



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP DALAM
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL
DI RS HAJI JAKARTA TAHUN 2011**

TESIS

Oleh

DIAN PANCANINGRUM

NPM 0906594936

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP DALAM
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL
DI RS HAJI JAKARTA TAHUN 2011**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar

Magister Ilmu Keperawatan

Oleh

DIAN PANCANINGRUM

NPM 0906594936

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dian Pancaningrum

NPM : 0906594936

Tanda Tangan : 

Tanggal : 8 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh,

Nama : Dian Pancaningrum
NPM : 0906594936
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul Tesis : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat
Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan
Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta
Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I	: Dra. Setyowati, SKp., M.AppSc., Ph.D	
Pembimbing II	: Kuntarti, S.Kp, M.Biomed	
Penguji	: Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep	
Penguji	: Ns. Tety Mulyati Arofi, S.Kep.,M.Kep	

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 8 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT penulis haturkan kepada Tuhan pencipta semesta alam, yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya serta menganugerahkan kesehatan dan kesempatan bagi penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “ Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di RS Haji Jakarta Tahun 2011”. Tesis ini merupakan prasyarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D selaku pembimbing I yang dari awal hingga akhir bersedia meluangkan waktu dan dengan penuh kesabaran membimbing, memberikan masukan dan saran yang membangun sehingga tesis ini dapat selesai tepat waktu sesuai dengan harapan.
2. Ibu Kuntarti, S.Kp, M. Biomed selaku pembimbing II yang sabar dan tekun memberikan bimbingan melalui pengarahan, masukan dan saran yang membangun kepada penulis dalam penyelesaian tesis ini.
3. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Astuti Yuni Nursasih, S.Kp., M.N selaku ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Direktur Utama Rumah Sakit Haji Jakarta yang telah memberikan izin untuk pengambilan data awal tesis ini.
6. Komite Keperawatan Rumah Sakit Haji Jakarta yang sangat kooperatif dan telah banyak membantu terlaksananya penelitian.
7. Seluruh Kepala Ruangan Rawat Inap dan ICU Rumah Sakit Haji Jakarta yang sangat koperatif menerima dan membantu peneliti saat melakukan penelitian.
8. Seluruh perawat link/ *link nurse* di ruangan rawat inap dan ICU Rumah Sakit Haji Jakarta yang telah membantu dalam proses penelitian

9. Seluruh perawat pelaksana di ruangan rawat inap dan ICU Rumah Sakit Haji Jakarta yang membantu dalam proses penelitian
10. Orang tua tercinta, Bapak Sunardjo Hadhy yang telah memberikan dukungan, membangkitkan semangat untuk menyelesaikan tesis.
11. Orang tua tercinta, almarhumah Ibu Sri Hastuti.
Bu, walaupun saat ini aku sudah tidak dapat lagi untuk melihat, mendengar dan menyentuhmu, tapi sentuhan cinta kasihmu tetap membekas dan tak kan pernah hilang dalam hatiku. Cintamu yang tulus mengalir dan menyemangatiku untuk tetap semangat dalam menyelesaikan penulisan hasil penelitian ini. I Love You
12. Suamiku tercinta, terimakasih atas cinta, kesabararan, pengertian, serta kasih yang tak terhingga sehingga tesis ini dapat terselesaikan.
13. Saudara-Saudaraku : Mas Gatot, Mbak Sylvie, Mbak Endang, Mbak Catur dan Teguh. Terimakasih atas dukungannya dan terus memberikan semangat dalam penyelesaian tesis ini.
14. Sahabatku, Ibu Siti Nurhayanik, Mazly Astuty dan Noraliyatun Jannah yang telah banyak membantu dalam memberikan dorongan dan semangat dalam penyelesaian tesis ini.
15. Teman-teman senasib seperjuangan peminatan kepemimpinan dan manajemen keperawatan angkatan tahun 2009 yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.
16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan bantuan moral dalam penyelesaian tesis ini.

Depok, 8 Juli 2011

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK

Sebagai sivitas akademik universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dian Pancaningrum
NPM : 0906594936
Program : Magister Keperawatan
Jurusan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non - eksklusif Royalty Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 ”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalty Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 8 Juli 2011

Yang menyatakan

Dian Pancaningrum

ABSTRAK

Nama : Dian Pancaningrum
Jurusan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana di
Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah
Sakit Haji Jakarta Tahun 2011

xiii + hal 107 + 4 skema + 13 tabel + 2 gambar +10 lampiran

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapatkan dan berkembang selama pasien dirawat di rumah sakit. Akibat yang ditimbulkan sangat merugikan pasien, selain hari rawat dan biaya perawatan menjadi bertambah sampai menyebabkan kematian. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial. Penelitian ini dilakukan di Rumah sakit Haji Jakarta dengan sampel berjumlah 110 orang. Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini adalah untuk mencari hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dengan kinerja perawat dalam pengendalian infeksi nosokomial. Hasil penelitian ini didapatkan tidak adanya hubungan bermakna antara faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dengan kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial. Namun secara umum didapatkan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap dan ICU adalah baik 50,9% dengan CI 95%.

Kata Kunci : Infeksi Nosokomial, Kinerja, Pencegahan, Perawat Pelaksana

ABSTRACT

Nosocomial infections are infection of patient that received and develop during the hospitalization. The effect is so bad for to patient, such as longer hospitalization, increasing hospital cost, until patient's death. The purpose of this study is identifying the correlation factors that affect nurses executive performance in preventing nosocomial infections. The research was conducted at the Jakarta Haji Hospital with 110 nurses in patient care and intensive care unit. The study results were obtaining relationship between the factors that affect nurse executive performance with the nurse executive performance to prevent nosocomial infections. The results showed that there were no correlation between the factors that affect nurse executive performance with the nurse executive performance to prevent nosocomial infections. But, it can be displayed that the nurse executive performance in patient care unit and intensive care unit were 50.9% good (CI= 95%).

Keywords: Nosocomial Infection, work performance, prevention, nurse executive

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
LEMBAR JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISIONALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Kinerja.....	10
2.1.1 Pengertian Kinerja.....	13
2.1.2 Penilaian Kinerja.....	16
2.1.3 Komponen Penilaian Kinerja.....	18
2.1.4 Metode Penilaian Kinerja.....	18
2.1.5 Alat Ukur Penilaian Kinerja	19
2.1.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja.....	20
2.2 Infeksi Nosokomial	32
2.2.1 Pengertian Infeksi Nosokomial	32
2.2.2 Sejarah Infeksi Nosokomial	33
2.2.3 Insiden	34
2.2.4 Jenis-Jenis Infeksi Nosokomial.....	35
2.2.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi Nosokomial.....	36
2.2.6 Pengendalian Infeksi Nosokomial.....	38
2.2.7 Peran Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial.....	39
2.2.8 Pencegahan Infeksi Nosokomial	44

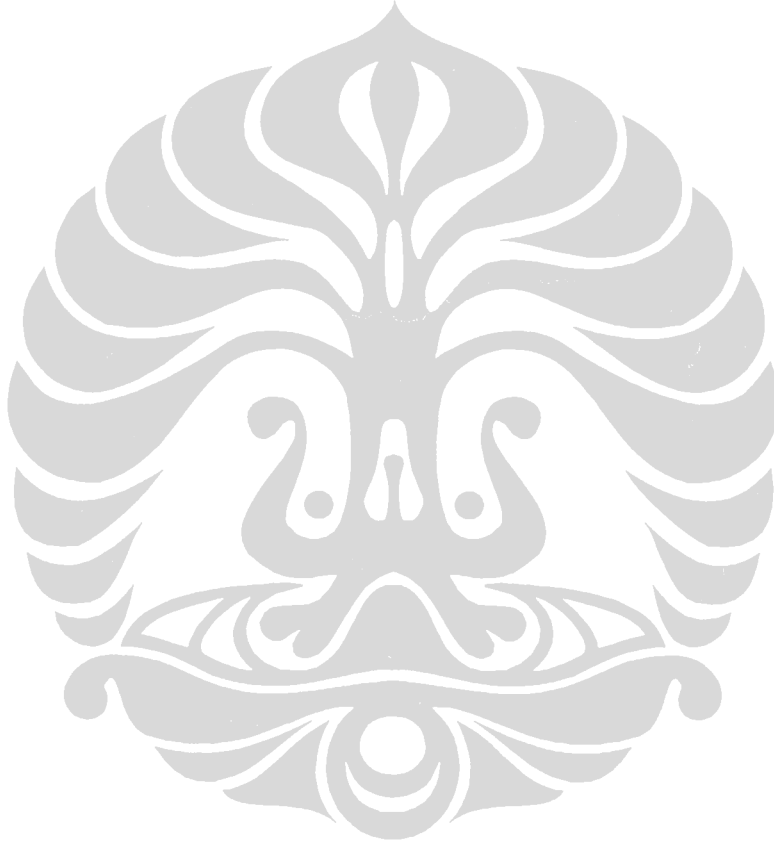
2.3 Kerangka Teori	47
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	48
3.1 Kerangka Konsep	48
3.2 Hipotesis Penelitian	49
3.3 Definisi Operasional	50
4. METODOLOGI PENELITIAN	55
4.1 Desain Penelitian.....	55
4.2 Populasi dan Sampel	55
4.2.1 Populasi.....	55
4.2.2 Sampel.....	55
4.3 Tempat Penelitian	57
4.4 Waktu Penelitian.....	57
4.5 Etika Penelitian	57
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	58
4.7 Uji Coba Instrumen.....	61
4.8 Prosedur Pengumpulan Data	62
4.9 Teknik Pengumpulan Data	64
4.10 Pengolahan dan Analisis.....	65
5. HASIL PENELITIAN	68
5.1 Analisis Univariat.....	69
5.2 Analisis Bivariat	80
6. PEMBAHASAN	88
A. Interpretasi Hasil Diskusi	88
B. Keterbatasan Penelitian.....	104
C. Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian.....	105
7. PEMBAHASAN	106
A. Kesimpulan	106
B. Saran.....	107
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	3.1	Definisi operasional.....	50
	4.1	Populasi dan Sampel Penelitian di Ruang Rawat Inap.....	56
	4.2	Kisi-kisi Pernyataan Kuisisioner Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011.....	60
	4.3	Kisi-kisi Daftar Tilik.....	61
	4.4	Hasil Uji <i>Interrater Reliability</i>	63
	5.1	Gambaran Perawat Pelaksana Berdasarkan Karakteristik Individu di Ruang Rawat Inap RS Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110).....	68
	5.2	Gambaran Faktor Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RS Haji Jakarta Tahun 2010 (N=110).....	70
	5.3	Gambaran Kinerja Perawat Pelaksana Berdasarkan Item Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial di RS Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110).....	74
	5.4	Gambaran Kinerja Perawat Pelaksana di Tiap Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Berdasarkan Item Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial di RS Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110).....	76
	5.5.a	Hubungan Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110)....	81
	5.5.b	Hubungan Kompetensi Individu dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110)..	83
	5.5.c	Hubungan Dukungan Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110)....	85
	5.5.d	Hubungan Dukungan Manajemen dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110).....	87

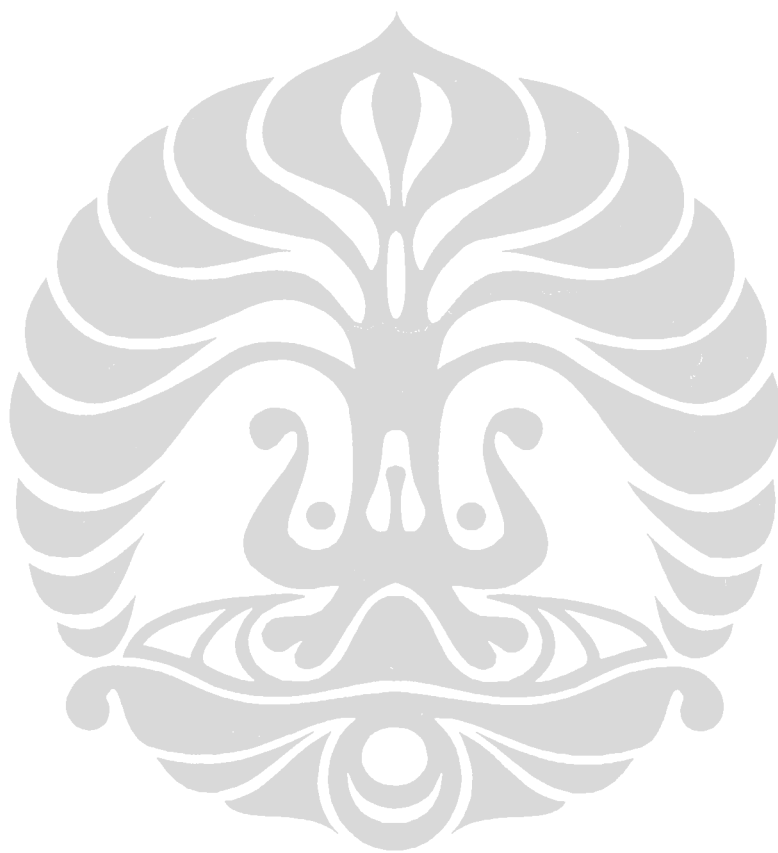
DAFTAR GAMBAR

Diagram 5.1	Gambaran Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110).....	73
Diagram 5.2	Gambaran Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Berdasarkan Item Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110).....	75



DAFTAR SKEMA

Skema	: 2.1 Komponen Kinerja Pribadi	30
	2.2 Model Teori Kinerja.....	31
	2.3 Kerangka Teori Penelitian.....	47
	3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	49



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 4 : Lembar Tilik
- Lampiran 5 : Pedoman Observasi
- Lampiran 6 : Surat Ijin Permohonan Uji Instrumen
- Lampiran 7 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 8 : Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UI
- Lampiran 9 : Surat Ijin Penelitian dari Rumah Sakit Haji Jakarta
- Lampiran 10 : Keterangan Lolos Kaji Etik

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab 1 menguraikan lebih lanjut tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian dan manfaat penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial. Diawali dengan fenomena yang terjadi di lapangan sehingga penelitian ini dilakukan.

1.1. Latar Belakang

Dalam Undang-Undang Nomor 44/2009 tentang Rumah Sakit, disebutkan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi. Rumah sakit harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia.

Terbukanya pasar bebas mengakibatkan tingginya persaingan yang terjadi antar rumah sakit, baik rumah sakit milik pemerintah, swasta maupun asing dalam berlomba merebut pasar. Masyarakat selalu menuntut agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan dengan konsep *one step quality services*. Artinya seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan dan pelayanan yang terkait dengan kebutuhan pasien harus dapat dilayani rumah sakit secara mudah, cepat, akurat, dan bermutu dengan biaya terjangkau.

Arus demokratisasi dan peningkatan supremasi hukum dengan diberlakukannya undang-undang perlindungan konsumen menuntut pengelola rumah sakit lebih bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan memperhatikan kepentingan pasien dengan seksama dan hati-hati. Secara umum dapat dikatakan bahwa mutu pelayanan dianggap baik apabila pelayanan kesehatan yang

diselenggarakan dapat memuaskan setiap pasien. Pasien akan merasa puas bila pelayanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi dari apa yang menjadi harapannya (Pohan, 2003).

Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan ditentukan oleh nilai-nilai dan harapan dari penerima jasa pelayanan. Penekanannya adalah kualitas yang diberikan dengan biaya yang dapat dipertanggungjawabkan. Selain biaya yang dikeluarkan dapat ditekan, pasien juga mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan harapan tanpa mendapatkan komplikasi akibat perawatan di rumah sakit. Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit memiliki indikator mutu, salah satunya adalah prosentase angka kejadian infeksi nosokomial (Depkes R.I, 2005).

Nosocomial infection atau yang biasa disebut *hospital acquired infection* adalah infeksi yang didapat saat klien dirawat di rumah sakit (WHO, 2002). Infeksi yang terjadi setelah klien dirawat lebih dari 48 jam dapat dipertimbangkan sebagai infeksi nosokomial. Berdasarkan *French National Prevalence Survey*, lokasi yang sering terjadi infeksi nosokomial diantaranya adalah saluran kemih, saluran napas, luka operasi, kulit dan jaringan, telinga hidung dan tenggorokan, mata, lokasi pemasangan kateter dan lokasi lainnya (WHO, 2002). Menurut Eaton (2005, dalam Setyowati, 2009) mengatakan bahwa penyebab utama infeksi nosokomial 70% adalah organisme gram positif *Staphylococcus aureus*, koagulasi *Staphylococcus* negatif dan *Enterococci*, dan organisme gram negatif *Eschericia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, organisme *Enterobacter*, *Klebsiella pneumoniae*.

Infeksi nosokomial merupakan infeksi serius dan berdampak merugikan klien karena harus menjalani perawatan di rumah sakit lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan menjadi lebih besar dan parahnya infeksi nosokomial juga dapat mengakibatkan kematian. Menurut Burke (2003) efek yang ditimbulkan dari infeksi nosokomial sangat bervariasi, berawal dari ketidaknyamanan yang berkepanjangan sampai dengan kematian. Infeksi nosokomial menyebabkan *Length of Stay* (LOS)

bertambah 5-10 hari, angka kematian pasien lebih tinggi 6% dibanding yang tidak infeksi nosokomial (Bady, Kusnanto & Handono, 2007). Di Amerika Serikat, biaya perawatan tambahan akibat infeksi nosokomial sebesar US\$ 1.000.000/ tahun (Depkes R.I, 2001).

Kejadian infeksi nosokomial dapat menurunkan citra dan mutu pelayanan rumah sakit karena program pengendalian infeksi nosokomial merupakan salah satu tolak ukur kendali mutu pelayanan. Di negara maju masalah infeksi nosokomial merupakan masalah nasional, sehingga apabila angka infeksi nosokomial tinggi, maka rumah sakit dapat dipertimbangkan untuk dicabut izinnya oleh institusi yang berwenang (Parhusip, 2005).

Angka kejadian infeksi nosokomial di dunia cukup tinggi yaitu 5% per tahun atau 9 juta dari 190 juta pasien yang dirawat. Angka kematian akibat infeksi nosokomial ini juga cukup tinggi yaitu 1 juta per tahunnya. Survey yang dilakukan WHO terhadap 55 rumah sakit di 14 negara menunjukkan 8.7% dari rumah sakit tersebut terdapat pasien dengan infeksi nosokomial. Selain itu survey mengatakan bahwa 1.4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi akibat perawatan di rumah sakit (WHO, 2002).

Angka kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUP Fatmawati pada bulan Maret-Juni tahun 2003 sebanyak 16.02% yang terdiri dari 9.61% pneumonia, 4.49% infeksi saluran kemih, 1.92% pneumonia dan infeksi saluran kemih. Sedangkan angka kejadian infeksi nosokomial di ruang perawatan pada bulan Januari-Mei 2003 kejadian infeksi akibat pemasangan infus 0-9.3% tertinggi di ICU dan infeksi akibat pemasangan kateter 0-3.33% tertinggi di ruang bedah *orthopedic* (Kusmayati, 2004)

Hasil *survey point* prevalensi dari 11 Rumah Sakit di DKI Jakarta yang dilakukan oleh Perdalim Jaya dan Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta pada tahun 2003 didapatkan angka infeksi nosokomial untuk Infeksi Luka

Operasi (ILO) 18.9%, Infeksi Saluran Kemih (ISK) 15.1%, Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) 26.4%, Pneumonia 24.5%, Infeksi Saluran Nafas lain 15.1% serta infeksi lain 32.1%. Namun angka kejadian nasional infeksi nosokomial belum diketahui secara pasti (Depkes R.I, 2008). Tahun 2000 Departemen Kesehatan Inggris melaporkan 10% dari seluruh rumah sakit di Inggris terjangkit nosokomial infeksi. Angka rata-rata infeksi nosokomial terjadi 10% di rumah sakit umum, ICU 15-20% , PICU 20-30% (Chen & Chiang, 2007).

Peran manajemen rumah sakit sangat penting dalam menunjang program pengendalian infeksi. Rumah sakit bertanggung jawab terhadap komite pengendalian infeksi dalam mengidentifikasi sumber daya program pencegahan infeksi, memberikan pendidikan dan pelatihan staf tentang program pengendalian infeksi seperti tehnik sterilisasi, mewajibkan staf (perawat, laboratorium, petugas kebersihan) untuk tetap menjaga kebersihan rumah sakit, melakukan evaluasi berkala terhadap efektivitas dan tindakan pengendalian infeksi, memfasilitasi dan mendukung tindakan pengendalian infeksi, serta turut berpartisipasi dalam penelusuran terjadinya infeksi (WHO, 2002).

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit sangat penting dilakukan karena kejadian infeksi nosokomial menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi, kegiatannya meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, monitoring dan evaluasi (Depkes R.I, 2008).

Kinerja merupakan hasil karya nyata dari pekerjaan karyawan yang dapat diukur secara kualitas maupun kuantitas sesuai dengan standar pekerjaannya dalam suatu organisasi (Mangkunegara, 2009). Kinerja merupakan bentuk nyata dari kesuksesan atau kegagalan karyawan dalam menunjukkan hasil kerjanya. Kinerja seseorang

dalam suatu organisasi dapat dinilai melalui penilaian kinerja, untuk mengetahui apakah karyawan bekerja sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya.

Mangkunegara (2009) berpendapat bahwa dalam menilai kinerja perawat salah satunya adalah dengan melakukan penilaian terhadap kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan SOP dan SAK. Dukungan dan supervisi kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana sangat dibutuhkan dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial. Supervisi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana kemampuan perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial.

Menurut Simanjuntak (2005), kinerja dipengaruhi oleh banyak faktor yang dapat digolongkan menjadi 3 (tiga) bagian. Pertama kompetensi individu, meliputi pelatihan, motivasi dan sikap. Kedua dukungan organisasi, meliputi penyediaan sarana dan prasarana kerja, kenyamanan lingkungan kerja, serta jaminan kesehatan dan keselamatan kerja. Ketiga dukungan manajemen, meliputi cara manajemen mempertahankan kinerja karyawan yang dilakukan atasan langsung melalui supervisi langsung terhadap karyawan.

Karakteristik individu berpengaruh terhadap kepuasan dan kinerja seseorang. Menurut Ilyas (2002) karakteristik individu yang dimaksud adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja. Suciati (2002) karakteristik individu seperti umur, jenis kelamin, lama kerja dan status pernikahan memiliki berhubungan yang bermakna dengan kinerja. Berkaitan dengan pengendalian infeksi nosokomial, penelitian yang dilakukan oleh Bady, Kusnanto, & Handono, (2007) didapatkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan kinerja SDM perawat dalam pengendalian infeksi nosokomial ($r = 0,03$ dan $p = 0,788$). Akan tetapi terdapat hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kinerja SDM dalam pengendalian infeksi nosokomial ($r = 0,233$ dan $p = 0,045$). Selain itu dalam penelitian ini juga didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara

fasilitas RS dengan kinerja SDM dalam pengendalian infeksi nosokomial ($r = 0,184$ dan $p = 0,100$).

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Setiawati (2009) mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, ketersediaan fasilitas dengan ketaatan petugas kesehatan melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial melalui *hand hygiene*. Akan tetapi terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dengan ketaatan petugas kesehatan melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial melalui *hand hygiene*.

Berdasarkan hasil *surveillance* infeksi nosokomial Rumah Sakit Haji Jakarta periode Januari-Juni 2010 ditemukan angka kejadian plebitis 34.53% (tertinggi di ICU/ICCU 10.77%), dan infeksi aliran darah primer 0.05% dibuktikan oleh hasil kultur dan uji resistensi terhadap antibiotik (Rumah Sakit Haji, 2010). Sedangkan standard angka kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit adalah $\leq 1.5\%$ (Depkes, 2008). Hasil wawancara dengan ketua panitia pencegahan dan pengendalian infeksi didapatkan informasi bahwa tidak mudah bagi petugas kesehatan melakukan *universal precaution*, alasannya adalah kurangnya kesadaran diri petugas kesehatan dalam melakukan cuci tangan. Padahal apabila cuci tangan dilakukan tidak sesuai dengan prosedur ditunjang dengan kondisi lingkungan yang tidak adekuat dapat menyebabkan terjadinya perpindahan mikroorganisme dari manusia ke manusia atau ke benda (Astuti, 2004).

