwakilan mereka. Tujuan utama dari dialog sosial adalah meningkatkan pembangunan konsensus dan kerjasama antara pemerintah dan mitra sosial dalam dunia kerja, dalam rangka mencapai tujuan dan kepentingan bersama. Dalam hal ini, dialog sosial dapat memanfaatkan konsultasi kesehatan dengan asosiasi profesi

---

[15] ILO: *Women, HIV/AIDS and the world of work* (brochure), http://www.ilo.ataug/public/english/protection/trav/aids/facts/wd04en.pdf .

[16] ILO: *ILO action plan on gender equality and gender mainstreaming* (Geneva, 2001).

[17] *Mainstreaming a gender perspective into the health services*, Fact sheet, Internasional Council of Nurses (ICN), http://www.icn.ch/matters_gender.htm .

[18] *Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: Rates, barriers and outcomes*,Reviewpaper,WHO,2004,http://www.who.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf .

kesehatan, juga dengan asosiasi kemasyarakatan, khususnya ODHA.

30 Dalam sektor kesehatan, dialog sosial adalah mekanisme yang penting untuk mengelola hubungan ketenagakerjaan umum dan K3 yang mantap, juga untuk memperkenalkan kebijakan dan program HIV/AIDS. Pengusaha harus menjamin bahwa proses dialog sosial yang efektif menjadi bagian yang integral dari struktur manajemen pelayanan kesehatan. Dialog sosial di tempat kerja harus:

(a) didasarkan pada negosiasi, konsultasi dan tukar informasi;

(b) mengikuti proses yang berkesinambungan dari perencanaan, penerapan, pemantauan, evaluasi dan revisi;

(c) disadari untuk membangun lingkungan kerja yang lebih aman dan sehat;

(d) menjamin partisipasi penuh dari pekerja dan perwakilan mereka dalam semua aspek proses tersebut, dan perwakilan wanita yang proporsional, khususnya pada tingkat yang lebih tinggi;

(e) didukung dengan sumber-sumber yang memadai, dalam bentuk anggaran, waktu, sarana dan pelatihan;

31 Dalam rangka menciptakan lingkungan yang baik untuk dialog sosial, prinsip dan hak-hak dasar dalam bekerja harus diakui. Pekerja dan perwakilan mereka harus diberi kemampuan dan dilatih untuk berperan serta secara efektif dalam dialog sosial, dan kemudian mampu menyumbang untuk membangun lingkungan kerja yang aman dan sehat, memperkenalkan program HIV/AIDS, dan membangun reformasi sektor kesehatan umum, bila relevan.

[19] ILO: *Sosial dialogue in the health services: A tool for practical guidance*, Sectoral Activities Programme (Geneva,2004),http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/socdial_kesehatan.pdf

32

Suatu sistem Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang efektif memerlukan komitmen bersama antara pihak yang kompeten, pengusaha, pekerja dan perwakilan mereka. Tanggung jawab menyeluruh untuk memberikan lingkungan kerja yang aman dan sehat terletak pada pengusaha, yang harus menunjukkan komitmennya kepada K3 dengan menempatkan suatu program yang terdokumentasi, tersedia bagi pekerja dan perwakilan mereka, yang menjelaskan prinsip-prinsip pencegahan, identifikasi potensi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko, informasi dan pelatihan. Pekerja mempunyai tugas untuk bekerja sama dengan pengusaha dalam menerapkan K3, menghargai dan menjalankan prosedur dan instruksi lainnya yang dirancang untuk melindungi mereka dan orang lain yang berada di tempat kerja, terhadap pajanan potensi bahaya akibat pekerjaan. Panitia Pembina Keselamatan dan Kesehatan Kerja (P2K3) adalah mekanisme yang diakui dimana kolaborasi diatas dapat dicapai.

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3)

33

Pengusaha harus melaksanakan program K3 mereka berdasarkan Pedoman ILO tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja[20] yang mencakup langkah-langkah berikut:

(a) **membuat kebijakan** berdasarkan prinsip-prinsip K3 dan partisipasi pekerja serta menetapkan unsur-unsur utama program;

[20] ILO: Guidelines *on occupational safety and health management systems: ILO-OSH 2001*, (Geneva,2001), http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/ e000013.pdf .

(b) **pengorganisasian** suatu struktur untuk menerapkan kebijakan, termasuk garis tanggung jawab dan akuntabilitas, kompetensi dan pelatihan, pencatatan dan komunikasi kejadian;

(c) **perencanaan dan penerapan**, termasuk tujuan, peninjauan ulang, perencanaan, pengembangan dan penerapan sistem;

(d) **evaluasi** pemantauan dan pengukuran kinerja, investigasi kecelakaan, gangguan kesehatan, penyakit dan kejadian yang berhubungan dengan pekerjaan, audit dan peninjauan ulang manajemen;

(e) **tindakan perbaikan** melalui upaya-upaya pencegahan dan korektif, pembaruan dan revisi yang terus menerus terhadap kebijakan, sistem dan tehnik untuk mencegah dan mengendalikan kecelakaan, gangguan kesehatan, penyakit dan kejadian-kejadian berbahaya yang berhubungan dengan pekerjaan.

[21] *Public Hospital Sector Occupational health and Safety Management Framework Model*, Department of Human Services, Melbourne, State of Victoria, Australia, 2003. The document can be downloaded in full at http://www.kesehatan.vic.gov.au/ohs .

Pencegahan dan perlindungan terhadap patogen infeksius [22, 23]

34 Pekerja dalam pelayanan kesehatan, seperti pekerja tempat lain, mungkin menghadapi potensi bahaya kimia, fisik, ergonomik, atau potensi bahaya psikososial (seperti stres, pelecehan dan kekerasan).[24] Disamping itu dalam pelayanan kesehatan terdapat potensi bahaya khusus yaitu infeksi patogen yang memerlukan upaya preventif dan perlindungan yang khusus pula.

35 Risiko terpajan patogen seperti HIV dan hepatitis B dan C harus diberitahukan secara komprehensif untuk memastikan bahwa pencegahan dan perlindungan yang sedang berjalan, juga profilaksis yang segera diberikan bila terjadi pajanan okupasi dilaksanakan dengan baik. Perhatian terhadap patogen tular darah tidak menghilangkan atau mengurangi kebutuhan untuk memperhatikan risiko dari patogen yang ditularkan melalui saluran pernafasan, saluran pencernaan dan kontak lain.

36 Banyak upaya yang dirancang untuk mencegah pajanan terhadap HIV dan patogen melalui darah bersifat langsung pada tujuan dan menjadi bagian dari program K3 di tempat kerja. Penanganan kejadian pajanan HIV dan profilaksis pasca pajanan, memerlukan pengetahuan tehnis, khususnya kerangka kerja bagi kepedulian dan dukungan yang solid untuk memenuhi kebutuhan pekerja yang terinfeksi. Pekerja sektor kesehatan yang memberi pelayanan terhadap komunitas pasien dengan prevalensi HIV/AIDS yang tinggi, juga mempunyai risiko lebih tinggi terpajan tuberkulosis. Dalam situasi tersebut, sangat penting bahwa rencana pengendalian pajanan tuberkulosis akibat kerja yang komprehensif juga dibuat untuk melengkapi rencana pengendalian pajanan HIV/AIDS. Masalah-masalah pencegahan dan perlindungan yang berkaitan dengan tuberkulosis

---

[22] *Guidance for clinical health-care workers: Protection against infection with blood-borne viruses*, HSC 1998/063, United Kingdom Department of health, http://www.dh.gov.uk/ assetRoot/04/01/44/74/04014474.pdf .

[23] *Nasional code of practice for the control of work-related exposure to hepatitis and HIV (blood-borne) viruses* [NOHSC:2010(2003)], 2nd edition, Dec. 2003, National Occupational Health and Safety Commission, Australia.

[24] WHO/ILO/ICN/PSI: *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*, ILO, Geneva, 2002.

dijelaskan dalam pedoman khusus yang dibuat bersama oleh ILO dan WHO.[25] Sejumlah lembar fakta dilampirkan pada pedoman ini memberikan informasi tehnis tambahan tentang cara kerja aman.

37

Sesuai dengan peraturan nasional dan protokol imunisasi yang relevan, pengusaha harus menyediakan satu seri vaksinasi hepatitis B bagi semua pekerja sektor kesehatan yang mungkin terpajan terhadap darah dan cairan tubuh. Pengusaha harus menjaga agar mereka secara teratur mendapat informasi dari kemajuan dalam pengembangan dan ketersediaan vaksin baru. [26]

Manajemen risiko

38

Proses keseluruhan dari manajemen risiko mencakup langkah-langkah identifikasi potensi bahaya, penilaian risiko dan pengendalian risiko. Upaya-upaya pengendalian harus dilaksanakan sesuai hirarkinya, berdasarkan efektifitasnya dalam mengeliminasi risiko, mencegah pajanan atau mencegah kesakitan.[27] Semua aspek manajemen risiko akan lebih efektif dengan keterlibatan pekerja sektor kesehatan. Dalam pedoman ini manajemen risiko yang dijelaskan khusus berkaitan dengan HIV/AIDS. Suatu proses manajemen risiko yang sama harus dilaksanakan untuk semua risiko terhadap pekerja sektor kesehatan, seperti tuberkulosis. Perhatian khusus harus diberikan untuk meminimalkan risiko terhadap pekerja sektor kesehatan yang HIV-positif. Peraturan, prosedur dan instruksi yang up to date dirancang untuk menegaskan potensi bahaya dan cara kerja aman yang relevan, pentingnya mengikuti kewaspadaan rutin dan menggunakan peralatan secara benar, harus tersedia bagi pekerja sektor kesehatan dan menjadi objek dari informasi dan pelatihan berkala yang tepat.

---

[25] ILO/WHO/WEF: *Guidelines for workplace TB control activities: The contribution of workplace TB control activities to TB control in the community*, WHO, 2003.

[26] WHO: *Weekly epidemiological record*, 9 July 2004, 79th year. No. 28, 2004, 79-253-264, http://www.who.int/wer .

[27] Lembar Fakta No. 4 – Hirarki pengendalian yang diterapkan terhadap risiko pajanan patogen tular darah.

Identifikasi potensi bahaya

39

Manajemen risiko dimulai dengan identifikasi keadaan, kegiatan dan tugas-tugas dalam tempat kerja yang mungkin menyebabkan pekerja sektor kesehatan berisiko terpajan HIV dan infeksi melalui darah lainnya atau infeksi oportunistik. Identifikasi potensi bahaya harus dilakukan dengan cara berikut:

(a) *Tanya para pekerja.* Suatu prosedur untuk memastikan bahwa pekerja sektor kesehatan dapat melaporkan dugaan potensi bahaya tanpa sanksi harus dibangun dan diterapkan. Hal ini memerlukan suatu program aktif untuk mendidik pekerja sektor kesehatan tentang pentingnya pelaporan dan bagaimana dan kapan melapor.

(b) *Analisa laporan kejadian pajanan terhadap darah atau cairan tubuh.* Gunakan data ini untuk menentukan kecenderungan, mengidentifikasi kegiatan-kegiatan dan tugas berisiko tinggi; mengevaluasi pelaporan dan prosedur pendokumentasian; dan pemantauan ke-efectifan tindak lanjut dan kegiatan koreksi yang telah diambil.

(c) *Lakukan survei terhadap tata ruang tempat kerja, cara kerja dan sumber-sumber pajanan lainnya*. Hal ini harus mencakup semua kemungkinan sumber pajanan terhadap darah dan cairan tubuh, termasuk kemungkinan risiko terhadap yang ada diluar, tapi berhubungan dengan tempat kerja; hal ini khususnya penting bagi pekerja yang bertugas dalam pengolahan limbah perawatan kesehatan. Survei harus mengidentifikasi semua klasifikasi pekerjaan, pengetahuan, sikap dan cara kerja yang kelihatannya menempatkan pekerja sektor kesehatan dalam risiko. Semua kegiatan dimana pekerja sektor kesehatan dapat terpajan terhadap darah atau cairan tubuh harus didaftar dan disesuaikan dengan klasifikasi pekerjaan.

Penilaian risiko

40

Segera setelah suatu potensi bahaya di-identifikasi, harus dilakukan penilaian risiko untuk mengevaluasi tingkat dan asal risiko pekerja terpajan terhadap darah atau cairan tubuh dan menentukan upaya yang diperlukan untuk mengeliminasi potensi bahaya atau meminimalisisr faktor-faktor risiko. Penilaian risiko harus mencakup pertimbangan terhadap:

(a) cara penularan HIV dan patogen melalui darah lainnya di tempat kerja;

(b) jenis dan frekuensi pajanan terhadap darah dan cairan tubuh, jumlah darah atau cairan tubuh, semua kemungkinan jalur dan jalur yang paling mungkin untuk penularan, jenis cairan tubuh yang ditemukan, dan analisa dari pajanan multipel;

(c) faktor-faktor yang menunjang pajanan dan rekurensinya seperti tata ruang tempat kerja, cara kerja dan kebersihannya, tersedianya alat pelindung diri dan penggunaannya;

(d) Pengetahuan dan pelatihan pengusaha, supervisor dan pekerja mengenai HIV dan infeksi melalui darah lainnya dan cara kerja aman;

(e) Apakah setiap peralatan yang digunakan kelihatannya meningkatkan atau menurunkan risiko pajanan;

(f) Upaya pengendalian yang ada dan kebutuhan untuk upaya-upaya baru.

Pengendalian risiko [20]

41

Tujuan pengendalian risiko adalah mengikuti hirarki pengendalian, dan memilih cara yang paling efektif dalam urutan prioritas untuk ke-efektifannya dalam meminimalisasi pajanan terhadap darah dan cairan tubuh. Hirarki tersebut adalah:

(a) Eliminasi: Upaya yang paling efektif adalah membuang secara sempurna potensi bahaya dari tempat kerja. Eliminasi adalah cara yang disukai untuk mengendalikan potensi bahaya

dan harus dipilih bila mungkin. Contohnya mencakup membuang benda-benda tajam dan jarum dan mengeliminasi semua suntikan yang tidak perlu dan menggantinya dengan pengobatan oral dengan efek yang sama. Jet injector dapat mengeliminasi beberapa penggunaan suntikan dan jarum. Contoh lain mencakup eliminasi dari benda tajam yang tidak perlu seperti jepitan handuk, sistem intra-venous (IV) tanpa jarum (*non-needle connectors for supplemental* atau "*piggyback" connection to intravenous lines*).

(b) Substitusi: Dimana eliminasi tidak mungkin, pengusaha harus mengganti cara kerja dengan cara lain yang menimbulkan risiko lebih kecil. Contohnya adalah mengganti dengan bahan kimia yang lebih kurang beracun untuk disinfektan, seperti asam parasetat bagi glutaraldehida.

(c) Pengendalian rekayasa: Pengendalian ini mengisolasi atau membuang potensi bahaya dari tempat kerja. Dapat mencakup penggunaan mekanisme, metoda dan peralatan yang tepat untuk mencegah pajanan pekerja. Upaya yang dikembangkan untuk meminimalisir pajanan terhadap darah atau cairan tubuh harus memperhitungkan:

(i) Wadah benda tajam, juga dikenal sebagai kotak pengaman;

(ii) peralatan tehnologi yang lebih baru seperti alat yang lebih aman dengan pencegahan kecelakaan yang direkayasa (lihat lembar fakta No. 6);

(iii) faktor-faktor ergonomi seperti perbaikan pencahayaan, pemeliharaan tempat kerja dan tata ruang tempat kerja;

(iv) pengecekan regular dari instrumen dan peralatan yang digunakan dalam tempat kerja, seperti otoklaf dan peralatan dan proses sterilisasi lain, dengan reparasi atau mengganti dengan tepat.

(d) Pengendalian administratif: Ini adalah kebijakan tempat kerja yang bertujuan untuk membatasi pajanan pada potensi bahaya, seperti perubahan skedul, rotasi, atau akses ke daerah risiko. Kewaspadaan standar menuntut pekerja sektor kesehatan untuk mengolah darah atau cairan tubuh semua orang sebagai sumber infeksi potensial, tidak tergantung pada diagnosis atau dugaan risiko, adalah satu contoh pengendalian

administratif. Agar kewaspadaan standar bekerja secara efektif, konsep tidak tergantung pada diagnosis harus dimengerti secara luas untuk memungkinkan pekerja melindungi diri mereka sendiri dan pasien tanpa membuka pintu untuk diskriminasi atau stigma.

(e) Pengendalian cara kerja: pengendalian ini mengurangi pajanan terhadap potensi bahaya pekerjaan melalui cara bagaimana pekerjaan dilakukan, melindungi kesehatan dan meningkatkan kepercayaan diri pekerja sektor kesehatan dan pasien mereka. Contoh mencakup tidak ada penutupan ulang jarum, menempatkan kemasan benda tajam setinggi mata dan dalam jangkauan tangan, kosongkan kemasan benda tajam sebelum dia penuh dan membangun cara untuk penanganan dan pembuangan yang aman dari alat-alat tajam sebelum memulai suatu prosedur. Pengusaha harus memastikan bahwa cara kerja aman dilaksanakan, dan cara kerja tidak aman dimodifikasi setelah pengendalian risiko lainnya telah diterapkan.

(f) Alat Pelindung Diri (APD): Penggunaan APD adalah upaya pengendalian yang menempatkan rintangan dan saringan antara pekerja dan potensi bahaya.[20] Pengusaha harus menyediakan peralatan untuk melindungi pekerja dari pajanan terhadap darah atau cairan tubuh. Mereka harus memastikan bahwa:

(1) terdapat pasokan alat-alat pelindung diri yang cukup;

(2) peralatan dipelihara dengan benar;

(3) pekerja mempunyai akses terhadap alat-alat tersebut dengan gratis;

(4) pekerja dilatih dengan memadai dalam cara penggunaannya, dan tahu bagaimana memeriksa APD untuk mencari kerusakan dan prosedur untuk melaporkan dan menggantikannya;

(5) terdapat kebijakan penggunaan APD yang jelas dan pekerja sektor kesehatan sangat waspada tentang itu;

(6) alat-alat berikut harus disediakan, bila sesuai:

(i) berbagai perban tidak berpori dan kedap air untuk pekerja sektor kesehatan dengan kulit yang lecet atau terluka;

(ii) berbagai sarung tangan dengan berbagai ukuran, steril dan non-steril, termasuk lateks berat,[28] vinil, kulit kedap air dan bahan-bahan tahan tusukan lainnya; mereka harus dipakai bilamana pekerja sektor kesehatan diduga akan kontak dengan darah atau cairan tubuh atau menangani sesuatu yang terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh;

(iii) pelindung pernafasan yang tepat, termasuk masker untuk resusitasi mulut ke mulut bila kantong sistem (*bagging system*) tidak tersedia atau tidak efektif;

(iv) celemek plastik, gaun kedap air, pelindung mata, masker tahan cairan, overal dan overboot bagi pekerja yang mungkin terpercik atau tersemprot darah dalam pekerjaan mereka.