Manajemen Rumah Sakit Haji Jakarta sangat mengutamakan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial. Hal ini ditunjukkan dengan pemasangan desinfektan *handrub* sebanyak 18 titik di ruangan Istiqomah, 10 titik di ruangan Sakinah, serta pembuatan sarana cuci tangan di ruangan praktek dokter poliklinik sebanyak 34 titik pada tahun 2010. Akan tetapi pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta dari tahun ke tahun belum menunjukkan perubahan ke arah perbaikan. Menurut laporan kinerja

PPI (2010) kendalanya adalah SDM kurang mematuhi standar dan prosedur cuci tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD), serta beberapa hal yang termasuk dalam kewaspadaan standar. Hal ini didukung dengan hasil evaluasi standar asuhan keperawatan didapatkan bahwa sebanyak 75% perawat pelaksana melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standard (Nurhayani, 2010).

Informasi lain yang didapat dari ketua panitia pencegahan dan pengendalian infeksi adalah sekitar 85% staf perawat Rumah Sakit Haji Jakarta telah mendapatkan pelatihan penanggulangan dan pencegahan infeksi nosokomial. Selain itu telah dilakukan sosialisasi pedoman dan standar operasional prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi kepada seluruh petugas kesehatan, khususnya bagi perawat. Penelitian tentang faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial belum pernah dilakukan. Oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hal tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat tergantung dengan kinerja SDM. Kinerja SDM perawat yang baik menggambarkan kualitas pelayanan kesehatan. Salah satu gambaran mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari angka kejadian infeksi nosokomial.

Infeksi nosokomial merupakan infeksi serius dan berdampak merugikan klien karena harus menjalani perawatan di rumah sakit lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan menjadi lebih besar dan parahnya infeksi nosokomial juga dapat mengakibatkan kematian. Menurut Burke (2003) efek yang ditimbulkan dari infeksi nosokomial sangat bervariasi, berawal dari ketidaknyamanan yang berkepanjangan sampai dengan kematian. Di Amerika Serikat, biaya perawatan tambahan akibat infeksi nosokomial sebesar US\$ 1.000.000/ tahun (Depkes R.I, 2001).

Penilaian terhadap kinerja perawat pelaksana dapat dilakukan melalui kegiatan dalam melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan SOP dan SAK (Mangkunegara, 2009). Dalam hubungannya dengan pencegahan infeksi nosokomial, perawat pelaksana berperan penting dalam angka kejadian infeksi nosokomial. Berdasarkan teori, banyak faktor yang mempengaruhi kinerja diantaranya adalah karakteristik individu perawat sendiri (Ilyas, 2002), dan menurut Simanjuntak (2005) kompetensi individu, dukungan manajemen, dan dukungan organisasi juga mempengaruhi kinerja. Keadaan ini penting diketahui oleh rumah sakit sebagai unit pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor apa sajakah yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum :

Teridentifikasinya hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah teridentifikasinya:

- 1.3.2.1 Gambaran karakteristik perawat pelaksana yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja
- 1.3.2.2 Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial
- 1.3.2.3 Gambaran kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial
- 1.3.2.4 Hubungan antara karakteristik individu (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja) dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial
- 1.3.2.5 Hubungan antara kompetensi individu (pelatihan, motivasi, dan sikap) dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial

- 1.3.2.6 Hubungan antara dukungan organisasi (ketersediaan sarana dan prasarana kerja, kenyamanan lingkungan kerja, dan jaminan kesehatan dan keselamatan kerja) dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial
- 1.3.2.7 Hubungan antara dukungan manajemen (supervisi kepala ruangan) dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat aplikatif

- 1.4.1.1 Memberikan informasi bagi seluruh sumber daya manusia kesehatan khususnya perawat tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial
- 1.4.1.2 Memberikan informasi bagi panitia pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, sebagai dasar pertimbangan dalam rencana program kerja selanjutnya.
- 1.4.1.3 Memberikan informasi kepada manajemen tentang kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial

1.4.2 Manfaat keilmuan

Memberikan informasi khususnya bagi dunia keperawatan dalam mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial.

1.4.3 Manfaat metodologi

Sebagai referensi di perpustakaan yang dapat digunakan oleh peneliti lain yang mempunyai peminatan di bidang manajemen keperawatan khususnya yang ingin melakukan penelitian tentang kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 membahas konsep-konsep dan teori pendukung terkait dengan judul penelitian yaitu tinjauan teori berhubungan dengan kinerja perawat, faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat, infeksi nosokomial dan upaya pencegahannya.

2.1 Kinerja

2.1.1 Pengertian Kinerja

Pengertian kinerja disampaikan oleh beberapa ahli, menurut As'ad (2009) kinerja adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan. Kinerja diartikan sebagai penampilan secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2009). Ilyas (2002) menyebutkan bahwa kinerja adalah penampilan hasil personal baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi yang merupakan penampilan individu atau kelompok.

Kinerja dapat dipandang sebagai proses maupun hasil pekerjaan. Kinerja merupakan suatu proses tentang bagaimana pekerjaan berlangsung untuk mencapai hasil kerja. Namun, hasil pekerjaan itu sendiri juga menunjukkan kinerja (Wibowo, 2008). Perilaku kerja terlihat dari cara kerja yang penuh semangat, disiplin, bertanggung jawab, melaksanakan tugas sesuai standar yang ditetapkan, memiliki motivasi dan kemampuan kerja yang tinggi dan terarah pada pencapaian tujuan organisasi. Sedangkan hasil kerja merupakan proses akhir dari suatu kegiatan yang dilakukan anggota organisasi dalam mencapai sasaran. Wahyudi (2008) mengartikan kinerja sebagai suatu kemampuan dalam melaksanakan tugas atau pekerjaan yang sesuai dengan sikap, pengetahuan, dan keterampilan serta motivasi kerja. Hasil kerja dapat dicapai secara maksimal apabila individu mempunyai kemampuan dalam mendayagunakan pengetahuan, sikap, dan keterampilan.

Hafizurrachman (2009) berpendapat kinerja adalah penampilan kerja yang dicapai oleh seseorang atau kelompok orang dalam melaksanakan tugasnya untuk mencapai

tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Kinerja karyawan pada dasarnya adalah hasil kerja seorang karyawan selama periode tertentu dibandingkan berbagai kemungkinan, misalnya standar, target atau sasaran atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat diambil kesimpulan bahwa kinerja perawat adalah keseluruhan perilaku dan kemampuan yang dimiliki perawat yang ditampilkan dalam memberikan asuhan keperawatan. Sedangkan hasil kerja perawat dapat dilihat dari proses akhir pemberian asuhan keperawatan, yang salah satunya adalah pendokumentasian asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien yang meliputi: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Depkes, R.I, 2004) sebagai berikut :

1. Pengkajian

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan.

Kriteria pengkajian keperawatan meliputi :

- a) Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, serta dari pemeriksaan penunjang
- b) Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain
- c) Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi status kesehatan klien masa lalu, status kesehatan klien saat ini, status biologis-psikologis-sosial-spiritual, respon terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal
- d) Kelengkapan data dasar mengandung unsur LARB (lengkap, akurat, relevan, dan baru)

2. Diagnosa

Perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan.

Kriteria diagnosa keperawatan :

- a) Diagnosa keperawatan terdiri dari analisa, interpretasi data, dan identifikasi masalah klien
- b) Diagnosis keperawatan terdiri atas masalah (P), penyebab (E), dan tanda atau

gejala (S), atau terdiri atas masalah (P) dan penyebab (E)

- c) Bekerjasama dengan klien dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosis keperawatan
- d) Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosis berdasarkan data terbaru

3. Perencanaan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien.

Kriteria perencanaan keperawatan meliputi :

- a) Perencanaan terdiri atas penetapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan keperawatan
- b) Bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan
- c) Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien
- d) Mendokumentasi rencana keperawatan

4. Implementasi

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.

Kriteria implementasi keperawatan meliputi :

- a) Bekerjasama dengan klien dalam melaksanakan tindakan keperawatan
- b) Kolaborasi dengan tim kesehatan lain
- c) Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien
- d) Memberikan pendidikan kepada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan
- e) Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien

5. Evaluasi

Perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan.

Kriteria evaluasi keperawatan :

- a) Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus
- b) Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan
- c) Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat
- d) Bekerjasama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan
- f) Mendokumentasi hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan

2.1.2 Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah proses pengawasan/ pengendalian, dengan mengevaluasi kinerja sumber daya berdasarkan standar dan alat yang memperlihatkan bobot kerja (Depkes R.I, 2001). Kinerja seseorang dalam suatu organisasi dapat dilakukan melalui penilaian kinerja untuk mengetahui apakah karyawan bekerja sesuai dengan tugas dan tanggungjawabnya. Penilaian kinerja penting dilakukan agar proses manajemen berjalan secara efektif. Penilaian kinerja adalah proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan atau unjuk kerja seorang karyawan dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja (Ilyas, 2002).

Penilaian kinerja diartikan sebagai pengawasan untuk menilai atau mengevaluasi berdasarkan standar tertentu (Swansburg, 2000). Melalui penilaian kinerja dapat diketahui seberapa baik pegawai menjalankan tugas yang diberikan kepadanya (Marquis & Huston, 2010). Manajer memanfaatkan penilaian kinerja sebagai bahan informasi untuk penilaian efektifitas manajemen sumber daya manusia dengan melihat kemampuan personal dan pengambilan keputusan untuk pengembangan personal.

Penilaian kinerja dapat menjadi informasi untuk penyesuaian gaji, promosi, transfer, tindakan disiplin dan terminasi (Marquis & Huston, 2010). Penilaian kinerja dapat membuat bawahan mendapat perhatian dari atasannya sehingga dapat memotivasi gairah kerja, memindahkan secara *vertical/horizontal*, pemberhentian dan perbaikan

mutu karyawan sehingga dapat dipakai dasar penetapan kebijakan program kepegawaian (Hasibuan, 2009).

Penilaian kinerja pada hakikatnya merupakan suatu evaluasi terhadap penampilan kerja personil dengan standar baku pekerjaan yang telah ditetapkan (Ilyas, 2002). Tujuan penilaian kinerja pada dasarnya meliputi penilaian kemampuan personil sebagai bahan informasi efektifitas manajemen sumber daya manusia dan sebagai untuk pengambilan keputusan dalam pengembangan personil seperti promosi, mutasi dan penyesuaian kompensasi.

Penilaian terhadap kinerja individu yang terlibat dalam penyelesaian pekerjaan perlu dilakukan untuk mengetahui pencapaian sasaran-sasaran organisasi (Wahyudi, 2008). Penilaian adalah pengukuran dan perbandingan hasil-hasil yang dicapai dengan hasil-hasil yang seharusnya dicapai. Penilaian kinerja merupakan evaluasi resmi dan periodik tentang hasil pekerjaan seorang pekerja yang diukur dengan kriteria yang telah ditentukan.

Hafizurrachman (2009) mengemukakan penilaian kinerja adalah proses berkelanjutan yang dilakukan oleh manajer kepada bawahannya untuk membantu karyawan memahami peran, tujuan, harapan, dan kesuksesan kinerja mereka. Oleh karena itu penilaian kinerja merupakan salah satu alat terbaik yang dimiliki organisasi untuk mengembangkan motivasi, meningkatkan retensi, dan produktivitas staf (Marquis & Huston, 2010).

Penilaian kinerja yang baik mengutamakan pada hubungan kerja antara pimpinan dan bawahan, menjelaskan apa yang telah dikerjakan dan menghargai prestasi pekerjaannya, tidak semata-mata mencari kesalahan tetapi lebih bertujuan menindaklanjuti hasil penilaian dan menghargai prestasi kerja karyawan. Penilaian kinerja pada dasarnya mempunyai dua tujuan utama yaitu tujuan administrasi dan tujuan pengembangan.

Wahyudi (2008) mengatakan penilaian kinerja berguna bagi pimpinan dan karyawan. Bagi pimpinan hasil penilaian dapat digunakan dalam mengambil keputusan, meningkatkan pemahaman tentang pekerjaan, dan menindaklanjuti hasil penilaian, menjalin kerjasama dengan karyawan dalam rangka meninjau perilaku yang

berkaitan dengan kinerja, serta menyusun suatu rencana untuk memperbaiki setiap penyimpangan agar sesuai dengan standar yang disepakati. Sedangkan manfaat bagi karyawan dapat mengetahui prestasi kerja yang telah dicapai, dapat dijadikan motivasi dalam meningkatkan kinerja di waktu mendatang sekaligus berusaha memperbaiki kesalahan.

Penilaian kinerja perawat pelaksana dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu:

2.1.2.1 Penilaian perilaku perawat selama melaksanakan asuhan keperawatan dengan cara *self evaluation*. Penilaian diri sendiri merupakan pendekatan yang paling umum digunakan untuk mengukur dan memahami perbedaan individu (Ilyas, 2002; Marquis & Huston, 2010). Metode ini baik digunakan bila bertujuan untuk pengembangan dan umpan balik kinerja karyawan, penilaian dalam jumlah besar, biaya murah dan cepat.

Self evaluation dilakukan dengan meminta perawat pelaksana untuk menilai diri sendiri tentang perilakunya dalam memberikan asuhan keperawatan. Melalui penilaian ini dapat diketahui tiga jenis informasi yang berbeda mengenai perilaku perawat dalam melakukan pekerjaan, yakni: 1) informasi berdasarkan sifat, yaitu mengidentifikasi sifat karakter subyektif perawat seperti inisiatif dan kreativitas, 2) informasi berdasarkan perilaku, yaitu berfokus pada perilaku tertentu yang mendukung keberhasilan kerja, dan 3) informasi berbasis hasil, yaitu dengan memperhitungkan pencapaian kerja karyawan.

Siagian (2009) menyatakan penilaian diri sendiri bila dikaitkan dengan pengembangan karir pegawai berarti seorang mampu melakukan penilaian yang obyektif mengenai diri sendiri, termasuk mengenai potensinya yang masih dapat dikembangkan. Meskipun dalam menilai diri sendiri seseorang akan cenderung menonjolkan ciri-ciri positif mengenai dirinya, namun orang yang sudah matang jiwanya akan mengakui bahwa dalam dirinya terdapat kelemahan. Pengakuan demikian akan mempermudahnya menerima bantuan orang lain seperti supervisor untuk mengatasinya.

Pengenalan ciri-ciri positif dan negatif yang terdapat dalam diri seseorang akan merupakan dorongan kuat baginya untuk lebih meningkatkan kemampuan kerja, baik dengan menggunakan ciri-ciri positif sebagai modal maupun dengan usaha yang sistematis untuk menghilangkan atau paling sedikit mengurangi ciri-ciri negatifnya. Metode ini juga dipakai dalam kegiatan penerapan praktik keperawatan profesional yang dikembangkan oleh Keliat, dkk (2006).

2.1.2.2 Penilaian hasil kerja

Hasil kerja perawat pelaksana salah satunya dapat dinilai melalui dokumentasi asuhan keperawatan. Melalui penilaian ini dapat diketahui seberapa baik perawat melakukan pekerjaan mereka jika dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan, sebab kinerja perawat pada dasarnya adalah apa yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh perawat.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa penilaian kinerja adalah proses penilaian yang dilakukan pimpinan atau atasan untuk mengevaluasi bawahan dengan cara membandingkan antara uraian pekerjaan yang telah disusun sebelumnya (standar kerja) dengan pekerjaan yang dilakukan bawahan dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kerja.

2.1.3 Komponen Penilaian Kinerja

Mangkunegara (2009) berpendapat, komponen yang dinilai dalam kinerja karyawan terdiri dari hal-hal sebagai berikut :

2.1.3.1 Pengetahuan tentang pekerjaan

Pengetahuan ini meliputi pemahaman tentang tugas dan tanggung jawab dalam bekerja, memiliki pengetahuan di bidang yang berhubungan dengan peraturan, prosedur dan keahlian teknis, dapat menggunakan informasi, material, peralatan dan teknik dengan tepat dan benar, mampu mengikuti perkembangan peraturan, prosedur dan teknik terbaru dalam keperawatan.

2.1.3.2 Kualitas kerja

Faktor-faktor kualitas kerja meliputi menunjukkan perhatian cermat terhadap pekerjaan, mematuhi peraturan dan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja. Membuat keputusan yang berhubungan dengan pekerjaan, mengembangkan solusi alternatif dan tindakan yang tepat, dapat memahami keputusan dan tindakan yang diambil. Perawat dituntut perhatian dalam melakukan asuhan keperawatan sesuai SOP & SAK.

2.1.3.3 Produktivitas

Meliputi menyelesaikan tugas kerja yang diberikan secara konsisten, menentukan dan mengatur prioritas kerja secara efektif, menggunakan waktu dengan efisien dan memelihara tempat kerja tetap teratur sesuai dengan fungsinya.

2.1.3.4 Adaptasi dan fleksibilitas

Meliputi menyesuaikan diri dengan segala perubahan dalam lingkungan pekerjaan, menunjukkan hasil kerja yang baik meskipun dibawah tekanan kerja, mempelajari dan menguasai informasi serta prosedur yang terbaru. Artinya sesibuk apapun pekerjaan perawat, dalam melakukan asuhan keperawatan harus menunjukkan hasil kerja yang baik.

2.1.3.5 Inisiatif dan pemecahan masalah

Meliputi mempunyai inisiatif, menghasilkan ide, tindakan dan solusi yang inovatif, mencari tantangan baru dan kesempatan untuk belajar, mengantisipasi dan memahami masalah yang mungkin terjadi, membuat solusi alternatif pada saat penyelesaian masalah.

2.1.3.6 Kooperatif dan kerjasama

Meliputi memelihara hubungan yang efektif, dapat bekerjasama dalam tim, memberikan bantuan dan dukungan pada orang lain serta mampu mengakui kesalahan sendiri dan mau belajar dari kesalahan tersebut.

2.1.3.7 Keandalan/pertanggungjawaban

Meliputi hadir secara rutin dan tepat waktu, mengikuti instruksi-instruksi,

Universitas Indonesia

bekerja secara mandiri, menyelesaikan tugas dan memenuhi tanggung jawab sesuai dengan batas waktu yang ditentukan.

2.1.3.8 Kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi

Meliputi dapat berkomunikasi dengan jelas, selalu memberikan informasi kepada orang lain, dapat berinteraksi secara efektif dengan orang lain dari berbagai jenis pekerjaan, memelihara sikap yang baik dan profesional dalam segala hubungannya antar individu, mampu memecahkan masalah, mau menerima masukan dari orang lain.

2.1.4 Metoda Penilaian Kinerja

Metode penilaian kinerja dapat dilakukan dengan cara berorientasi ke masa lalu atau masa yang akan datang. Penilaian kinerja berorientasi masa lalu berdasarkan hasil yang telah dicapai. Pendekatan-pendekatan berorientasi masa lalu memiliki kekuatan dalam hal kinerja yang telah terjadi dan untuk beberapa hal mudah diukur. Kelemahan dalam teknik ini yakni kinerja yang tidak dapat diubah. Akan tetapi apabila kinerja masa lalu dievaluasi, para karyawan memperoleh umpan balik yang dapat mengarahkan kepada upaya-upaya perbaikan kinerja. Teknik-teknik penilaian jenis ini meliputi skala penilaian, daftar periksa, metode pilihan yang dibuat, metode kejadian kritis, dan metode catatan prestasi.

Penilaian kinerja berorientasi masa yang akan datang adalah penilaian kinerja karyawan saat ini serta penetapan sasaran prestasi kerja dimasa yang akan datang, yaitu penilaian diri (*self assessment*), penilaian pendekatan *Management by Objective (MBO)* dan pusat-pusat penilaian (Marquis & Huston, 2010). Penilaian berorientasi masa depan berfokus pada kinerja masa depan dengan mengevaluasi potensi karyawan atau merumuskan tujuan kinerja masa depan. Ada empat pendekatan yang bisa digunakan untuk mengevaluasi kinerja masa depan yaitu penilaian diri, pengelolaan berdasarkan tujuan, penilaian psikologis dan pusat-pusat penilaian (Siagian, 2009).

2.1.5 Alat Ukur Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja seperti disebutkan oleh beberapa teori merupakan suatu hal yang

penting bagi perusahaan. Penilaian kinerja perlu dilaksanakan menggunakan alat ukur yang tepat, sehingga hasilnya merupakan informasi atau data yang akurat yang dapat dimanfaatkan untuk kepentingan organisasi. Beberapa alat penilaian kinerja menurut Marquis dan Huston (2010) dapat berupa :

2.1.5.1 Skala peringkat sifat

Metode ini mengurutkan peringkat seseorang berdasarkan standar yang telah disusun, yang terdiri atas deskripsi pekerjaan, perilaku yang diinginkan atau sifat personal. Penilaian dibuat atas dasar skala dengan peringkat baik sekali sampai dengan kurang. Aspek yang dinilai meliputi kualitas dan kuantitas pekerjaan, kerjasama, inisiatif dan ketergantungannya terhadap orang lain.

2.1.5.2 Skala dimensi uraian tugas

Penilai melakukan penilaian berdasarkan skala yang sudah ditentukan berisikan uraian tugas masing-masing dari karyawan yang akan dinilai.

2.1.5.3 Skala perilaku yang dikerjakan

Penilai melakukan penilaian kinerja dengan skala yang sudah ditentukan dengan melihat dan mengobservasi perilaku karyawan dalam melakukan pekerjaannya dalam kurun waktu yang ditentukan.

2.1.5.4 Metode *check list*

Cara ini merupakan cara yang efisien, perbedaannya dengan skala peringkat adalah pada tipe penilaian yang diberikan. Pada metode ini hanya terdapat pilihan yang bersifat dikotomi “Ya” atau “Tidak”. Keuntungannya adalah digunakan pada jumlah personel yang banyak, namun kerugiannya adalah sukar dibuat.

2.1.5.5 Metode penilaian *essey*

Penilaian yang dilakukan dengan cara menuliskan semua aspek yang ada pada karyawan yang akan dinilai. Metode ini memakan banyak waktu dan cenderung tidak objektif.

2.1.5.6 Metode terhadap lapangan

Cara ini digunakan bila seseorang dinilai oleh beberapa atasan /*supervisor*. Penilaian

masing-masing *supervisor* dijumlahkan dan diperoleh angka rata-rata sebagai hasil penilaian, cara ini memakan waktu lebih banyak.

2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Simanjuntak (2005), kinerja dipengaruhi oleh banyak faktor yang dapat digolongkan menjadi 3 (tiga) kelompok yaitu :

2.1.6.1 Kompetensi individu

Kompetensi individu adalah kemampuan dan keterampilan melakukan kerja. Kompetensi setiap orang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dapat digolongkan dalam 2 golongan, yaitu :

2.1.6.1.1 Kemampuan dan keterampilan kerja

Kemampuan dan keterampilan kerja setiap orang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pelatihan, dan masa kerja. Pendidikan dan pelatihan merupakan bagian dari investasi sumber daya manusia (*human investment*). Semakin lama waktu yang digunakan seseorang untuk pendidikan dan pelatihan, semakin tinggi kemampuan dan kompetensinya melakukan pekerjaan dengan demikian semakin tinggi kinerjanya.

Semakin lama masa kerja individu maka pengalaman yang diperolehnya bertambah, hal ini berpengaruh positif terhadap kinerja seseorang (Panjaitan, 2002). Semakin sering seseorang melakukan pekerjaan yang sama, maka semakin terampil dan semakin cepat dalam menyelesaikan pekerjaan tersebut. Semakin banyak macam pekerjaan yang dilakukan seseorang, semakin kaya dan luas pengalaman kerjanya. Hal inilah yang mungkin dapat meningkatkan kinerja pegawai.

Pelatihan diharapkan dapat merubah perilaku pegawai ke arah positif. Tujuan dilakukannya pelatihan adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan penghayatan jiwa dan ideologi
- b. Meningkatkan produktivitas kerja
- c. Meningkatkan kualitas kerja

- d. Meningkatkan ketetapan perencanaan sumber daya manusia
- e. Meningkatkan sikap moral dan semangat kerja
- f. Meningkatkan rangsangan agar pegawai mampu berprestasi maksimal
- g. Meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja
- h. Menghindari keusangan
- i. Meningkatkan perkembangan pegawai

2.1.6.1.2 Motivasi dan sikap

a. Motivasi

Motivasi dipengaruhi oleh sikap individu dalam memandang pekerjaannya. Seseorang yang memandang pekerjaannya sebagai beban dan keterpaksaan dengan tujuan untuk mendapatkan uang akan memiliki kinerja yang rendah. Sebaliknya seseorang yang memandang pekerjaan sebagai kebutuhan, pengabdian, tantangan dan prestasi akan menghasilkan kinerja yang tinggi (Siagian, 2005).

Motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) seseorang pegawai dalam menghadapi situasi kerja. Motivasi merupakan suatu dorongan kebutuhan dalam diri pegawai yang perlu dipenuhi agar pegawai tersebut dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungannya, sedangkan motivasi adalah kondisi yang menggerakkan diri pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi (Mangkunegara, 2009).

Ada beberapa teknik yang dapat dilakukan untuk memotivasi kerja pegawai antara lain sebagai berikut :

1. Teknik pemenuhan kebutuhan pegawai

Pemenuhan kebutuhan pegawai merupakan hal yang mendasari perilaku kerja. Abraham Maslow mengemukakan hirarki kebutuhan pegawai sebagai berikut :

- 1.1 Kebutuhan fisiologis, yaitu kebutuhan makan, minum, perlindungan fisik, bernapas, dan seksual. Hal ini merupakan kebutuhan yang paling mendasar. Dalam kebutuhan ini pemimpin perlu memberikan gaji yang layak kepada pegawai.

- 1.2 Kebutuhan rasa aman, yaitu kebutuhan perlindungan dari ancaman, bahaya, dan lingkungan kerja. Dalam hubungan dengan kebutuhan ini pemimpin perlu memberikan tunjangan kesehatan, asuransi kecelakaan, perumahan, dan dana pensiun.
- 1.3 Kebutuhan sosial atau rasa memiliki, yaitu kebutuhan untuk diterima dalam kelompok unit kerja, berafiliasi, berinteraksi, serta rasa dicintai dan mencintai. Dalam hubungannya dengan kebutuhan ini, pemimpin perlu menerima eksistensi atau keberadaan pegawai sebagai anggota kelompok kerja dalam melakukan interaksi kerja yang baik, dan hubungan kerja yang harmonis.
- 1.4 Kebutuhan harga diri, yaitu kebutuhan untuk dihormati, dihargai oleh orang lain. Dalam hubungan dengan kebutuhan ini, pemimpin tidak boleh sewenang-wenang memperlakukan pegawai karena mereka perlu dihormati, diberi penghargaan terhadap prestasi kerjanya.
- 1.5 Kebutuhan aktualisasi diri, yaitu kebutuhan untuk dihormati dan dihargai oleh orang lain. Dalam hubungan dengan kebutuhan ini, pemimpin tidak boleh sewenang-wenang memperlakukan pegawai karena mereka perlu dihormati, diberi penghargaan terhadap prestasi kerjanya.
- 1.6 Kebutuhan aktualisasi diri, yaitu kebutuhan untuk mengembangkan diri dan potensi, mengemukakan ide-ide, memberikan penilaian, kritik, dan berprestasi. Dalam hubungannya dengan kebutuhan ini pemimpin perlu memberi kesempatan kepada pegawai bawahan agar mereka dapat mengaktualisasikan dirinya dengan baik.

2. Teknik komunikasi persuasif

Teknik komunikasi persuasif merupakan salah satu teknik memotivasi kerja pegawai yang dilakukan dengan cara mempengaruhi pegawai secara ekstralogis. Teknik ini dirumuskan “ADDIDAS” (*Attention, Interest, Desire, Decision, Action, Satisfaction*). Pertama kali pemimpin harus memberikan perhatian kepada pegawai tentang pentingnya tujuan dari suatu pekerjaan agar timbul minat

pegawai terhadap pelaksanaan kerja . Jika minat telah timbul maka hasratnya sangat kuat dalam mengambil keputusan dan melakukan tindakan kerja dalam mencapai tujuan yang diharapkan oleh pemimpin. Dengan demikian, pegawai akan bekerja dengan motivasi tinggi dan merasa puas terhadap hasil kerjanya.

b. Sikap

Sikap adalah pernyataan evaluatif baik yang menyenangkan atau yang tidak menyenangkan terhadap suatu objek atau peristiwa. Sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu. Dalam suatu organisasi sikap merupakan hal yang penting karena sikap dapat mempengaruhi perilaku kerja (Robin, 2009). Sikap yang dimiliki individu memberikan warna atau corak pada perilaku atau perbuatan individu yang bersangkutan. Dengan mengetahui sikap seseorang dapat menduga bagaimana respon yang akan diambil oleh orang yang bersangkutan, terhadap sesuatu masalah yang dihadapkan kepadanya. Jadi dengan mengetahui sikap seseorang, maka akan didapatkan gambaran perilaku yang ditampilkan (Walgito, 2003).

2. Dukungan organisasi

Kinerja seseorang tergantung pada dukungan organisasi dalam menyediakan sarana dan prasarana kerja, bagaimana organisasi dapat menciptakan lingkungan kerja yang nyaman, serta pemberian jaminan kesehatan dan keselamatan kerja bagi pegawainya. Mangkunegara (2009) mengatakan bahwa keselamatan kerja ditunjukkan melalui kondisi yang aman atau selamat dari penderitaan, kerusakan atau kerugian di tempat kerja. Keadaan ini sering dihubungkan dengan peralatan atau perlengkapan perusahaan atau lingkungan fisik yang dan mencakup tugas-tugas kerja yang membutuhkan pemeliharaan dan latihan. Sedangkan kesehatan kerja menunjukkan pada kondisi bebas dari gangguan fisik, mental, emosi atau rasa sakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja. Risiko kesehatan merupakan faktor-faktor dalam lingkungan kerja yang bekerja melebihi periode waktu yang ditentukan, lingkungan yang dapat membuat stres emosi atau gangguan fisik.

Dalam hubungannya dengan pencegahan infeksi, sarana dan prasarana kerja adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk memencegah terjadinya infeksi nosokomial, seperti sarana dan peralatan yang dibutuhkan untuk mencuci tangan, melaksanakan dekontaminasi alat-alat kesehatan, dan untuk mengelola limbah padat yang ada di ruang rawat inap. Menurut Depkes (1998) agar perawat pelaksana dapat bekerja secara maksimal pimpinan harus bertanggungjawab atas penyediaan dan pemeliharaan sarana klinis dan non klinis yang dibutuhkan untuk pelaksanaan kewaspadaan umum, misalnya menyediakan sarana untuk cuci tangan.

Jaminan kesehatan dan keselamatan kerja adalah suatu kondisi yang menunjukkan bebas dari gangguan fisik, mental, emosi atau rasa sakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja. Mangkunegara (2009) tujuan jaminan kesehatan dan keselamatan kerja adalah sebagai berikut :

- a. Agar setiap pegawai mendapatkan jaminan kesehatan dan keselamatan kerja secara fisik, sosial dan psikologis
- b. Agar setiap perlengkapan dan peralatan kerja digunakan sebaik-baiknya dan seefektif mungkin
- c. Agar semua hasil produksi dipelihara kenyamanannya
- d. Agar adanya jaminan atas pemeliharaan dan peningkatan kesehatan gizi karyawan
- e. Agar meningkat kegairahan, keserasian kerja, dan partisipasi kerja
- f. Agar terhindar dari gangguan kesehatan yang disebabkan oleh lingkungan atau kondisi kerja
- g. Agar setiap pegawai merasa aman dan terlindung dalam bekerja

Adapun usaha yang dapat dilakukan dalam meningkatkan keselamatan dan kesehatan kerja adalah sebagai berikut :

- a. Mencegah dan mengurangi kecelakaan kebakaran atau peledakan
- b. Memberikan peralatan perlindungan diri bagi pegawai yang bekerja pada lingkungan yang menggunakan peralatan yang berbahaya

- c. Mengatur suhu, kelembaban, kebersihan udara, penggunaan warna ruangan kerja, penerangan yang cukup terang dan menyejukkan, dan mencegah kebisingan
- d. Mencegah dan memberikan perawatan terhadap timbulnya penyakit
- e. Memelihara kebersihan dan ketertiban, serta keserasian lingkungan kerja
- f. Menciptakan suasana kerja yang menggairahkan semangat kerja pegawai

3. Dukungan manajemen

Kinerja suatu organisasi dan kinerja individu sangat bergantung pada kemampuan manajerial para manajer atau pimpinan, baik dengan membangun sistem kerja dan membina hubungan yang harmonis maupun dengan mengembangkan kompetensi pekerja. Kemampuan manajerial juga dapat menumbuhkan motivasi dan mobilisasi seluruh karyawan untuk bekerja secara optimal.

Dalam hal ini dukungan manajemen dilakukan oleh atasan langsung dengan melakukan supervisi terhadap stafnya. Supervisi adalah proses yang memacu anggota organisasi untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi dapat tercapai. Supervisi dalam keperawatan dilakukan untuk memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan visi, misi, dan tujuan organisasi serta sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Keliat, dkk, 2006). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Saljan (2005) dan Saefulloh (2009) menunjukkan semakin baik supervisi, semakin baik pula kinerja perawat pelaksana.

Aktivitas pada supervisi adalah mengajarkan, membimbing, mengobservasi, dan mengevaluasi secara terus menerus dengan adil, sabar, serta bijaksana sehingga setiap perawat pelaksana dapat memberikan asuhan keperawatan dengan baik, terampil, aman, cepat, tepat secara menyeluruh sesuai dengan standar. Supervisi bertujuan untuk mengorientasikan, melatih kerja, memimpin, memberikan arahan, dan mengembangkan kemampuan perawat pelaksana (Swansburg, 2000).

Menurut Suarli (2009) seorang supervisor harus memiliki persyaratan sebagai berikut:

- a. Sebaiknya atasan langsung dari yang disupervisi atau apabila hal ini tidak memungkinkan dapat ditunjuk staf khusus dengan batas-batas kewenangan dan tanggung jawab yang jelas
- b. Pelaksana supervisi harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang cukup untuk jenis pekerjaan yang disupervisi
- c. Pelaksana supervisi harus memiliki ketrampilan melakukan supervisi, artinya memahami prinsip-prinsip pokok serta tehnik supervisi
- d. Pelaksana supervisi harus memiliki sifat edukatif dan suportif, bukan otoriter.
- e. Pelaksana supervisi harus mempunyai waktu yang cukup, sabar, dan selalu berupaya meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan perilaku bawahan yang disupervisi

Upaya yang dapat dilakukan dalam rangka mengembangkan kompetensi pekerja, manajemen dapat melakukan hal-hal sebagai berikut :

- a. Mengidentifikasi dan mengoptimalkan pemanfaatan kekuatan, keunggulan dan potensi yang dimiliki oleh setiap pekerja
- b. Mendorong pekerja untuk terus belajar meningkatkan wawasan dan pengetahuannya
- c. Membuka kesempatan yang seluas-luasnya kepada pekerja untuk belajar, baik secara pribadi maupun melalui pendidikan dan pelatihan yang dirancang dan diprogramkan
- d. Membantu setiap orang menghadapi kesulitan dalam melakukan tugas, misalnya dengan memberikan bimbingan, penyuluhan, pelatihan atau pendidikan.

Menurut Kron (1987) peran supervisor adalah sebagai perencana, pengarah, pelatih, dan penilai.

1. Peran sebagai perencana

Seorang supervisor dituntut mampu membuat perencanaan sebelum melaksanakan supervisi. Dalam perencanaan seorang supervisor banyak membuat keputusan

mendahulukan tugas dan pemberian arahan, untuk memperjelas tugasnya untuk siapa, kapan waktunya, bagaimana, mengapa, termasuk memberikan instruksi.

2. Peran sebagai pengarah

Seorang supervisor harus mampu memberikan arahan yang baik saat supervisi. Semua pengarahan harus konsisten dibagiannya dan membantu perawat pelaksana dalam menampilkan tugas dengan aman dan efisien meliputi: pengarahan harus lengkap sesuai kebutuhannya, dapat dimengerti, pengarahan menunjukkan indikasi yang penting, bicara pelan dan jelas, pesannya masuk akal, hindari pengarahan dalam satu waktu, pastikan arahan dapat dimengerti, dan dapat ditindaklanjuti.

Pengarahan diberikan untuk menjamin agar mutu asuhan keperawatan pasien berkualitas tinggi, maka supervisor harus mengarahkan staf pelaksana untuk melaksanakan tugasnya sesuai standar yang ditentukan rumah sakit. Pengarahan sangat penting karena secara langsung berhubungan dengan manusia, segala jenis kepentingan, dan kebutuhannya. Tanpa adanya pengarahan, karyawan cenderung melakukan pekerjaan menurut cara pandang mereka pribadi tentang tugas-tugas apa yang seharusnya dilakukan, bagaimana melakukan dan apa manfaatnya.

3. Peran sebagai pelatih

Seorang supervisor dalam memberikan supervisi harus dapat berperan sebagai pelatih dalam pemberian asuhan keperawatan pasien. Dalam melakukan supervisi banyak menggunakan keterampilan pengajaran atau pelatihan untuk membantu pelaksana dalam menerima informasi. Prinsip dari pengajaran dan pelatihan harus menghasilkan perubahan perilaku, yang meliputi mental, emosional, aktivitas fisik, atau mengubah perilaku, gagasan, sikap dan cara mengerjakan sesuatu.

4. Peran sebagai penilai

Seorang supervisor dalam melakukan supervisi dapat memberikan penilaian yang baik. Penilaian akan berarti dan dapat dikerjakan apabila tujuannya spesifik dan jelas, terdapat standar penampilan kerja dan observasinya akurat. Dalam melaksanakan supervisi penilaian hasil kerja perawat pelaksana saat

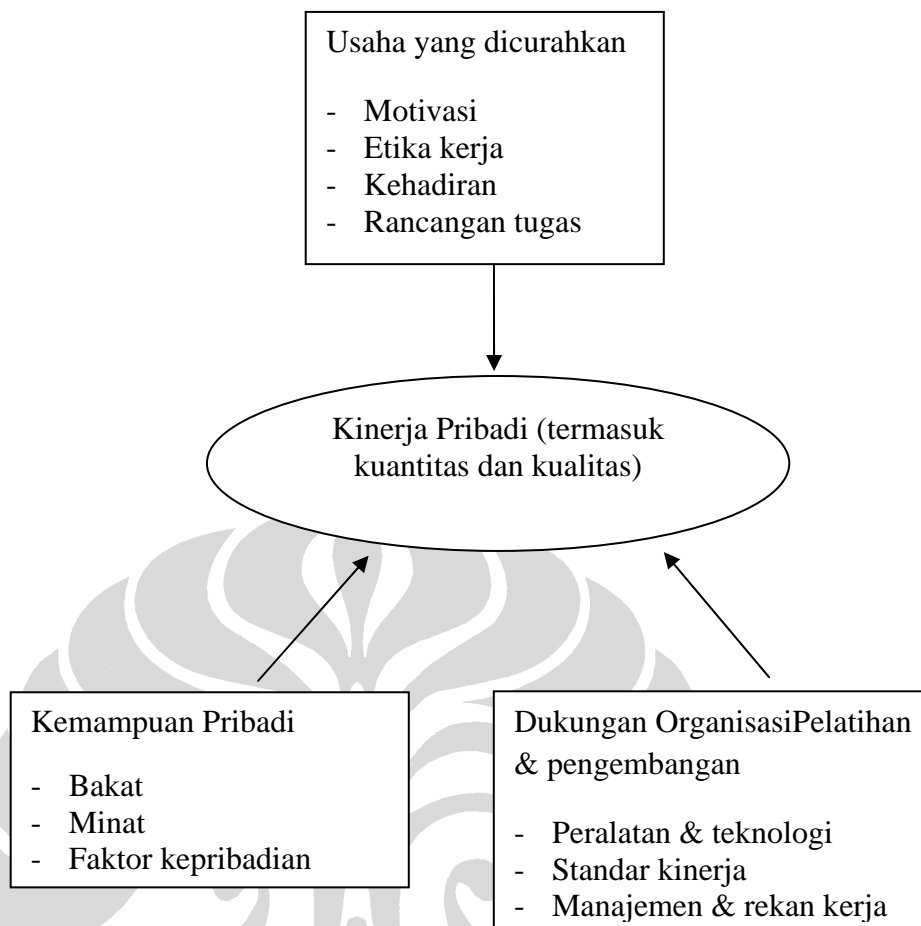
melaksanakan asuhan keperawatan selama periode tertentu seperti selama masa pengkajian. Hal ini dilaksanakan secara terus menerus selama supervisi berlangsung dan tidak memerlukan tempat khusus.

Tempat evaluasi saat melakukan supervisi berada di lingkungan perawatan pasien dan pelaksana supervisi harus menguasai struktur organisasi, uraian tugas, standar hasil kerja, metode penugasan dan dapat mengobservasi staf yang sedang bekerja. Penilaian membuat perawat mengetahui tingkat kinerja mereka (Marquis & Huston, 2010).

Rumah sakit perlu memperhatikan manajemen kinerja. Peran manajer merupakan komponen yang paling penting, karena tanpanya rumah sakit hanya merupakan sekumpulan aktivitas tanpa tujuan. Pemahaman manajer tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan akan membantu manajer dalam memperhatikan dan memaksimalkan faktor-faktor tersebut sehingga tujuan organisasi dengan tujuan pribadi dapat bertemu.

Kaitannya dengan perawatan, peran seorang supervisor sangat berpengaruh bagi kinerja perawat pelaksana. Supervisor tidak hanya menyiapkan kondisi lingkungan kerja yang mendukung dan merancang tugas dengan baik tetapi memastikan tugas tersebut dilaksanakan sesuai standar dan memberikan umpan balik. Sebaik apa pun pengetahuan dan kompetensi yang dimiliki oleh perawat tanpa didukung oleh manajemen supervisor yang baik, maka kinerja perawat tidak akan sesuai dengan yang diharapkan.

Mathis (1997) dalam Hafizurrachman (2009) menyatakan ada tiga faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu: 1) kemampuan pribadi untuk melakukan pekerjaan tersebut, 2) tingkat usaha yang dicurahkan, dan 3) dukungan organisasi. Tiga faktor utama yang mempengaruhi bagaimana pribadi yang bekerja diilustrasikan pada skema 2.1.

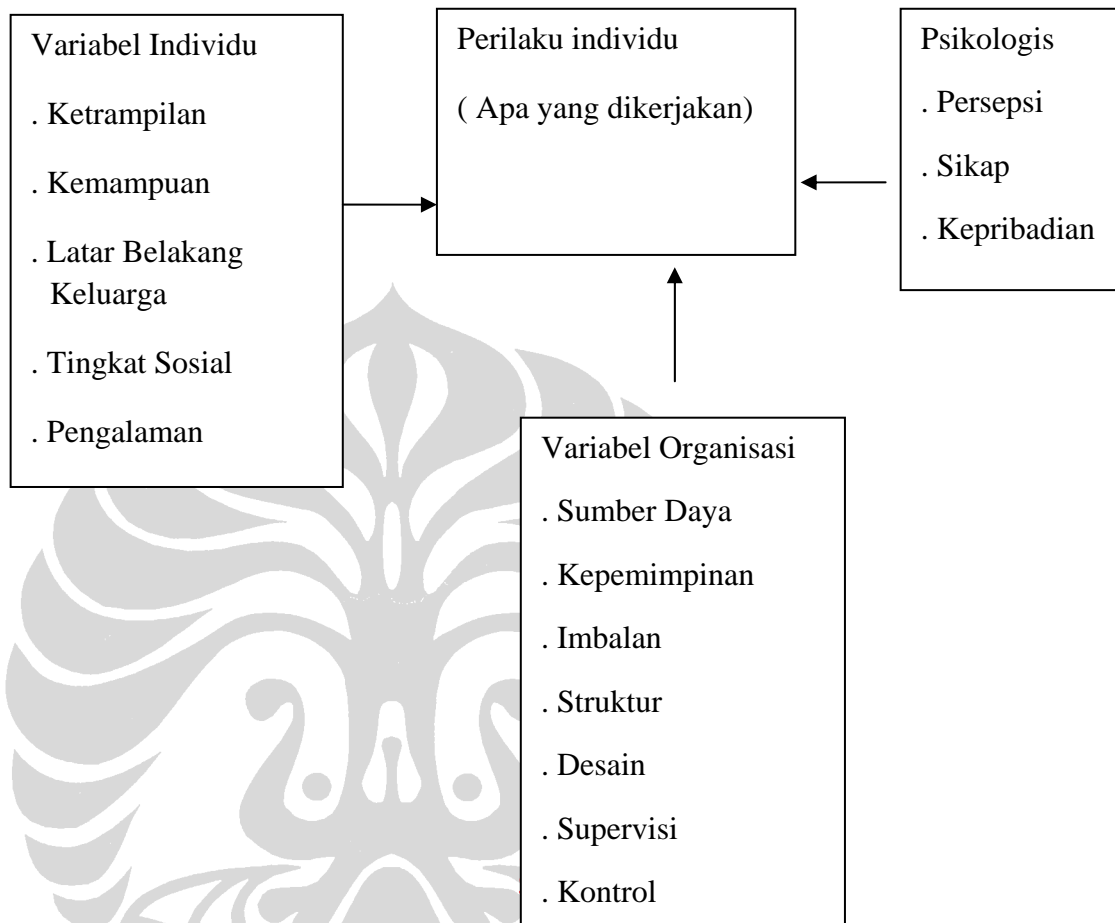


2.1: Komponen kinerja pribadi

Sumber: Robert L. Mathis and John H. Jackson (2006, dalam Hafizurrachman, 2009).

Kinerja pribadi dapat ditingkatkan sampai pada tingkat ketiga komponen yang ada dalam diri karyawan, tetapi kinerja dapat berkurang bila salah satu faktor dikurangi. Selain itu, (Ivancevich & Mataerson, 1990; Gibson, Ivancevic & Donelly, 1997 dalam Ilyas, 2002) mengemukakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja yaitu: faktor individu, organisasi tempat bekerja, dan faktor psikologis. Faktor individu yaitu kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografi. Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Sub variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu.

Faktor organisasi yaitu sumber daya, kepemimpinan, imbalan atau penghargaan, struktur, desain pekerjaan, supervisi dan kontrol. Faktor psikologis yaitu persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. (skema 2.2).



Model Teori Kinerja (Gibson, Ivancevich & donnelly, 1997 dalam Ilyas, 2002)

Faktor yang mempengaruhi kinerja perawat menurut Ilyas (2002) karakteristik individu meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja. Selengkapnya mengenai karakteristik individu, adalah sebagai berikut :

a. Usia

Ada batas usia produktif seseorang dalam usia yang memungkinkan bertahan dengan kekuatan pekerjaannya. Adapula saat terjadi penurunan kemampuan dalam menghasilkan pekerjaan karena bertambahnya usia. Usia produktif menurut Dessler (1997) adalah pada usia 25 tahun yang merupakan awal individu berkarir, dan usia

25-30 tahun merupakan tahap penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut, usia 30-40 tahun merupakan tahap pemantapan pilihan karir untuk mencapai tujuan, dan lama waktu seseorang menentukan pilihan pekerjaan yang cocok adalah 5 tahun (Dessler, 1997).

Kematangan individu dengan penambahan usia berhubungan erat dengan kemampuan analitis terhadap permasalahan atau fenomena yang ditemukan (Siagian, 2002) yang menyatakan bahwa umur mempunyai kaitan erat dengan berbagai segi organisasi, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan dalam arti individu menjadi semakin bijaksana dalam mengambil keputusan bagi kepentingan organisasi. Slameto (2003) menyatakan bahwa kemampuan analitis akan berjalan sesuai dengan penambahan usia, seorang individu diharapkan dapat belajar untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan tertentu sesuai dengan kematangan usia.