Cara kerja aman [20, 21, 29]

42

Inti dari cara kerja aman untuk mengurangi risiko penularan HIV dan infeksi melalui darah lainnya di tempat kerja adalah kewaspadaan standar, higene perseorangan, dan program pengendalian infeksi. Pengusaha harus memastikan bahwa sarana cuci tangan tersedia pada tempat yang ditandai dengan jelas dalam tempat kerja. Sarana cuci tangan harus dilengkapi dengan pasokan air yang cukup, sabun dan handuk sekali pakai. Dimana tidak mungkin menggunakan air mengalir, cara alternatif untuk cuci tangan harus disediakan, seperti alkohol 70% untuk pengoles tangan. Pekerja harus mencuci tangan mereka pada awal dan akhir setiap shift, sebelum dan sesudah merawat pasien, sebelum dan sesudah makan, minum, merokok dan pergi ke kamar kecil, dan sebelum dan sesudah keluar dari daerah kerja mereka. Pekerja harus mencuci dan mengeringkan tangan mereka setelah kontak dengan darah atau cairan tubuh dan segera

---

[28] Alergi terhadap lateks karet alam (natural rubber latex-NRL) telah di dokumentasikan pada 8-12% pekerja yang terpajan dengan lateks secara regular bahan sintetis alternatif, termasuk vinil, neoprene, dan nitril, memberikan perlindungan rintangan yang cukup. Menghindari kontak dengan produk NRL adalah esensial bagi pekerja sektor kesehatan yang sensitif terhadap lateks dan akan mencegah sensitisasi pada pekerja sektor kesehatan yang non-alergi

[29] WHO: *Guidelines on prevention and control of hospital associated infections,* Regional Office for South-East Asia (New Delhi, 2002), http://whqlibdoc.who.int/searo/2002 /SEA_HLM_343.pdf .

setelah membuka sarung tangan. Mereka harus juga mengecek apakah ada sayatan atau lecet pada bagian tubuh yang terpajan, dan gunakan perban kedap air untuk menutup setiap temuan. Pekerja harus didorong untuk melaporkan setiap reaksi yang mereka dapat terhadap cuci tangan yang sering dan bahan-bahan yang digunakan, untuk tindakan yang tepat oleh pengusaha.

Penanganan benda-benda tajam dan peralatan injeksi sekali pakai yang aman.

43

Pengusaha harus membuat prosedur untuk menangani dan membuang benda-benda tajam, termasuk alat-alat suntik, dan memastikan bahwa pelatihan, pemantauan dan evaluasi penerapannya dilaksanakan dengan baik. Prosedur tersebut harus mencakup:

(a) penempatan wadah tahan tusukan yang diberi tanda dengan jelas untuk membuang benda-benda tajam ditempatkan sedekat mungkin ke daerah dimana benda-benda tajam tersebut digunakan atau ditemukan;

(b) penempatan ulang yang teratur dari wadah benda-benda tajam sebelum mereka mencapai garis isi dari manufaktur atau bila mereka sudah setengan penuh; wadah harus ditutup sebelum dibuang;

(c) pembuangan dari benda tajam yang tidak bisa dipakai ulang dalam wadah yang ditempatkan dengan aman, yang memenuhi peraturan nasional yang relevan dan pedoman tehnis;

(d) hindari penutupan ulang dan manipulasi jarum dengan tangan lainnya, dan, bila penutupan jarum diperlukan, gunakan tehnik sekop dengan satu tangan;

(e) tanggung jawab untuk pembuangan yang benar oleh orang yang menggunakan benda-benda tajam;

(f) tanggung jawab untuk pembuangan yang tepat dan melaporkan setiap kejadian oleh setiap orang yang menemukan benda tajam.

Pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi peralatan

44 Tergantung pada penggunaan, ada tiga tingkat pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi peralatan:

(a) bila peralatan hanya digunakan untuk kontak dengan kulit yang utuh, hanya diperlukan pembersihan;

(b) bila peralatan harus kontak dengan lapisan mukosa atau terkontaminasi dengan darah, dia memerlukan pembersihan dan disinfeksi tingkat tinggi;

(c) bila peralatan kontak dengan jaringan normal yang tidak terinfeksi, dia memerlukan pembersihan dan sterilisasi. Pembersihan harus selalu mendahului disinfeksi dan sterilisasi. Pembersihan harus dilakukan dengan deterjen dan air yang cukup, dan:

(i) sarung tangan harus dipakai selama pembersihan;

(ii) alat-alat harus dicuci dan digosok untuk mengangkat semua kontaminasi yang tampak, bila mungkin dengan cara-cara mekanik seperti mesin cuci piring; harus hati-hati selama pembersihan untuk menghindari percikan;

(iii) pelindung mata harus dipakai bila percikan mungkin terjadi.

45 Penggunaan yang tidak benar dari beberapa disinfektan potensial berbahaya, dan instruksi pada label dan dalam lembar data keselamatan bahan harus diikuti. Peralatan

sterilisasi harus digunakan sesuai dengan instruksi dan setelah memberikan pelatihan yang memadai.

Pembersihan tumpahan darah

46 Tumpahan darah harus dinilai dan ditangani segera. Waktu membersihkan ceceran darah:

(a) sarung tangan yang sesuai harus dipakai;

(b) bahan penyerap seperti lap kertas, kain atau serbuk gergaji, harus digunakan untuk menyerap darah atau cairan tubuh;

(c) semua bahan harus disimpan dalam kantong sampah yang anti bocor setelah digunakan;

(d) daerah tersebut kemudian harus dibersihkan dan disinfeksi menggunakan bahan disinfeksi yang sesuai;

(e) tumpahan besar dapat disiram dengan air oleh pekerja yang menggunakan pakaian pelindung;

(f) pekerja harus didorong untuk melaporkan semua kejadian pajanan.

Penanganan dan pembuangan tubuh/jasad

47 Bila ada risiko kontak dengan darah dan cairan tubuh dalam menangani tubuh/jasad untuk tujuan apapun, kewaspadaan standar harus digunakan. Sarung tangan harus digunakan bersama pakaian pelindung lainnya bila perlu. Tempat pipa aliran dan luka terbuka harus ditutup dengan penutup kedap air. Semua tubuh yang akan dipindahkan untuk penyimpanan atau pemeriksaan post mortem atau kepada suatu pembakaran harus diperiksa untuk memastikan tidak ada benda tajam tertinggal didalamnya.

Binatu (Laundry)

48 Harus ada prosedur untuk mendistribusikan seprei/selimut bersih dan mengumpulkan, menangani, menyimpan, mengangkut dan membersihkan seprei/selimut yang telah dipakai. Semua seprei/selimut yang telah dipakai harus diperlakukan sebagai potensial infeksius, dan ditempatkan dalam kantong standar untuk seprei. Bila ada risiko kontaminasi akibat cairan tubuh, kantong untuk seprei harus ditempatkan dalam kantong plastik yang tahan bocor. Kantong untuk seprei/selimut harus diisi hanya tiga perempatnya dan harus diamankan sebelum diangkut, sarung tangan kulit atau bahan tahan tusukan lainnya harus dipakai karena benda-benda tajam mungkin tertinggal dalam seprei/selimut. Wadah untk benda tajam harus tersedia untuk membuang benda tajam yang ditemukan bila mensortir seprei/selimut yang telah dipakai bila benda tajam ditemukan atau timbul pajanan, harus dilaporkan dan dicatat.

49 Semua seprei/selimut harus dicuci dengan deterjen. Bila tak ada akses pada pelayanan spesialis, pakaian atau seprei/selimut yang terkontaminasi harus dicuci dengan deterjen menggunakan air panas dengan mesin cuci rumah tangga, dan air panas dengan suhu paling kurang 80°C, atau cuci kering diikuti penyeterikaan. Mesin cuci dengan beban berlebihan harus dihindari. Bila mencuci dengan tangan tidak bisa dihindari sarung tangan karet rumah tangga harus dipakai. [30]

Pengelolaan limbah

50 Limbah pelayanan kesehatan mempunyai potensi lebih besar menyebabkan infeksi dan kesakitan daripada jenis limbah lainnya. Penanganan limbah pelayanan kesehatan yang buruk dapat menimbulkan konsekwensi yang serius terhadap kesehatan masayarakat dan lingkungan. Memperhatikan limbah yang mereka hasilkan, karena itu pengusaha pelayanan kesehatan mempunyai “tugas kepedulian” kepada

[30] Dalam lingkungan perawatan kesehatan dimana tehnologi seperti diatas tidak tersedia, seprei/selimut dapat direndam dalam seember air dengan sodium hypochlorite (1 dalam 10 bagian) atau bleach untuk minimum 30 menit. Kemudian dicuci dengan deterjen.

pekerja yang terlibat, kepada kesehatan masyarakat dan pada lingkungan.

51 Pengusaha harus membuat prosedur pengelolaan limbah yang memenuhi hukum dan praktek nasional. Prosedur tersebut harus memberikan perhatian khusus pada limbah infeksious dan benda tajam dan harus mencakup:

(a) pengemasan dan penandaan limbah per kategori;

(b) pembuangan awal dari limbah dalam daerah dimana tidak dihasilkan limbah;

(c) pengumpulan dan transportasi limbah keluar dari daerah dimana dia dihasilkan;

(d) penyimpanan, pengolahan dan pembuangan akhir limbah sebagimana dituntut oleh peraturan dan pedoman tehnis yang relevan.

Pemantauan dan evaluasi

52 Surveilan kesehatan pekerja[33] ditujukan untuk melindungi pekerja dan deteksi dini dan pengobatan segera penyakit akibat kerja. Sementara kompensasi harus dipercepat, hal ini dapat merefleksikan kegagalan sistem K3. Surveilan harus memperhitungkan asal risiko di tempat kerja, syarat-syarat kesehatan, status kesehatan dari angkatan kerja termasuk status HIV, sumber daya yang tersedia dan kewaspadaan pekerja dan pengusaha terhadap fungsi dan tujuan dari

---

[31] A. Prüss, E. Giroult and P. Rushbrook (eds.): *Safe management of wastes from health-care activities* (Geneva, WHO, 1999), http://www.who.int/water_sanitation_health /medicalwaste/wastemanag/e/.

[32] WHO/World Bank: *health-care waste management at a glance*, June 2003, http://www.healthcarewaste.org/linked/onlinedocs/WW08383.pdf .

[33] ILO: *Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance* (Geneva,1998), http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/index.htm.

surveilans tersebut, sebagaimana juga hukum dan peraturan yang relevan. Hasil kolektif dari surveilan harus tersedia bagi pekerja dan perwakilan mereka.

53

Pengusaha harus memantau dan mengevaluasi cara kerja secara teratur, dan memastikan bahwa tindakan harus diambil untuk memodifikasi cara tersebut bila diperlukan. Seseorang atau sekelompok orang harus ditunjuk dalam tempat kerja untuk melaksanakan pemantauan dan evaluasi. Orang atau kelompok tersebut harus diberi tahukan kepada semua pekerja sektor kesehatan dan harus mewakili semua kategori staf, termasuk mereka yang bertugas pada limbah pelayanan kesehatan. Unsur-unsur yang harus dipantau adalah:

(a) efektifitas kebijakan dan prosedur di tempat kerja;

(b) efektifitas program informasi dan pelatihan;

(c) tingkat kepatuhan terhadap kewaspadaan standar;

(d) kebenaran pelaporan dan analisa kejadian;

(e) sebab-sebab pajanan terhadap darah dan cairan tubuh;

(f) evaluasi kejadian melalui wawancara;

(g) efektifitas tindakan yang diambil dan tindak lanjutnya.

[34] International Commission on Occupational Health: *International code of ethics for occupational health professionals*, updated 2002, http://www.icoh.org.sg/core_docs/code_ethics_eng.pdf .

[35] ILO: *Recording and notification of occupational accidents and diseases*, An ILO code of practice (Geneva,1996),http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e962083.pdf .

Manajemen kejadian pajanan

54 Pencegahan pajanan adalah strategi utama untuk menurunkan infeksi yang didapat waktu bekerja. Bagaimanapun, masih tetap ada risiko terpajan terhadap patogen melalui darah. Karena itu pengusaha harus membuat sistem untuk mengelola pajanan akibat pekerjaan tersebut. Sistem tersebut harus konsisten dengan prosedur untuk kecelakaan kerja lainnya, termasuk mekanisme untuk perawatan segera, konseling dan pengobatan bila perlu, pelaporan, penyelidikan, kompensasi dan tindak lanjut jangka panjang, dan harus disampaikan kepada pekerja sebagai bagian orientasi kerja.

Sistem tanggap pajanan

55 Pengusaha harus menunjuk seseorang atau beberapa orang yang terlatih untuk melakukan penilaian awal dan konseling atau merujuk pekerja kesehatan yang terpajan untuk tindak lanjut yang diperlukan dan menjamin bahwa sumber-sumber ini tersedia selama jam kerja. Personel yang ditunjuk bertanggung jawab untuk memastikan bahwa dokumentasi kejadian dan tindak lanjutnya dilengkapi. Pekerja harus diberitahu tentang prosedur dan mekanisme menghubungi individu yang ditunjuk.

56 Obat-obatan untuk profilaksis pasca pajanan termasuk obat-obat anti-retroviral, vaksin hepatitis B dan imunoglobulin hepatitis B (IGHB) harus tersedia ditempat untuk pemberian yang tepat. Bila kontak person yang ditunjuk bukan seorang

[36] "Updated US public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis", in *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 29 June 2001, Vol. 50, No. RR-11; Epidemiology Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, United States Department of health and Human Services (Atlanta), http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5302.pdf .

klinisi, akses kepada seorang klinisi terlatih yang dapat memberikan konsultasi, harus tersedia selama jam kerja.

57 Pekerja harus melaporkan setiap pajanan akibat kerja dengan segera, karena harus segera dipertimbangkan profilaksis pasca-pajanan. Pekerja yang berisiko terpajan dengan patogen melalui darah harus terbiasa dengan prinsip-prinsip manajemen pasca pajanan dan prosedur khusus sebagai bagian orientasi pekerjaan dan pelatihan yang sedang berlangsung

Tindakan segera

58 Kejadian yang memerlukan pertolongan pertama dapat terjadi pada setiap tempat kerja. Karena pemberian pertolongan pertama dapat menimbulkan pajanan terhadap darah atau cairan tubuh yang tercemar dengan darah, barang siapa yang dipanggil untuk memberikan pertolongan pertama harus diberi tahu risiko terpajan dan dilatih dalam menggunakan upaya pencegahan dan APD, berdasarkan kewaspadaan standar. Pengusaha harus mematuhi semua peraturan nasional yang relevan dalam memberikan pertolongan pertama, termasuk peralatan dan pelatihan yang sesuai.

59 Perawatan segera terhadap individual yang terluka harus didasarkan kepada pedoman WHO terbaru tentang profilaksis pasca pajanan,[37] termasuk rujukan kepada individu yang ditunjuk untuk penilaian risiko penularan dan pemberian profilaksis pasca pajanan atau tindak lanjut medik yang diperlukan.

Aksi tindak lanjut

60 Individu yang ditunjuk harus memastikan bahwa laporan lengkap tentang kecelakaan dan pengobatan segera yang diberikan dilengkapi dalam waktu yang tepat. Ini mencakup rujukan individu yang terpajan untuk konseling dan testing dan tindak lanjut lainnya sebagaimana dijelaskan berikut. Suatu penyelidikan dari kejadian, termasuk identifikasi tindakan yang potensial untuk mencegah pajanan yang sama

[37] Lembar data No.10 akan diperbaharui secara elektronik sampai dengan pertemuan bersama para ahli ILO/WHO berikutnya.

pada masa yang akan datang, harus dilengkapi dalam waktu yang tepat.

Analisa dan penyimpanan catatan

61 Suatu sistem untuk pencatatan dan analisa semua pajanan akibat kerja harus dibuat dan dipelihara pada tempat kerja, dengan berkonsultasi dengan pekerja dan perwakilan mereka, dan konsisten dengan peraturan nasional mengenai pencatatan dan pelaporan kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Sistem tersebut harus memungkinkan akses untuk mengumpulkan informasi tanpa pengenalan individu, baik oleh pengusaha dan pekerja dan perwakilan mereka, untuk tujuan analisa dan perbaikan upaya pencegahan.

Kepedulian, pengobatan dan dukungan [6,13]

62 Penyediaan perawatan, pengobatan dan dukungan bagi pekerja sekor kesehatan yang terinfeksi atau terkena dampak HIV/AIDS akan mengurangi kerugian tenaga terampil dan berpengalaman, dan meminimalisir gangguan pelayanan. Hal ini juga menghargai hak-hak pekerja untuk tetap di lapangan kerja selama mereka mampu untuk bekerja, membantu untuk mempertahankan pendapatan mereka, dan menyumbang pada kesejahteraan mereka. Sedapat mungkin, pengusaha harus memfasilitasi akses kepada perawatan, pengobatan dan dukungan yang komprehensif, yang mengkombinasikan ketentuan-ketentuan khusus bagi pekerja yang sakit atau mempunyai anggota keluarga yang sakit, dengan ketentuan umum sebagai bagian dari perlindungan sosial. Unsur-unsur kunci dari program tersebut dijelaskan dibawah ini.

Konseling dan tes sukarela (Voluntary Counselling and Testing - VCT) [6, 38]

63 Tes sukarela bagi pekerja kesehatan yang ingin mengetahui status HIV mereka haruslah didorong dan disediakan. Dimana terdapat pelayanan medis yang cukup, tes sukarela dapat

[38] *UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing*, June 2004, http://www.who.int /hiv/pub /vct/ statement/en/.

dilaksanakan bila diminta dan, bila perlu dengan pernyataan persetujuan (*informed consent*) tertulis dari pekerja dan dengan panduan dari perwakilan mereka bila diminta.

64 Penerimaan terhadap tes HIV tergantung pada perlindungan terhadap stigma dan diskriminasi, begitu juga jaminan akses kepada pelayanan terpadu untuk pencegahan, pengobatan dan perawatan. Menurut prinsip-prinsip kunci dari tes HIV dikenal sebagai "3Cs", tes harus disediakan dengan dasar pernyataan persetujuan - *informed* ***consent***, dan disertai dengan koseling - ***counseling***, dan kerahasiaan ***confidentiality*** harus dijamin. UNAIDS dan WHO mendorong penggunaan tes cepat sehingga hasilnya cepat diketahui untuk ditindak-lanjuti segera dengan konseling pasca tes baik terhadap HIV-negatif maupun HIV-positif. Konseling termasuk rujukan yang tepat, dan pesan-pesan pencegahan harus menjadi bagian yang penting dari program kepedulian dan dukungan bagi pekerja dengan HIV/AIDS. Konseling bagi pekerja sektor kesehatan mungkin memerlukan informasi tambahan daripada konseling yang tipikal.

65 Walaupun tes HIV biasanya tak boleh dilakukan di tempat kerja, tempat kerja kesehatan adalah lingkungan yang khusus dimana manajemen risiko dapat meminta tes (lihat paragraf 11 (Prinsip-prinsip) dan 52 (Pemantauan dan evaluasi) dan Kaidah-kaidah ILO tentang HIV/AIDS dan dunia kerja). Baik di dalam atau di luar tempat kerja, tes HIV harus bersifat sukarela dengan pernyataan persetujuan, dilakukan oleh personel yang kompeten, dengan syarat kerahasiaan yang ketat. Tes HIV tidak boleh diminta waktu rekrutmen, sebagai syarat melanjutkan pekerjaan atau tujuan asuransi.[39]

66 Surveilan yang tidak berkaitan atau testing epidemiologi tanpa nama, apakah untuk menilai kecenderungan infeksi HIV dan dampaknya dalam sektor kesehatan atau dalam negara secara menyeluruh, dapat dilakukan asal mematuhi prinsip-prinsip etika penelitian ilmiah, etika profesi dan perlindungan hak-hak dan kerahasiaan individu, dan menjamin tanpa nama.

---

[39] Isu tentang tes sukarela dan pemberitahuannya menjadi agenda dalam pertemuan para ahli dari WHO/ILO, dengan hasil dimana informasi tersebut akan disediakan secara elektronik dalam bentuk Lembar fakta.

Pemberitahuan dan kerahasiaan

67 Pemberitahuan sukarela oleh seseorang tentang status HIV-nya mempunyai banyak konsekwensi dan hanya merupakan keputusan pribadi. Kerahasiaan pada tempat kerja berarti bahwa orang dengan HIV mempunyai kendali penuh tentang keputusan apakah dan bagaimana cara kolega mereka diberi tahu. Pekerja sektor kesehatan harus mengerti bahwa mereka mempunyai hak terhadap kerahasiaan dan tidak mempunyai kewajiban menanggapi bila ditanya tentang sero-status mereka atau keluarga mereka. Pekerja sektor kesehatan dapat memutuskan untuk menentang pemberitahuan status HIV mereka di tempat kerja karena takut akan dipecat atau stigmatisasi oleh pengusaha atau rekan pekerja lainnya. Dalam tempat kerja yang aman dan layak, dimana pekerja sektor kesehatan dididik tentang HIV dan diskriminasi dilarang dan tidak terjadi, ODHA kelihatannya lebih terbuka tentang status mereka, mencari konseling dan pengobatan, dan menghadiri program-program pencegahan. Hal ini akan memudahkan untuk mempraktekkan perilaku pencegahan dan penempatan yang sesuai (lihat paragraf 11 (Prinsip-prinsip) dan 52 (Pemantauan dan evaluasi).