Penelitian Handayani (2002) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara usia perawat dengan kemampuan melakukan peran mandiri dalam memberikan asuhan keperawatan. Pernyataan tersebut didukung oleh penelitian Netty (2002) yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara usia perawat pelaksana dengan penerapan proses keperawatan. Namun demikian penelitian Prawoto (2007) dan Rusmiati (2006) menyatakan bahwa usia tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat.

b. Jenis Kelamin

Penelitian Panjaitan (2004) tentang kinerja perawat pelaksana, diperoleh hasil ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan kinerja perawat pelaksana. Namun menurut Robbins (2006), tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja karyawan.

c. Masa Kerja

Robbins (2006) menyatakan, terdapat hubungan yang positif antara senioritas dengan produktivitas seseorang dan berhubungan secara negatif dengan keluar masuknya karyawan. Hasil penelitian Panjaitan (2002) mengatakan bahwa lama bekerja mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja. Namun hasil

penelitian Netty (2002) mengemukakan tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja perawat pelaksana dengan kinerja.

Penelitian untuk mengidentifikasi hubungan antara masa kerja dan kinerja menunjukkan adanya hubungan yang positif antara keduanya. Semakin meningkat masa kerja seseorang semakin meningkat kinerja. Bila usia dan masa kerja diperlakukan secara terpisah, tampaknya masa kerja akan merupakan peramal yang lebih konsisten dan mantap dari kinerja daripada usia kronologis (Robbins, 2001). Studi Lusiani (2004) menunjukkan bahwa kinerja perawat rumah sakit memiliki hubungan yang bermakna dengan pengalaman kerja dalam tahun.

d. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu karakteristik demografi yang dapat mempengaruhi seseorang baik terhadap lingkungan maupun obyek tertentu. Selain itu pendidikan merupakan faktor tidak langsung yang berpengaruh pada kinerja (Ilyas, 2002). Siagian (2009) mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Hasil penelitian Panjaitan (2004) menyimpulkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja. Hal ini selaras dengan hasil penelitian Prawoto (2007) yang menyatakan bahwa pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana.

2.2. Infeksi Nosokomial

2.2.1 Pengertian Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial atau yang disebut sebagai *hospital acquired infection* (HAI) adalah infeksi yang didapatkan dan berkembang selama pasien dirawat di rumah sakit (WHO, 2002). Seseorang mendapatkan Infeksi nosokomial apabila penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak didapatkan tanda-tanda klinis infeksi tersebut (Depkes, 2003). Pada saat penderita dirawat di rumah sakit tidak sedang dalam masa inkubasi penyakit, tanda-tanda klinis infeksi tersebut baru timbul sekurang-kurangnya setelah 3x24 jam sejak mulai perawatan. Infeksi tersebut bukan merupakan infeksi sisa dari infeksi sebelumnya. Apabila saat pasien dirawat di

rumah sakit sudah terlihat adanya tanda-tanda infeksi dan terbukti infeksi didapat bukan dari rumah sakit, tidak bisa disebut sebagai infeksi nosokomial.

Menurut Djojosingito (2001) suatu infeksi dikatakan didapat di rumah sakit apabila :

- a. Waktu mulai dirawat tidak didapatkan tanda klinis infeksi dan tidak sedang dalam masa inkubasi infeksi tersebut
- b. Infeksi sekurang-kurangnya 72 jam sejak mulai dirawat
- c. Infeksi terjadi pada pasien dengan masa perawatan lebih lama dari waktu inkubasi infeksi tersebut
- d. Infeksi terjadi setelah pasien pulang dan dapat dibuktikan berasal dari rumah sakit
- e. Infeksi terjadi pada neonatus yang didapatkan dari ibunya pada saat persalinan atau selama perawatan di rumah sakit

Infeksi nosokomial mudah terjadi karena kondisi tertentu (Widodo, 2004), misalnya :

- a. Rumah sakit merupakan tempat berkumpulnya orang sakit sehingga jumlah dan jenis kuman penyakit yang ada lebih banyak daripada di tempat lain
- b. Orang sakit mempunyai daya tahan tubuh yang rendah sehingga mudah tertular
- c. Di rumah sakit, seringkali penderita dilakukan tindakan invasif mulai dari yang sederhana, misalnya pemberian obat suntikan sampai dengan tindakan yang lebih invasif misalnya operasi
- d. Mikroorganisme yang ada cenderung lebih resisten terhadap antibiotika, akibat penggunaan berbagai macam antibiotika yang seringkali tidak rasional
- e. Adanya kontak langsung antar pasien, atau petugas dengan pasien yang dapat menularkan kuman patogen
- f. Penggunaan alat/peralatan kedokteran yang telah terkontaminasi oleh kuman.

2.2.2 Sejarah Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial atau yang biasa disebut *hospital acquired infection* adalah infeksi yang didapat saat klien dirawat di rumah sakit (WHO, 2002). Infeksi ini bukan merupakan infeksi baru yang terjadi di rumah sakit, namun kasus infeksi nosokomial ini telah dilaporkan oleh negara-negara di seluruh dunia, baik di negara maju maupun negara berkembang. Seperti yang terjadi sebelumnya yaitu :

- a. Tahun 1818 – 1865 rumah sakit di Wina yang digunakan sebagai lahan praktik mahasiswa kedokteran didapatkan data peningkatan angka kematian ibu *post partum*, setelah diteliti ternyata diakibatkan karena tidak dilakukannya tindakan cuci tangan sebelum menolong persalinan (Widodo, 2004);
- b. Tahun 1982 di Jepang, terjadi epidemi oleh kuman *Staphylococcus aureus* yang resisten terhadap antibiotika tertentu. Dugaan yang ada akibat penggunaan *cephalosporine* yang berlebihan (Widodo, 2004);
- c. Tahun 1982, Halley dan kawan-kawan melaporkan adanya peningkatan kejadian infeksi oleh *Methicillin Resistance Staphylococcus Aureus* (MRSA). Di rumah sakit yang ada di Amerika Serikat yang kemungkinan terjadi karena transfer pasien dan karyawan rumah sakit ke rumah sakit lainnya. (Widodo, 2004).

2.2.3 Insiden

Angka kejadian infeksi nosokomial sekitar 36% pada akhir abad 20. Angka kejadian infeksi nosokomial di tahun 1975 adalah 7.2 per 1000 pasien/hari pada tahun 1995 naik menjadi 9.8 per 1000 pasien/hari (Burke, 2003). Angka kejadian infeksi nosokomial cukup tinggi yaitu 5% pertahun atau 9 juta dari 190 juta pasien yang dirawat. Angka kematian akibat infeksi nosokomial ini juga cukup tinggi yaitu 1 juta per tahunnya. Survey yang dilakukan WHO terhadap 55 rumah sakit di 14 negara menunjukkan 8.7% dari rumah sakit tersebut terdapat pasien dengan infeksi nosokomial. Selain itu survey mengatakan bahwa 1.4 juta orang diseluruh dunia menderita infeksi akibat perawatan di rumah sakit (WHO, 2002).

Hasil *survey point* prevalensi dari 11 Rumah Sakit di DKI Jakarta yang dilakukan oleh Perdalim Jaya dan Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta pada tahun 2003 didapatkan angka infeksi nosokomial untuk Infeksi Luka Operasi (ILO) 18.9%, Infeksi Saluran Kemih (ISK) 15.1%, Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) 26.4%, Pneumonia 24.5%, Infeksi Saluran Nafas lain 15.1% serta infeksi lain 32.1%. Namun angka kejadian nasional infeksi nosokomial belum diketahui secara pasti (Depkes R.I, 2008). Sedangkan pada tahun 2000 Departemen Kesehatan Inggris melaporkan 10% dari seluruh rumah sakit di Inggris terjangkit

infeksi nosokomial. Angka rata-rata infeksi nosokomial terjadi 10% di rumah sakit umum, ICU 15-20% , PICU 20-30% (Chen & Chiang, 2007).

2.2.4 Jenis-Jenis Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial yang terjadi pada pasien berpedoman dengan menggunakan kriteria yang dikeluarkan oleh CDC Atlanta (Boyce dan Pittet, 2003 dalam Astuti, 2004), meliputi:

a. Infeksi Luka Operasi (ILO)

Infeksi luka operasi terdiri dari 2 jenis infeksi yaitu infeksi insisi superfisial, infeksi yang terjadi pada daerah insisi dalam waktu 30 hari pasca bedah dan hanya meliputi kulit, sub kutan atau jaringan lain di atas fascia, dan infeksi insisi profunda, infeksi yang terjadi pada daerah insisi dalam waktu 30 hari atau sampai dengan satu tahun pasca bedah, meliputi jaringan lunak yang dalam dari insisi.

b. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Adalah infeksi saluran kemih yang didapat sewaktu pasien dirawat atau sesudah pasien dirawat. Saat masuk rumah sakit pasien belum ada atau tidak dalam masa inkubasi.

c. Infeksi Saluran Pernafasan/ Pneumonia

Infeksi saluran pernafasan/ pneumonia adalah infeksi saluran nafas bagian bawah yang didapat penderita selama penderita dirawat di rumah sakit. Infeksi ini tidak ada sebelumnya atau tidak dalam masa inkubasi pada saat penderita masuk rumah sakit. Angka kejadian nosokomial pneumonia menduduki urutan pertama infeksi nosokomial yang menyebabkan kematian di *intensive care unit* (ICU) dan penyebabnya adalah penggunaan ventilator yang lama. Sedangkan untuk seluruh rumah sakit, infeksi saluran napas/pneumonia menduduki urutan kedua/ketiga dari semua jenis infeksi nosokomial. Tindakan medis yang dapat menyebabkan terjadinya nosokomial pneumonia antara lain pemberian *enteral feeding*, prosedur *suction*, penggunaan ventilator pada saat intubasi yang memungkinkan terdorong flora kuman di orofaring ke trakea, dan trauma pada saat tindakan *suction*.

d. Infeksi luka infus

Adalah infeksi yang terjadi sewaktu atau selama dilakukan tindakan pemasangan infus saat pasien dirawat di rumah sakit.

2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi Nosokomial

Secara umum faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial pada diri pasien terdiri dari 2 (dua) faktor, yaitu faktor endogen dan faktor eksogen. Faktor endogen meliputi usia, jenis kelamin, penyakit penyerta, daya tahan tubuh, kondisi-kondisi lokal. Faktor eksogen meliputi lama penderita dirawat, kelompok yang merawat, alat medis, serta lingkungan (Parhusip, 2005).

WHO (2004) faktor yang berhubungan dengan kejadian infeksi nosokomial adalah tindakan invasif yang dapat menembus barrier, contohnya pemasangan infus, kateterisasi, intubasi, ruangan yang terlalu penuh dengan pasien, kurangnya staf perawat, penyalahgunaan antibiotik, prosedur sterilisasi yang tidak sesuai prosedur, dan ketidakpatuhan petugas kesehatan terhadap prosedur pencegahan infeksi, khususnya mencuci tangan.

Secara umum, faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian infeksi nosokomial adalah sebagai berikut :

1). Usia

Yelda (2003) dalam penelitiannya tentang faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian infeksi nosokomial di beberapa rumah sakit di DKI Jakarta menemukan tidak adanya hubungan yang bermakna antara usia terhadap kejadian infeksi nosokomial.

2). Jenis kelamin

Pada neonatus, bayi dengan berat badan rendah dan berjenis kelamin laki-laki memiliki risiko untuk mendapatkan infeksi nosokomial sebanyak 1,7 kali dibandingkan dengan bayi dengan berat badan rendah yang berjenis kelamin perempuan (Nguyen, 2009).

3). Lama hari rawat

Menurut Yelda (2003) lama hari rawat inap merupakan faktor yang cukup dominan yang dapat mempengaruhi angka kejadian infeksi nosokomial di RS Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

4). Kelas ruang rawat

Kelas ruang rawat merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian infeksi. Hal ini terjadi kemungkinan disebabkan oleh latar belakang dan kondisi kemampuan ekonomi pasien. Lingkungan rumah sakit yang buruk, seperti ventilasi yang tidak adekuat, kerapatan antara satu pasien ke pasien lainnya yang tidak sesuai standar, cahaya yang kurang bisa menjadi sumber infeksi nosokomial (Ahmad, 2002).

5). Komplikasi dan penyakit penyerta

Pasien dengan komplikasi penyakit penyerta sangat rentan mendapatkan infeksi nosokomial, hal ini dihubungkan dengan penurunan daya tahan tubuh (Parhusip, 2005).

6). Penggunaan alat invasif

Semakin lama pemakaian ventilator mekanik, kateter urine, terapi intravena dan infus akan meningkatkan risiko untuk terkena infeksi nosokomial di ruang PICU dan NICU antara lain adalah dengan pemasangan kateter arteri umbilikal, pemberian nutrisi parenteral dan penggunaan ventilasi mekanik (Mireya, 2007).

7). Pemakaian antibiotik

Penggunaan antibiotik baik jenis maupun jumlah yang irasional tanpa menunggu hasil kultur dapat menyebabkan timbulnya infeksi nosokomial. Penelitian Sax (2002, dalam Yelda, 2003) menemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara infeksi nosokomial dan pemaparan antibiotika. Ada hubungan bermakna antara kejadian infeksi nosokomial dengan pemaparan terhadap antibiotik beresiko mendapatkan infeksi 3,45 kali (Yelda, 2003). Adanya organisme patogen yang

resisten terhadap antibiotik tertentu akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi nosokomial.

8). Mikroorganisme

Dari sisi organisme hal yang harus diperhatikan adalah virulensi dari organisme tersebut karena tidak semua organisme memberikan akibat yang sama dan juga kolonisasi, dosis dan infeksi sekunder pada terapi antibiotik dan rendahnya pertahanan tubuh. Kemampuan mikroorganisme untuk dapat menyebabkan infeksi nosokomial tergantung pada virulensi, ketahanan host dan lokasi bagian tubuh yang diakibatkannya (Potter & Perry, 1993).

2.2.6 Pengendalian Infeksi Nosokomial

Menyadari akan bahaya dan masalah yang dihadapi akibat terjadinya infeksi nosokomial, maka diperlukan suatu program pengendalian yang bertujuan untuk menurunkan angka kejadian infeksi nosokomial, mencegah terjadinya infeksi nosokomial dan untuk menjaga keselamatan pasien maupun karyawan rumah sakit.

Dukungan jajaran manajemen sampai staf merupakan hal yang penting mengingat infeksi nosokomial ini merupakan masalah utama yang harus dicegah karena angka nosokomial yang tinggi menunjukkan indikator mutu rumah sakit yang buruk. Selain itu program pengendalian infeksi merupakan program yang kontinue yang sangat bergantung pada kesadaran dan minat yang terus menerus dari seluruh karyawan rumah sakit.

Menurut Depkes (2009) kewaspadaan standar untuk pelayanan bagi pasien, kategori I artinya sangat direkomendasikan untuk seluruh rumah sakit. Kategori I meliputi :

1. Kebersihan tangan/ *hand hygiene*
2. Penggunaan alat pelindung diri, meliputi penggunaan sarung tangan, masker, *goggle* (kaca mata pelindung), face shield (pelindung wajah), gaun
3. Kebersihan peralatan perawatan pasien
4. Pengendalian lingkungan
5. Pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen
6. Kesehatan karyawan/ perlindungan petugas kesehatan

7. Penempatan pasien
8. Hygiene respirasi/ etika batuk
9. Praktek menyuntik yang aman
10. Praktek untuk lumbal punksi

2.2.7 Peran Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Menurut Depkes (1998), upaya pencegahan terhadap terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit dimaksudkan untuk menghindarkan kejadian infeksi selama pasien dirawat di rumah sakit. Dibutuhkan peran petugas kesehatan khususnya perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial dengan menerapkan kewaspadaan umum yang dilakukan melalui tindakan perawat dalam mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, penggunaan alat pelindung diri, dekontaminasi alat-alat, dan pengelolaan limbah padat di ruang rawat inap.

Untuk mengetahui betapa pentingnya upaya pencegahan infeksi nosokomial, berikut ini dijelaskan peran perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan infeksi nosokomial yaitu antara lain mencuci tangan, proses dekontaminasi, dan pengelolaan limbah padat (Depkes, 2009).

2.2.7.1 Cuci tangan

Dari sudut pandang pencegahan dan pengendalian infeksi, cuci tangan adalah cara sederhana pencegahan infeksi yang penting dilakukan pada saat sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. Cuci tangan merupakan proses secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun dan air (Depkes, 2009). Berikut ini dijelaskan tujuan, indikasi, dan prosedur standar cuci tangan.

1. Tujuan :

- a. Menghilangkan seluruh kotoran dan debris serta menghambat atau membunuh mikroorganisme pada kulit
- b. Menekan pertumbuhan bakteri pada tangan
- c. Menurunkan jumlah kuman yang tumbuh dibawah sarung tangan

2. Indikasi :

- a. Segera : setelah tiba di tempat kerja

- b. Sebelum : kontak langsung dengan pasien, menggunakan sarung tangan, menyiapkan obat-obatan, menyiapkan makanan, memberi makan pasien, dan meninggalkan rumah sakit
 - c. Setelah : kontak dengan pasien, melepas sarung tangan, melepas alat pelindung diri, kontak dengan darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi, eksudat, luka, kontak dengan peralatan yang diketahui atau mungkin terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh, menggunakan toilet
3. Prosedur standar :
- a. Basahi tangan setinggi pertengahan lengan bawah dengan air mengalir
 - b. Tuangkan sabun cair 3-5 cc di bagian telapak tangan yang basah
 - c. Ratakan dengan kedua telapak tangan
 - d. Gosok punggung tangan dan sela-sela jari tangan kiri dan tangan kanan dan sebaliknya
 - e. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari
 - f. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
 - g. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
 - h. Gosok dengan memutar ujung jari-jari di telapak tangan kiri dan sebaliknya.
 - i. Bilas kedua tangan dengan air mengalir
 - j. Keringkan dengan handuk sekali pakai atau *tissue towel* sampai benar-benar kering
 - k. Gunakan handuk sekali pakai atau *tissue towel* untuk menutup kran
 - l. Pada cuci tangan aseptik dilarang menyentuh permukaan tidak steril, waktu yang dibutuhkan untuk mencuci tangan antara 5-10 menit

Untuk menghindari tumbuhnya mikroorganisme berkembang biak pada keadaan lembab, maka :

- a. Dispenser sabun harus dibersihkan terlebih dahulu sebelum pengisian ulang
- b. Jangan menambahkan sabun cair kedalam tempatnya bila masih ada isinya, penambahan ini dapat menyebabkan kontaminasi bakteri pada sabun yang dimasukkan

- c. Jangan gunakan baskom isi air untuk mencuci tangan walaupun didalamnya telah diberikan antiseptik, karena mikroorganisme dapat bertahan dan berkembang biak dalam larutan ini.

2.2.7.2 Penggunaan Alat Pelindung Diri

Peran perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial dilakukan melalui penggunaan alat pelindung diri saat melakukan tindakan atau kontak dengan pasien. Alat pelindung diri ini meliputi sarung tangan, masker, alat pelindung mata (pelindung wajah dan kaca mata), topi, gaun, apron dan pelindung lainnya.

2.2.7.3 Dekontaminasi

Adalah menghilangkan mikroorganisme patogen dan kotoran sehingga aman untuk pengelolaan selanjutnya (Depkes, 2009). Agar seorang perawat dapat melakukan dekontaminasi dengan benar, berikut ini dijelaskan tujuan, indikasi, dan prosedur standar dekontaminasi alat kesehatan.

1. Tujuan :
 - a. Mencegah penyebaran infeksi melalui alat kesehatan
 - b. Mematikan mikroorganisme misalnya HIV, HBV, dan kotoran lain yang tidak tampak
 - c. Melindungi petugas dan pasien dari kuman patogen
2. Indikasinya adalah sebagai proses awal :
 - a. Alat kesehatan bekas pakai sebelum dicuci dan diproses lebih lanjut
 - b. Penanganan tumpahan darah atau cairan tubuh lain
 - c. Dekontaminasi meja atau permukaan lain yang mungkin tercemar darah atau cairan tubuh lain
3. Prosedur standar :
 - a. Cuci tangan
 - b. Kenakan sarung tangan rumah tangga, masker, kaca mata/ pelindung wajah

- c. Rendam alat kesehatan segera setelah dipakai dalam larutan desinfektan (klorin 0.5%) selama 10 menit. Seluruh alat harus terendam dalam larutan klorin
- d. Segera bilas dengan air sampai bersih
- e. Lanjutkan dengan pembersihan
- f. Buka sarung tangan, masukkan dalam wadah sementara menunggu dekontaminasi sarung tangan dan proses selanjutnya
- g. Cuci tangan

2.2.7.4 Pengelolaan limbah padat

Pengelolaan limbah padat di ruang perawatan merupakan bagian dari pencegahan infeksi nosokomial. Berikut ini dijelaskan tentang jenis limbah, cara pengelolaan dan penanganan limbah.

1. Jenis limbah

Limbah yang ada di rumah sakit dapat dibagi dua yaitu limbah padat dan limbah cair. Limbah padat yang berasal dari rumah sakit secara umum dibedakan atas :

- a. Limbah medis, yaitu limbah yang kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien dan dikategorikan sebagai limbah risiko tinggi. Limbah medis terdiri dari limbah klinis dan limbah laboratorium. Contoh limbah klinis antara lain kasa, pembalut wanita, potongan tubuh, jarum bekas pakai dan alat infuse bekas pakai, dan kantong drain bekas pakai
- b. Limbah non medis atau limbah rumah tangga yaitu limbah yang tidak kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien, sehingga disebut sebagai limbah risiko rendah

2. Cara pengelolaan limbah

Untuk mengetahui bagaimana cara mengelola limbah padat yang ada di ruangan rawat inap, berikut ini akan dijelaskan mengenai cara penanganan limbah klinis, prosedur pengelolaan limbah, dan indikator penanganan limbah tajam.

3. Cara penanganan limbah

- a. Sebelum dibawa ke tempat pembuangan akhir semua jenis limbah klinis ditampung dalam kantong kedap air, biasanya kantong berwarna kuning
- b. Ikat rapat kantong yang sudah terisi 2/3 penuh

4. Prosedur pengelolaan limbah

- a. Pemilahan limbah sesuai jenis risiko limbah
- b. Semua limbah risiko tinggi harus dilabelkan dengan jelas
- c. Menggunakan kode kantong plastic berbeda warna untuk setiap jenis limbah, misalnya kuning untuk limbah medis dan hitam untuk limbah non medis
- d. Penyimpanan limbah
- e. Apabila 2/3 kantong telah terisi maka kantong harus diikat kuat dan diberi label
- f. Kantong dikelompokkan pada tempat pengumpulan kantong sewarna
- g. Semua tempat sampah yang digunakan untuk meletakkan limbah harus dikosongkan dan dicuci setiap hari

5. Pemisahan limbah

Untuk memudahkan pengelolaan limbah padat maka limbah dipilah-pilah untuk dipisahkan (Djojosingito, 2001). Untuk memisahkan limbah padat ini digunakan kantong berwarna, yaitu kantong kuning untuk limbah medis dan kantong hitam untuk limbah non medis.

6. Indikator penanganan limbah tajam yang aman dan benar, adalah sebagai berikut :

- a. Selalu dibuang ke tempat penampungan sementara
- b. Tidak menyerahkan limbah tajam secara langsung dari orang ke orang
- c. Lindungi jari tangan terhadap bahaya tusukan, contoh dengan menggunakan penjepit

- d. Tidak menyarungkan kembali jarum suntik bekas pakai
- e. Menempatkan segera jarum suntik setelah dipakai pada wadah tahan tusukan sebelum siap dibawa ke tempat pembuangan akhir
- f. Letakkan wadah penampung jarum bekas dekat dengan lokasi tindakan misalnya di ruang tindakan
- g. Tidak meletakkan limbah tajam kedalam wadah lain selain yang tahan tusukan
- h. Menjauhkan tempat penampungan limbah tajam jauh dari jangkauan anak-anak
- i. Agar jangan sampai tumpah, kirim wadah penampung limbah sebelum penuh (2/3 penuh) untuk didekontaminasi atau untuk diinserasi

2.2.8 Pencegahan Infeksi Nosokomial

Menurut Djojosingito (2001) Pencegahan infeksi nosokomial dilakukan dengan penerapan prosedur kewaspadaan standar (*universal precaution*) terhadap semua petugas rumah sakit, meliputi :

1. Cuci tangan

Cuci tangan merupakan standar utama bagi pencegahan infeksi nosokomial.

Kegiatan cuci tangan ini dilakukan pada saat :

- a. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, dalam hal ini saat melakukan tindakan medik dan tindakan keperawatan
- b. Setelah menyentuh darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi dan benda-benda yang terkontaminasi (baik menggunakan sarung tangan maupun tidak)
- c. Gunakan sabun biasa untuk cuci tangan secara rutin selama sedikitnya 15 detik dengan menggunakan air mengalir
- d. Gunakan antiseptik dalam keadaan tertentu, misalnya pada saat kejadian luar biasa.

2. Penggunaan sarung tangan

Sarung tangan adalah alat yang melindungi tangan dari bahan yang dapat menularkan penyakit dan melindungi pasien dari mikroorganisme yang berada ditangan petugas kesehatan. Gunakan sarung tangan pada prosedur yang

kontak dengan darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi dan benda-benda yang terkontaminasi. Setelah sarung tangan dilepas, segera lakukan cuci tangan.

3. Penggunaan masker, pelindung mata dan pelindung wajah

Masker adalah alat penutup hidung mulut dan bagian bawah dagu untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan atau petugas bedah berbicara, batuk, atau bersin serta untuk mencegah percikan darah atau cairan tubuh lainnya memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan. Masker harus dikenakan bila diperkirakan ada percikan atau semprotan dari darah atau cairan tubuh ke wajah. Selain itu, masker menghindari perawat menghirup mikroorganisme dari saluran pernapasan klien dan mencegah penularan patogen dari saluran pernapasan perawat ke klien. Masker bedah melindungi pemakai dari menghirup partikel-besar aerosol yang melintas dalam jarak yang pendek.

Pelindung mata dan pelindung wajah digunakan untuk melindungi petugas dari percikan darah atau cairan tubuh lain. Pelindung mata umumnya terbuat dari plastik bening yang di bagian sisi kanan kirinya terdapat pelindung untuk memastikan tidak ada cairan yang dapat terpercik ke mata petugas.

4. Penggunaan gaun atau apron

Gaun pelindung adalah gaun yang digunakan untuk menutupi atau mengganti pakaian biasa atau seragam lain, pada saat merawat pasien yang diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular. Pemakaian gaun pelindung berfungsi melindungi kulit dan mencegah cipratan pada baju selama melakukan tindakan atau aktivitas perawatan pasien yang berpotensi mencipratkan darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi. Petugas kesehatan harus menggunakan gaun pada saat kontak dengan pasien yang dicurigai menderita penyakit menular. Lepaskan gaun dengan hati-hati untuk meminimalkan kontaminasi terhadap tangan dan seragam dan kemudian menanggalkannya. Setelah gaun dilepas pastikan bahwa pakaian dan kulit petugas kesehatan tidak kontak dengan bagian yang potensial tercemar. Segera lakukan cuci tangan untuk mencegah perpindahan organisme.

5. Pengelolaan peralatan pasien

Peralatan pasien, linen yang terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi harus diperlakukan dengan hati-hati untuk mencegah perpindahan mikroorganisme dari pasien ke petugas dan lingkungan. Sebelum dibawa ke tempat pencucian linen dibersihkan terlebih dahulu dari sampah padat yang menempel, di klasifikasikan sesuai dengan tingkat infeksi, dimasukkan ke dalam kantong tertutup dan diantar ke tempat pencucian linen.

6. Pengelolaan benda tajam yang terkontaminasi

Semua benda tajam yang terkontaminasi dengan darah, harus diperlakukan dengan hati-hati. Hal ini untuk mencegah terlukanya diri sendiri oleh tusukan jarum atau sejenisnya. Jangan biarkan jarum tanpa tutup, dilepaskan dari semprit atau jangan bengkokkan jarum, melainkan harus dibuang ke dalam *sharp containers* yang disediakan.

7. Teknik steril

Semua prosedur steril harus menggunakan teknik aseptik tanpa sentuh (*non touch*).

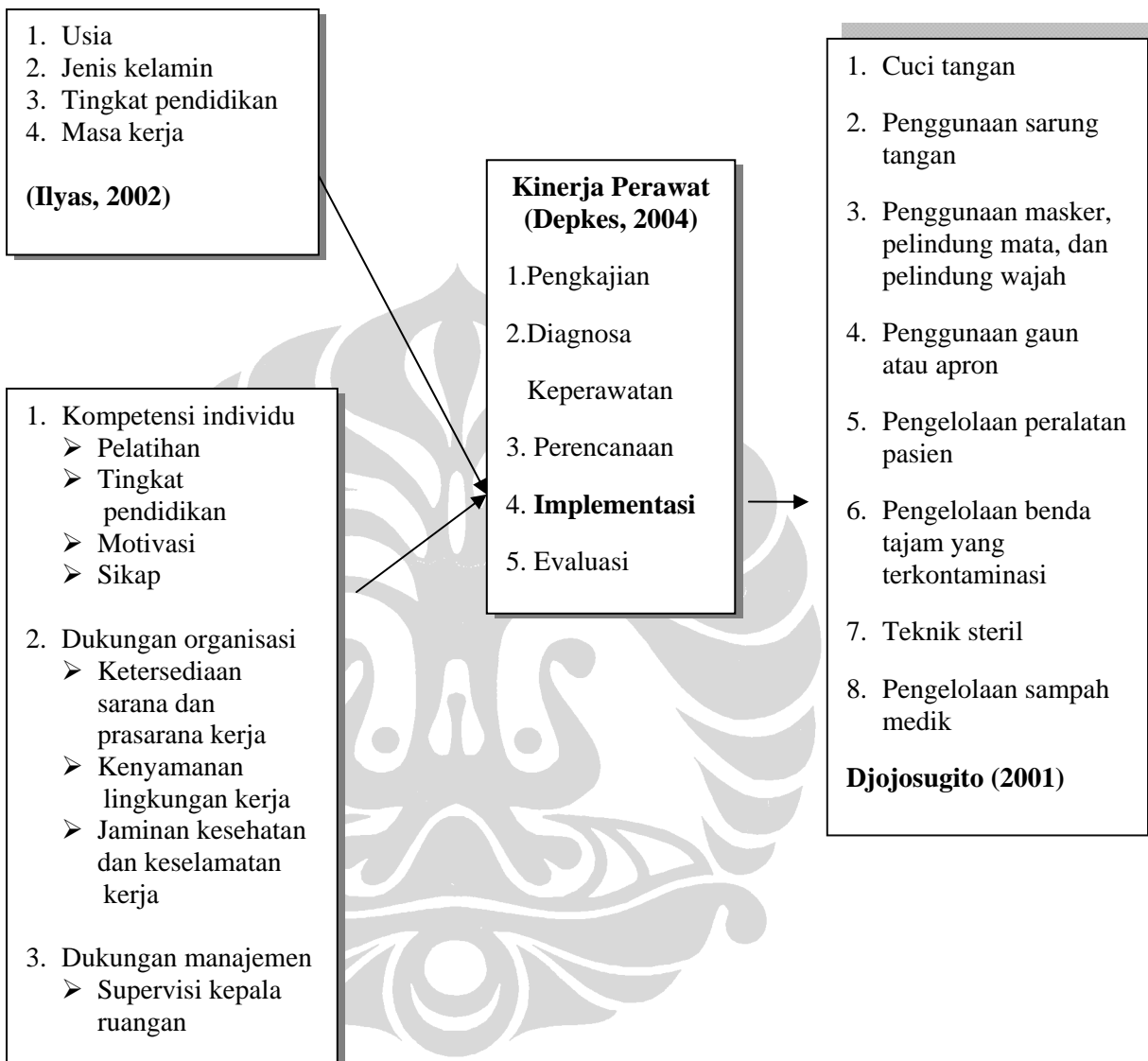
8. Pengelolaan sampah medik

Pembuangan sampah dibedakan menjadi sampah biasa (non infeksi) yang dibuang di kantong hitam dan sampah infeksius ke dalam kantong kuning.

Skema 2.3 Kerangka Teori Penelitian

Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja

Pencegahan Infeksi Nosokomial



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab tiga akan dibahas tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan batas ruang lingkup penelitian dan diagram kerangka konsep menunjukkan keterkaitan antar variabel.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibuat sebagai landasan peneliti dalam melakukan penelitian. Aspek yang diteliti adalah kinerja perawat dengan menggunakan teori kinerja Iyas (2002) dan Simanjuntak (2005). Sedangkan upaya pencegahan infeksi nosokomial diambil berdasarkan teori Djojosingito (2001).

Variabel penelitian adalah objek penelitian, atau apa yang menjadi titik perhatian dalam suatu penelitian (Arikunto, 2006). Variabel dalam penelitian ini terdiri dari faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dan pencegahan infeksi nosokomial.

3.1.1 Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat berdasarkan Iyas, 2002 meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan Simanjuntak (2005), meliputi kompetensi individu (pelatihan, motivasi, dan sikap), dukungan organisasi (ketersediaan sarana dan prasarana kerja, kenyamanan, lingkungan kerja, jaminan kesehatan dan keselamatan kerja), dan dukungan manajemen melalui supervisi kepala ruangan.

3.1.2 Variabel terikat (*dependent*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pencegahan infeksi nosokomial yang berdasarkan Djojosingito (2001).

Skema 3.1

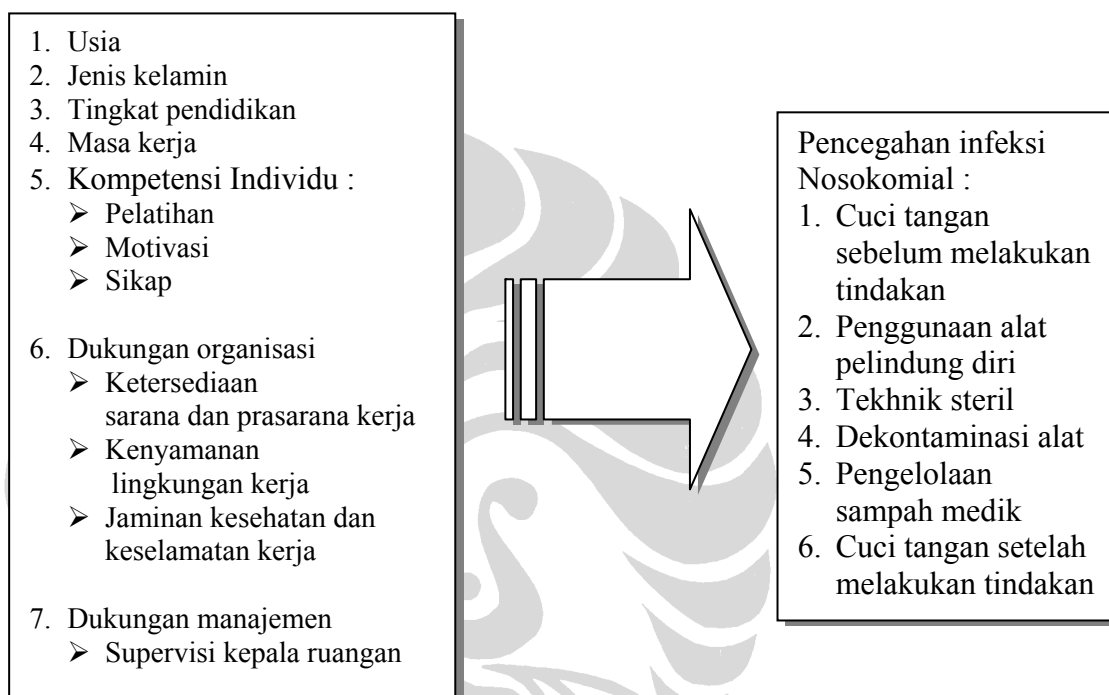
Kerangka Konsep Penelitian

Variable Independen

Faktor yang mempengaruhi kinerja

Variabel Dependen

Kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan Infeksi nosokomial



3.2 Hipotesis Penelitian

Dari kerangka konsep penelitian tersebut di atas, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

3.2.1 Hipotesis mayor

Ada hubungan bermakna antara faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial.

3.2.2 Hipotesis Minor

Ada hubungan bermakna antara :

3.2.2.1 Karakteristik individu dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial

- 3.2.2.2 Kompetensi individu dengan kinerja perawat pelaksana dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial
- 3.2.2.3 Dukungan organisasi dengan kinerja perawat pelaksana dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial
- 3.2.2.4 Dukungan manajemen dengan kinerja perawat pelaksana dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial

3.3 Defenisi Operasional

Definisi operasional untuk masing-masing variabel yang diteliti dapat dilihat pada tabel 3.1 di bawah ini.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel/ Variabel	Sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Independen					
1.Usia		Usia perawat pelaksana dihitung sejak tanggal kelahiran sampai dengan ulang tahun terakhir	Kuisisioner, item pertanyaan	Berdasarkan nilai rerata, dalam tahun 1: $\geq 31,8$ tahun 2: $< 31,8$ tahun	Ordinal
2. Jenis kelamin		Penggolongan perawat yang terdiri dari laki-laki dan perempuan	Kuisisioner, item pertanyaan	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3. Tingkat Pendidikan		Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh perawat dan telah dinyatakan lulus yang dibuktikan dengan ijazah tanda lulus	Kuisisioner, item pertanyaan	1: Rendah (D III) 2. Tinggi (S1 Kep)	Ordinal
4. Masa kerja		Lama bekerja sebagai perawat di rumah sakit yang dihitung dalam tahun	Kuisisioner, item pertanyaan	Berdasarkan nilai rerata, dalam tahun. 1 : $\geq 8,5$	Ordinal

Variabel/ Variabel	Sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
				tahun 2 : < 8,5 tahun	
5. Pelatihan		Pelatihan pencegahan infeksi nosokomial yang pernah diikuti perawat pelaksana	Kuisisioner, item pertanyaan	1 : Pernah 2 : Tidak Pernah	Ordinal
6. Motivasi		Dorongan dari dalam diri perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial	Kuisisioner, 11 pernyataan (8 pernyataan positif, 3 pernyataan negatif). Pernyataan positif, 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang, 1 = tidak pernah Pernyataan negatif : 4 = tidak pernah, 3 = kadang-kadang, 2 = sering, 1 = selalu	Berdasarkan nilai rerata 1: Baik, jika nilai $\geq 33,86$ 2 : Kurang, jika nilai < 33,86	Ordinal
7. Sikap		Tanggapan atau pendapat perawat yang menunjukkan rasa sangat setuju, setuju, kurang setuju, dan tidak setuju terhadap tindakan pencegahan infeksi nosokomial	Kuisisioner, 11 pernyataan (5 pernyataan positif, 6 pernyataan negatif). Pernyataan positif, 4 = sangat setuju,	Berdasarkan median, 1: Baik, jika nilai ≥ 40 2: Kurang, jika nilai < 40	Ordinal

Variabel/ Variabel	Sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
			3 = setuju, 2 = kurang setuju, 1 = tidak setuju Pernyataan negatif : 4 = tidak setuju, 3 = kurang setuju, 2 = setuju, 1 = sangat setuju		
8. Ketersediaan sarana dan prasarana kerja		Sarana dan peralatan yang digunakan perawat dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial meliputi alat kesehatan dan bahan habis pakai	Kuisisioner, 13 pernyataan (7 pernyataan positif, 6 pernyataan negatif). Pernyataan positif, 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = kurang setuju, 1 = tidak setuju Pernyataan negatif : 4 = tidak setuju, 3 = kurang setuju, 2 = setuju, 1 = sangat setuju	Berdasarkan median 1: Baik, jika nilai ≥ 47 1: Kurang, jika nilai < 47	Ordinal
9. Kenyamanan		Lingkungan yang mendukung perawat	Kuisisioner, 8 pernyataan (5	Berdasarkan rerata	Ordinal

Variabel/ Variabel	Sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
lingkungan kerja		dalam melakukan aktivitas kerja	pernyataan positif, 3 pernyataan negatif). Pernyataan positif, 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang- kadang, 1 = tidak pernah . Pernyataan negatif : 4 = tidak pernah, 3 = kadang- kadang. 2 = sering, 1 = selalu	1: Nyaman, jika nilai \geq 27,2 2 : Kurang nyaman, jika nilai $<$ 27,2	
10.Jaminan kesehatan dan keselamatan kerja		Bentuk perlindungan yang diberikan rumah sakit kepada perawat berupa jaminan kesehatan dan keselamatan dalam bekerja	Kuisisioner, 3 pernyataan positif, Pernyataan positif, 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang- kadang, 1 = tidak pernah	Berdasarkan nilai rerata 1: Baik, jika nilai \geq 7,91 2:Kurang, jika nilai $<$ 7,91	Ordinal
11.Supervisi Kepala Ruangan		Supervisi kepala ruangan meliputi aktifitas kepala ruangan dalam memberikan pengajaran,bimbingan melakukan mengobservasi, dan mengevaluasi	Kuisisioner, 11 pernyataan (7 pernyataan positif, 4 pernyataan negatif). Pernyataan positif, 4 = selalu,	Berdasarkan median 1: Baik, jika nilai \geq 31 2:Kurang, jika nilai $<$ 31	Ordinal

Variabel/ Variabel	Sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
		tindakan pencegahan infeksi nosokomial	3 = sering, 2 = kadang-kadang, 1 = tidak pernah . Pernyataan negatif : 4 = tidak pernah, 3 = kadang-kadang. 2 = sering, 1 = selalu.		
Dependen					
Kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial		Pencegahan infeksi nosokomial yang dilakukan oleh perawat pelaksana, yang ditampilkan saat melakukan tindakan pemasangan infus, pemasangan kateter urine, <i>suction</i> , dan perawatan luka	Melalui observasi dengan menggunakan lembar tilik yang berisi 6 item penampilan kerja.	Berdasarkan nilai rerata. 1 : Baik, jika nilai $\geq 12,5$ 2 : Kurang, jika nilai $< 12,5$	Ordinal

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini membahas tentang rancangan penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan pengolahan serta rencana analisa data untuk menegakkan hipotesis penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian atau yang biasa disebut dengan desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sehingga dapat menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan peneliti (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *observasional non eksperimental* dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*). Pengukuran kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial (variabel dependen) dilakukan bersamaan dengan pengukuran variabel independen untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Pengumpulan data baik variabel independen maupun variabel dependen dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*) dilakukan secara bersama-sama (Notoatmodjo, 2010).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana rawat inap RS Haji Jakarta yang berjumlah 179 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi penelitian. Arikunto (2006) menyebutkan bahwa untuk memperoleh sampel yang representatif, pengambilan sampel ditentukan seimbang dengan banyaknya subyek dalam masing-masing wilayah. Penentuan jumlah sampel berdasarkan proporsi perawat pelaksana di 9 (sembilan) ruang rawat inap, dengan menggunakan lotere.

Berdasarkan analisis multivariat yang akan dilakukan pada penelitian ini, maka jumlah sampel yang diambil adalah setiap variabel minimal diperlukan 10 atau 15 responden (Hastono, 2007). Jumlah variabel yang ada dalam penelitian ini adalah 11, sehingga berdasarkan Hastono (2007) maka jumlah sampel yang dibutuhkan adalah $11 \times 10 = 110$ orang. Sampel penelitian adalah perawat pelaksana di 9 (sembilan) ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta.

Adapun kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini adalah :

Perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta, tidak sedang cuti, dan bersedia menjadi responden penelitian.

Kriteria eksklusi sampel dalam penelitian ini adalah perawat *link* (*link nurse*), yaitu perawat pelaksana yang bertanggungjawab memberikan laporan *surveylence* di setiap ruang perawatan.

Proporsi jumlah sampel setelah dilakukan perhitungan untuk masing-masing ruangan didapatkan dari :

$$\frac{\text{Jumlah populasi di ruangan}}{\text{Jumlah total populasi di ruang rawat inap}} \times \text{Jumlah total sampel}$$

Tabel 4.1
Populasi dan Jumlah Sampel Penelitian di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011

No	Ruang Perawatan	Populasi	Jumlah Sampel
1.	Sakinah	19	$19/179 \times 110 = 12$
2.	Istiqomah	22	$22/179 \times 110 = 13$
3.	Hasanah 2	20	$20/179 \times 110 = 13$
4.	Neonatus	10	$10/179 \times 110 = 7$
5.	Syifa	31	$31/179 \times 110 = 18$
6.	Afiah	31	$31/179 \times 110 = 18$
7.	Muzdalifah	10	$10/179 \times 110 = 7$
8.	Amanah	18	$18/179 \times 110 = 11$
9.	ICU	18	$18/179 \times 110 = 11$
	Jumlah	179	110

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini bertempat di RS Haji Jakarta dengan alasan rumah sakit sangat terbuka dengan pendidikan, pelatihan, pengembangan dan penelitian yang berfokus pada dunia keperawatan.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 6 bulan mulai penyusunan proposal, uji coba kuisioner, pengambilan data, pengolahan data, sampai pembuatan laporan penelitian. Proses uji kuisioner dilakukan pada pertengahan bulan Mei 2011 di RSUD Pasar Rebo Jakarta. Pengumpulan data untuk proses penelitian di RS Haji Jakarta dilakukan pada minggu ketiga bulan Mei.

4.5 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan suatu sistem nilai atau norma yang harus dipatuhi oleh peneliti pada saat melakukan penelitian yang melibatkan responden (Polit & Hungler, 2005). Hubungan antara peneliti dengan yang diteliti adalah sebagai hubungan antara orang yang membutuhkan informasi dengan orang yang memberikan informasi. Peneliti sebagai orang yang membutuhkan informasi sebaiknya menempatkan diri lebih rendah dari pihak yang memberikan informasi (Notoatmodjo, 2010). Oleh sebab itu hak-hak responden sebagai pemberi informasi harus didahulukan. Sebagai perwujudan untuk mendahulukan hak responden, maka sebelum pengambilan data atau wawancara dilakukan responden terlebih dahulu diminta untuk mengisi *inform consent*. Penelitian ini telah lolos kaji etik oleh tim uji etik. Etika penelitian yang digunakan pada penelitian ini merujuk pada prinsip etik yaitu sebagai berikut :

4.5.1 *Autonomy*

Individu mempunyai otonomi atau kebebasan untuk membuat keputusan secara sadar dan bebas dari paksaan pihak manapun. Peneliti memberikan kebebasan kepada responden apakah responden bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara suka rela. Tujuan, manfaat dan risiko yang mungkin terjadi pada saat pelaksanaan penelitian dijelaskan pada calon responden sebelum memberikan persetujuan. Setelah setuju, maka calon responden diwajibkan untuk memberikan tanda tangan pada lembar persetujuan atau *inform consent* (lampiran 1). Responden juga diberikan kebebasan untuk mengundurkan diri pada saat berjalannya penelitian

apabila responden menginginkannya.

4.5.2 Confidentiality

Peneliti mempertahankan prinsip kerahasiaan, kuisioner diberikan dalam amplop terbuka, setelah responden mengisinya dimasukkan kembali dalam amplop dalam keadaan tertutup. Setelah itu kuisioner dimasukkan dalam keranjang yang telah disediakan oleh peneliti di setiap ruangan *nurse station*.

4.5.3 Data Protection

Instrumen yang telah diisi kemudian diolah, setelah selesai instrumen dihancurkan. Hasil olah data disimpan oleh peneliti dan hanya peneliti yang dapat mengaksesnya. Setelah penelitian selesai, data dihancurkan oleh peneliti.