68 Kerahasiaan dari semua catatan pekerja sektor kesehatan yang telah terpajan pada darah atau cairan tubuh harus dipelihara. Ringkasan informasi mengenai semua kejadian pajanan khususnya dalam lembaga pelayanan kesehatan mungkin disediakan bagi semua pekerja dan perwakilan mereka, dalam bentuk yang telah disetujui melalui konsultasi antara pengusaha dan perwakilan pekerja. Harus dibuat prosedur untuk mengelola dan meminimalisir pembongkaran kerahasiaan dalam tempat kerja, sesuai dengan hukum dan peraturan nasional.

Pengobatan

69 Program kesejahteraan dan TAR adalah bagian sangat penting dari setiap strategi untuk menjaga pekerja sektor kesehatan yang HIV-positif tetap bekerja dan produktif. Program tersebut juga membantu mengurangi stigma dan diskriminasi dengan menunjukkan manfaat pengobatan yang tepat. Pengusaha harus sedapat mungkin menjamin bahwa program kesejahteraan termasuk ART bila diperlukan, tersedia dengan

cara yang konsisten dengan pengobatan atau kondisi medis lainnya. [40]

Jaminan pekerjaan dan promosi

70 Pekerja sektor kesehatan yang HIV-positif dapat tetap aktif selama bertahun-tahun. Mereka yang mampu secara medik tidak boleh menderita diskriminasi dalam hal jaminan bekerja atau kesempatan untuk pelatihan atau promosi. Pengusaha harus sadar bahwa manajemen HIV/AIDS yang tepat, termasuk penyediaan dan pemberian terapi antiretroviral, dapat secara dramatis meningkatkan kesehatan umum, harapan hidup dan kualitas hidup.

Persyaratan kerja

71 Sesuai dengan peraturan dan praktek nasional, pekerja sector kesehatan baik yang bekerja di sektor publik atau swasta, harus dilindungi oleh santunan sakit, asuransi, jaminan sosial atau kompensasi tenaga kerja, sekurang-kurangnya sama dengan yang dinikmati oleh pekerja di sekor lain. Pekerja sektor kesehatan yang hidup dengan HIV/AIDS tidak boleh didiskriminasi dalam bentuk akses pada kesejahteraan dan santunan wajib lainnya. Pada waktu yang sama, penyesuaian mungkin diperlukan untuk menanggapi cara penyakit berekembang, sebagai contoh dengan memperpanjang cuti sakit dan, bila perlu cakupan untuk santunan lain. Bila ketentuan atau skema yang ada memerlukan penyesuaian, agar memperhitungkan kebutuhan khusus penyakit yang berkaitan dengan HIV, hal ini harus menjadi subjek negosiasi antara manajemen dan serikat pekerja atau perwakilan pekerja.

---

[40] 9.3. Pelayanan kesehatan kerja dan pelayanan lainnya

(a) Beberapa pengusaha mungkin dalam posisi untuk membantu pekerja mereka dengan akses pada obat antiretroviral. Bila pelayanan kesehatan terdapat di tempat kerja ini harus menawarkan, bekerja sama dengan pemerintah dan semua pihak terkait lain, lebih luas cakupan pelayanan kesehatan yang mungkin dapat mencegah dan mengelola HIV/AIDS dan membantu pekerja yang hidup dengan HIV/AIDS.

(b) Pelayanan ini dapat memasukkan pemberian obat-obat antiretroviral, perawatan untuk menghilangkan keluhan-keluhan yang berkaitan dengan HIV, konseling dan penambahan nutrisi, pengurangan dan pengobatan untuk infeksi oportunistik yang lebih umum seperti IMS dan tuberkulosis.
ILO: *HIV/AIDS and the world of work*, An ILO code of practice, op. cit.

Penyesuaian yang dapat diterima (Reasonable Accommodation)

72 Penyesuaian yang dapat diterima adalah penyesuaian administratif atau praktis yang dibuat oleh pengusaha untuk menolong pekerja dengan suatu penyakit atau ketidak mampuan untuk mengelola pekerjaan mereka. Pekerja dengan penyakit yang berkaitan dengan AIDS dan mencari penyesuaian harus diperlakukan seperti pekerja dengan penyakit kronik lainnya, sesuai dengan peraturan perundangan nasional. Pengusaha berkonsultasi dengan pekerja dan perwakilan mereka, harus mengambil upaya-upaya untuk penyesuaian yang dapat diterima berdasarkan kasus per kasus. Hal ini mencakup:

(a) penyusunan ulang jam kerja;

(b) modifikasi tugas dan pekerjaan, termasuk modifikasi dalam kasus pekerja HIV-positif yang mungkin berisiko (lihat paragraf 11) atau menimbulkan risiko pada pasien dengan cara mereka melaksanakan prosedur invasif (lihat paragraf 52); [41]

(c) perlengkapan dan lingkungan kerja yang disesuaikan;

(d) pemberian waktu istirahat dan sarana yang memadai;

(e) jaminan libur untuk keperluan pengobatan;

(f) cuti sakit yang fleksibel;

(g) kerja paruh waktu dan pengaturan kembali bekerja yang fleksibel.

73 Paling baik bila persyaratan umum penyesuaian yang dapat diterima ditetapkan bersama oleh pengusaha dan pekerja dan perwakilan mereka. Kampanye peningkatan kesadaran harus dikembangkan untuk menjamin bahwa pekerja lain mencari

[41] Isu dari tes sukarela dan pemberitahuan merupakan bahan WHO/ILO pertemuan para ahli dan hasilnya akan tersedia secara electronik sebagai lembar fakta.

penyesuaian yang dapat diterima sebagai pemberian perawatan yang diperlukan, tidak sebagai perlakuan yang menguntungkan.

Program Bantuan Karyawan

74 Program Bantuan Karyawan (PBK) memberikan informasi, panduan dan dukungan bagi pekerja mengenai masalah-masalah pribadi, kesehatan dan hukum. Program ini dapat menjadi kerangka kerja yang efektif bagi pelayanan promosi kesehatan di tempat kerja. Dukungan dapat diperluas kepada keluarga pekerja untuk mengikut-sertakan mereka dalam program tempat kerja, sebagai contoh pendidikan pencegahan HIV/AIDS, atau membantu mereka mengatasi penyakit atau ketergantungan seorang pekerja. Program tersebut mungkin perlu dibangun atau diperluas untuk mencakup berbagai pelayanan. Hal ini harus dilakukan melalui konsultasi dengan pekerja dan perwakilan mereka, dan mungkin juga melibatkan otoritas pemerintah yang relevan dan pihak terkait lainnya.

75 Sarana kesehatan masyarakat yang besar seperti rumah sakit besar harus membangun atau memperkuat bantuan keluarga yang komprehensif. Bila diluar jangkauan pengusaha kecil atau swasta, bantuan tersebut dapat disediakan melalui kerjasama antara beberapa pihak, seperti dinas kesehatan setempat, organisasi berbasis masyarakat dan kelompok-kelompok lainnya. Pengusaha dan pekerja dan organisasi mereka harus menilai bersama bagaimana mereka dapat menyumbang dukungan keluarga pekerja yang hidup dengan HIV/AIDS. Keterlibatan wanita, pemerhati dan orang yang hidup dengan HIV/AIDS dalam proses ini harus didorong.

Perlindungan sosial

76 Perlindungan sosial adalah komponen penting dari kepedulian dan dukungan. Tidak hanya berupa skema jaminan sosial formal, tapi skema swasta atau tidak wajib dengan tujuan yang sama, seperti masyarakat yang saling menguntungkan atau skema pensiun. Skema ini mungkin menjadi bagian yang istimewa, sebagai contoh solidaritas kelompok, subsidi pengusaha, atau mungkin subsidi dari pemerintah. Sejumlah Konvensi ILO memuat aspek-aspek perlindungan sosial dan jaminan sosial (lihat Lampiran 1).

Pengetahuan, pendidikan dan pelatihan

77 Kapasitas untuk menghasilkan, memproses dan menyebarkan pengetahuan adalah sangat penting dalam mengembangkan strategi K3 yang efektif dan memantau manfaatnya. Komponen inti dari pengetahuan harus mencakup standar ketenagakerjaan internasional, peraturan nasional, standar tehnis, statistik dan data penilaian risiko, praktek-praktek yang baik dan alat pendidikan dan pelatihan. Pengusaha harus memastikan bahwa alat untuk mengumpulkan, menganalisa dan mengorganisir informasi yang diperlukan untuk memelihara lingkungan kerja yang aman dan sehat, tersedia dan digunakan di tempat kerja. Pekerja dan perwakilan mereka harus dilibatkan dalam proses ini sehingga pengetahuan dan keahlian pekerja dapat dipertimbangkan.

78 Pendidikan dan pelatihan harus dirancang untuk memenuhi kebutuhan dan keadaan kelompok yang berbeda yang akan dididik atau dilatih. Pengusaha harus berkonsultasi dengan otoritas yang relevan untuk informasi lebih lanjut tentang pelatihan dan bekerjasama dengan pekerja dan perwakilan mereka, dan asosiasi profesional, dalam mengembangkan program pendidikan dan bahan-bahan pelatihan. Sedapat mungkin, rumah sakit yang lebih besar, khususnya rumah sakit pendidikan, dan pelayanan kesehatan spesialis lainnya harus bekerjasama dalam mengembangkan mekanisme pertukaran pengetahuan, yang dirancang untuk memberikan pendidikan, pelatihan dan informasi kepada pelayanan kesehatan yang lebih kecil, termasuk pelayanan kesehatan kerja, dan kepada pelayanan masyarakat dan perawatan di rumah. Rumah sakit dan klinik swasta harus didorong untuk membantu memfasilitasi aliran pengetahuan dan ketrampilan yang efektif dalam sistem pelayanan kesehatan nasional. Mereka harus mencari pengetahuan ilmiah yang sesuai zaman dari lembaga-lembaga nasional dan internasional, akademi dan penelitian, termasuk asosiasi profesional.

79 Pengusaha harus menjamin bahwa pekerja sektor kesehatan pada semua tingkat disediakan informasi dan pelatihan yang mereka perlukan untuk memelihara, menyegarkan dan meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mereka.

Program informasi dan pelatihan bagi pekerja sektor kesehatan harus membuat mereka mampu untuk:

(a) meningkatkan kewaspadaan terhadap risiko pajanan patogen melalui darah;

(b) mengerti cara penularan patogen melalui darah, dengan penekanan khusus tentang HIV, hepatitis B dan C;

(c) mengidentifikasi dan antisipasi keadaan dimana mereka mungkin terpajan patogen melalui darah;

(d) menerapkan hirarki pengendalian untuk mencegah pajanan (lihat Lembar Fakta N0. 4);

(e) mengikuti kewaspadaan standar dan praktek K3 di tempat kerja;

(f) menggunakan dan menangani perlengkapan dan APD;

(g) sadar terhadap kewajiban hukumnya menyangkut K3;

(h) melaporkan segera dan tepat setiap pajanan terhadap darah dan cairan tubuh kepada orang yang telah ditunjuk;

(i) memulai tindak lanjut dan profilaksis pasca pajanan sesuai dengan tingkat risiko penularan;

(j) melaksanakan proses dialog sosial untuk memperbaiki praktek di tempat kerja;

(k) mendukung atau ambil bagian dalam P2K3.

Sebagai tambahan terhadap tujuan diatas, informasi dan program pelatihan bagi manajer dan supervisor harus membuat mereka mampu untuk:

(a) menjamin bahwa pekerja kesehatan yang berisiko diberitahu tentang penularan patogen melalui darah seperti HIV, hepatitis B dan C;

(b) menerapkan dan mengelola berbagai unsur K3, khususnya cara kerja aman dan upaya pencegahan dan perlindungan;

(c) sadar terhadap kewajiban hukum mereka yang berkaitan dengan K3;

(d) menjamin bahwa setiap kejadian pajanan terhadap HIV dan hepatitis B dan C dilaporkan, diselidiki dan diambil tindakan perbaikan;

(e) merujuk pekerja kesehatan untuk informasi, bantuan dan konseling, bila mereka peduli tentang pajanan pada umumnya atau dalam konteks profilaksis pasca pajanan.

81 Bahan-bahan pelatihan harus berdasarkan informasi dan metodologi yang valid, yang disetujui pada tingkat nasional oleh regulator dan para ahli. Pekerja sektor kesehatan dengan ketrampilan dan pengalaman yang telah teruji sering merupakan pelatih terbaik, karena itu pendidikan sebaya (*peer education*) dianjurkan pada semua tingkat, bersama dengan metodologi partisipatorik. Daftar unsur-unsur kunci yang dimasukkan dalam program informasi, pendidikan dan pelatihan bagi pekerja kesehatan terdapat pada Lembar Fakta No 11. Bidang-bidang khusus lainnya untuk pelatihan juga diidentifikasi dalam paragraph 20(d) (Peran pengusaha dan organisasi pekerja), 24 (Pengakuan HIV/AIDS sebagai isu tempat kerja), 26(c) (Stigma dan diskriminasi dalam sektor kesehatan), 28 (Gender: Isu bagi wanita dan laki-laki), 31 (Dialog sosial), 38 (Manajemen risiko), 39 (Identifikasi potensi bahaya), 41(f) (Pengendalian risiko), 57 (Sistem tanggap pajanan).

Penelitian dan pengembangan

82 Bagi kepentingan pengusaha, pekerja dan masyarakat keseluruhannya, perlu untuk memfasilitasi sejauh mungkin penelitian dan pengembangan dalam bidang HIV/AIDS. Hal ini dapat mencakup penelitian sero-prevalen dan kejadian, pengembangan vaksin dan obat-obatan, penelitian terhadap perubahan perilaku dan bidang-bidang lain yang akan menyumbang bagi perbaikan manajemen pandemi HIV/AIDS.

Lampiran 1

Dasar-dasar internasional untuk aksi

Program-program internasional yang berkaitan dengan HIV/AIDS

Pedoman ini telah dikembangkan dalam konteks dari, dan untuk memberikan kontribusi bagi program-program HIV/AIDS yang saat ini telah diterapkan oleh pihak berikut.

Program bersama Persatuan Bangsa-Bangsa tentang HIV/AIDS

UNAIDS merupakan lembaga advokasi utama bagi aksi global terhadap epidemi HIV/AIDS. Lembaga ini memimpin, memperkuat, mendukung dan menggalang suatu respon yang luas dan mengarah pada upaya pencegahan akan penyebaran HIV, memberikan kepedulian dan dukungan, mengurangi kerentanan individu dan masyarakat terhadap HIV/AIDS, dan mengurangi dampak dari epidemi tersebut. Program tersebut adalah suatu usaha bersama yang menggalang setiap upaya dan sumber daya dari sepuluh organisasi dalam sistem PBB untuk membantu dunia dalam mencegah terjadinya infeksi HIV baru, memberikan kepedulian terhadap mereka yang telah terinfeksi dan mencoba mengatasi dampak dari epidemi tersebut.

Organisasi Kesehatan Dunia

Sebagai sponsor pendamping UNAIDS, WHO memimpin respon dari sektor kesehatan terhadap epidemi HIV/AIDS. Aksinya mengacu pada Strategi Global Sektor Kesehatan (*Global Health Sektor Strategy* (GHSS) terhadap HIV/AIDS 2003-2007 sebagaimana yang telah dimandatkan dalam Pertemuan Kesehatan Dunia pada bulan Mei 2003. HIV/AIDS menjadi prioritas organisasi bagi WHO, dimana program utama HIV/AIDS memiliki hubungan erat dengan sektor lainnya, program yang terkait antara lain: kesehatan kerja; kesehatan seksual dan reproduksi; tuberkulosis; pengamanan darah; kesehatan anak dan remaja; kebijakan obat-obatan esensial dan kedokteran; surveilen penyakit; kesehatan mental; pengembangan vaksin

dan anti mikrobisida; gender dan kesehatan wanita; pendidikan kesehatan; dan ketergantungan bahan. WHO merupakan organisasi yang memimpin pelaksanaan program inisiatif "3 dari 5" yang bertujuan pada penyediaan pengobatan anti retroviral terhadap 3 juta ODHA di negara-negara berkembang sampai dengan akhir 2005.

Organisasi Perburuhan Internasional

Respon ILO terhadap HIV/AIDS muncul segera setelah adanya ancaman endemis terhadap kesehatan, hak-hak, produktifitas dan mata pencaharian para pekerja/anggotanya, dan berbagai hambatan untuk mencapai tujuan organisasi dalam mengurangi pekerjaan yang kurang layak, terutama yang berhubungan dengan pekerjaan dan perlindungan sosial. Prinsip-prinsip keadilan sosial dan kesetaraan, proses tripartit, dan standar-standar dasar ketenaga-kerjaan sebagai pilar dari hak-hak pekerja yang mengacu pada pendekatan dari keterlibatan ILO dalam upaya global melawan HIV/AIDS. Misi program HIV/AIDS dari ILO (ILO/AIDS) adalah untuk menunjukkan bahwa tempat kerja memiliki porsi besar untuk menjamin tindakan yang efektif dalam rangka mengurangi penyebaran dan dampak yang timbul dari epidemi AIDS. Oleh karena itu, semua kegiatan diselaraskan dan diarahkan dalam membantu para anggota tripartit ILO untuk berperan aktif dalam upaya nasional dengan membawa perspektif tempat kerja kedalam perencanaan strategis nasionalnya, dan mengembangkan kebijakan dan program-program AIDS di setiap tempat kerja berdasarkan pada standar intenasional fundamental ILO dan, yang lebih praktis, yaitu kaidah ILO tentang HIV/AIDS dan dunia kerja.

Standar dan perangkat internasional yang relevan dengan HIV/AIDS

Saat ini, masih belum ada perjanjian internasional khusus ataupun konvensi mengenai HIV/AIDS. Beberapa perangkat legal yang berhubungan dengan HIV/AIDS telah dikembangkan oleh ILO. Perangkat internasional lainnya seperti deklarasi dan pedoman teknis telah dikembangkan oleh program-program PBB yang terfokus pada HIV/AIDS dan oleh WHO.

Perangkat PBB

- Sesi Khusus Majelis Umum PBB tentang AIDS (United Nations General Assembly special session on AIDS - UNGASS): Deklarasi Komitmen tentang HIV/AIDS, 2001;
- UNAIDS dan Kantor PBB untuk Komisi Tinggi Hak Asasi Manusia: Pedoman Internasional tentang Hak Asasi Manusia dan HIV/AIDS, 1998; dan Pedoman yang telah di revisi ke-6: Akses bagi pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan, 2002;
- Tujuan Pengembangan Milenium PBB, 2000

Perangkat ILO

Konvensi dan Rekomendasi

- Konvensi tentang Diskriminasi (Tenaga kerja dan Pekerjaannya) (No.111) , dan Rekomendasi (No.111), 1958
- Konvensi tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja, 1981 (No.155)
- Konvensi tentang Pelayanan Kesehatan Kerja, 1985 (No.161)
- Konvensi tentang Pemutusan Hubungan Kerja, 1982 (No.158)
- Konvensi tentang Rehabilitasi Lapangan pekerjaan (Orang Cacat), 1983 (No.159)
- Konvensi tentang Jaminan Sosial (Standar minimum), 1952 (No.102)
- Konvensi tentang Pengawasan Ketenagakerjaan, 1947 (No.81)
- Konvensi tentang Hubungan Kerja (Pelayanan Umum), 1978 (No.151)
- Konvensi tentang Hak Berorganisasi dan Perjanjian Kerja Bersama, 1949 (No.98)
- Konvensi tentang Perjanjian Kerja Bersama, 1981 (No.154)
- Konvensi tentang Pekerja Paruh Waktu, 1994 (No.175)
- Konvensi tentang Migrasi untuk Bekerja (Revisi), 1949 (No.97)
- Konvensi tentang Pekerja Migran (Ketentuan Pelengkap), 1975 (No.143)
- Rekomendasi tentang Pengurangan Jam Kerja, 1962 (No.116)
- Konvensi tentang Kerja Malam (No.171) dan Rekomendasi (No.178), 1990

- Konvensi tentang Protokol 1990 untuk Pekerjaan Malam Hari bagi Perempuan (Revisi), 1948 (No.89)
- Konvensi tentang Personil Perawat (No.149) dan Rekomendasi (No. 157), 1977.