4.5.4 Beneficence

Prinsip ini dilakukan dengan maksud penelitian yang dilakukan membawa manfaat yang besar khususnya bagi institusi yang diteliti. Hasil penelitian ini sangat bermanfaat bagi manajemen rumah sakit, khususnya bagi komite pencegahan dan penanggulangan infeksi dalam meningkatkan kinerjanya dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta.

4.5.5 Potential Harm

Selama penelitian berlangsung peneliti berusaha sebisa mungkin untuk membuat kondisi normal terutama saat melakukan penilaian kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial yang dilakukan melalui pengamatan. Kondisi ini tetap dipertahankan agar responden tetap merasa aman dan nyaman, tidak merasa diawasi atau di interogasi sehingga responden dapat beraktivitas seperti biasa.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh dari hasil pengisian kuisioner responden serta hasil pengamatan yang dilakukan oleh *link nurse* sebagai asisten peneliti.

- a. Kuesioner tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja meliputi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja), kompetensi individu (pelatihan, motivasi, sikap), dukungan organisasi

(ketersediaan sarana dan prasarana kerja, kenyamanan lingkungan kerja, jaminan kesehatan dan keselamatan kerja) dan dukungan manajemen dalam hal ini supervisi kepala ruangan. Kuisisioner dibuat sendiri oleh peneliti dan sebagian mengadopsi dari peneliti lain dan dibuat berdasarkan variabel-variabel dari faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja berdasarkan teori kinerja (Ilyas, 2002) dan teori kinerja Simanjuntak (2005).

- b. Lembar tilik pengamatan tindakan yang dilakukan oleh perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial menurut (Djojosingito, 2001).

4.6.1 Instrumen faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat

Pertanyaan pada kuisisioner mencakup usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, sedangkan pernyataan kompetensi individu meliputi pelatihan, motivasi dan sikap yang terdiri dari 1 pertanyaan dan 22 pernyataan. Dukungan organisasi meliputi : penyediaan sarana dan prasarana kerja, kenyamanan lingkungan kerja, dan jaminan kesehatan dan keselamatan kerja terdiri dari 24 item pernyataan. Dukungan manajemen meliputi supervisi kepala ruangan kepada perawat pelaksana terhadap pencegahan infeksi nosokomial terdiri dari 11 item pernyataan.

Kuisisioner terdiri dari 5 item pertanyaan dan 57 item pernyataan dalam bentuk pertanyaan positif dan pertanyaan negatif. Pengukuran menggunakan skala likert dengan empat kriteria, yaitu pernyataan positif: 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang, 1 = tidak pernah serta 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = kurang setuju, 1 = tidak setuju . Sedangkan untuk pernyataan negatif: 4 = tidak pernah, 3 = kadang-kadang, 2 = sering, 1 = selalu serta 4 = tidak setuju, 3 = kurang setuju, 2 = setuju, 1 = tidak setuju.

Tabel 4.2
Kisi-kisi Pernyataan Kuesioner Faktor-faktor yang Mempengaruhi
Kinerja Perawat Pelaksana

Variabel/Sub Variabel	Pernyataan Positif	Pernyataan Negatif	Jumlah
Motivasi	1,2,5,6,7,9,10,11	3,4,8	11
Sikap	35,37,41,42,43	34,36,38,39,40,44	11
Ketersediaan sarana dan prasarana kerja	45,47,49,50,51,56,57	46,48,52,53,54,55	13
Kenyamanan lingkungan kerja	12,13,15,16,18	14,17,19	8
Jaminan kesehatan dan keselamatan kerja	20,21,22		3
Supervisi Kepala ruangan	23,24,25,26,27,31,32	28,29,30,33	11
Jumlah			57

4.6.2 Lembar tilik pencegahan infeksi nosokomial

Lembar tilik digunakan untuk mengamati kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial yang terdiri dari 6 item pencegahan infeksi nosokomial, meliputi cuci tangan sebelum melakukan tindakan, penggunaan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan, melakukan dekontaminasi alat kesehatan setelah selesai melakukan tindakan, mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, serta cuci tangan setelah melakukan tindakan. Pengamatan dilakukan sebanyak 1 (satu) kali untuk setiap responden saat melakukan tindakan pemasangan infus, pemasangan kateter urine, *suction*, dan perawatan luka. Setiap item diberi bobot berdasarkan kategori (Depkes, 2009). Kategori I adalah tindakan kewaspadaan standar pencegahan infeksi nosokomial yang direkomendasikan untuk seluruh rumah sakit, meliputi cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, penggunaan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan, masing-masing diberi bobot 4. Sedangkan melakukan dekontaminasi alat kesehatan setelah selesai melakukan tindakan dan mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya masing-masing diberi bobot 2.

Tabel 4.3
Kisi-kisi Daftar Tilik

Pencegahan infeksi nosokomial	Bobot
1. Cuci tangansebelum melakukan tindakan	4
2. Penggunaan alat pelindung diri	4
3. Mempertahankan prinsip steril	4
4. Melakukan dekontaminasi alat	2
5. Mengelola sampah medis	2
6. Cuci tangan setelah melakukan tindakan	4
Total Bobot	20

4.7 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan data yang akurat dan obyektif (Hastono, 2007). Uji instrumen mencakup pengkajian pemahaman responden terhadap isi kalimat, mengukur reliabilitas dan validitas kuisisioner. Reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen penelitian konsisten dalam memberikan penilaian atas apa yang diukur sehingga dapat dipercaya. Validitas menunjuk pada ketepatan alat ukur yang berarti instrumen penelitian itu benar-benar mengukur apa yang seharusnya diukur (Notoatmodjo, 2010).

Uji validitas dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Teknik korelasi yang digunakan korelasi *Pearson Product Moment* (Hastono, 2007). Keputusan uji membandingkan nilai r hasil tiap item pernyataan dengan r tabel. Nilai r hasil dilihat pada kolom *Corrected item-Total Correlation* dan nilai r tabel dilihat pada tingkat kemaknaan 5%. Apabila r hasil $\geq r$ tabel maka item pernyataan tersebut valid dan sebaliknya bila r hasil $< r$ tabel maka pernyataan tersebut tidak valid. Item pernyataan yang tidak valid, selanjutnya akan dihilangkan atau diubah.

Uji instrumen dilakukan di Rumah Sakit Pasar Rebo Jakarta, pada pertengahan bulan Mei 2011. Sebelum kuisisioner disebar untuk dilakukan uji, komite keperawatan Rumah Sakit Pasar Rebo meminta peneliti untuk mempresentasikan proposal penelitian di depan Kepala Bidang Keperawatan dan seluruh kepala ruangan. Peneliti melakukan uji instrumen di 2 (dua) ruang rawat inap dengan jumlah instrumen yang

disebar berjumlah 30 buah instrumen.

Nilai r tabel koefisien dengan korelasi *Pearson Product Moment* untuk sampel 30 orang ($df=n-2=28$) dengan tingkat kemaknaan 5% adalah 0,362. Dari 80 item pernyataan, hanya 57 item pernyataan yang valid dengan nilai r hasil (0,267-0,658). Item yang sudah valid secara bersama-sama diukur reliabilitasnya. Uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan *Alpha Cronbach's* dengan r table. Apabila *Alpha Cronbach's* $\geq r$ tabel maka instrumen tersebut reliabel, dan sebaliknyaabila *Alpha Cronbach's* $< r$ tabel maka instrumen tersebut tidak reliabel.

Hasil uji reliabilitas nilai *Alpha Cronbach's* (0,691-0,8178) $\geq r$ table (0,362).

4.8. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara penyebaran kuisisioner faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dan melalui pengamatan pencegahan infeksi nosokomial yang dilakukan oleh perawat pelaksana melalui tindakan pemasangan infus, pemasangan kateter urine, *suction*, dan perawatan luka.

Pengamatan dilakukan tanpa proses persetujuan responden, dengan alasan bila responden mengetahui kegiatannya akan diobservasi oleh observer maka dikhawatirkan hasilnya akan bias. Pengamatan dilakukan secara langsung menggunakan indera penglihatan, tanpa bantuan alat pengamat seperti kamera atau video. Dalam melakukan penelitian dengan metode pengamatan/observasi seringkali antara peneliti dengan *numerator* (pengumpul data) dapat terjadi perbedaan persepsi terhadap kejadian yang diamati. Untuk itu telah dilakukan uji *interrater reliability* yang bertujuan untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan petugas asisten peneliti. Alat yang digunakan untuk uji *interrater* adalah uji statistik *Kappa*.

Tabel 4.4
Hasil Uji Interrater Reliability

Numerator	Koefisien Kappa
1. Sakinah	0,657
2. Istiqomah	0,657
3. Hasanah 2	0,672
4. Neonatus	0,657
5. Syifa	0,672
6. Afiah	0,672
7. Muzdalifah	0,657
8. Amanah	0,657
9. ICU	0,672

Hasil uji *interrater reliability* didapatkan hasil koefisien *Kappa* 0,657-0,672, kesimpulannya tidak ada perbedaan persepsi antara peneliti dengan numerator.

Penelitian dilakukan melalui prosedur pengumpulan data yang terdiri atas prosedur administratif dan prosedur teknis. Secara rinci penjelasan dari prosedur pengumpulan data penelitian dijelaskan sebagai berikut :

4.6.2 Prosedur Administrasi

Peneliti menyampaikan surat izin penelitian dari FIK UI kepada Direktur Rumah Sakit Haji Jakarta, melalui Bagian Diklat. Pada saat yang bersamaan peneliti juga menyampaikan secara lisan kepada komite keperawatan Rumah Sakit Haji Jakarta tentang maksud kedatangan. Komite menerima dengan baik, selanjutnya peneliti mohon izin kepada komite untuk dapat memfasilitasi pertemuan dengan kepala ruangan untuk menyampaikan teknis pelaksanaan penelitian.

4.6.3 Prosedur Teknis

Setelah peneliti mendapatkan izin dari Direktur Rumah Sakit Haji Jakarta, difasilitasi komite keperawatan peneliti melakukan pertemuan dan presentasi di depan kepala ruangan Rumah Sakit Haji Jakarta tentang teknis pelaksanaan penelitian yang akan dilakukan, serta prosedur pendistribusian kuesioner ke seluruh perawat pelaksana pada tanggal yang dilakukan pada tanggal 23 Mei 2011.

Kuesioner dibagikan peneliti kepada perawat pelaksana didampingi oleh kepala ruangan di setiap ruang rawat inap dan ICU dalam amplop terbuka. Kuesioner yang sudah diisi oleh responden dimasukkan kembali dalam amplop dalam keadaan tertutup dan dimasukkan dalam keranjang yang bertuliskan tempat kuisisioner penelitian. Hasil pengamatan yang dilakukan oleh *link nurse* kepada responden penelitian dimasukkan kedalam amplop coklat yang disediakan oleh peneliti. Untuk mempermudah peneliti untuk mengambil hasilnya, maka amplop coklat tersebut juga dimasukkan dalam keranjang yang sama dengan tempat penampungan kuisisioner yang telah diisi.

Untuk memaksimalkan pengembalian kuisisioner, dan hasil pengamatan hampir setiap hari peneliti datang untuk melakukan pengambilan kuisisioner yang telah diisi oleh responden. Kuisisioner disebar sebanyak 124 buah dan kembali 120 buah, 111 dalam keadaan lengkap terisi, 9 buah tidak terisi dengan lengkap. Seluruh kuisisioner kumpul dalam waktu kurang lebih 1 (satu) minggu.

Peneliti juga menjalin komunikasi dengan *link nurse* sebagai asisten peneliti di masing-masing ruangan. Komunikasi dilakukan melalui telepon, SMS atau bertemu langsung untuk menginformasikan nama responden yang telah mengisi kuisisioner dengan lengkap. Hal ini perlu dilakukan untuk memastikan responden yang ikut dalam penelitian. Dari 111 orang yang mengisi kuisisioner dengan lengkap, ada 1 (satu) orang responden yang cuti hamil dan belum sempat dilakukan pengamatan. Hasil pengamatan terkumpul dengan lengkap dalam waktu 3 (tiga) minggu. Dengan demikian total jumlah responden dalam penelitian ini adalah 110 orang.

4.9 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Pengamatan/ Observasi

Dalam penelitian ini penilaian kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial dilakukan melalui metode pengamatan langsung. Kinerja perawat pelaksana yang diamati ada 6 (enam) point, yaitu :

- 1) Cuci tangan sebelum melakukan tindakan
- 2) Menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan
- 3) Mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan

- 4) Melakukan dekontaminasi alat kesehatan yang digunakan setelah melakukan tindakan
- 5) Mengelola sampah medis setelah melakukan tindakan
- 6) Mencuci tangan setelah melakukan tindakan

b. Pengumpul Data

Pengumpul data dalam penelitian ini terdiri dari peneliti sendiri dibantu oleh perawat *link/ link nurse* sebagai asisten peneliti yang diambil dari setiap ruangan. *Link nurse* yang dijadikan sebagai asisten peneliti telah melalui uji *interrater reliability*, sehingga dianggap memiliki kemampuan yang setara dengan peneliti dalam melakukan pengamatan.

c. Waktu Pengumpulan Data

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan selama kurang lebih 4 (empat) minggu, mulai pertengahan Mei 2011 sampai dengan pertengahan Juni 2011. Pelaksanaan pengamatan/ observasi dilakukan pada pagi, siang, dan malam tergantung kapan tindakan dilakukan oleh perawat pelaksana yang menjadi responden dalam penelitian ini.

4.10 Pengolahan dan Analisa Data

Data yang telah terkumpul dari hasil pengisian kuisisioner dan hasil pengamatan selanjutnya diolah dan dilakukan analisa data. Pengolahan data menurut Hastono (2007) dan Notoatmodjo (2010) yang dilakukan meliputi tahapan:

Pengolahan data yang dilakukan meliputi tahapan sebagai berikut (Hastono, 2007):

- a. Pemeriksaan data (*editing*). Peneliti melakukan pengecekan isian kuesioner yang telah diserahkan responden setiap hari selama penelitian setelah ada kuesioner yang telah selesai diisi responden. Kuesioner yang tidak lengkap terisi berjumlah 9 (sembilan) buah, sehingga dikeluarkan untuk tidak dilakukan analisis.
- b. Pembuatan kode (*coding*). Peneliti melakukan pengkodean terhadap data yang sudah diedit pada tanggal 25 Mei sampai 14 Juni 2011 sehingga lebih sederhana dan memudahkan pengolahan data sesuai kriteria yang ditentukan.
- c. *Entry*. Proses *entry* data dari kuesioner ke paket program komputer dilakukan sejak 30 Mei-14 Juni 2011 sehingga dapat dilakukan analisis.
- d. *Cleaning*. Pengecekan kembali data yang *dientry* dilakukan pada tanggal 14-15

Juni 2011 untuk memastikan tidak terjadi kekeliruan.

4.10.1 Analisis data

4.10.1.1 Analisis data univariat

Analisis univariat pada penelitian ini dilakukan pada tiap-tiap variabel dan disajikan dalam bentuk frekuensi dan prosentase. Analisis univariat bertujuan untuk mendapatkan gambaran deskriptif tiap variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini berbentuk data katagorik yang dilakukan pada variabel independen yaitu faktor yang mempengaruhi kinerja meliputi karakteristik individu (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja), kompetensi individu (pelatihan, motivasi, sikap), dukungan organisasi (ketersediaan sarana dan prasarana kerja, kenyamanan lingkungan kerja, jaminan kesehatan dan keselamatan kerja), dan dukungan manajemen melalui supervisi kepala ruangan dengan variabel dependen yaitu kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Penyajian analisis univariat menggunakan frekuensi dan persentase.

4.10.1.2 Analisis data bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel dependen dan independen (Hastono, 2007). Pemilihan uji statistik yang digunakan berdasarkan pada jenis data serta jumlah variabel yang diteliti. Pada penelitian ini dilakukan uji *Chi square* karena variabel independen berbentuk data katagorik dan dependennya katagorik.

Uji *Chi square* menggunakan rumus sebagai berikut:

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$df = (k-1)(b-1)$$

Keterangan:

X = *Chi square*

O = nilai observasi

E = nilai ekspektasi

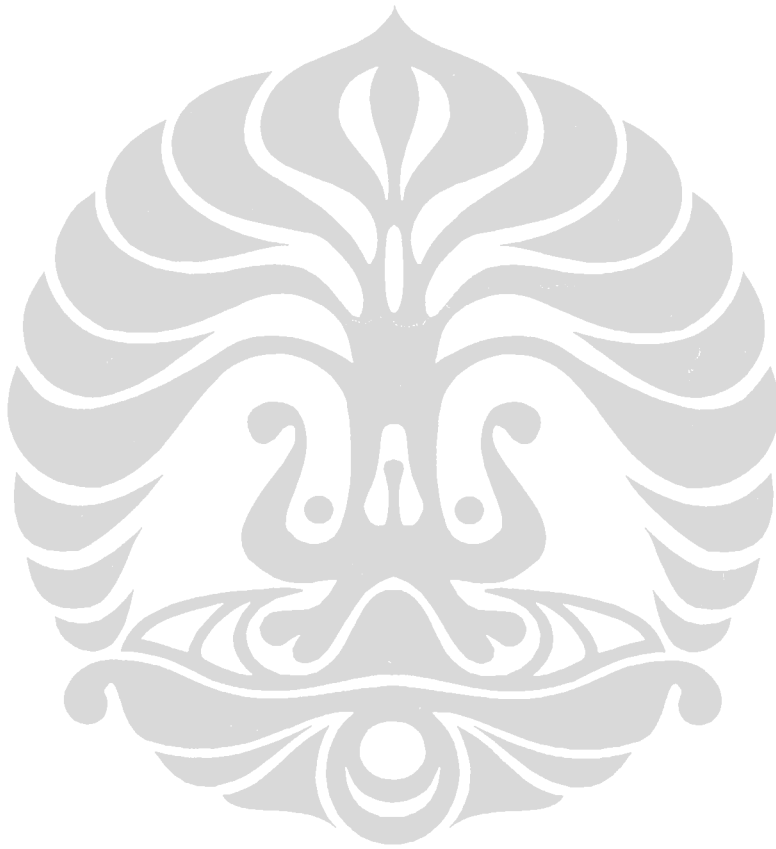
K = jumlah kolom

B = jumlah baris

df= derajat kebebasan

Dengan batas kemaknaan (α) yang digunakan adalah 0,05, maka:

- 1) Apabila nilai $p \leq 0,05$, menunjukkan adanya hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen.
- 2) Apabila nilai $p > 0,05$, menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Penyajian hasil penelitian ini melalui meliputi analisis univariat dan bivariat.

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan dengan tujuan mendapatkan gambaran deskriptif dari faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta.

5.1.1 Gambaran Karakteristik Individu

Gambaran karakteristik individu yang juga merupakan bagian dari faktor yang mempengaruhi kinerja dapat dilihat pada tabel 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.1
Gambaran Perawat Pelaksana Berdasarkan Karakteristik Individu
di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta
Tahun 2011 (N=110)

No	Variabel	Kategori	n	%
1.	Usia	1. $\geq 31,8$ tahun	55	50%
		2. $< 31,8$ tahun	55	50%
2.	Jenis Kelamin	1. Pria	15	13,6
		2. Wanita	95	86,4
3.	Tingkat Pendidikan	1. D III Keperawatan	92	83,6
		2. S1 Keperawatan/ Nurse	18	16,4
4.	Masa Kerja	1. $\geq 8,5$ tahun	61	55,5
		2. $< 8,5$ tahun	49	44,5

1. Usia

Usia responden berdasarkan nilai rerata 31,8 tahun data berdistribusi normal, SD 0,502 dengan CI 95%. Selanjutnya usia dikategorikan berdasarkan nilai rerata \geq

31,8 tahun berjumlah 55 orang (50%) dan usia < 31,8 tahun berjumlah 55 orang (50%).

2. Jenis kelamin

Dari olah data hasil penelitian didapatkan bahwa jenis kelamin pria sebanyak 15 orang (13,6%), sedangkan jenis kelamin wanita sangat mendominasi yaitu sebanyak 95 orang (86,4%).

3. Tingkat pendidikan

Didapatkan tingkat pendidikan D III Keperawatan sebanyak 92 orang (83,6%), sedangkan tingkat pendidikan S1 Keperawatan/*Nurse* sebanyak 18 orang (16,4%).

4. Masa Kerja

Masa kerja responden memiliki nilai *median* 8,5 tahun, data terdistribusi tidak normal. Selanjutnya untuk kepentingan analisis data, masa kerja dibagi dalam 2 (dua) kelompok yaitu, masa kerja \geq 8,5 tahun berjumlah 61 orang (55,5%) dan < 8,5 tahun berjumlah 49 orang (44,5%).

5.2.2 Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dapat dilihat pada tabel 5.2 setelah halaman berikut ini.

Tabel 5.2 Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011(N=110)

No	Variabel	Kategori	n	%
1.	Pelatihan	1. Pernah	73	66,4
		2. Belum Pernah	37	33,6
2.	Motivasi	1. Baik	53	48,2
		2. Kurang	57	51,8
3.	Sikap	1. Baik	62	56,4
		2. Kurang	48	43,6
4.	Ketersediaan sarana dan prasarana kerja	1. Baik	59	53,6
		2. Kurang	51	46,4
5.	Kenyamanan lingkungan kerja	1. Nyaman	61	55,5
		2. Kurang nyaman	49	44,5
6.	Jaminan kesehatan dan keselamatan kerja	1. Baik	50	45,5
		2. Kurang	60	54,5
7.	Supervisi kepala ruangan	1. Baik	57	51,8
		2. Kurang	53	48,2

1. Pelatihan

Didapatkan sebanyak 73 orang (66,4%) pernah mengikuti pelatihan pencegahan dan penanggulangan infeksi, sedangkan 37 orang (33,6%) belum pernah mengikuti pelatihan.

2. Motivasi

Motivasi perawat diukur melalui dorongan dari dalam dirinya saat melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Motivasi kerja secara umum artinya semangat yang dimiliki perawat pelaksana dalam melakukan pekerjaannya sebagai perawat, keinginan untuk terus memperbaharui kemampuan dan pengetahuan yang dimilikinya melalui buku dan internet, semangat dalam mengikuti

pelatihan, serta keinginan untuk selalu melakukan pencegahan infeksi nosokomial dalam tindakannya sebagai perawat.

Berdasarkan hasil penelitian motivasi responden dalam pencegahan infeksi nosokomial, perawat dengan motivasi baik berjumlah 53 orang (48,2%) dan perawat dengan motivasi kurang berjumlah 57 orang (51,8%). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sebagian besar perawat memiliki motivasi kurang dalam pencegahan infeksi nosokomial.

3. Sikap

Sikap perawat pelaksana tentang pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap di ukur dengan menanyakan pandangan atau pendapat responden terhadap pernyataan tentang tindakan pencegahan infeksi nosokomial dengan menggunakan skala *likert*. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa perawat dengan sikap baik berjumlah 62 orang (56,4%), perawat dengan sikap kurang berjumlah 48 orang (43,6%). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap baik dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial.

4. Ketersediaan sarana dan prasarana kerja

Ketersediaan sarana dan prasarana kerja yang digunakan untuk melakukan pencegahan infeksi nosokomial diukur melalui pernyataan tentang segala sesuatu khususnya ketersediaan peralatan yang dapat digunakan dalam pencegahan infeksi nosokomial. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 59 orang (53,6%) perawat mengatakan bahwa sarana dan prasarana kerja yang digunakan dalam pencegahan infeksi nosokomial adalah baik, sedangkan 51 orang (46,4%) perawat mengatakan bahwa sarana dan prasarana kerja yang digunakan dalam pencegahan infeksi nosokomial adalah kurang. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sarana dan prasarana kerja yang digunakan dalam pencegahan infeksi nosokomial adalah baik.

5. Kenyamanan lingkungan kerja

Kenyamanan lingkungan diukur melalui 8 (delapan) pernyataan dalam instrumen penelitian. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 61 orang (55,5%) perawat merasakan lingkungan kerja yang nyaman, sedangkan 49 orang (44,5%) orang perawat merasakan lingkungan kerja yang kurang nyaman. Dengan demikian dapat disimpulkan perawat merasakan kenyamanan saat melaksanakan tugas.