Kaidah Praktis dan Pedoman

- Kaidah Praktis ILO tentang kekerasan di tempat kerja pada sektor pelayanan jasa, 2004
- Kaidah Praktis ILO tentang HIV/AIDS dan dunia kerja, 2001.
- Pedoman tentang sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja, 2001.
- Pedoman Teknis dan Etika untuk surveilens kesehatan pekerja, 1997.
- Kaidah Praktis ILO tentang perlindungan bagi data pesonalia pekerja, 1997
- Pencatatan dan pemberitahuan tentang kecelakaan dan penyakit akibat kerja, 1995

Perangkat dan Pedoman WHO

Perangkat dan Kebijakan

- Strategi Global Sektor Kesehatan untuk HIV/AIDS 2003-07: Menyediakan kerangka kerja bagi kemitraan dan tindakan.
- Resolusi WHA57.14 tentang meningkatkan skala pengobatan dan perawatan dengan koordinasi dan respon menyeluruh untuk HIV/AIDS, 2004
- Resolusi tentang kontribusi WHO untuk tindaklanjut sesi khusus Majelis Umum PBB tentang HIV/AIDS, 2002

Pedoman Teknis

- Pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit: Sebuah pedoman praktis, edisi kedua (2002). WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Dokumen: English – PDF 405 kb; Spanish – PDF 806 kb, http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/WHO CDS CSR EPH 2002 12/en/.
- Pedoman pencegahan tuberkulosis bagi sarana pelayanan kesehatan dengan kondisi keterbatasan sumber daya, 1999.

- Pedoman pemantauan dan evaluasi untuk kegiatan bersama TB/HIV, 2004.
- Manajemen Keselamatan untuk limbah pelayanan kesehatan (catatan kebijakan), 2004
- WHO/ILO/ACN/PSI Pedoman Kerangka kerja bagi agenda kekerasan di tempat kerja pada sektor kesehatan, 2002.
- Produksi lokasi dari peralatan suntik yang dipergunakan ulang termasuk yang semprotan sekali pakai: referensi masa pakai oleh WHO dalam kegiatan perpindahan teknologi, 2004.
- Sebuah catatan untuk pencegahan dan pengendalian infeksi pada sarana pelayanan kesehatan, 2004.
- Garis besar referensi untuk pengembangan kebijakan nasional dan rencana aksi untuk keselamatan injeksi dalam program imunisasi nasional, 2003
- Sebuah catatan strategi to melindungi pekerja pelayanan kesehatan dari infeksi virus melalui darah, 2003.
- Mengelola Kebijakan Keselamatan Injeksi, 2003
- Sebuah catatan tentang pengamanan darah untuk program darah nasional, 2002.
- Tes dan Konseling HIV: Pintu gerbang bagi perawatan, pengobatan dan dukungan, 2004.
- Pedoman terpadu untuk ART dalam konteks pelayanan kesehatan primer, 2004.
- Meningkatkan Skala perawatan HIV/AIDS: Perspektif pemberian pelayanan dan sumber daya manusia, 2004
- Standar kualitas perawatan HIV: Sebuah alat untuk menilai kualitas, perbaikan, dan akreditasi, 2004.
- Pedoman tentang etika dan kesetaraan pada perawatan dan pengobatan HIV, WHO, 2004.

Lembaran Fakta

Catatan: Lembar-lembar fakta ini menyediakan informasi praktis yang telah diakui secara internasional – yang tersedia pada waktu yang sama dengan publikasi pedoman ini - tentang upaya-upaya pencegahan terhadap potensi bahaya dan risiko, juga upaya-upaya pengendalian yang dirancang untuk melindungi kesehatan pekerja dari pajanan HIV dan penyakit infeksi lainnya. Bagaimanapun juga, memperhatikan kemajuan yang pesat dari ilmu pengetahuan dan teknologi dalam waktu dekat lembaran fakta akan diperbaharui secara elektronik melalui situs WHO dan ILO. Pemakai harus secara berkala memeriksanya untuk mendapatkan informasi terbaru dalam bidang-bidang yang dicakup oleh lembaran fakta ini.

Lembar Fakta No.1
Karakterisisasi potensi bahaya: Virus Hepatitis dan HIV

Virus Hepatitis

Pada umumnya penyebab hepatitis virus adalah virus hepatitis B (VHB) dan hepatitis C. Gejala-gejala hepatitis dapat berupa rasa tidak nyaman/enak di bagian perut, mual, kehilangan nafsu makan, mudah lelah, demam, kulit kuning dan air seni yang kecoklatan. Tes darah digunakan untuk menentukan penyebab dari penyakit hepatitis tersebut dan, jika mungkin, jenis virus yang menyebabkan infeksi.

Virus Hepatitis B

Virus hepatitis B dapat ditemukan di dalam darah dan cairan/bahan tubuh seperti air mani (semen). Virus hepatitis B dapat ditularkan dari seseorang kepada orang lain melalui darah yang terinfeksi atau lewat cairan/bahan tubuh yang masuk ke dalam tubuh. Hal ini dapat terjadi sebagai berikut:

- melalui suntikan atau luka akibat peralatan suntik yang terkontaminasi (seperti luka karena jarum suntik atau penggunaan obat melalui intravena) atau benda tajam lainnya;
- melalui hubungan seksual (terutama virus hepatitis B);
- melalui transfusi dengan darah atau produk darah yang terinfeksi atau transplantasi dengan bahan yang terinfeksi;
- melalui perpindahan secara tidak langsung dari darah yang terinfeksi lewat penggunaan pisau cukur, sikat gigi dan barang-barang pribadi lainnya secara bersama-sama.
- melalui kontal selaput lendir (seperti percikan cairan/bahan tubuh lewat mulut, hidung, mata atau kulit yang terbuka); atau
- Selama masa kehamilan, persalinan dan menyusui dari ibu ke anak.

Virus hepatitis B dapat bertahan dalam darah dan cairan/bahan tubuh di luar tubuh. VHB biasanya tidak tertular melalui hubungan biasa diantara beberapa orang. Orang yang menggunakan peralatan suntik yang telah terkontaminasi

memiliki risiko yang sangat tinggi untuk terinfeksi VHB. Pada tempat kerja, sebagian besar infeksi terjadi melalui penularan melaui jarum yang terkontaminasi dan benda-benda tajam lainnya di tempat kerja, atau dari kontak mukosa (seperti: percikan cairan/bahan tubuh dari mulut, hidung, mata, atau kulit yang tidak utuh)

Telah tersedia vaksin untuk mencegah infeksi VHB. Sebagian besar orang dewasa yang telah terinfeksi VHB tidak menderita sakit yang serius dan mungkin tidak berkembang menjadi penyakit kuning. Jika sakitnya benar-benar timbul, tingkat keparahan berbeda-beda. Beberapa dari mereka yang terinfeksi VHB tidak pernah sembuh dari infeksi tersebut dan akan menjadi pembawa penyakit selama hidupnya. Beberapa pembawa penyakit tersebut mampu menularkan penyakit ini kepada yang lainnya, tetapi tingkat infeksinya berbeda untuk setiap orang dan untuk orang yang sama pada waktu yang berbeda. Risiko untuk menjadi pembawa penyakit ini sangat tinggi terutama pada mereka yang terinfeksi waktu lahir dari ibu mereka yang terinfeksi. Pembawa penyakit dalam jangka waktu yang panjang akan menghadapi risiko sirosis hati dan kanker hati primer.

Virus Hepatitis C (VHC)

VHC menular melalui kontak darah dengan darah, risiko tertinggi terjadi saat penggunaan jarum suntik narkoba secara bersama-sama Tindakan yang berisiko sedang sampai rendah yaitu penularan seperti pada pembuatan tatoo dan menusuk tubuh dengan peralatan yang telah terkontaminasi, luka karena jarum suntik, serta transfusi produk darah dimana tidak dilakukan pengawasan secara ketat, dan penularan dari ibu ke anaknya. Walaupun VHC tidak digolongkan sebagai penyakit infeksi menular seksual, tetapi ada kemungkinan terjadi penularan melalui hubungan seksual jika terjadi darah bercampur, meski hal ini terbilang jarang. Sampai saat ini tidak tersedia vaksin sebagai perlindungan terhadap akuisisi VHC. Dalam tahap permulaan infeksi sering tidak ada tanda-tanda atau keluhan dari penyakit. Sekitar 75% dari orang yang terkena infeksi HCV akan berkembang menjadi infeksi hepatitis C kronis (jangka panjang). Sebagian besar orang yang menderita hepatitis C kronis akan menampakkan beberapa gejala, berkisar antara ringan sampai parah, setelah kira-kira 10—15 tahun. Keluhan yang paling sering timbul adalah lelah, mual, sakit dan

nyeri otot, sakit pada bagian perut dan kehilangan nafsu makan. Di tempat kerja, infeksi VHC dapat terjadi melalui cedera dari benda tajam yang terkontaminasi atau, lebih jarang, melalui selaput lendir (seperti mata, hidung dan mulut) yang kontak dengan darah.

Virus-virus hepatitis lainnya

Disini termasuk hepatitis A (dan yang tidak biasa hepatitis E), dan hepatitis D dan G. VHD dan VHG lebih jarang daripada, tetapi kemungkinan menyebar dengan cara yang sama dengan VHB dan VHC, dan dapat dikendalikan dengan upaya-upaya yang disarankan dalam kaidah ini untuk VHB dan VHC.

Human immunodeficiency virus (HIV)

HIV dapat merusak sistem kekebalan tubuh sehingga tubuh tidak mampu lagi mengusir infeksi. Hal ini menyebabkan terjadinya sindrom berkurangnya kekebalan didapat (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS). AIDS). Suatu ciri penting dari infeksi HIV adalah bahwa biasanya diperlukan periode yang panjang setelah adanya infeksi awal dimana selama itu orang tersebut hanya sedikit sekali memperlihatkan atau bahkan tidak memperlihatkan gejala penyakit ini. HIV biasanya berkembang melalui beberapa tahap. Pada minggu-minggu awal infeksi, orang dapat memiliki gejala yang mirip dengan demam pembengkakan kelenjar. Antibodi terhadap virus biasanya baru terbentuk pada saat ini (3 sampai 12 minggu setelah infeksi terjadi). Mengikuti infeksi awal, terdapat waktu yang panjang dimana selama itu orang tersebut hanya memperlihatkan sedikit atau bahkan tidak terlihat adanya gejala-gejala, tetapi keberadaan HIV tersebut telah terdeteksi melalui adanya antibodi didalam darah. Periode ini biasanya berlangsung dari tiga sampai delapan tahun setelah infeksi awal. Pada periode ini, virus mulai merusak sistem kekebalan tubuh dengan timbulnya beberapa gejala seperti kehilangan berat badan, demam, diare, dan pembesaran pada kelenjar limpa. Hal ini biasanya berlanjut sampai benar-benar AIDS, yang berkembang pesat sejalan dengan kerusakan yang parah pada sistem kekebalan tubuh. Orang tersebut dapat menjadi sakit dengan infeksi, kanker atau mengalami kerusakan sistem saraf.

HIV tidak se-infeksius hepatitis B (VHB) atau hepatitis C (VHC) tetapi menyebar dengan cara yang sama dengan VHB. Infeksi

HIV dapat terjadi melalui perpindahan darah dari orang yang terinfeksi atau melalui cairan/bahan tubuh lainnya yang terjadi selama hubungan seksual baik anal atau vaginal, luka karena benda tajam (termasuk jarum suntik) dan jarum yang digunakan secara bersama dalam penggunaan narkoba. Penyebarannya dapat juga terjadi dari ibu yang terinfeksi kepada bayinya selama masa kehamilan, persalinan ataupun menyusui.

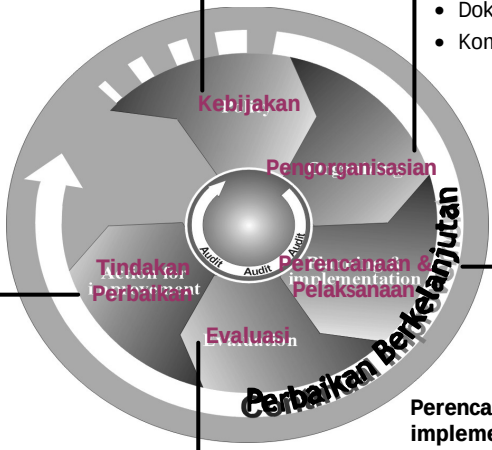
HIV biasanya tidak ditularkan melalui hubungan non-seksual, kontak orang dengan orang. Meski demikian virus ini dapat dipindahkan melalui bahan yang terinfeksi seperti darah atau cairan/bahan tubuh lainnya yang kontak langsung dengan kulit yang terbuka atau selaput lendir mata, hidung atau mulut. Penggunaan bersama sikat gigi dan pisau cukur mungkin meningkatkan risiko penularan. Di tempat kerja, pada umumnya infeksi terjadi melalui penularan lewat jarum dan benda tajam lainnya yang terkontaminasi, atau melalui kontak selaput lendir (seperti percikan cairan tubuh ke mulut, hidung, mata atau kulit yang tidak utuh). Walaupun HIV dapat bertahan di dalam cairan/bahan tubuh di luar tubuh, tetapi virus ini lebih rentan daripada virus-virus hepatitis dan tidak dapat bertahan untuk waktu yang lama di luar tubuh. Saat ini belum ada vaksin yang dapat melindungi dan melawan akuisisi HIV. Belum ada bukti bahwa HIV dapat ditularkan melalui serangga, makanan dan minuman atau karena berbagi peralatan makan dan minum; bersin, batuk, keringat, air mata, bertukar pakaian atau gagang telepon; ataupun penggunaan toilet, urinoir atau kolam renang bersama-sama.

Lembar Fakta No.2
Siklus manajemen keselamatan dan kesehatan kerja

Bagian utama dari unsur-unsur sistem manajemen K3 di tempat kerja yang mengacu pada pedoman ILO tentang sistem manajemen K3, 2001, dapat terlihat dalam gambar dibawah ini:

Kebijakan
- Kebijakan K3
- Partisipasi Pekerja

Pengorganisasian
- Tanggung jawab dan akuntabilitas
- Kompetensi dan pelatihan
- Dokumentasi K3
- Komunikasi



Tindakan Perbaikan
- Pencegahan dan Tindakan perbaikan
- Perbaikan berkelanjutan

Evaluasi
- Pemantauan dan pengukuran performa
- Investigasi
- Audit
- Tinjauan Manajemen

Perencanaan & implementasi
- Tinjauan awal
- Sistem perencanaan, pengembangan dan implementasi
- Tujuan K3
- Pencegahan bahaya.

Untuk informasi lebih lanjut tentang ILO-K3 2001, silahkan hubungi: SafeWork, ILO, 4, route des Morillons, CH-1211 Jenewa 22, Swiss. Tel:+41-22-799-6715. Fax:+41-22-799-6878. Email: safework@ilo.org web site: http://www.ilo.org/safework.

Lembar Fakta No.3
Model struktur Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) untuk Rumah Sakit [21]

Model ini, diambil dari pedoman yang dikembangkan oleh Departemen Pelayanan Penduduk Negara bagian Victoria, Australia, disajikan dalam bentuk ringkasan garis besar dari semua unsur-unsur kunci yang dibutuhkan oleh rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan dalam mengembangkan suatu pendekatan yang menyeluruh untuk mengatur kewajiban-kewajiban K3, termasuk kewajiban hukum menyediakan tempat kerja yang bebas dari risiko, dan untuk memastikan perbaikan yang berkelanjutan terhadap kinerja K3 dan mengurangi biaya yang timbul akibat kecelakaan di tempat kerja, kesakitan dan premi kompensasi pekerja.

Struktur sistem

1. **Kebijakan dan komitmen K3**: Tempat kerja yang aman dan sehat membutuhkan keterlibatan dan komitmen semua pihak serta melibatkan kemitraan yang sedang berlangsung antara manajemen, dan tenaga kerja atau perwakilannya. Hal ini harus dinyatakan dalam kebijakan umum yang menyatakan komitmen organisasi terhadap K3 dan bagaimana cara untuk mencapai komitmen tersebut. Kebijakan tersebut harus juga memuat tujuan untuk membuat tempat kerja yang bebas dari cedera dan penyakit.

2. **Penanggungjawab K3:** Sistem K3 hanya dapat dikelola secara efektif jika ada tanggungjawab yang rinci, teridentifikasi dan ditugaskan kepada orang yang mewakili manajemen dengan jabatan supervisor. Tanggungjawab tersebut yang ditugaskan kepada setiap jabatan harus sesuai dengan kewenangan jabatannya. Karyawan juga memiliki tanggungjawab dalam pengelolaan tempat kerja yang aman dan sehat. Hal ini harus termuat dalam uraian tugas.

3. **Konsultasi K3:** Orang akan lebih memiliki komitmen terhadap sistem K3 jika mereka dilibatkan dalam perkembangan dan dikonsultasikan tentang seluruh aspek dalam sistem tersebut yang memberikan dampak kepada mereka. Konsultasi akan memperbaiki pelaksanaan sistem tersebut karena akan

memberikan orang informasi tentang kegiatan K3 dan memberikan kesempatan untuk berpartisipasi menyumbangkan pemikiran dan ide-ide tentang bagaimana mengelola K3 di tempat kerja mereka.

4. **Pelatihan K3:** Setiap orang harus mengetahui bagaimana K3 dikelola di tempat kerja jika mereka akan berpartisipasi untuk menjaga standar K3 yang tinggi. Mereka juga membutuhkan pengetahuan tentang bagaimana cara melakukan pekerjaan mereka secara aman. Pelatihan tentang K3 menjadi hal yang penting saat orang datang ke tempat kerja untuk pertama kalinya. Pada tahapan itu mereka tidak terbiasa dengan sistem dan bahaya-bahaya yang dapat mereka hadapi.

5. **Prosedur K3:** Prosedur tertulis diperlukan untuk memastikan bahwa orang-orang mengetahui bagaimana operasi sistem K3 itu masuk dalam standar cara kerja. Prosedur-prosedur ini harus meliputi kegiatan-kegiatan kunci dalam sistem, seperti manajemen risiko, pembelian, rancangan, tindakan darurat. Prosedur-prosedur ini merupakan dasar bagi pedoman K3 organisasi.

6. **Manajemen kontraktor:** Sarana kesehatan menggunakan kontraktor untuk menyediakan bermacam pelayanan medis dan pelayanan lainnya. Aspek K3 harus menjadi bagian dari kriteria pemilihan kontraktor sehingga nantinya hanya kontraktor-kontraktor yang kompeten saja yang dipakai. Kontraktor-kontraktor tersebut harus dikelola selama berada ditempat kerja untuk memastikan bahwa mereka tidak menempatkan diri mereka sendiri juga orang lain dalam risiko.

7. **Indikator kinerja dan sasaran K3:** Sasaran perlu ditetapkan bagi sistem keselamatan dan kesehatan sehingga kegiatan sistem diarahkan langsung kepada pencapaian yang spesifik, dan kinerja dalam pengelolaan K3 dapat diukur. Sasaran akan memberikan petunjuk bagi sistem dan menyediakan kerangka kerja dalam penilaian sistem yang sedang berlangsung. Indikator-indikator kinerja harus dikembangkan sehingga kinerja sistem dapat di tinjau secara reguler dan tindakan perbaikan yang diambil untuk meyakinkan bahwa kemajuan sedang dilakukan kearah sasaran.