6. Jaminan kesehatan dan keselamatan kerja

Jaminan kesehatan dan keselamatan kerja diukur melalui pernyataan tentang jaminan kesehatan dan keselamatan kerja yang diberikan oleh rumah sakit kepada perawat. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 50 orang (45,5%) perawat mengatakan jaminan kesehatan dan keselamatan kerja yang diberikan baik, sedangkan 60 orang (54,5%) perawat mengatakan jaminan kesehatan dan keselamatan yang diberikan adalah kurang. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa jaminan kesehatan dan keselamatan kerja yang diberikan oleh rumah sakit adalah kurang.

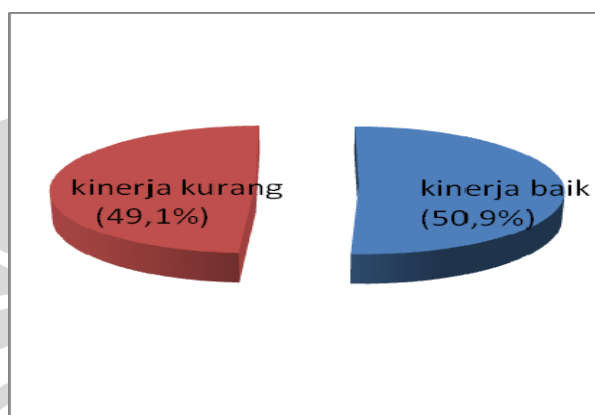
7. Supervisi kepala ruangan

Supervisi kepala ruangan diukur melalui pernyataan tentang aktivitas kepala ruangan dalam mengarahkan, membimbing, mengobservasi, dan mengevaluasi responden dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan sebanyak 57 orang (51,8%) perawat mendapatkan supervisi yang baik dalam pencegahan infeksi nosokomial dari kepala ruangan, sedangkan sebanyak 53 orang (48,2%) perawat kurang mendapatkan supervisi dalam pencegahan infeksi nosokomial. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa bahwa kepala ruangan melakukan supervisi yang baik dalam pencegahan infeksi nosokomial.

5.2.3 Gambaran Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Gambaran kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta tampak pada diagram 5.1 di bawah ini.

Diagram 5.1
Gambaran Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110)



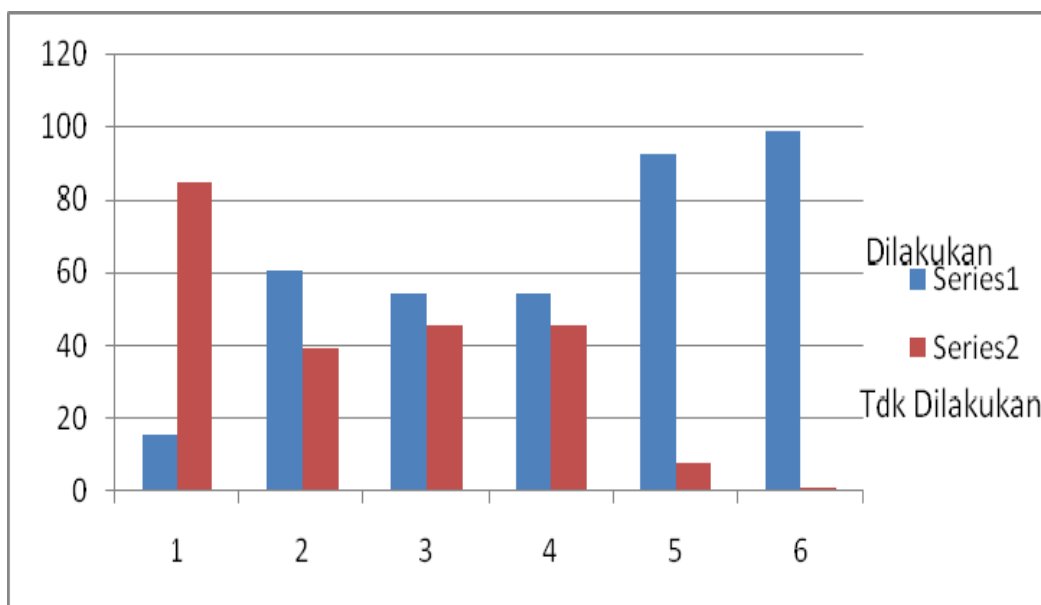
Dari gambar di atas tampak bahwa kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial antara yang baik dan kurang hampir berimbang, namun perawat yang memiliki kinerja baik sedikit lebih banyak yaitu 50,9% dari perawat yang memiliki kinerja kurang yaitu 49,1%. Dengan demikian dapat disimpulkan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial adalah baik.

Tabel 5.3
Gambaran Kinerja Perawat Pelaksana Berdasarkan Item Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta (N=110)

No	Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial	Tampilan Perilaku Kerja				Total %
		Dilakukan (n)	%	Tidak Dilakukan (n)	%	
1.	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan	17	15,5	93	84,5	100
2.	Menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan	67	60,9	43	39,1	100
3.	Mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan	60	54,5	50	45,5	100
4.	Melakukan dekontaminasi alat kesehatan	61	55,5	49	44,5	100
5.	Mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya	102	92,7	8	7,3	100
6.	Mencuci tangan setelah melakukan tindakan	109	99,1	1	0,9	100

Berdasarkan tabel di atas yang merupakan gambaran dari kinerja perawat pelaksana berdasarkan 6 (enam) item penampilan kerja tampak bahwa dari 110 orang hanya 17 orang (15,5%) perawat yang melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 67 orang (60,9%) perawat menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 60 orang (54,5%) mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan, 61 orang (55,5%) melakukan dekontaminasi alat kesehatan, 102 orang (92,7%) mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 109 orang (99,1%) mencuci tangan setelah melakukan tindakan. Untuk lebih jelasnya dapat pula dilihat dari gambar 5.2 setelah halaman berikut ini.

Diagram 5.2
Gambaran Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi
Nosokomial Berdasarkan Item Tindakan Pencegahan Infeksi
Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta
Tahun 2011 (N=110)



Kinerja perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial per ruang rawat dapat dilihat pada tabel 5.4 setelah halaman berikut ini.

Tabel 5.4
Gambaran Kinerja Perawat Pelaksana di Tiap Ruang Rawat Dalam
Pencegahan Infeksi Nosokomial Berdasarkan Item Tindakan
Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta
Tahun 2011 (N=110)

No	Ruangan	Melakukan Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial (%)					
		1	2	3	4	5	6
1.	Sakinah	18,18	81,8	36,36	63,63	54,54	100
2.	Istiqomah	9,09	81,8	54,54	54,54	100	100
3.	Hasanah 2	7,69	38,46	61,53	0	100	100
4.	Neonatus	70	70	10	90	100	100
5.	Syifa	0,07	42,85	57,14	50	100	100
6.	Afiah	15,39	62,36	46,15	7,6	92,3	92,3
7.	Muzdalifah	0	80	80	100	100	100
8.	Amanah	18,18	100	100	63,63	100	100
9.	ICU	0	78,57	42,85	92,85	100	100

Keterangan :

1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan
2. Menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan
3. Mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan
4. Melakukan dekontaminasi alat setelah melakukan tindakan
5. Mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya
6. Mencuci tangan setelah melakukan tindakan

Hasil pengamatan yang dilakukan kepada perawat pelaksana di 9 (sembilan) ruangan rawat inap didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Ruang Sakinah

Pengamatan yang dilakukan kepada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial adalah sebanyak 18,18% perawat pelaksana melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 81,8% menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 36,36% mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, 63,63% melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, 54,54% mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 100% melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

2. Ruang Istiqomah

Pengamatan terhadap kepada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial adalah sebanyak 9,09% perawat pelaksana melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 81,8% menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 54,54% mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, 54,54% melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, 100% mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 100% melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

3. Ruang Hasanah 2

Pengamatan terhadap kepada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial adalah sebanyak 7,69% perawat pelaksana melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 38,46% menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 61,53% mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, 0% melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, 100% mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 100% melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

4. Ruang Neonatus

Pengamatan terhadap kepada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial adalah sebanyak 70% perawat pelaksana melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 70% menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 10% mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, 90% melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, 100% mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 100% melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

5. Ruang Syifa

Pengamatan terhadap kepada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial adalah sebanyak 0,07% perawat pelaksana melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 42,85% menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 57,14% mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, 50% melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, 100% mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 100% melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

6. Ruang Afiah

Pengamatan terhadap kepada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial adalah sebanyak 15,39% perawat pelaksana melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 62,36% menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 46,15% mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, 7,6% melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, 92,3% mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 92,3% melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

7. Ruang Muzdalifah

Pengamatan terhadap kepada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial adalah sebanyak 0% perawat pelaksana melakukan

cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 80% menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 80% mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, 100% melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, 100% mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 100% melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

8. Ruang Amanah

Pengamatan terhadap kepada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial adalah sebanyak 18,18% perawat pelaksana melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 100% menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 100% mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, 63,63% melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, 100% mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 100% melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

9. Ruang ICU

Pengamatan terhadap kepada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial adalah sebanyak 0% perawat pelaksana melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 78,57% menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 42,85% mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, 92,85% melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, 100% mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, dan 100% melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti dan asisten peneliti kepada perawat pelaksana yang menjadi responden penelitian, di dapatkan hasil sebagai berikut :

1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan, nilai terendah 0% ada di ruangan Muzdalifah dan ICU. Artinya perawat pelaksana di ruangan Muzdalifah dan ICU seluruhnya tidak melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan.

2. Menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, nilai terendah di 38,46% ada di ruangan Hasanah 2.
3. Mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan, nilai terendah 10% ada di ruangan neonatus
4. Melakukan dekontaminasi alat setelah tindakan, nilai terendah 0% di ruangan Hasanah 2. Artinya perawat pelaksana di ruangan Hasanah 2 seluruhnya tidak melakukan dekontaminasi alat
5. Mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya, nilai terendah 54,54% di ruangan Sakinah
6. Cuci tangan setelah melakukan tindakan, nilai terendah 92,3% di ruang Sakinah

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

Analisis bivariat dengan menggunakan uji Chi Square dapat dilihat pada tabel 5.5.a di bawah ini setelah halaman berikut ini.

Tabel 5.5.a
Hubungan Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110)

Variabel	Kinerja Pencegahan Infeksi Nosokomial				Total		OR (95% CI)	p value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	n	%				
Usia								
≥ 31,8 tahun	27	49,1	28	50,9	55	100	0,409-	0,849
< 31,8 tahun	29	63,6	20	36,4	55	100	1,827	
Jenis Kelamin								
Pria	10	66,7	5	33,3	15	100	(0,677-	0,300
Wanita	46	48,4	49	51,6	95	100	6,704)	
Tingkat Pendidikan								
Rendah	44	47,8	48	52,2	92	100	(0,158-	0,228
Tinggi	12	66,7	6	33,3	18	100	1,325)	
Masa Kerja								
≥ 8,5 tahun	25	51	24	49,0	49	100	(0,475-	1,000
< 8,5 tahun	31	50,8	30	49,2	61	100	2,139)	

1. Hubungan antara usia dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 55 orang perawat yang berusia $\geq 31,8$ tahun terdapat 27 orang (49,1%) dengan kinerja baik melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial, sementara dari 55 orang responden yang berusia $< 31,8$ tahun terdapat 29 orang (63,6%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p= 0,849$ ($\alpha= 5\%$), maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara usia dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

2. Hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 95 orang perawat yang berjenis kelamin perempuan terdapat 46 orang (48,4%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Sedangkan dari 15 orang responden yang berjenis kelamin laki-laki terdapat 10 orang (66,7%) dengan kinerja baik melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap dan ICU. Berdasarkan uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity correction* didapatkan nilai $p = 0,300$ ($\alpha = 5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

3. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 18 orang perawat yang berpendidikan tinggi terdapat 12 orang (66,7%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan dari 92 orang responden yang berpendidikan rendah terdapat 44 orang (47,89%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap dan ICU. Uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p = 0,228$ ($\alpha = 5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

4. Hubungan antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 49 orang perawat dengan masa kerja $\geq 8,5$ tahun terdapat 25 orang (51%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan dari 61 orang responden dengan masa kerja $< 8,5$ tahun terdapat 31 orang (50,8%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p = 1,000$ ($\alpha = 5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada

hubungan bermakna antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

Tabel 5.5.b
Hubungan Kompetensi Individu dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110)

Variabel	Kinerja Pencegahan Infeksi Nosokomial				Total		OR (95% CI)	p value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	n	%				
Pelatihan							0,789	0,789
Pernah	36	49,3	37	50,7	73	100	(0,374- 1,827)	
Tidak Pernah	20	54,1	17	45,9	37	100		
Motivasi							1,343	
Baik	29	54,7	24	45,3	53	100	(0,634- 2,843)	0,562
Kurang	27	47,4	30	52,6	57	100		
Sikap							1,237	0,719
Baik	33	53,2	29	46,8	62	100	(0,582- 2,631)	
Kurang	23	47,9	25	52,1	48	100		

5. Hubungan antara pelatihan pencegahan dan penanggulangan infeksi dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 73 orang perawat yang pernah mengikuti pelatihan pencegahan infeksi terdapat 36 orang (49,3%) dengan kinerja baik. Sedangkan dari 37 orang responden yang tidak pernah mengikuti pelatihan pencegahan infeksi terdapat 20 orang (54,1%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Berdasarkan uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p=0,789$ ($\alpha=5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pelatihan dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

6. Hubungan antara motivasi dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 53 orang perawat yang memiliki motivasi baik, terdapat 29 orang (54,7%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan dari 57 orang perawat yang memiliki motivasi kurang terdapat 27 orang (47,4%) memiliki kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap dan ICU. Uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p= 0,562$ ($\alpha= 5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara motivasi dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

7. Hubungan antara sikap dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 62 orang perawat yang memiliki sikap baik terdapat 33 orang (53,2%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan dari 48 orang perawat yang memiliki sikap kurang terdapat 23 (47,9%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p= 0,719$ ($\alpha= 5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara sikap dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

Tabel 5.5.c
Hubungan Dukungan Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110)

Variabel	Kinerja Pencegahan Infeksi Nosokomial				Total		OR (95% CI)	p value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	n	%				
Ketersediaan Sarana dan Prasarana Kerja							1,151	0,859
Baik	31	52,5	28	47,5	59	100	(0,544- 2,438)	
Kurang	25	49	26	51,0	51	100		
Kenyamanan Lingkungan Kerja							1,795	0,186
Nyaman	35	57,4	26	42,6	61	100	(0,839- 3,838)	
Kurang	21	42,9	28	57,1	49	100		
Jaminan Kesehatan dan Keselamatan Kerja							1,455	0,433
Baik	28	56	22	44,0	50	100	(0,684- 3,093)	
Kurang	28	46,7	32	53,3	60	100		
Supervisi							1,000	1,000
Baik	52	59,1	36	40,9	88	100	(0,387- 2,586)	
Kurang	13	59,1	9	40,9	22	100		

8. Hubungan antara ketersediaan sarana dan prasarana kerja dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 59 orang perawat yang mengatakan bahwa sarana dan prasarana kerja baik terdapat 31 orang (52,5%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan dari 51 orang perawat yang mengatakan sarana dan prasarana kerja kurang terdapat 25 orang (49%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p= 0,859$ ($\alpha= 5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara ketersediaan sarana dan prasarana kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.
9. Hubungan antara kenyamanan lingkungan kerja dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 61 orang perawat yang mengatakan bahwa kenyamanan lingkungan kerja nyaman terdapat 35 orang (57,4%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan dari 49 orang perawat yang mengatakan bahwa kenyamanan lingkungan kerja kurang terdapat 21 orang (42,9%) yang berkinerja baik dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p= 0,186$ ($\alpha= 5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara kenyamanan lingkungan kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

10. Hubungan antara jaminan kesehatan dan keselamatan kerja dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 50 orang perawat yang mengatakan bahwa jaminan keselamatan dan keselamatan kerja baik terdapat 28 orang (56%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan dari 60 orang perawat yang mengatakan bahwa jaminan kesehatan dan keselamatan kerja kurang terdapat 28 orang (46,7%) dengan kinerja baik melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap dan ICU. Uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p= 0,433$ ($\alpha= 5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jaminan kesehatan dan keselamatan kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

Tabel 5.5.d
Hubungan Dukungan Manajemen dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011 (N=110)

Variabel	Kinerja Pencegahan Infeksi Nosokomial				Total		OR (95% CI)	p value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	n	%				
Supervisi								
Baik	30	52,6	27	47,4	57	100	1,154 (0,546- 2,439)	0,854
Kurang	26	49,1	27	50,9	53	100		

11. Hubungan dukungan manajemen dalam bentuk supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 57 orang perawat yang mendapatkan supervisi yang baik dari kepala ruangan baik terdapat 30 orang (52,6%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan dari 53 orang perawat yang mengatakan supervisi kepala ruangan kurang terdapat 26 orang (49,1%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap dan ICU. Uji *Chi square* dengan menggunakan *continuity corection* didapatkan nilai $p= 0,854$ ($\alpha= 5\%$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

BAB 6

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Gambaran kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta tahun 2011 secara umum berdasarkan analisis univariat dengan nilai terendah 6 dan tertinggi 20 didapatkan 50,9% memiliki kinerja baik dan 49,1% memiliki kinerja kurang. Menurut Wibowo (2008) kinerja merupakan suatu proses tentang bagaimana pekerjaan berlangsung untuk mencapai hasil kerja. Bila dihubungkan dengan definisi Wibowo (2008), maka pencapaian kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta dalam pencegahan infeksi nosokomial adalah sedikit lebih baik. Perbedaan kategorisasi antara kinerja baik dan kurang amatlah tipis, sesungguhnya hal ini sudah tergambar dari latar belakang penelitian yang dilakukan oleh peneliti.

Kinerja yang dilakukan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial dapat ditingkatkan melalui semangat, disiplin, tanggungjawab, melakukan tindakan sesuai *standard operational procedure* yang ditetapkan oleh rumah sakit. Selain itu motivasi dan keinginan untuk selalu melakukan yang terbaik yang ditampilkan melalui kinerja yang mengarah pada tujuan organisasi yang jelas dan terarah membantu individu dalam mencapai kinerja yang diharapkan. Wahyudi (2008) yang mengatakan bahwa hasil kinerja dapat dicapai secara maksimal apabila individu mempunyai kemampuan dalam mendayagunakan pengetahuan, sikap, dan keterampilan.

Sedangkan Mangkunegara (2000) unjuk kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan tugas sesuai dengan tanggung jawab yang dibebankan kepadanya. *Job performance* menurut Campbell (2007) adalah perilaku yang relevan dengan tujuan organisasi dan dapat diukur pada level profesional dan dapat dilihat dari perilakunya.

Performance individu secara umum dapat dilihat dari tiga faktor yaitu motivasi, kemampuan mengerjakan pekerjaan dan lingkungan kerja. Pada prinsipnya dalam penelitian ini juga dibahas tentang ketiga faktor tersebut. Motivasi perawat pelaksana di Rumah Sakit Haji Jakarta adalah kurang (51,8%). Hasil olah data di dapatkan bahwa sebanyak 64 orang (58%) dari 110 orang perawat menjawab kadang-kadang menyerah saat melakukan perawatan luka yang sudah busuk, dan membutuhkan perawatan luka steril. Padahal dibutuhkan ketekunan, kesabaran dan motivasi yang tinggi dalam melakukan tindakan tersebut.

a. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan

Kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah sakit Haji Jakarta berdasarkan hasil pengamatan pada item penilaian kerja yang ditampilkan melalui pelaksanaan cuci tangan sebelum melakukan tindakan sangat rendah yaitu dari 110 orang perawat pelaksana hanya 17 orang (15,5%), 67 (60,9%) menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 60 orang (54,5%) melakukan prinsip steril saat melakukan tindakan, 61 orang (55,5%) melakukan dekontaminasi alat setelah melakukan tindakan, dan 102 orang (92,7%) mengelola sampah medis setelah melakukan tindakan, dan 109 orang (99,1%) mencuci tangan setelah melakukan tindakan.

Dari data di atas cuci tangan sebelum melakukan tindakan memiliki nilai rendah diantara 6 (enam) item tindakan pencegahan infeksi yang lain, padahal cuci tangan sebelum melakukan tindakan Berdasarkan WHO (2002) dan Djojosingito (2001) cuci tangan merupakan bagian dari *universal precaution* yang sangat penting untuk dilakukan bagi seluruh petugas kesehatan khususnya perawat. Bady (2007) perawat sangat berperan dalam pengendalian infeksi nosokomial terutama dalam menekan angka kejadian infeksi nosokomial di RSUP Dr Sardjito Yogyakarta. Dari penelitian tersebut jelas dikatakan bahwa perawat sangat berperan dalam menekan terjadinya angka infeksi nosokomial namun juga sebaliknya, perawat dapat berperan dalam meningkatkan angka kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit.

Swanburg (2000) mengatakan bahwa sumber daya manusia perawat di institusi rumah sakit merupakan jumlah yang terbanyak. Selama 24 jam perawat bertugas merawat pasien, seringkali perawat melakukan kontak dengan pasien membuat peluang yang cukup besar bagi perawat dalam menyumbang angka kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit. Hasil univariat item perilaku kerja yang ditampilkan, hanya 17 orang dari 110 orang perawat (15,5%) melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Padahal Setiawati (2009) tangan yang kotor merupakan media dalam perpindahan mikroorganisme. Saat perawat melakukan kontak dengan pasien dalam keadaan kotor karena tidak dicuci kemungkinan besar akan terjadi perpindahan mikroorganisme dari perawat ke pasien. Pasien dalam kondisi sakit, dengan daya tahan tubuh yang menurun diperburuk perilaku perawat yang tidak cuci tangan saat kontak dengan pasien, dapat memperburuk keadaan pasien.

Hafizurrachman (2009) menyatakan ada tiga faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu: 1) kemampuan pribadi untuk melakukan pekerjaan tersebut, 2) tingkat usaha yang dicurahkan, dan 3) dukungan organisasi. Ketiga faktor tersebut saling berhubungan erat, bila salah satu faktor tidak ada maka kinerja dapat berkurang. Bila dikaitkan dengan pendapat Hafizurrachman (2009), ketiga komponen tersebut pada point telah 1) perawat telah dibekali rumah sakit dengan melatih kemampuan dalam pencegahan infeksi nosokomial, terbukti sebanyak 73 orang (66,4%) dari 110 orang perawat telah mengikuti pencegahan infeksi nosokomial. Point 2) tingkat usaha yang dicurahkan, pada point ini didapatkan bahwa dari 110 orang perawat sebanyak 57 orang (51,8%) memiliki motivasi kurang, sedangkan untuk sikap sebanyak 62 orang (56,4%) perawat yang memiliki sikap baik. Point 3) dukungan organisasi, dari 110 orang perawat sebanyak 59 orang (53,6%) mengatakan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana dalam pencegahan infeksi nosokomial adalah baik, 61 orang (55,5%) mengatakan bahwa lingkungan kerja nyaman, dan 60 orang (54,45%) perawat mengatakan jaminan kesehatan dan keselamatan yang diberikan oleh rumah sakit adalah kurang. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa sumber daya manusia perawat Rumah Sakit Haji Jakarta

memiliki motivasi yang kurang, namun memiliki sikap baik sehingga tercermin dalam gambaran kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial adalah baik.

a. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan

Pengamatan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di dilakukan di setiap ruangan didapatkan bahwa ada 2 (dua) yaitu ruang Muzdalifah dan ICU memiliki kinerja rendah dalam melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Padahal untuk ruangan Muzdalifah merupakan ruangan penyakit dalam yang infeksius. Secara umum ruangan tersebut memiliki kecenderungan untuk terjadinya infeksi nosokomial, bentuk ruangan yang berupa barak yang hanya dibatasi dengan tirai pembatas antar pasien. Jumlah BOR ruangan yang melebihi 65% perbulannya dengan jumlah perawat 10 (sepuluh) orang, dengan rata-rata pasien *partial* dan *total care* mengakibatkan tingginya aktivitas kerja yang dilakukan oleh perawat. Menindaklanjuti hasil olah kuisioner terkait dengan sarana dan prasarana kerja di ruangan Muzdalifah didapatkan bahwa sebanyak 60% perawat pelaksana mengatakan bahwa jumlah wastafel yang tersedia kurang mencukupi. Hal ini perlu diperhatikan karena wastafel adalah sarana yang sangat penting digunakan dalam tindakan *universal precaution*. Apabila dikaitkan dengan hasil pengamatan mungkin saja perawat yang tidak cuci tangan karena jumlah sarana untuk cuci tangan kurang mencukupi.