Aktivitas system

8. **Proses manajemen risiko:** Potensi bahaya di semua tempat kerja dan dapat menimbulkan ancaman bagi kesehatan dan kesehatan setiap orang. Potensi bahaya mencakup: penanganan manual, pajanan infeksi, bahan-bahan berbahaya, perilaku kekerasan, tergelincir, tersandung dan terjatuh. Harus ada proses untuk mengidentifikasi potensi bahaya dan melaksanakan pengendalian yang efektif di tempat. Apakah potensi bahaya harus dieliminasi bersama atau risiko dari potensi bahaya harus dikendalikan sehingga semua orang tetap selamat.

9. **Inspeksi, pengujian dan tindakan korektif:** Pengecekan yang regular dan terencana dari tempat kerja adalah esensial untuk memastikan bahwa pengendalian risiko efektif dan bahwa tidak ada bahaya baru yang timbul. Pengecekan mencakup inspeksi tempat, pemeliharaan pabrik dan peralatan dan pengujian lingkungan kerja. Tindakan korektif harus diidentifikasi, dicatat dan diterapkan untuk memelihara suatu lingkungan kerja yang aman.

10. **Pelaporan kejadian dan tanggap darurat:** Walaupun sistem kesehatan dan keselamatan bertujuan untuk mencegah orang cedera atau menjadi sakit waktu bekerja, kejadian kecelakaan masih mungkin terjadi. Harus ada prosedur tersedia untuk melaporkan dan meneyelidiki kejadian dan mencegahnya untuk berulang. Prosedur diperlukan dalam kasus timbulnya kecelakaan besar terlibat, sebagai contoh, kebakaran, tumpahan bahan kimia atau perilaku berbahaya.

11. **Manajemen kecelakaan dan kembali bekerja:** Orang yang mendapat cedera atau sakit waktu bekerja harus didukung untuk membantu mereka kembali bekerja secepat mungkin. Mungkin perlu tahapan untuk kembali bekerja yang melibatkan orang dengan jam kerja terbatas, atau melaksanakan pekerjaan yang kurang mencapai target sampai mereka dapat kembali bertugas penuh.

12. **Pengendalian dokumen K3:** Suatu sistem K3 memproduksi sejumlah dokumen penting. Dokumen-dokumen ini harus dijaga untuk menjadi dasar untuk membandingkan kinerja sistem dan memberikan bukti bahwa kegiatan-kegiatan sistem dilaksanakan sebagai direncanakan.

Sistem Peninjauan ulang

13. Peninjauan ulang kinerja K3: Kinerja dari sistem kesehatan dan keselamatan perlu ditinjau ulang secara regular untuk memastikan bahwa sistem telah bekerja dengan sempurna dan bahwa standar-standar kesehatan dan keselamatan yang memuaskan tetap terpelihara. Sistem harus ditinjau ulang terhadap indikator kinerja yang ditetapkan.

14. Audit K3: Audit sistem kesehatan dan keselamatan harus dilakukan secara periodik untuk menguji seberapa baik sistem telah dibangun dan seberapa baik sistem tersebut memenuhi standar operasi. Dapat dilakukan kedua bentuk audit, audit internal dan eksternal. Audit eksternal dapat memberikan pengecekan yang independent tentang pengoperasian sistem.

15. Perbaikan K3 berkelanjutan: Tidak ada sistem yang sempurna, selalu ada ruang untuk perbaikan. Usaha-usaha harus dibuat untuk memperbaiki sistem kesehatan dan keselamatan sehingga mampu untuk mengantarkan standar keselamatan yang lebih tinggi di tempat kerja.

Lembar Fakta No.4
Hirarki pengendalian yang diterapkan terhadap risiko pajanan kuman patogen tular darah

Metode pengendalian potensi bahaya pekerjaan telah sejak lama didiskusikan dalam bentuk hirarki dan disajikan dalam tingkat prioritas keefektifannya dalam mencegah pajanan terhadap potensi bahaya atau pencegahan cedera sebagai hasil dari terpajan pada potensi bahaya. Tabel dibawah ini menunjukkan bagaimana cara menerapkan hirarki kerangka kerja pengendalian terhadap bahaya penyakit yang menular melalui darah.

Metode pengendalian	Efektifitas upaya pengendalian
Eliminasi sumber bahaya- pembuangan keseluruhan sumber bahaya dari tempat kerja. Eliminasi adalah metode yang lebih disukai dalam pengendalian bahaya dan yang harus dipilih bila memungkinkan. Contohnya: membuang benda tajam dan jarum dan eliminasi setiap alat suntik yang tidak dibutuhkan. Jet injectors dapat menggantikan lat dan jarum suntik. Contoh lain adalah eliminasi benda-benda tajam yang tidak dibutuhkan seperti penjepit handuk, dan menggunakan sistem IV tanpa jarum.	Sistem IV tanpa jarum telah menunjukkan 78.7% efektif dalam mengurangi luka IV yang berkaitan dengan jarum suntik selama lebih dari 1 tahun dalam satu penelitian di Kanada.
Pengendalian Rekayasa – pengendalian dengan mengisolasi atau memindahkan sumber bahaya dari tempat kerja. Contohnya termasuk wadah pembuangan benda tajam (dikenal juga sebagai kotak pengaman) dan jarum yang ditarik kembali, ditutup atau yang ditumpulkan segera setalah digunakan (dikenal juga sebagai perlengkapan jarum yang lebih aman atau benda tajam dengan fitur pencegahan luka yang direkayasa)	Wadah benda tajam telah mengurangi luka sampai 2/3. Sebuah tinjauan ulang dari 7 penelitian tentang penggunaan perlengkapan jarum yang lebih aman menunjukkan pengurangan luka antara 23-100% dengan rata-rata 71%

Pengendalian Administratif – kebijakan ini bertujuan untuk membatasi risiko pajanan seperti halnya kewaspadaan universal. Contohnya antara lain termasuk pengalokasian sumber daya yang menunjukkan suatu komitmen terhadap keselamatan dan kesehatan pekerja, panitia pencegahan cedera akibat jarum, adanya rencana pengendalian pajanan, penggantian peralatan yang tidak aman, dan pelatihan yang konsisten dalam penggunaan peralatan yang aman.	suasana keselamatan kerja yang minim dan berkurangnya staf yang telah ditujukan 50% meningkatkan cedera akibat penggunaan jarum dan kejadian hampir celaka.
Pengendalian cara kerja – mengurangi pajanan terhadap sumber bahaya pekerjaan melalui perilaku pekerja. Contohnya termasuk jarum yang tidak ditutup kembali, penempatan wadah benda tajam setinggi mata dan terjangkau tangan, mengosongkan wadah benda tajam sebelum penuh, dan membangun cara-cara penanganan dan pembuangan yang aman perlengkapan yang tajam sebelum memulai suatu pekerjaan.	Eliminasi dari petutupan kembali jarum memberikan hasil pengurangan 2/3 luka karena jarum suntik.
Alat Pelidung Diri (APD) – penghalang dan penyaring antara pekerja dan sumber bahaya. Contohnya adalah kacamata, sarung tangan, masker dan pakaian kerja	APD akan mencegah pajanan dari percikan darah tetapi tidak akan mencegah luka karena jarum suntik. Penggunaan sarung tangan ganda dalam tindakan operasi telah mengurangi tusukan dari sarung tangan bagian dalam sampai 60-70%

Lembar Fakta No.5
Pencegahan infeksi HIV nosokomial dengan menggunakan kewaspadaan standar

Apakah yang dimaksud dengan kewaspadaan standar?

Kewaspadaan standar merupakan kombinasi segi-segi utama dari **kewaspadaan universal** (dirancang untuk mengurangi risiko penularan patogen melalui darah dari darah dan cairan tubuh) dan **isolasi zat tubuh** (dirancang untuk mengurangi risiko penularan penyakit dari zat tubuh yang lembab). Kewaspadaan standar diterapkan untuk: (1) darah; (2) seluruh cairan tubuh, sekresi dan eksresi, *kecuali keringat*, tidak tergantung apakah ada atau tidak kandungan darah yang terlihat; (3) kulit yang tidak utuh; dan (4) selaput lendir. Kewaspadaan standar dimaksudkan untuk mengurangi risiko penularan mikro-organisme dari kedua sumber dari infeksi di rumah sakit yang dikenal maupun yang tidak dikenal. Dalam prinsip kewaspadaan standar, semua darah dan cairan tubuh harus dipertimbangkan secara potensial terinfeksi dengan penyakit menular-darah termasuk HIV dan hepatitis B dan C, tanpa terkait dengan status ataupun faktor-faktor risiko seseorang.

Kewaspadaan standar termasuk penggunaan:

- cuci tangan;
- alat pelindung diri (sarung tangan, pakaian, masker, kapan saja menyentuh atau terpajan cairan tubuh pasien perlu diantisipasi);
- penempatan pasien;
- praktek terhadap lingkungan (pembuangan limbah, tata rumah tangga, seprei/selimut yang kotor);
- penanganan dan pembuangan benda-benda tajam;
- cara-cara kerja;
- penanganan dan pengangkutan contoh (specimen);
- perawatan peralatan (pencucian, pengangkutan dan pelayanan).

Mengapa kewaspadaan standar menjadi penting?

Terpajan darah dan cairan tubuh dapat menyebarkan infeksi seperti hepatitis B dan C, bakteri, virus dan HIV. Pajanan ini dapat terlihat dengan jelas (seperti ketika menggunakan spuit untuk menusuk kulit) atau tidak kentara (saat darah atau cairan tubuh dari orang yang terinfeksi kontak dengan lecet kecil pada perawat). Infeksi dapat ditularkan dari pasien ke pasien yang lain, dari pasien ke tenaga kesehatan atau dari tenaga kesehatan kepada pasiennya (meskipun hal ini jarang terjadi).

Tidak mengikuti kewaspadaan standar dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya penularan infeksi yang sebenarnya dapat dihindari.

Bagaimana kewaspadaan standar terjamin?

Sebelum tenaga kesehatan dapat mematuhi prosedur kewasapadaan standar, otoritas nasional dan lembaga pelayanan kesehatan harus menjamin bahwa semua pedoman dan kebijakan mereka cocok diterapkan di lokasi dan bahwa peralatan dan persediaannya mencukupi. Untuk memudahkan tenaga kesehatan mematuhi praktek pengendalian infeksi, kebijakan dan pedoman tingkat nasional dan lembaga pemerintah harus:

- ***Memastikan bahwa stafnya telah dididik untuk memperlakukan semua zat/substansi tubuh sebagai bahan yang infeksius.*** Tenaga kesehatan harus dididik mengenai risiko pekerjaannya dan harus memahami kebutuhan menggunakan kewaspadaan standar bagi semua orang, di setiap waktu, tanpa memandang diagnosisnya. Pendidikan selama pelayanan secara reguler harus disediakan bagi semua tenaga medis maupun non-medis di lingkungan perawatan kesehatan. Sebagai tambahan, pendidikan pra-pelayanan untuk semua tenaga kesehatan harus juga mengagendakan aspek kewaspadaan standar.
- ***Memastikan bahwa tersedia para staf, pasokan dan sarana yang memadai.*** Sementara pendidikan bagi tenaga kesehatan adalah esensial, hal itu tidak cukup untuk menjamin bahwa kewaspadaaan standar telah diperhatikan dengan baik. Untuk mencegah bahaya dan infeksi kepada pasien dan karyawan, sarana kesehatan harus menyediakan bahan-bahan yang diperlukan perawatan klinis. Sebagai contoh, pasokan yang steril dan bersih, harus tersedia dengan cukup, walau di

lingkungan dengan sumber daya yang terbatas. Penggunaan peralatan injeksi sekali pakai, yang langsung dibuang harus tersedia dalam jumlah yang cukup bagi setiap obat-obat injeksi yang ada dalam persediaan. Air, sarung tangan, bahan-bahan pencuci, alat-alat untuk disinfeski dan sterilisasi termasuk alat-alat untuk memantau dan mengawasi proses ulang yang harus dilakukan. Persediaan air yang cukup dan mudah didapat adalah kunci bagi upaya pencegahan infeksi yang berkaitan dengan tempat pelayanan kesehatan. (Walaupun air mengalir tidak tersedia di semua tempat, tetapi semua cara untuk mendapatkan air yang cukup harus terjamin). Alat-alat untuk pembuagan yang aman bagi limbah medis dan laboratorium, dan tinja harus tersedia.

- ***Mengadopsi standar-standar lokal yang cocok untuk menjamin keselamatan pasien dan karyawan, merupakan upaya yang berdasarkan bukti dan efektif.*** Penggunaan yang tepat dari persediaan, kebutuhan pendidikan dan pengawasan staf, harus digambarkan dengan jelas dalam kebijakan dan pedoman lembaga. Lebih lanjut, kebijakan dan pedoman harus didukung oleh ketersediaan pasokan dan standar untuk memantau dan mengawasi upaya yang telah ditetapkan. (Pengawasan reguler pada lingkungan perawatan kesehatan dapat membantu menghambat atau mengurangi risiko bahaya yang berhubungan dengan perawatan kesehatan di tempat kerja). Jika terjadi cedera atau kontaminasi yang mengakibatkan terpajan dengan bahan yang telah terinfeksi HIV, konseling, pengobatan, tindak lanjut dan perawatan pasca pajanan, harus tersedia.
- ***Mencari upaya untuk mengurangi prosedur-prosedur yang tidak diperlukan.*** Sarana kesehatan harus menentukan kapan prosedur berisiko telah terlihat, dan tenaga kesehatan butuh untuk dilatih untuk menjalankan prosedur yang hanya dilakukan saat benar-benar diperlukan. Sebagai contoh, pekerja harus menghindari transfusi darah saat tidak diperlukan dan harus mengganti dengan prosedur yang lebih aman jika memungkinkan (seperti penggunaan larutan pengganti). Injeksi yang tidak perlu harus juga dihilangkan. Bilamana pengobatan dibutuhkan, pedoman harus merekomendasikan penggunaan obat oral bila sesuai. Kepatuhan terhadap pedoman ini tetap harus dipantau.
- ***Membentuk suatu kelompok multidisiplin untuk menilai dan mengagendakan penggunaan kewaspadaan standar.*** Sebuah kelompok multidisiplin harus disusun untuk

menyampaikan masalah pencegahan, menilai cara dan sumber daya yang ada sekarang untuk pencegahan, membangun sistem surveilen untuk mendeteksi pasien dan tenaga kesehatan dari akuisisi infeksi, membangun kebijakan dan prosedur, mendidk personil dan memantau kepatuhan.

- ***Menciptakan tuntutan konsumen terhadap praktek perawatan kesehatan yang lebih aman***. Tuntutan untuk prosedur kerja yang aman, seperti penggunaan peralatan injeksi yang baru, langsung dibuang, sekali pakai dan pengobatan oral, dapat membantu memepercepat pelembagaan kewaspadaan standar.

Sumber daya manusia, infrastuktur dan pasokan yang dibutuhkan

Sebagai tambahan bagi pedoman institusional dalam pengendalian infeksi, persediaan dan sarana yang dijelaskan diatas harus tersedia: tempat mencuci tangan, penigkatan persediaan air, peningkatan sistem ventilasi, sarana sterilisasi, persediaan pencucian, obat-obat oral, jarum dan spuit steril sekali pakai, wadah benda tajam, desinfektan, kapasitas leboratorium, peralatan dan reagen laboratorium, dan obat anti-retroviral. Pengelolaan limbah pelayanan kesehatan mungkin membutuhkan konstruksi khusus, seperti inienerator dan pilihan lain dari insinerator.

Mengangkat seorang spesialis pengendalian infeksi atau seorang staf administratif untuk mengurangi angka infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan akan sangat menguntungkan. Upaya-upaya pencegahan infeksi harus menjadi bagian dari pelatihan tenaga kesehatan tersebut, yang harus diawasi secara rutin dalam pekerjaannya. Usaha-usaha khusus harus dibuat untuk memantau dan mengurangi prosedur invasif yang tidak diperlukan. Sebagai tambahan, asosiasi profesi, termasuk asosiasi perawat nasional dan asosiasi kedokteran nasional, harus bersatu dalam melindungi tenaga kesehatan dan mendukung prinsip “kerjakan sejak pertama tanpa membahayakan”.

Informasi biaya

Biaya peralatan yang dibutuhkan untuk memastikan kewaspadaan standar (sarung tangan, sabun, desinfektan, dll)

secara pasti akan menambahkan dalam biaya operasional pelayanan perawatan kesehatan dan akan berbeda-beda sesuai dengan persediaan dan peralatan yang perlu ditambahkan, besarnya institusi dan populasi pasien yang dilayani. Bagaimanapun juga, keuntungan bagi keduanya baik pegawai dan pasien dapat mengizinkan pengeluaran ini. Memastikan kewaspadaan standar harus dilihat sebagai tanggungjawab institusi pelayanan kesehatan yang tidak perlu dinegosiasikan untuk pegawai kesehatan tersebut dan pasiennya. Dimana tingkat prevalensi infeksi HIV, hepatitis dan penyakit infeksi menular lainnya tinggi, ke-efektifan biaya karena melakukan kewaspadaan standar juga akan bertambah besar.

Referensi kunci

- *Pedoman untuk mencegah penularan HIV dalam facilitas kesehatan*, World Health Organization, Geneva, Program Global mengenai AIDS, 1995 (GPA/TCO/HCS/95.1).
- *Cara pengendalian infeksi terbaik untuk skin-piercing intradermal, injeksi subkutan dan kedalam – otot*, Jejaring Global Safe Injeksi Aman dan Dewan Perawat Internasional, World Health Organization, Geneva, 2001 (http://www.childrensvaccine.org/files/ SIGN inf control best practices.pdf).
- *Lembaran fakta mengenai HIV/AIDS bagi perawat dan bidan*, World Health Organization, Geneva, 2000 (http://www.who.int/health-services-delivery/hiv-aids/).
- *Guideline for isolation precautions in hospitals, US Center for Disease Control,(http://www.cdc.gov/ncidod/hip ISOLAT/Isolat.htm).*
- *Bloodborne infectious diseases: HIV/AIDS, hepatitis B virus, and hepatitis C virus, US Center for Disease Control, National Institute of Occupational Safety and Health (http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/).*
- *Yale New Haven Hospital Infection Control Manual (http://info.med.yale.edu/ynhh/infection/precautions/intro .html).*

Lembar Fakta No.6
Keselamatan injeksi

Apa itu ?

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. Keselamatan injeksi memastikan bahwa syarat-syarat yang dibutuhkan untuk injeksi yang aman dan cara-cara kerja aman dilaksanakan.

Mengapa hal itu penting?

Banyak injeksi dilakukan di seluruh dunia secara tidak aman. Diantara cara-cara kerja adalah penggunaan berulang jarum/spuit tanpa sterilisasi adalah keprihatinan yang khusus. WHO memperkirakan bahwa tiap tahunnya praktek injeksi yang tidak aman telah menyebabkan hampir 20 juta infeksi virus hepatitis B, 2 juta infeksi virus hepatitis C dan 260.000 infeksi HIV. Infeksi kronis yang didapat tahun 2000 akibat injeksi yang tidak aman akan bertanggung jawab atas 9 juta tahun yang hilang akibat berbagai tingkat kecacatan antara tahun 2000 – 2030.

Bagaimana keselamatan injeksi disempurnakan?

Sementara hal ini adalah tanggung jawab otoritas nasional untuk menjamin bahwa syarat-syarat keselamatan injeksi dilaksanakan, institusi pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan harus setuju untuk menjamin penggunaan injeksi yang aman dan tepat.

Aktivitas yang diperlukan di tingkat nasional

Pembangunan koalisi multidisiplin tingkat nasional yang melibatkan berbagai departemen dalam kementerian kesehatan dan bagian – bagian lain yang terkait adalah krusial untuk membuat dan menjalankan suatu kebijakan nasional. Sebagai tindak lanjut dari pembangunan kebijakan tersebut, unsur-

unsur strategi untuk penggunaan injeksi yang aman dan tepat adalah:

- Perubahan perilaku diantara pasien dan pekerja kesehatan untuk mengurangi penggunaan injeksi yang berlebihan dan mencapai keselamatan injeksi.
- Tersedianya perlengkapan untuk injeksi dan kotak keselamatan
- Manajemen limbah benda-benda tajam

Perubahan perilaku. Dasar dari penggunaan injeksi yang aman dan tepat adalah suatu strategi perubahan perilaku pada konsumen dan juga public, 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 tehnologi yang aman dan promosi penggunaan injeksi yang rasional, menyarankan penggunaan obat-obatan oral bila sesuai.

Peralatan dan perlengkapan. Eradikasi penggunaan ulang alat suntik dan jarum tanpa sterilisasi, memerlukan penyediaan alat-alat injeksi yang terus menerus dan cukup dan perlengkapan pengendalian infeksi- termasuk kotak keselamatan – di semua sarana kesehatan. Yang dibutuhkan adalah alat suntik yang langsung rusak untuk imunisasi, alat suntik dan jarum sekali pakai untuk keperluan pengobatan, norma dan standar untuk peralatan, pusat pengadaan, pusat manejemen penyimpanan dan sitem pendistribusian yang baik.

Limbah benda tajam. Hanya manajemen limbah benda tajam yang efisien, aman, dan ramah lingkungan cara untuk memastikan bahwa penggunaan spuit dan jarum suntik sekali pakai tidak dipakai ulang dan tidak menyebabkan luka tusukan jarum. Manajemen limbah benda tajam mencakup pengembangan kebijakan, penilaian terhadap sistem pembuangan limbah, seleksi dan penerapan sistem pembuangan limbah yang sesuai, kerangka kerja pengaturan, pelatihan dan pengawasan.

Untuk semua bidang, sumber-sumber yang cukup harus disediakan.

Aktivitas yang diperlukan pada tingkat institusional

Tersedianya peralatan suntik yang sesuai. Saat ini tersedia tiga (3) jenis alat suntik yang berbeda untuk digunakan di sarana-sarana kesehatan. Meskipun alat suntik dan jarum yang dipakai ulang dapat disterilisasi dengan uap, bukti menunjukkan bahwa hasilnya sulit untuk dijamin dan pelanggaran sistem tersebut akan mengarah pada kekurangan sterilisasi. Karena itu penggunaannya mesti dihentikan. Penggunaan alat suntik sekali pakai akan membuat tuntutan konsumen terhadap keselamatan dan pasien dapat didorong untuk meminta menyaksikan pembukaan segel pada alat suntik baru. "Alat suntik langsung rusak" yang secara otomatis tidak dapat digunakan lagi setelah satu kali penggunaan, memberikan kesempatan untuk mencegah bahaya penggunaan ulang alat suntik. Saat ini, alat suntik sekali pakai untuk imunisasi banyak tersedia di pasaran dengan harga yang tidak jauh berbeda dengan alat suntik biasa. Dan juga alat suntik ukuran lebih besar dengan desain yang mencegah penggunaan ulang untuk injeksi terapeutik mulai banyak tersedia.

Eliminasi penyuntikan yang tidak perlu. Apabila pengobatan parmasetikal ditetapkan, pedoman ini harus menyarankan pengobatan oral bila sesuai.

Pelatihan staf. Pelatihan pada semua dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya yang melakukan injeksi harus dilaksanakan dan diawasi.

Pengelolaan limbah. Tempat pengelolaan limbah harus tersedia dan dilakukan mengikuti kebijakan nasional. Harus disediakan wadah-wadah benda tajam yang cukup dan cara-cara lain yang sesuai untuk pembuangan segera dan siap pakai.

Kegiatan-kegiatan yang diperlukan oleh pekerja kesehatan

Praktek injeksi. Injeksi hanya diberikan dengan menggunakan peralatan sekali pakai atau yang telah disterilisasi dengan tepat. Injeksi yang tidak perlu harus dihindari, dengan penggunaan oral bila sesuai.

Pembuangan jarum suntik dan spuit. Alat suntik dan jarum yang telah digunakan harus segera dibuang, tanpa ditutup kembali, dalam wadah anti tusuk dan anti bocor yang tertutup, disegel, dan segera dihancurkan sebelum penuh.

Sumber daya manusia, infrastruktur dan perlengkapan yang dibutuhkan

Suatu koalisi nasional tentang penggunaan injeksi yang aman dan tepat harus difasilitasi oleh seorang koordinator. Pedoman nasional bagi injeksi yang aman harus terdapat di semua lingkungan pelayanan kesehatan. Pengobatan secara oral, penggunan spuit dan jarum suntik steril sekali pakai, dan wadah benda tajam juga harus disediakan. Pilihan untuk pembuangan yang aman bagi peralatan injeksi, seperti insinerator dan pilihan lainnya adalah penting.

Teknik injeksi yang aman harus menjadi bagian dari semua pelatihan bagi tenaga kesehatan, yang harus secara rutin diawasi di tempat pekerjaannya. Upaya-upaya kelembagaan khusus harus dibuat untuk memantau dan mengurangi injeksi yang tidak perlu. Sebagai tambahan, asosiasi profesi, termasuk asosiasi perawat nasional dan asosiasi dokter nasional harus bersatu dalam melindungi tenaga kesehatan dan memberikan dukungan dengan prinsip "kerjakan sejak pertama tanpa membahayakan".

Informasi biaya

Pada tahun 2002, rata-rata harga jual internasional untuk spuit sekali pakai berkisar dari US$0.04 (2 ml) sampai US$0.08 (5 ml). Harga untuk kotak pengaman dengan volume 5 liter sebesar US$1 dan menampung 100 spuit dan jarum suntik. Dalam praktek pada kasus obat-obatan esensial, biaya ini tidak boleh meningkatkan pengeluaran obat-obatan lebih dari 5%.

Dalam suatu model latihan yang dilakukan oleh WHO dan Bank Dunia, telah disimpulkan bahwa setiap tahun hidup yang disesuaikan dengan kecacatan (DALY) dapat dicegah melalui kebijakan untuk penggunaan injeksi yang aman dan biayanya sangat besar berkurang dari rata-rata pendapatan perkapita sehingga membuat kebijakan tersebut menjadi investasi yang cukup bermakna bagi perawatan kesehatan.

Biaya untuk menyelamatkan jiwa, mencegah kesakitan dan biaya pengobatan langsung membuat keselamatan injeksi yang aman menjadi kunci intervensi untuk pencegahan HIV/AIDS dan infeksi lainnya.

Referensi kunci

- Safe Injection Global Network (SIGN), www.injectionsafety.org .
- Hutin, Y. et al. "Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections", in Bulletin of the World Health Organization 2003,Vol.81(7),http://www.who.int/bulletin/volumes/81/7/en/Hutin0703.pdf.
- Dziekan, G. et al. "The cost effectiveness of policies for the safe and appropriate use of injection in health-care settings", in Bulletin of the World Health Organization 2003, Vol. 81(4), http://www.who.int/bulletin/volumes/81/4/en/Dziekan0403.pdf
- Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide, 2nd edition (2002), WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Download document: English – PDF 405 kb; Spanish – PDF 806 kb, http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/WHO CDS CSR EPH 2002 12/en/.
- Best infection control practices for skin-piercing intradermal, subcutaneous and intra-muscular needle injections, Safe Injection Global Network and International Council of Nurses, World Health Organization, Geneva, 2001(http://www.childrensvaccine.org/files/ SIGN inf control best practices.pdf).
- Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives, World Health Organization, Geneva, 2000 (http://www.who.int/health-services-delivery/hiv aids/).

Lembar Fakta No.7
Upaya-upaya mengurangi risiko selama prosedur pembedahan

1. Upaya-upaya ini dapat diterapkan pada pembedahan dan semua bidang kedokteran, persalinan dan kedokteran gigi dimana prosedur pembedahan dilakukan, termasuk praktek dokter umum. Strategi mengurangi risiko ini sangat relevan untuk bidang kebidanan, kandungan dan kegawat-daruratan.

2. Sebagian besar trauma jaringan kulit dalam ruang operasi atau selama prosedur kebidanan/persalinan disebabkan oleh jarum penjahit yang tajam. Risiko kecelakaan kulit pada operator telah ditemukan berkaitan dengan jenis dan lamanya tindakan dan penggunaan jari sebagai pengganti instrumen untuk menahan jaringan saat menjahitnya. Perforasi sarung tangan bedah sering terjadi dan tidak dilaporkan. Sarung tangan juga bisa menjadi berpori selama prosedur yang lama akibat hidrasi lateks. Penggunaan sarung tangan berlapis tidak mencegah cedera akibat benda-benda tajam, tapi telah terbukti mengurangi enam kali lipat tusukan pada sarung tangan bagian dalam dan mengurangi jumlah darah yang ditularkan akibat gesekan dua lapis sarung tangan tersebut.

3. Penggunaan jarum berujung tumpul lebih lanjut dapat mengurangi kejadian tusukan pada sarung tangan dan trauma kulit. Meskipun tidak cocok untuk menjahit kulit dan usus, jarum tersebut dapat digunakan secara efektif untuk komponen-komponen lain dari penutupan abdomen. Untuk menutup kulit dan usus digunakan alat penjepit stapler sebagai alternatif yang lebih aman daripada penjahitan dengan jarum tajam.

4. Kontak darah - kulit menimbulkan risiko terhadap penularan virus melalui darah pada petugas kesehatan bila permukaan kulit tidak utuh. Kulit yang tidak utuh pada tangan personil pembedahan dapat disebabkan peradangan karena sering digaruk dan dari luka dan lecet yang timbul selama kegiatan-kegiatan lain.

5. Dalam rangka mengurangi risiko cedera, tugas masing-masing anggota tim bedah harus diuraikan dengan jelas. Potensi bahaya dan langkah-langkah khusus untuk mengurangi risiko pajanan, harus ditunjukkan pada setiap anggota tim dan harus dikaji ulang secara berkala.

Mengurangi risiko pajanan kulit : Metode, prosedur dan peralatan

6. Upaya-upaya berikut dapat mengurangi risiko pajanan kulit dan harus dipertimbangkan bila dapat dipraktekkan:

(a) tidak lebih dari satu orang yang bekerja bila terjadi luka terbuka atau rongga tubuh pada suatu saat (kecuali penting untuk keamanan dan kesuksesan operasi);

(b) penggunaan tehnik bebas dari tangan dimana instrumen-instrumen tajam yang sama tidak disentuh oleh lebih dari satu orang pada saat yang sama; dan menghindari pemindahan dari tangan ke tangan instrumen tajam selama operasi;

(c) memastikan pemindahan jarum dan instrumen tajam yang dibutuhkan secara aman melalui "daerah netral"; umumkan bila suatu instrumen tajam diletakkan disana. Daerah netral tersebut bisa berupa troli, mangkok bentuk ginjal atau tempat lain yang ditentukan pada tempat operasi;

(d) pastikan bahwa pisau bedah dan jarum tajam tidak dibiarkan terbuka pada lapangan operasi, tapi selalu dipindahkan segera oleh perawat dari penyimpanannya di daerah netral oleh operator atau asistennya;

(e) gunakan instrumen dan bukan jari untuk menarik dan menahan jaringan saat menjahit;

(f) gunakan instrumen untuk memegang jarum dan memindahkan mata pisau bedah;

(g) jauhkan jarum dan instrumen tajam dari tangan yang tidak punya kewenangan atau tangan asisten;

(h) pindahkan jarum jahit yang tajam sebelum mengikat jahitan. Ikat jahitan dengan instrumen dan bukan dengan jari tangan.

7. Peralatan dan prosedur alternatif harus dipertimbangkan bila dapat dipraktekkan:

(a) eliminasi penggunaan jarum dan instrumen tajam bila tidak perlu, misal dengan penggantian elektrokauter yang tepat, jarum tumpul, dan alat stapler;

(b) bila dapat alternatif, kurangi tindakan operasi invasif bila dapat dipraktekkan dan efektif;

(c) hindari cedera pisau bedah yang berkaitan dengan proses pemasangan atau pelepasan, dengan menggunakan pisau bedah sekali pakai atau pisau yang dapat dimasukkan, atau menggunakan alat pelepas mata pisau;

(d) hindari penggunaan penjepit yang tajam untuk operasi; dapat digunakan penjepit tumpul atau sekali pakai atau menggunakan lapisan yang mempunyai perekat;

(e) pertimbangkan untuk menggunakan sarung tangan ganda dengan ukuran lebih besar bagian paling dalam untuk kenyamanan yang optimal.

Mengurangi risiko kontak darah dengan kulit

8. Upaya-upaya berikut dapat mengurangi risiko kontak darah dengan kulit dan harus dipertimbangkan:

(a) jika sarung tangan dicurigai atau diakui tertusuk, bila mungkin gosok ulang dan pasang sarung tangan baru secepatnya bila keselamatan mengizinkan;

(b) ganti sarung tangan secara teratur bila melaksanakan atau membantu operasi yang lama, meskipun tidak dicurigai atau diakui tusukan pada sarung tangan;

(c) perlu dilakukan perlindungan pada tubuh, mata dan wajah;

(d) pilih jubah operasi yang kedap air atau gunakan jubah operasi dengan tangan dan manset kedap air dengan apron plastik dibawahnya, bila terdapat risiko kontak dengan darah sebagai antisipasi pada operasi dengan kemungkinan kehilangan darah yang banyak;

(e) bila tungkai dan kaki mungkin terkontaminasi, pastikan bahwa apron atau jubah tak bisa tembus menutupi tungkai dan pakai sepatu yang tidak bisa tembus. Sepatu boot yang tinggi lebih disukai daripada sepatu biasa. Kain operasi dengan penjepit lebih baik untuk mengurangi risiko terkontaminasinya tungkai dan kaki;

(f) gunakan pelindung kepala dengan masker operasi. Petugas kesehatan laki-laki sebaiknya menggunakan kerudung daripada topi untuk melindungi pipi dan leher yang baru dicukur;

(g) pastikan semua darah telah dibersihkan dari kulit pasien pada akhir operasi sebelum pasien meninggalkan ruang operasi;

(h) buka pakaian pelindung termasuk pelindung kaki saat meninggalkan daerah yang terkontaminasi. Semua pakaian pelindung yang terkontaminasi termasuk pelindung kaki harus dibersihkan dan disterilisasi bila akan digunakan kembali, dengan kewaspadaan yang sesuai bagi mereka yang melaksanakannya. Pelindung kaki harus didekontaminasi secara tepat setelah digunakan.

Upaya-upaya untuk mengurangi pajanan mata dan bagian wajah lainnya

9. Lindungi selaput lendir mata dengan memakai pelindung mata. Alat ini harus mencegah cedera akibat percikan

(termasuk percikan dari samping) tanpa kehilangan penglihatan dan ketidak-nyamanan. Pelindung wajah dapat dipertimbangkan pada prosedur yang mempunyai risiko adanya percikan darah termasuk aerosol atau material yang potensial infeksius lainnya. Berbagai bentuk kombinasi pelindung mata dan muka sudah tersedia.

10. Harus tersedia tempat pencuci mata bila terjadi pajanan akibat kecelakaan. Sebelum mata dicuci lensa kontak yang dipakai harus dilepas dahulu.

Lembar Fakta No.8
Cara sterilisasi dan disinfeksi tingkat tinggi

Prinsip-prinsip umum

Dalam praktek klinis, peralatan yang terkontaminasi, pakaian dll, dapat menyebarkan berbagai macam mikro-organisme yang memiliki tingkat kerentanan yang berbeda-beda untuk di non-aktifkan. Sterilisasi dapat me-nonaktifkan bahkan bakteri endospora yang resisten. Metode disinfeksi yang direkomendasikan disini tidak dapat me-nonaktifkan spora tetapi dapat me-nonaktifkan organisme yang mungkin ditemukan. Walaupun pedoman ini memuat secara khusus tentang HIV dan VHB, juga menekankan bahwa patogen lain mungkin timbul, dan metode sterilisasi panas adalah cara yang lebih disukai dalam rangka dekontaminasi. Instrumen yang digunakan untuk menembus kulit dan memasuki daerah badan yang biasanya steril, juga harus disterilkan.

Instruksi-instruksi dari pihak pembuat harus diperhatikan tentang kesesuaian bahan-bahan dengan metode sterilisasi atau disinfeksi yang lebih disukai. Peralatan yang digunakan untuk sterilisasi atau disinfeksi harus ditempatkan dalam suatu instalasi, diperbaiki dan dirawat serta diperiksa secara regular sesuai dengan instruksi pembuatnya dan peraturan dan standar nasional yang relevan, atau pedoman internasional yang diakui.

Dalam semua kasus, pencucian menyeluruh harus mendahului sterilisasi atau disinfeksi perangkat atau peralatan. Pekerja yang bertugas disini harus menggunakan pakaian pelindung yang sesuai termasuk didalamnya sarung tangan rumah tangga. HIV dapat ditularkan dari seseorang ke orang lainnya melalui penggunaan jarum yang tidak steril, spuit, dan kulit yang ditusuk dan peralatan yang dimasukkan. Sterilisasi yang tepat bagi peralatan-peralatan tersebut menjadi penting untuk mencegah penularan. HIV sangat sentitif terhadap metode sterilisasi standar dan disinfeksi tingkat tinggi, dan metode yang dirancang untuk me-nonaktifkan virus-virus lainnya (seperti virus hepatitis B) juga akan me-nonaktifkan HIV.

Pemanasan merupakan metode yang paling efektif untuk me-nonaktifkan HIV; karena itu metode sterilisasi (1) dan desinfeksi

tingkat tinggi (2) dengan menggunakan panas menjadi metode pilihan. Desinfeksi tingkat tinggi dengan perebusan merupakan yang paling layak pada sebagian besar keadaan, dimana untuk hal ini hanya diperlukan adanya sumber panas, sebuah wadah dan air. Dalam prakteknya di lapangan, desinfeksi suhu tinggi dengan menggunakan bahan kimia masih jauh dari kenyataan.

Merupakan hal yang sangat penting bahwa semua peralatan dicuci keseluruhannya sebelum disterilisasi atau didesinfeksi dengan suhu tinggi dengan metode apapun. Disarankan, khususnya dalam lingkungan pelayanan kesehatan dimana tingkat prevalensi infeksi HIV di antara para pasien tinggi, agar peralatan medis yang digunakan harus direndam dengan menggunakan bahan kimia desinfektan selama 30 menit sebelum dicuci. Hal ini akan memberikan perlindungan yang lebih jauh terhadap setiap orang dari kemungkinan terpapar HIV selama proses pencucian.

Metoda Fisika

Sterilisasi dengan uap (otoklaf) merupakan metode pilihan untuk peralatan medis seperti jarum dan spuit yang dapat digunakan ulang. Jenis otoklaf yang tidak mahal adalah jenis pemasak bertekanan yang telah dimodifikasi dengan tepat (WHO/UNICEF Type) (3). Otoklaf dan pemasak bertekanan harus dioperasikan pada suhu 121°C (250°F) setara dengan tekanan 1 atmosfir (101 kPa, 15 1b/in²) diatas tekanan atmosfir, selama minimum 20 menit. WHO dan UNICEF telah bekerjasama dalam mengembangkan sterilisator uap yang dapat dipindahkan berisi suatu rak, dimana jarum-jarum, spuit dan peralatan lain yang umumnya digunakan di tempat perawatan kesehatan dapat ditempatkan dengan cocok.

Sterilisasi dengan pemanasan kering di dalam oven listrik merupakan metode yang tepat untuk peralatan-peralatan yang dapat bertahan pada suhu 170°C (340°F). Karena itu metode ini tidak cocok untuk spuit plastik yang dapat dipakai ulang. Sebuah oven elektrik rumah tangga biasa cukup memuaskan untuk sterilisasi dengan pemanasan kering. Waktu sterilisasi yang dibutuhkan adalah 2 jam dengan suhu 170°C (340°F).

Disinfeksi pemanasan suhu tinggi dengan perebusan akan dicapai ketika instrumen, jarum suntik dan spuit dididihkan selama 20 menit. Ini adalah metoda paling sederhana dan

paling dapat dipercaya untuk menonaktifkan sebagian besar mikroba patogen, termasuk HIV ketika peralatan sterilisasi tidak tersedia. Virus hepatitis B dinonaktifkan setelah beberapa menit pendidihan dan juga mungkin HIV, yang sangat sensitif terhadap panas juga dinonaktifkan setelah beberapa menit dididihkan. Bagaimanapun, untuk lebih pasti, pendidihan harus dilanjutkan selama 20 menit.

Metode Kimiawi

Banyak disinfektan yang direkomendasikan untuk digunakan dalam sarana pelayanan kesehatan telah dibuktikan menonaktifkan HIV dalam uji laboratorium. Bagaimanapun juga, dalam praktiknya, disinfektan kimiawi tidak dapat dipercaya, karena mereka mungkin dinonaktifkan oleh darah atau bahan organik lain yang ada. Untuk bahan dan permukaan tidak tahan panas yang tidak bisa disterilkan atau dididihkan akan memerlukan metode disinfeksi bahan kimia. Penggunaan bahan kimia dibatasi oleh banyak faktor, termasuk variable efek mereka terhadap bermacam mikro organisme yang, ketidakcocokan dengan berbagai permukaan, mengurangi kemanjuran dengan adanya bahan organik, kepekaan untuk rusak dalam gudang dan potensi beracun. Disinfeksi bahan kimia hanya dikerjakan bila suatu alternatif yang memuaskan tidak didapatkan. Rekomendasi disinfektan untuk tujuan penonaktifan HIV dan virus hepatitis terbatas oleh ketiadaan data yang cukup untuk beberapa agen kimiawi. Walaupun berbagai publikasi sudah mengklaim kemanjuran melawan HIV untuk berbagai jenis disinfektan dan deterjen dengan cakupan yang luas, bukti untuk beberapa klaim masih samar-samar. Lagipula, dalam setiap situasi klinis di mana mungkin saja perlu untuk menonaktifkan HIV itu juga perlu untuk menonaktifkan VHB yang secara umum dianggap lebih resisten(4).

Senyawa yang melepaskan Klorin

(a) **Sodium hipoklorit**: cairan sodium hipoklorit (cairan pemutih, eau de javel, dll.) adalah disinfektan yang sempurna: dapat membunuh bakteri, virus, murah dan tersedia secara luas. Tetapi bahan ini mempunyai dua kerugian penting yaitu:

- *Senyawa bersifat korosif.* Senyawa akan mengkorosi nikel, baja, chromuim, besi dan logam lain yang bisa dioksidasi. Larutan dengan kandungan klor lebih besar dari 0.1% tidak

boleh digunakan berulang-kali untuk disinfeksi peralatan baja tahan karat yang berkualitas baik. Kontak harus tidak lebih dari 30 menit dan harus diikuti dengan pembilasan dan pengeringan yang seksama. Pengenceran tidak boleh dilakukan dalam wadah metalik karena dapat mengkorosi dengan cepat.

- *Cepat rusak.* Larutan harus segera dibuat dan dilindungi dalam gudang dari panas dan cahaya. Larutan harus disiapkan tepat sebelum digunakan. Perusakan yang cepat mungkin merupakan masalah utama di negara-negara dengan iklim hangat. Dua senyawa lain yang melepaskan klorin (kalsium hipoklorit, sodium dichloroisocyanurate) mungkin lebih cocok karena lebih stabil. Sebagai tambahan, senyawa ini dapat diangkut dengan lebih mudah dan lebih murah. Efektivitas mereka, bagaimanapun, belum dievaluasi.

(b) **Kalsium hipoklorit** (5) (bubuk, butir halus atau tablet): Bahan ini juga mengurai secara berangsur-angsur jika tidak dilindungi dari panas dan cahaya, tetapi penguraiannya lebih lambat dibanding dengan larutan sodium hipoklorit. Tersedia dalam dua bentuk: murni - "high-tested" kalsium hipoklorit dan chlorinated lime atau bubuk pemutih. Suatu endapan di dalam larutan adalah normal.

(c) **Sodium dichloroisocyanurate** (6) (NaDCC): Ketika dilarutkan dalam air, NaDCC membentuk hipoklorit (asam hypochlorous); senyawa ini jauh lebih stabil dibanding larutan sodium hipoklorit atau kalsium hipoklorit, dan biasanya dibuat sebagai tablet.

(d) **Kloramin (tosylchloramide sodium; kloramin T)**: kloramin lebih stabil daripada sodium hipoklorit dan kalsium hipoklorit. Bagaimanapun juga, harus disimpan terlindung dari kelembaban, cahaya dan panas berlebihan. Tersedia dalam bentuk bubuk atau tablet.

Kekuatan disinfektan dari semua campuran yang mengeluarkan klorin dinyatakan sebagai "**klorin tersedia**" (persentase untuk campuran padat; persentase atau bagian per sejuta (ppm) untuk larutan) tergantung pada tingkat konsentrasi. Jadi, 0,0001%= 1 mg/litre= 1 ppm dan 1%= 10g/litre= 10.000 ppm.

Campuran yang melepaskan klorin: Pengenceran yang direkomendasikan

	Kondisi bersih (misal peralatan medis yang diberihkan)	**Kondisi kotor (misal tumpahan darah, peralatan kotor)**
Klorin tersedia yang dibutuhkan	0,1% (1 g/liter, 1.000 ppm)	0,5% (5 g/liter, 5.000 ppm)
Pengenceran		
Larutan sodium hipoklorite (klorin tersedia 5%)	20 ml/liter	100 ml/liter
Kalsium hipoklorite (klorin tersedia 70%)	1.4 g/liter	7 g/liter
NaDCC (klorin tersedia 60%)	1.7 g/liter	
Tablet NaDCC (klorin tersedia 1,5 g/tablet)	1 tablet/liter	1 tablet/liter
Chloramine (klorin tersedia 25%)	20 g/liter*	20 g/liter

*Chloramine melepaskan khlor dengan tingkat kecepatan yang lebih lambat dibanding dengan hipoklorit. Oleh karena itu, suatu konsentrasi khlorin tersedia yang lebih tinggi diperlukan dalam larutankloramin untuk efektivitas yang sama. Pada sisi lain, larutankloramin tidaklah dinonaktifkan oleh bahan-bahan biologik (seperti darah dan protein) pada luasan yang sama dengan hipoklorit. Oleh karena itu, konsentrasi 20 g/liter (klorin tersedia 0,5%) direkomendasikan untuk kedua kondisi baik yang bersih atau kotor.

Etanol dan 2-propanol

Etanol (etil-alkohol) dan 2-propanol (isopropyl alkohol) mempunyai sifat disinfektan yang serupa. Mereka adalah germisidal untuk bakteri bentuk vegetatif, mikobakteria, jamur, dan virus setelah beberapa menit terjadi kontak. Mereka tidak efektif melawan spora bakteri. Untuk efektivitas yang paling tinggi senyawa harus digunakan dalam konsentrasi kira-kira 70% (70% alkohol, 30% air); konsentrasi lebih rendah dan lebih tinggi adalah kurang efektif. Etanol dapat digunakan dalam bentuk denaturasi, yang mungkin lebih murah. Semua alkohol sangat mahal jika mereka harus diimport, karena mereka tunduk kepada peraturan kargo udara yang menuntut pengemasan

berat khusus. Import alkohol terlarang di beberapa negara-negara Islam.

Iodine polyvidone (IPV)

IPV adalah suatu iodophore (suatu campuran yang mengandung yodium) dan dapat digunakan dalam larutan aqueous sebagai disinfektan yang kuat. Aktivitas disinfektan ini sangat mirip dengan larutan hipoklorit, tetapi lebih stabil dan kurang bersifat korosif pada logam. Bagaimanapun juga, senyawa ini tidak boleh digunakan pada tembaga dan aluminium. Biasanya diformulasikan sebagai larutan 10% (1% yodium). Senyawa ini dapat digunakan dengan pengenceran menjadi 2,5% IPV (1 bagian larutan 10% kepada 3 bagian air mendidih). Pensterilan selama 15 menit dalam suatu larutan 2,5% menghasilkan disinfeksi tingkat tinggi untuk peralatan yang bersih. Larutan encer (2,5%) untuk perendaman instrumen harus disiapkan segera setiap hari.

Glutaral (glutaraldehyde)

Glutaral pada umumnya tersedia sebagai 2% larutan aqueous yang perlu diaktifkan sebelum digunakan. Pengaktifan melibatkan penambahan bubuk atau cairan disediakan bersama dengan larutan; ini membuat larutan bersifat alkali. Pensterilan dalam larutan yang diaktifkan menghancurkan bakteri vegetatif, virus dan jamur dalam waktu kurang dari 30 menit. Sepuluh jam diperlukan untuk pembinasaan spora. Setelah pensterilan, semua peralatan harus dibilas secara menyeluruh untuk menghilangkan residu glutaral beracun yang ada. Sekali diaktifkan, larutan tidak boleh disimpan lebih dari dua minggu. Larutan harus dibuang jika menjadi keruh. Larutan glutaral yang stabil yang tidak perlu diaktifkan telah diformulasikan baru-baru ini. Bagaimanapun juga, data yang ada tidak cukup untuk penggunaan mereka direkomendasikan. Larutan glutaral mahal.

Hidrogen peroksida

Ini merupakan suatu disinfektan yang kuat karena aktivitasnya dengan pelepasan oksigen. Penstrerilan dari peralatan bersih di dalam larutan 6% menghasilkan disinfeksi tingkat tinggi dalam waktu kurang dari 30 menit. Larutan 6% harus disiapkan segera sebelum digunakan dari larutan stabil 30% (1 bagian dari larutan stabil 30% ditambahkan ke 4 bagian air yang mendidih). Larutan pekat stabil 30% harus ditangani dan diangkut dengan

penuh kewaspadaan sebab bersifat korosif. Larutan harus disimpan dalam suatu tempat yang dingin dan terlindung dari cahaya. Hidrogen peroksida tidak cocok untuk digunakan di suatu lingkungan yang panas. Sebab bersifat korosif, hidrogen peroksida tidak boleh digunakan pada tembaga, aluminium, kuningan atau seng.

Panduan lapangan untuk sterilisasi dan disinfeksi tingkat tinggi: teknik yang efektif melawan HIV. Setelah pembersihan yang seksama, alat-alat harus disterilkan dengan panas (uap air atau panas kering). Jika sterilisasi tidak mungkin, disinfeksi tingkat tinggi dengan pendidihan bisa diterima. Disinfeksi kimiawi tidak boleh digunakan untuk jarum suntik dan spuite. Disinfeksi kimiawi untuk pemotong kulit dan instrumen badah lain hanya boleh kerjakan sebagai pilihan terakhir, dan hanya jika konsentrasi yang sesuai dan ativitas bahan kimia dapat dijamin dan jika instrumen telah dibersihkan secara seksama sebelumnya dengan merendam dalam disinfektan kimiawi.

Sterilisasi: menonaktifkan (membunuh) semua virus, bakteri dan spora	
Sterilisasi uap di bawah tekanan selama minimal 20 menit: 1 atmosphere (101 kPa, 15Ib/in^2) diatas tekanan atmosfer, 121°C (250°F)	Di dalam autoclave atau Pensteril uap tipe WHO/UNICEF
Sterilisasi panas kering: dua jam pada suhu 170ºC (340ºF)	Dalam oven listrik
Disinfeksi tingkat tinggi: menonaktifkan (membunuh) semua virus dan bakteri, tetapi spora tidak.	
Didihkan selama 20 menit	Dalam wadah yang sesuai
Immersi dalam disinfektan tingkat tinggi selama 30 menit (*dalam praktik dan di lapangan, disinfeksi tingkat tinggi dengan bahan kimia adalah jauh lebih tidak dapat dipercaya daripada pendidihan)*	contoh sodium hypochlorite 0.5%klorin tersedia chloramine 2% etanol 70% 2-propanol 70% polyvidone iodine 2,5% formaldehyde 4% glutaral {glutaraldehyde} 2% hydrogen peroxide 6%

Catatan

(1) Sterilisasi didefinisikan sebagai penonaktifan semua mikroba, termasuk spora.

(2) Disinfeksi tingkat tinggi didefinisikan sebagai penonaktifan semua mikroba kecuali spora.

(3) Untuk informasi lebih lanjut, hubungi: Program Perluasan mengenai Imunisasi, Organisasi Kesehatan Dunia, atau UNIPAC (UNICEF Procurement and Assembly Centre), Freeport, DK 2100, Copenhagen, Denmark.

(4) Walaupun formaldyhide telah terdaftar sebagai agen sterilisasi kimiawi dalam pedoman WHO versi sebelumnya, bahan ini tidak termasuk dalam versi yang sekarang karena tingkat iritasinya yang tinggi dan fakta sekarang telah diklasifikasikan oleh International Agency for Research on Cancer (IARC) dan beberapa negara sebagai karsinogen pada manusia.

(5) Cairan calcium hypochlorite dan sodium dichloroisocyanurate (NaDCC) dapat diduga untuk menonaktifkan HIV karena keduanya menghasilkan asam hypochlorous dalam larutan, karena itu diharapkan beraksi dengan cara yang sama dengan sodium hypochlorite

(6) Lihat catatan sebelumnya

Lembar Fakta No.9
Manajemen keselamatan limbah dari kegiatan Pelayanan-kesehatan [31,32]

1. Manajemen Limbah Pelayanan-Kesehatan (MLPK) adalah suatu proses untuk membantu memastikan higiene rumah sakit dan keselamatan dan kesehatan yang lebih baik bagi pekerja dan masyarakat. MLPK mencakup perencanaan dan pengadaan, konstruksi, pelatihan staf dan perilaku, penggunaan alat, mesin dan farmasetikal yang lebih baik, metode pembuangan di dalam dan di luar rumah sakit yang lebih baik, dan evaluasi. Banyak dimensi MLPK membutuhkan fokus yang lebih luas daripada spesialis kesehatan tradisional atau sudut pandangan rekayasa.

Keuntungan MLPK yang Baik

2. Kebutuhan akan MLPK yang lebih baik telah memperoleh pengakuan dengan lambat. Ini bisa:

- Membantu mengontrol penyakit nosocomial (infeksi yang diperoleh di rumah sakit), melengkapi efek perlindungan dari cuci tangan yang lebih baik;
- Mengurangi pajanan masyarakat komunitas pada bakteri resisten-multi-obat;
- Secara dramatis mengurangi HIV/AIDS, sepsis, dan penularan hepatitis dari jarum suntik yang kotor dan alat medis lain yang dibersihkan / dibuang dengan tidak sesuai;
- Mengendalikan zoonosis (penyakit yang masuk ke manusia melalui serangga, burung, tikus, dan hewan-hewan lain);
- Memotong siklus infeksi;
- Dengan mudah dan hemat menyampaikan isu dorong keselamatan dan kesehatan pekerja, termasuk mengurangi risiko terhadap jarum suntik;
- Mencegah pengemasan ulang yang ilegal dan penjualan ulang jarum suntik terkontaminasi;
- Menghindari efek negatif jangka panjang bagi kesehatan: seperti kanker, akibat pengeluaran dari lingkungan bahan-bahan beracun seperti dioxin, merkuri dan lain-lain.

3. LPK dapat dibagi menjadi beberapa kategori (tabel 1). Pemisahan dari kategori limbah yang berbeda adalah sangat penting untuk pembuangan yang lebih baik. Sekitar 80% dari

semua LPK dapat dibuang melalui metode pembuangan limbah perkotaan reguler. 20% yang lain dapat menciptakan ancaman kesehatan yang serius bagi pekerja kesehatan dan masyarakat jika tidak dibuang dengan baik. Metode pembuangan bervariasi tergantung pada jenis limbah, lingkungan lokal, teknologi yang tersedia, biaya dan keuangan, dan penerimaan sosial (karena agama, adat, dan lain-lain). Setiap sarana atau otoritas di bidang kesehatan harus menilai kondisi lokal dan memutuskan solusi LPK yang sesuai; tidak ada metode tunggal terbaik atau metode campuran. Tabel 2 merangkum metode pembuangan yang tersedia belakangan ini dan beberapa keuntungan dan kerugiannya.

Tabel 1. Kategori WHO untuk Limbah Pelayanan-Kesehatan

Kategori Limbah	Gambaran dan contoh-contoh
Limbah Infeksius	Limbah yang diduga mengandung patogen, misalnya biakan laboratorium, limbah dari bangsal isolasi, tissue (alat penyeka), bahan-bahan atau peralatan yang telah kontak langsung dengan pasien yang terinfeksi, kotoran.
Limbah Pathologis	Jaringan tubuh manusia atau cairannya, seperti bagian tubuh, darah dan cairan tubuh lain, janin.
Benda tajam	Limbah benda tajam, seperti jarum suntik, set alat infus, pisau bedah, pisau, mata pisau, pecahan gelas.
Limbah Farmasetikal	Limbah yang mengandung farmasetikal, misalnya farmasetikal yang telah kadaluarsa atau tidak dibutuhkan lagi, bahan yang terkontaminasi dengan atau mengandung farmasitikal (botol, kotak-kotak).
Limbah genotoksik	Limbah yang mengandung bahan yang mampu menyebabkan kerusakan terhadap DNA, seperti limbah yang mengandung obat-obatan sitostatik (sering digunakan dalam terapi kanker), bahan kimia yang toksik terhadap gen.
Limbah Kimiawi	Limbah yang mengandung bahan-bahan kimia, seperti reagen laboratorium, pengembang film, disinfektan yang telah kadaluarsa atau tidak dibutuhkan lagi, pelarut.
Limbah dengan Kandungan Logam Berat yang Tinggi	Baterei, termometer pecah, meteran tekanan darah, dan lain-lain.

Kategori Limbah	Gambaran dan contoh-contoh
Wadah Bertekanan	Tabung gas, pengisi ulang gas, kaleng aerosol.
Limbah Radioaktif	Limbah yang mengandung bahan radioaktif, seperti cairan dari radioterapi atau penelitian laboratorium yang tidak digunakan, barang pecah belah yang terkontaminasi, kemasan atau kertas penyerap, urine dan kotoran dari pasien yang diobati atau dites dengan radionuclide yang tidak disegel, sumber-sumber yang disegel.

Table 2. Faktor-faktor yang mempengaruhi keefektifan tehnologi pengolahan

Jenis metoda pengolahan dan pembuangan	Faktor-faktor yang mempengaruhi keefektifan	Kepedulian
Penguburan, penutupan (sederhana, murah)	- kedalaman air tanah - kedalaman, ukuran lobang atau parit - lapisan lobang penguburan (tidak berpori) - metoda / bahan penutup	- tidak perlu disinfeksi - hanya dapat menangani jumlah kecil - potensial untuk tidak terkubur (bila lobang hanya ditutup dengan tanah, atau limbah tidak dibungkus) - menimbulkan bahaya kepada masyarakat community bila tidak dikubur dengan sempurna
Insinerasi (disinfeksi dan mengurangi volume sanagat besar, memproduksi aliran limbah sekunder)	- turbulensi / pencampuran - kandungan kelembaban limbah - pengisian kamar pembakaran - temperatur / waktu pembakaran - pemeliharaan /reparasi	– dapat menghasilkan emisi dan abu barbahaya mengandung dioxins, logam-logam dan furans tergantung pada jenis limbah yang dibakar - mungkin memerlukan peralatan pengendalian polusi untuk memenuhi peraturan lingkungan setempat - penerimaan publik terhadap insinerasi cenderung rendah – mahal untuk membangun, mengoperasikan dan

Jenis metoda pengolahan dan pembuangan	Faktor-faktor yang mempengaruhi keefektifan	Kepedulian
		memelihara
autoclave uap (hanya disinfeksi, sedikit mengurangi volume kecuali menggunakan alat penghancur, menghasilkan arus limbah sekunder)	- temperatur dan tekanan - daya tembus uap - ukuran beban limbah - lama siklus pengolahan - pembuangan udara darai kamar - model (banyak tersedia)	- sebagian besar untuk bahan dan peralatan yang dapat dipakai ulang, dan mensterilisasi benda-benda tajam sekali pakai sebelum dibuang - hanya dapat mengelola beberapa jenis LPK - beberapa model tidak dapat menangani volume besar - Memerlukan listrik dan air - Beberapamodel mempunyai biaya modal, pemeliharaan maintenance dan operasi yang tinggi
Microwave (disinfeksi, mengurangi sebagian volume, memproduksi arus limbah sekunder)	- karakteristik limbah - kandungan kelembaban limbah - kekuatan sumber microwave - lama pajanan - luas campuran limbah	- mahal memerlukan infrastruktur yang baik - memerlukan pelatihan dan pengawasan untuk keefektifan medium sampai tinggi - keefektifan sangat tergantung pada jenis tehnologi yang digunakan
Pengolahan kimiawi /mekanik (disinfeksi, tidak ada pengurangan volume, volume dapat meningkat, memproduksi arus limbah sekunder)	- konsentrasi bahan kimia - tingkat temperatur dan pH - waktu kontak bahan kimi - campuran limbah/ bahan kimia - resirkulasi atau pilihan flow-through	- dapat meningkatkan volume limbah - isu-isu keselamatan pekerja menonjol - padat karya - mungkin tidak bisa men disinfeksi spuit AD secara tepat - proses disinfeksi perlu diverifikasi

Penanganan dan pembuangan LPK

4. Tahap-tahap dalam MLPK adalah :

- produksi limbah didalam bangsal rumah sakit;
- pemisahan limbah;
- penyimpanan di bangsal;
- transportasi di tempat dan pengolahan (bila ada);
- penyimpanan pusat di tempat;
- transportasi off-site;
- pengolahan; dan
- pembuangan akhir;

5. Berhadapan dengan permasalahan menyeluruh seperti itu, yang berdampak pada konstruksi dan kemampuan sarana kesehatan, dapat menakutkan daunting.. Beberapa badan (WHO, Bank Dunia) dan LSM (Pelayanan Kesehatan Tanpa Bahaya) sudah mengembangkan petunjuk yang bermanfaat tentang topik itu. MLPK adalah paling efektif ketika metode-metode yang tepat dilaksanakan pada masing-masing langkah, dari perencanaan dan pengadaan sampai pembuangan. Langkah pertama harus menentukan pilihan realistis bagi MLPK untuk memberikan anggaran, teknologi, dan pilihan masyarakat lokal. Berbagai Aspek dari limbah pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan ketika memilih teknologi pengolahan yang sesuai (seperti volume, temperatur, apakah limbah adalah cairan atau padat, berbahaya atau infeksius).

6. Sekali pengadaan dimulai, staf harus dilatih untuk bekerja di dalam suatu sistemakuntabilitas, dari memisahkan limbah dengan tepat dan pemberian label tiap-tiap kantong/wadah, sampai penyimpanan yang sesuai pada tiap-tiap point dalam siklus dan transportasi dan pembuangan LPK yang aman. Yang paling penting, staff manajemen harus dilatih untuk memonitor aktivitas pada tiap-tiap point dalam siklus dan memelihara standar-standar.

Keselamatan pekerja LPK dan isu pengadaan

7. Untuk menjamin keselamatan pekerja, secara normal diperlukan untuk mengadakan kantong plastik, bak sampah,

wadah benda tajam, dan kadang-kadang bahkan truk khusus. Kadang-kadang dapat disarankan untuk memastikan akses ke sarung tangan sekali pakai dan peralatan perlindungan lainnya untuk staff (seperti sepatu boot, celemek dan sarung-tangan karet tebal), jarum suntik dan spuite, peralatan laboratorium, bahan pembersih, dan tabung/hoses/materi lain yang berhubungan dengan diagnostik dan mesin perawatan intensif. Barang-barang sekali pakai meningkatkan jumlah LPK masing-masing rumah sakit atau hasil sarana pelayanan kesehatan, dan mempunyai implikasi biaya.

8. Adalah bijaksana untuk memastikan metoda higienis yang tepat untuk pembersihan materi yang bisa digunakan ulang di dalam suatu sarana kesehatan, seperti linen, binatu, perkakas yang bisa digunakan kembali (alat-alat bedah, dll.) dan bahan makanan. Ketersediaan dan biaya-biaya yang berhubungan dengan sistem utilitas seperti selokan, air panas dan/atau dingin, sumber pemanasan, dll., harus dipertimbangkan. Kadang-kadang peralatan baru diadakan tanpa mempertimbangkan ketersediaan utilitas, biaya pekerjaan dan perbaikan, dan kemudian tak terpakai sebab tidak dihubungkan kepada sistem tatakota (contohnya selokan) atau karena biaya-biaya perbaikan yang terlalu besar.

9. Pelatihan semua pekerja kesehatan dalam teknik berkaitan dengan alat-alat dan peralatan kedokteran yang baru diadakan adalah penting untuk MLPK yang tepat. Semua pekerja didalam sarana memerlukan beberapa pelatihan atas pentingnya MLPK yang tepat, dan peran dan tanggung jawab mereka. Informasi tentang teknik pembersihan dan protokol-protokol harus ditampilkan secara menyolok. Vaksinasi dan mekanisme penghalang yang tepat seperti sarung tangan dan masker harus tersedia untuk semua staff yang bersentuhan dengan LPK, termasuk staf dan insinyur pembersihan.

Siapakah yang bertanggung jawab untuk MLPK?

10. Secara normal perawat dan staf kebersihan, pengawas, ahli mesin dan sopir bertanggung jawab untuk MLPK sehari-hari. Aspek-aspek anggaran, pengadaan, pengaturan dan pelatihan diawasi oleh manajemen/administratif sarana. Rumah sakit dapat menetapkan pimpinan departemen yang bertanggung

jawab untuk manajemen dan pembuangan limbah yang dihasilkan di departemen mereka yang tepat. MLPK harus mempunyai prioritas tinggi, dan melibatkan otoritas tertinggi pada setiap sarana. Secara umum, pedesaan dan wilayah perkotaan sangat berbeda, bahkan di dalam daerah-daerah atau negara-negara, jadi ini penting untuk memeriksa aspek manajemen di dalam kedua daerah.

11. MLPK yang tepat meluas dari rumah sakit ke lokasi pembuangan. Secara tradisionil, telah terjadi pemutusan hubungan tanggung-jawab antara apa yang terjadi dalam lingkungan kerja suatu sarana pelayanan kesehatan dan apa yang terjadi setelah LPK meninggalkan sarana itu. Lebih lanjut, hal ini tidak lagi menjadi kasus ketika LSM dan masyarakat lokal menjadi sangat aktip dalam pengorganisasian perlawanan terhadap sarana yang tidak memantau hasil limbah buangan di luar lokasi. Manager proyek lebih baik dipanduani untuk mengikuti rute LPK sampai pembuangan yang terakhir dan menanyakan setelah limbah sekunder yang mungkin diciptakan.

Hal-hal yang boleh dilakukan dan jangan dilakukan

LAKUKAN pastikan bahwa sistem yang baik dilaksanakan untuk pemisahan jenis limbah yang berbeda dan bahwa setiap jenis dibuang dengan cara yang tepat dan aman.

LAKUKAN latih semua tingkat staf pelayanan kesehatan (administrator, para doktor, perawat, staf kebersihan, teknisi laboratorium dan ahli mesin) untuk membantu memastikan bahwa material dan metode yang dipilih telah digunakan dengan tepat dan konsisten.

LAKUKAN vaksinasi semua para pekerja yang berhubungan dengan LPK terhadap virus hepatitis B.

LAKUKAN pantau biaya-biaya keseluruhan implementasi proyek dalam rangka menentukan apakah proyek telah benar dan untuk menyediakan data untuk perkiraan biaya akan datang yang lebih baik.

LAKUKAN buat penyesuaian yang layak kepada proyek ketika memantau kemajuan dan biaya-biaya.

LAKUKAN jadilah realistis. Banyak Negara menginginkan teknologi yang terbaik dan paling mutahkir tetapi tidak mempunyai sumber daya yang memadai untuk penggunaan

berkelanjutan. MLPK yang tepat lebih baik dapat dipandang sebagai suatu proses melangkah, dengan keuntungan didapat setiap beberapa tahun. Tujuan yang paling penting adalah untuk memastikan keselamatan dan kesehatan para pekerja kesehatan dan masyarakat lokal. WHO adalah suatu sumber daya yang sempurna untuk berbagai pilihan yang tersedia (lihat acuan kunci).

JANGAN lupa untuk melibatkan staf rumah sakit dalam keputusan-keputusan MLPK. Secara normal, sebagai proyek MLPK maju staff akan mulai menawarkan panduan dan ide substantif dengan serius untuk peningkatan di dalam kendala-kendala lokal.

JANGAN lupa untuk mempertimbangkan dan berkonsultasi dengan masyarakat lokal. Penerimaan proyek dalam masyarakat lokal adalah suatu kunci keberhasilan dan manajer proyek perlu mendapatkan nasihat lebih awal dan memahami faktor sosio-ekonomik dan perhatian lokal. Masyarakat dapat terkejut secara emosional tentang MLPK, terutama jika hal itu menyinggung penyimpangan budaya mengenai berbagai jenis limbah. Adalah penting untuk menyampaikan isu-isu ini dengan serius dan memecahkan semua kepedulian dengan cepat: suatu proyek yang boleh jadi dipandang sukses secara internal dapat dipandang negatif oleh masyarakat.

Referensi Kunci

- World Health Organization, Health-care Waste Management Working Group. http://www.healthcarewaste.org .
- Health Care Without Harm. http://www.noharm.org .
- Partnership for Quality Medical Donations. http://pqmd.org .
- World Bank. Public health topics: http://www.worldbank.org /phataglance.
- World Health Organization: http://www.injectionsafety.org

Sediakan penanganan segera di lokasi pajanan:

- cuci luka dan kulit dengan sabun dan air
- bilas selaput lendir dengan air.

Tentukan risiko yang berhubungan dengan pajanan dengan:

- Jenis cairan (misal darah, cairan dengan darah yang terlihat, cairan atau jaringan berpotensi infeksius yang lain dan virus yang terkonsentrasi).
- Jenis pajanan (misal cedera percutaneous, pajanan selaput lendir atau kulit yang tidak utuh dan gigitan yang mengakibatkan pajanan darah).

Mengevaluasi sumber paparan:

- nilai risiko infeksi menggunakan informasi yang tersedia.
- Tes sumber yang diketahui untuk HBsAG, anti-VHC dan antibodi HIV (pertimbangkan penggunaan tes yang cepat).
- Untuk sumber yang tidak diketahui, nilai risiko pajanan terhadap infeksi VHB, VHC atau HIV.
- Jangan menguji jarum suntik atau spuite yang di buang untuk kontaminasi virus.

Mengevaluasi orang yang terpapar:

- nilai status kekebalan untuk infeksi VHB (yaitu berdasarkan sejarah dari vaksinasi hepatitis B dan tanggapan vaksin).

Berikan PEP untuk pajanan yang mempunyai risiko penularan infeksi:

- VHB: PEP tergantung pada status vaksinasi:
  - tidak divaksinasi : HBIG + vaksinasi HB;
  - sebelumnya divaksinasi, diketahui sebagai responder: tidak ada pengobatan;

  - sebelumnya divaksinasi, diketahui bukan responder: HBIG+ vaksinasi HB;
  - tanggapan antibodi tidak diketahui: tes dan lakukan HBIG+ vaksinasi HB jika hasilnya tidak cukup.
- VHC: PEP tidak direkomendasikan.
- HIV: berikan PEP secepat mungkin, lebih disukai pada beberapa jam setelah pajanan. Tawarkan tes kehamilan kepada semua wanita pada umur mampu melahirkan yang tidak diketahui hamil:
  - cari konsultasi ahli jika diduga ada resistensi virus;
  - berikan PEP selama empat minggu jika ditoleransi.

Melaksanakan pengujian lanjutan dan menyediakan konseling:

- pandu orang yang terpajan untuk mencari evaluasi medis untuk setiap penyakit akut yang terjadi selama tindak lanjut.

Pajanan VHB:

- laksanakan tes lanjutan anti-HBs bagi orang yang menerima vaksin hepatitis B:
  - test untuk anti-HBs satu sampai dua bulan setelah dosis vaksin terakhir;
  - respon anti-HBs terhadap vaksin tidak bisa dipastikan jika HBIG telah diterima dalam tiga sampai empat bulan sebelumnya.

Pajanan VHC:

- laksanakan tes awal dan lanjutan untuk anti-VHC dan alanine aminotransferase (ALT) empat sampai enam bulan setelah pajanan.
- laksanakan VHC RNA pada empat sampai enam minggu jika diagnosis dini tentang infeksi VHC diperlukan
- konfirmasikan berulang kali reaktif anti-VHC enzim immunoassays (EIAs) dengan test tambahan.

Pajanan HIV:

- laksanakan tes antibodi HIV untuk sedikitnya enam bulan setelah pajanan (contohnya pada baseline, enam minggu, tiga bulan, dan enam bulan).
- laksanakan tes antibodi HIV jika penyakit yang timbul sesuai dengan suatu sindrom retroviral yang akut

- pandu orang yang terpajan untuk menggunakan kewaspadaan untuk mencegah penularan sekunder selama periode pemantauan.
- evaluasi orang yang terpajan yang melakukan PEP dalam waktu 72 jam setelah pajanan dan pantau toksisitas obat untuk sedikitnya dua minggu.

Pengusaha harus memastikan bahwa program informasi, pendidikan dan pelatihan pekerja kesehatan tentang keselamatan dan kesehatan:

- mengasumsikan bahwa semua pekerja kesehatan berhadapan dengan risiko terpajan pada patogen yang infeksius, oleh karena itu harus dididik dan dilatih dengan memadai dalam mengambil tindakan pencegahan dan perlindungan yang sesuai;
- menyediakan para pekerja kesehatan dengan perkakas dan pelatihan yang diperlukan untuk mengelola pengetahuan teknik dan ilmiah, termasuk pengumpulan data, analisa dan perolehan kembali retrieval;
- menjadi bagian dari program pengenalan untuk pekerja kesehatan, para siswa, dan para pekerja sukarela yang baru;
- mencakup aspek-aspek umum dari keselamatan dan kesehatan kerja, termasuk upaya-upaya pencegahan dan perlindungan seperti juga prinsip-prinsip manajemen K3;
- memastikan bahwa para pekerja diberitahukan tentang potensi bahaya umum dan spesifik yang berhubungan dengan tugas mereka dan pada risiko pajanan tertentu yang berhubungan dengan HIV dan patogen infeksius lain;
- menyampaikan dimensi-dimensi etika, gender dan sosial yang berkaitan dengan manajemen HIV dan patogen infeksius lain ketika mereka berhubungan dengan keselamatan dan kesehatan kerja dan kesejahteraan dan hak-hak pasien;
- mencakup latihan ulang berkala untuk memelihara dan memperbaharui pengetahuan, ketrampilan dan, di mana perlu, sertifikasi profesional;
- mengaitkan dengan ruang lingkup kegiatan pelayanan kesehatan dan ditargetkan kepada tugas yang spesifik;
- menjaga personil selalu mengetahui informasi terbaru tentang patogen infeksius seperti HIV, VHB, VHC dan TBC;
- menyediakan data terbaru ketika modifikasi prosedur dan cara kerja dibuat dan diperkenalkan;
- menyediakan pelatihan yang spesifik dalam teknik dan prosedur keadaan darurat dan P3K, termasuk pelatihan

yang berkaitan dengan pajanan HIV dan patogen infeksius lainnya;

- menyediakan informasi dan pelatihan yang diperlukan untuk menggunakan peralatan yang baru;
- menginformasikan para pekerja tentang proses testing, konseling dan tindak lanjut pasca pajanan;
- menginformasikan para pekerja tentang program vaksinasi dan mendorong untuk melaksanakan vaksinasi;
- melatih para pekerja untuk menerapkan upaya-upaya pencegahan dan perlindungan dari pajanan yang cukup dan tepat;
- menggunakan berbagai bahan-bahan dan teknik pendidikan dan pelatihan yang melibatkan keikutsertaan yang aktif dari para pekerja;
- menginformasikan para pekerja tentang hak-hak dan kewajiban legal mereka mengenai kesehatan dan keselamatan kerja; dan
- mengarahkan pekerja pada sumber informasi lain yang dapat dipercaya.

- European Union Commission, Brussels: http://europa.eu.int /comm/health/ph_threats/com/aids/ aids_en.htm
- Family Health International, Research Triangle Park (NC, United States): http://www.fhi.org
- Global Business Coalition on HIV/AIDS, New York: http://www.businessfightsaids.org
- Global Health Initiative, World Ekonomik Forum, Geneva: http:// www.weforum.org/globalhealth International Commission on Occupational Health, Rome: http://www.icoh.org.sg
- International Confederation of Free Trade Unions: http://www.icftu.org
- International Council of Nurses, Geneva: http://www.icn.ch
- International Federation of Social Workers, Bern: http://www.ifsw.org
- International Labour Office, Geneva: http://www.ilo.org
- International Organisation of Employers, Geneva: http://www.ioe-emp.org
- International Pharmaceutical Federation, The Hague: http://www.fip.org
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva: http://www.unaids.org
- Pan American Health Organization, Washington: http://www.paho.org
- Public Services International, Ferney-Voltaire: http://www.world-psi.org
- United Nations Development Programme, New York: http://www.undp.org/hiv
- World Bank, Washington: http://www1.worldbank. org/hiv_aids/
- World Health Organization, Geneva: http://www.who.int /hiv/
- World Medical Association (WMA), Ferney-Voltaire: http://www.wma.net

Epidemi HIV/AIDS merupakan krisis global dan menjadi tantangan yang berat bagi pembangunan dan kemajuan sosial. Dampak sosial dan ekonominya akan sangat akut apabila kerugian sumber daya manusia terkonsentrasi pada mereka yang memiliki keterampilan langka dan profesional serta pelatihan manajerial yang lebih tinggi. Konsekuensi kerugian ini akan mencapai tingkat kritis bila mereka mempengaruhi pelayanan dan struktur yang sangat penting yang ada pada garis depan, seperti sistem kesehatan nasional.

Perlu diingat, belum ada vaksin untuk mencegah HIV, dan pengobatannya juga belum ada. Pencegahan sangat tergantung pada kampanye kesadaran masyarakat dan perubahan perilaku individu dalam suatu lingkungan yang mendukung, yang memerlukan waktu dan kesabaran. Dari segi pengobatan, meningkatnya terapi anti-retroviral yang efektif dan terjangkau (TAR) telah membantu menjaga kesehatan mereka yang mempunyai akses kepada obat-obatan, dan memperpanjang usia dan memelihara kehidupan mereka.

Memperhatikan tugas pokok mereka yang saling mendukung, kerjasama yang telah lama dan erat dalam bidang kesehatan kerja, dan kemitraan mereka baru-baru ini sebagai sponsor pendukung UNAIDS, ILO dan WHO memutuskan perlunya upaya bersama dalam rangka membantu pelayanan kesehatan dalam membangun kapasitas untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman, sehat dan layak, sebagai cara paling efektif, baik untuk mengurangi penularan HIV dan infeksi melalui darah lainnya, maupun untuk meningkatkan pelayanan terhadap pasien. Hal ini sangat penting bila pekerja sektor kesehatan tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan biasa, tapi juga memberikan pelayanan HIV/AIDS dan mengelola administrasi dan pemantauan jangka panjang dari TAR, sedangkan pada waktu yang sama, di banyak negara, mereka sendiri juga menderita dan meninggal akibat epidemi HIV/AIDS.

ISBN 92-2-117553-7
9 789221 175537