Pencegahan infeksi nosokomial melalui cuci tangan sebelum melakukan tindakan yang dilakukan oleh perawat di ruangan ICU juga sangat rendah sekali yaitu 0%. Artinya tidak satupun perawat pelaksana di ruangan ICU melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Data yang diperoleh sarana dan prasarana kerja 62,89 % perawat pelaksana mengatakan bahwa sarana yang tersedia baik dan 54,73% mengatakan lingkungan kerja adalah nyaman. Namun tidak demikian dengan supervisi kepala ruangan, sebanyak 49,21% perawat pelaksana mengatakan bahwa kepala ruangan kurang melakukan supervisi dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Padahal supervisi adalah bagian dari fungsi kepemimpinan dan manajemen dalam pelayanan keperawatan. Supervisi merupakan bagian yang penting dalam manajemen serta keseluruhan kegiatannya di bawah tanggung jawab pemimpin. Supervisi sebagai alat untuk memastikan atau menjamin penyelesaian tugas sesuai dengan tujuan dan standar.

Pelaksanaan supervisi bukan hanya mengawasi apakah seluruh staf keperawatan menjalankan tugasnya dengan sebaik-baiknya sesuai dengan instruksi atau ketentuan yang telah digariskan tetapi juga bagaimana memperbaiki proses keperawatan yang sedang berlangsung. Dalam kegiatan supervisi seluruh staf keperawatan bukan sebagai objek tetapi juga sebagai subjek. Dalam melakukan supervisi banyak menggunakan keterampilan pengajaran atau pelatihan untuk membantu pelaksana dalam menerima informasi. Prinsip dari pengajaran dan pelatihan harus menghasilkan perubahan perilaku, yang meliputi mental, emosional, aktivitas fisik, atau mengubah perilaku, gagasan, sikap dan cara mengerjakan sesuatu.

Dalam hubungannya dengan meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial dan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan diperlukan supervisi yang terus menerus terhadap staf keperawatan, fasilitas dan lingkungan kerja, agar seluruh asuhan yang diberikan tetap berjalan sesuai standar yang sudah ditetapkan.

b. Menggunakan alat pelindung diri

Pengamatan yang dilakukan dalam pencegahan infeksi nosokomial melalui penggunaan alat pelindung diri saat melakukan tindakan di ruangan Hasanah 2 memiliki nilai terendah, yaitu sebanyak 38,46% perawat pelaksana yang menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan dan 61,54% perawat pelaksana tidak menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan. Data yang didapatkan terkait dengan sarana dan prasarana kerja yang dilakukan di ruangan, sebanyak 54,43% perawat pelaksana mengatakan kesulitan untuk mendapatkan sarung tangan steril. Bila dihubungkan dengan 61,54% perawat pelaksana yang tidak menggunakan alat pelindung diri saat

melakukan tindakan ada kemungkinan sarana prasarana yang kurang di ruang Hasanah 2 menyebabkan perawat tidak menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan.

Depkes (2009) mengatakan bahwa secara umum alat pelindung diri telah digunakan selama bertahun-tahun untuk melindungi pasien dari mikroorganisme yang ada pada petugas kesehatan. Namun dengan munculnya AIDS dan dan Hepatitis C, serta meningkatnya angka *tuberculosis* di banyak negara meningkatkan angka penggunaan alat pelindung diri bagi petugas kesehatan di pelayanan kesehatan. Dengan munculnya infeksi baru seperti flu burung, SARS dan penyakit infeksi lain, pemakaian alat pelindung diri yang tepat dan aman menjadi penting.

c. Mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan

Pengamatan yang dilakukan di seluruh ruangan rawat inap di Rumah Sakit Haji Jakarta di dapatkan bahwa di ruangan neonatus yang merupakan ruangan yang cukup kritis dan rentan terhadap kejadian infeksi, sebanyak 10% perawat pelaksana yang mempertahankan teknik steril saat melakukan tindakan. Data yang diperoleh sebanyak 50% perawat pelaksana di ruang neonatus belum pernah mengikuti pelatihan pencegahan infeksi nosokomial.

Pelatihan adalah suatu bentuk investasi jangka pendek untuk membantu meningkatkan kemampuan para pegawai dalam melaksanakan tugasnya (Siagian, 2009). Pelatihan adalah proses sistematis pengubahan perilaku para pegawai dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasi. Mangkunegara (2009) mengemukakan pelatihan penting dilakukan karena merupakan cara yang digunakan oleh organisasi untuk mempertahankan, menjaga, memelihara, dan sekaligus meningkatkan keahlian para pegawai untuk kemudian dapat meningkatkan produktivitasnya. Dalam pelatihan diciptakan suatu lingkungan dimana para pegawai dapat mempelajari sikap dan keahlian, dan perilaku yang spesifik yang berkaitan dengan pegawai, serta diberikan instruksi untuk mengembangkan keahliannya yang dapat langsung dipakai dalam rangka meningkatkan kinerja pegawai pada jabatan yang didudukinya.

Tujuan dilakukannya pelatihan adalah meningkatkan kualitas dan produktivitas, menciptakan sikap, loyalitas, dan kerjasama yang lebih menguntungkan, dan memenuhi kebutuhan perencanaan sumber daya manusia. Program pelatihan tidak menyembuhkan semua permasalahan yang ada dalam organisasi, meskipun mempunyai potensi memperbaiki beberapa situasi jika program tersebut dilaksanakan secara benar.

Siagian (2009), pelatihan dapat bermanfaat baik bagi organisasi maupun bagi karyawan. Manfaat bagi organisasi adalah: peningkatan produktivitas kerja, terwujudnya hubungan yang serasi antara atasan dan bawahan, terjadinya proses pengambilan keputusan yang lebih cepat dan tepat, meningkatkan semangat kerja seluruh tenaga kerja, mendorong sikap keterbukaan manajemen, memperlancar jalannya komunikasi yang efektif, dan penyelesaian konflik secara fungsional. Sedangkan manfaat bagi karyawan, antara lain: meningkatkan kemampuan karyawan, meningkatkan kepuasan kerja, semakin besar tekad karyawan untuk lebih mandiri, dan mengurangi ketakutan menghadapi tugas-tugas baru di masa depan.

d. Melakukan dekontaminasi alat setelah melakukan tindakan

Pengamatan yang dilakukan di seluruh ruangan rawat inap di Rumah Sakit Haji Jakarta di dapatkan bahwa di ruangan Hasanah 2 memiliki nilai terendah dalam melakukan dekontaminasi alat kesehatan, yaitu 0%. Tidak seorangpun perawat pelaksana yang melakukan dekontaminasi alat merupakan ruangan yang Hasanah 2. Ruang Hasanah 2 memiliki 2 nilai terendah dalam pencegahan infeksi (penggunaan alat pelindung diri dan melakukan dekontaminasi alat kesehatan). Data yang didapatkan terkait dengan sarana dan prasarana kerja yang dilakukan di ruangan, sebanyak 54,43% perawat pelaksana mengatakan kesulitan untuk mendapatkan sarung tangan steril. Namun data tersebut tidak dapat dihubungkan bahwa kurangnya sarung tangan steril dapat menyebabkan perawat pelaksana tidak melakukan dekontaminasi alat kesehatan. Namun menurut peneliti perawat pelaksana tidak melakukan dekontaminasi alat kesehatan kaena sudah ada petugas di ruangan Hasanah 2 yang melakukan tugas ini.

e. Mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya

Pengamatan yang dilakukan di seluruh ruangan rawat inap di Rumah Sakit Haji Jakarta di dapatkan bahwa perawat pelaksana di ruangan Sakinah memiliki nilai terendah dalam mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya. Data yang didapatkan 54,54% perawat pelaksana di ruangan Sakinah yang mengelola sampah sesuai dengan jenisnya.

Sampah medis yang merupakan limbah yang berbahaya yang dapat menimbulkan terjadinya rantai penularan infeksi apabila tidak dikelola dengan baik. Sekitar 85% limbah umum yang dihasilkan dari rumah sakit atau fasilitas kesehatan lain dapat menyebabkan infeksi bila tidak dikelola dengan tepat (Depkes, 2009). Rumah Sakit Haji Jakarta telah membuat *standard operational procedure* dalam menangani limbah rumah sakit sampai dikelola di tempat penampungan. Kaitannya dengan kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial, tidak ditemukan sebab yang pasti mengapa hampir setengah dari perawat pelaksana di ruangan Sakinah tidak mengelola sampah medis dengan baik. Namun apabila dihubungkan dengan motivasi, perawat di ruangan Sakinah memiliki motivasi sebesar 49,02% dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Nilai motivasi perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta memiliki nilai rata-rata yang sama.

Motivasi dipengaruhi oleh sikap individu dalam memandang pekerjaannya. Seseorang yang memandang pekerjaannya sebagai beban dan keterpaksaan dengan tujuan untuk mendapatkan uang akan memiliki kinerja yang rendah. Sebaliknya seseorang yang memandang pekerjaan sebagai kebutuhan, pengabdian, tantangan dan prestasi akan menghasilkan kinerja yang tinggi (Siagian, 2005).

Motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) seseorang pegawai dalam menghadapi situasi kerja. Motivasi merupakan suatu dorongan kebutuhan dalam diri pegawai yang perlu dipenuhi agar pegawai tersebut dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungannya, sedangkan motivasi adalah kondisi yang menggerakkan diri pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi (Mangkunegara, 2009). Dari pendapat Mangkunegara

dapat juga ditarik kesimpulan bahwa rendahnya motivasi kerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruangan Sakinah merupakan salah satu penyebab rendahnya kinerja yang ditampilkan dalam mengelola sampah medis setelah melakukan tindakan.

f. Mencuci tangan setelah melakukan tindakan

Pengamatan yang dilakukan di seluruh ruangan rawat inap di Rumah Sakit Haji Jakarta di dapatkan bahwa perawat pelaksana di ruangan Afiah memiliki nilai terendah dalam melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan. Data yang didapatkan 92,3% perawat pelaksana di ruangan Afiah melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan. Hanya 1 orang perawat pelaksana (7,7%) perawat pelaksana yang tidak melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan.

Walaupun sebagian besar perawat pelaksana telah melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan, namun masih ada perawat pelaksana yang belum melakukannya. Padahal kebersihan tangan merupakan hal yang penting untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi. Ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh perawat pelaksana dalam melakukan cuci tangan, yaitu tangan perlu dibersihkan setelah kontak dengan pasien dengan air mengalir dan sabun, namun apabila tangan tidak jelas kotor atau terkontaminasi tangan tetap harus dibersihkan dengan menggunakan antiseptik berbasis alkohol (Depkes, 2009).

2. Hubungan Antara Karakteristik Individu (Usia, Jenis Kelamin, Masa Kerja) dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Prawoto (2007) dan Rusmiati (2006) yang menyatakan bahwa usia tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat.

Robin (1996) mengatakan bahwa dengan bertambahnya usia terjadi peningkatan pengalaman dan keterampilan dalam bekerja. Usia yang lebih muda dianggap memiliki sedikit pengalaman dan keterampilan sehingga tidak terampil dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial. Usia \geq 31,8 tahun dan $<$ 31,8 tahun memiliki proporsi berimbang yaitu masing-

masing 50%. Proporsi usia perawat yang berimbang jelas terlihat bahwa usia \geq 31,8 tahun terdapat 27 orang (49,1%) memiliki kinerja baik, sedangkan usia $<$ 31,8 tahun terdapat 29 orang (63,6%) memiliki kinerja yang baik penganggulangan infeksi, hal ini mematahkan pendapat Robin (2006)

Sering diasumsikan bahwa kinerja individu mungkin dapat menurun dengan bertambahnya usia. Keterampilan individu khususnya dalam hal kecepatan, kelincahan, kekuatan, dan koordinasi berkurang seiring dengan waktu dan semakin usia bertambah semakin kecil kemungkinan individu untuk keluar dari pekerjaan (Robin, 1996). Dari pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan pertambahan usia kemungkinan kinerja individu menjadi menurun.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 95 orang perawat yang berjenis kelamin perempuan terdapat 46 orang (48,4%) dengan kinerja baik melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Sedangkan dari 15 orang perawat yang berjenis kelamin laki-laki terdapat 10 orang (66,7%) dengan kinerja baik melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap dan ICU. Hasil uji *Chi square* didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Hal ini didukung oleh Robin (2006) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja karyawan. Karena menurut Robin (2006) antara laki-laki dan perempuan membutuhkan pengakuan bahwa mereka memiliki pengaruh dalam pekerjaannya, baik itu sedikit atau banyak. Tidak ada beda antara laki-laki dan perempuan yang konsisten dalam memecahkan masalah, keterampilan analitis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar. Namun berbeda dengan Ilyas (2002) yang mengatakan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Pada penelitian ini proporsi jenis kelamin yang tidak berimbang, jumlah responden laki-laki hanya 1/6 dari total responden. Dapat disimpulkan bahwa berdasarkan teori yang dikemukakan Robin bahwa tanpa melihat proporsi antara laki-laki dan perempuan memiliki pengaruh yang sama sehingga dalam penelitian ini memang tidak didapatkan

pengaruh perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dengan jenis kelamin perempuan dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial.

Siagian (2009) mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Kinerja memiliki hubungan sebab akibat dari kompetensi, sedangkan kompetensi terbentuk dari pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan pengalaman untuk melakukan suatu pekerjaan atau peran secara efektif. Sedangkan pengetahuan yang dimiliki individu tidak hanya didapatkan dari pengalaman namun tingkat pendidikan yang dimiliki, Wirawan (2009). Berdasarkan hal tersebut individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kecenderungan untuk melakukan pekerjaannya secara efektif sesuai dengan keterampilan yang diperolehnya dari masa pendidikan.

Hal ini didukung dengan penelitian Netty (2002) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat. Namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Panjaitan (2004) dan Prawoto (2007) yang mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kinerja. Proporsi perawat pelaksana dengan pendidikan tinggi sebanyak 12 orang (66,7%) dengan kinerja baik lebih tinggi daripada proporsi pendidikan rendah 44 orang (47,8%). Bila dilihat dari proporsinya, jelas perawat dengan pendidikan tinggi memiliki pengetahuan dan kemampuan yang lebih daripada yang berpengetahuan rendah.

Analisis bivariat dengan uji *Chi square* didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap dan ICU. Hal ini didukung oleh penelitian Netty (2002) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara lama bekerja dengan kinerja. Hal ini berbanding terbalik dengan pendapat Robbin (2006) dan Ilyas (2002) yang menyatakan, terdapat hubungan positif antara senioritas dengan dan produktivitas kerja.

Masa kerja dapat dikaitkan dengan pengalaman, semakin lama masa kerja seseorang, semakin terampil melakukan tugasnya. Pada penelitian ini bila dilihat dari proporsi masa kerja $\geq 8,5$ tahun yang berkinerja baik 25 orang (51%) sedangkan masa kerja $< 8,5$ tahun yang berkinerja baik 31 orang (50,8%), hasil ini memberikan gambaran yang hampir sama antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial.

3. Hubungan Antara Kompetensi Individu (Pelatihan, Motivasi, dan Sikap) dengan Kinerja Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Mangkunegara (2009) suatu organisasi perlu melibatkan sumber daya manusia pada aktivitas pelatihan. Pelatihan diharapkan dapat mencapai hasil yang lebih baik dari sebelumnya terutama dalam meningkatkan perilaku yang lebih baik dari pegawai. Pelatihan tidak saja diperuntukkan bagi pegawai baru namun perlu juga diberikan pada pegawai lama untuk dapat terus meningkatkan keterampilan yang dimilikinya. Pelatihan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kompetensi individu. Individu yang kompeten memiliki kemampuan yang memadai dalam melakukan pekerjaannya.

Pada penelitian ini didapatkan tidak ada hubungan bermakna antara pelatihan pencegahan infeksi dengan kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial. Hal ini didukung oleh penelitian Astuti (2004) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pelatihan pencegahan infeksi nosokomial dengan perilaku yang ditampilkan perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial di Rumah Sakit Medistra Jakarta.

Pendidikan dan pelatihan merupakan bagian dari investasi sumber daya manusia (*human investment*). Semakin lama waktu yang digunakan seseorang untuk pendidikan dan pelatihan, semakin tinggi kemampuan dan kompetensinya melakukan pekerjaan dengan demikian semakin tinggi kinerjanya (Simanjuntak, 2005). Pelatihan pencegahan infeksi nosokomial sebagai *investasi* rumah sakit bagi sumberdaya manusia perawat untuk terus dapat meningkatkan kemampuannya dalam pencegahan infeksi nosokomial. Pada penelitian ini bertentangan dengan teori kinerja Simanjuntak (2005) yang

mengatakan bahwa pelatihan merupakan faktor yang mempengaruhi kinerja. Menurut peneliti hal ini kemungkinan terjadi karena pada instrumen penelitian ini tidak dibatasi tahun terakhir diikutinya pelatihan. Sehingga responden yang menjawab pernah mengikuti pelatihan, namun tidak diketahui kapan sehingga bila sudah teralalu lama kemungkinan responden sudah lupa dan kurang termotivasi lagi. Oleh karena itu manajemen Rumah Sakit Haji perlu memperhatikan 37 orang sumber daya manusia yang belum pernah mengikuti pelatihan pencegahan infeksi karena dari 37 orang tersebut 17 orang (45,9%) memiliki kinerja kurang dalam pencegahan infeksi nosokomial. Selain itu perlu juga mengikutsertakan perawat yang sudah pernah mengikuti pelatihan untuk diikutkan kembali sebagai penyegaran.

Robin (2009) mengatakan bahwa motivasi merupakan interaksi antara individu dengan situasi. Setiap individu memiliki motivasi yang berbeda dalam melakukan sesuatu. Namun individu cenderung ingin melakukan sesuatu yang terbaik bagi kehidupannya.

Pada penelitian didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Bila seseorang termotivasi untuk bekerja, maka ia akan berupaya keras untuk menunjukkan kemampuannya dalam bekerja.

Suhendi (2010) beberapa motivasi tidak disadari oleh individu, banyak tingkah laku individu yang tidak disadari oleh pelakunya, sehingga beberapa dorongan yang muncul sering dikarenakan berhadapan dengan situasi yang kurang menguntungkan yang berada di bawah sadarnya. Dengan demikian, dorongan dari dalam yang sangat kuat sering menjadikan individu yang bersangkutan tidak bisa memahami motivasinya sendiri.

Marquis (2006) membuat postulat bahwa beberapa hal atau sumber yang sangat mendasar guna kepemimpinan efektif tersebut diantaranya adalah : *reward power, punishment/coercive power, legitimate power, expert power, and referent power*. *Reward power* berisi kemampuan untuk memberikan penghargaan dengan hasil apapun yang mereka nilai. Dengan *reward* seorang manager mendapatkan cara yang sangat luas guna mendapatkan karyawan yang mampu bekerja sesuai dengan hasil pertemuan tujuan organisasi. Dan

dengan kepemimpinan positif melalui mekanisme *reward* akan mengembangkan loyalitas/kesetiaan dan ketaatan pada pimpinan. Berdasarkan hal tersebut seseorang dapat termotivasi bekerja bila dipengaruhi oleh *reward power* yang diberikan oleh manajemen terhadap karyawannya, pada penelitian ini memang tidak teliti *reward power* dari manajemen terhadap perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Pada penelitian ini didapatkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan kinerja perawat pelaksana yang memiliki motivasi baik hampir berimbang yang memiliki motivasi kurang. Walaupun proporsi perawat dengan motivasi kurang lebih banyak dari yang bermotivasi baik, namun karena memiliki sikap yang baik sehingga menghasilkan kinerja yang baik.

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi square* didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap dan ICU. Hal ini dikuatkan dengan penelitian Astuti (2004) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara sikap dengan perilaku perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Robin (2009) sikap mencerminkan nilai-nilai fundamental, minat diri, atau identifikasi dengan individu atau kelompok yang dihargai oleh seseorang. Sikap-sikap yang dianggap penting oleh individu cenderung menunjukkan sikap yang kuat dengan perilaku. Semakin khusus khusus sikap tersebut semakin khusus khusus perilaku yang ditampilkannya dan semakin kuat hubungan antar keduanya. Notoatmodjo (2003) sikap merupakan suatu kesiapan untuk bertindak dan bukan merupakan motiv tertentu. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sikap bukan merupakan suatu kegiatan, namun merupakan salah satu faktor predisposisi terhadap terjadinya perilaku untuk membentuk sikap. Untuk membentuk sikap harus memiliki 3 (tiga) komponen yaitu kepercayaan, ide, dan konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau suatu objek serta kecenderungan untuk bertindak (Notoatmodjo, 2003). Pada penelitian ini 62 orang perawat pelaksana yang memiliki sikap baik ada 33 orang (53,2%) dengan kinerja baik, sedangkan dari

48 orang yang memiliki sikap kurang memiliki kinerja yang baik dalam pencegahan infeksi nosokomial.

4. Hubungan Antara Dukungan Organisasi (Ketersediaan Sarana dan Prasarana Kerja, Kenyamanan Lingkungan Kerja, dan Jaminan Kesehatan dan Keselamatan Kerja) dengan Kinerja Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Sarana dan prasarana kerja merupakan salah satu faktor yang mendukung individu dalam bekerja. Tanpa sarana atau perlengkapan kerja yang memadai pegawai tidak dapat melakukan pekerjaannya. Simanjuntak (2005) mengatakan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana kerja mempengaruhi kinerja pegawai. Hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan sarana dan prasarana kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2004) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara fasilitas sarana yang tersedia dengan perilaku perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial. Ketersediaan fasilitas dapat diwujudkan dalam bentuk lingkungan fisik dan sarana dan prasarana yang memungkinkan perawat dapat bekerja.

Lingkungan merupakan faktor yang cukup berpengaruh terhadap pembentukan karakter individu (Robin, 2009). Pendapat tersebut dapat dipersepsikan bahwa lingkungan kerja yang nyaman dapat membentuk karakter individu yang dicerminkan dalam tindakannya. Pada penelitian ini didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kenyamanan lingkungan kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Simanjuntak (2005) yang mengatakan bahwa kenyamanan lingkungan kerja adalah faktor yang mempengaruhi kinerja.

Hasil uji didapatkan bahwa dari 61 orang perawat yang menganggap lingkungan kerjanya nyaman, 35 orang diantaranya (57,4%) memiliki kinerja

baik, sedangkan 49 orang yang mengatakan lingkungan kerja tidak nyaman 21 orang (42,9%) memiliki kinerja baik.

Mangkunegara (2009) mengatakan bahwa keselamatan kerja ditunjukkan melalui kondisi yang aman atau selamat dari penderitaan, kerusakan atau kerugian di tempat kerja. Keadaan ini sering dihubungkan dengan peralatan atau perlengkapan perusahaan atau lingkungan fisik yang dan mencakup tugas-tugas kerja yang membutuhkan pemeliharaan dan latihan. Sedangkan kesehatan kerja menunjukkan pada kondisi bebas dari gangguan fisik, mental, emosi atau rasa sakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja. Risiko kesehatan merupakan faktor-faktor dalam lingkungan kerja yang bekerja melebihi periode waktu yang ditentukan, lingkungan yang dapat membuat stres emosi atau gangguan fisik.

Hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jaminan kesehatan dan keselamatan kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Pernyataan ini bertentangan dengan pendapat Simanjuntak (2005) yang mengatakan bahwa dukungan organisasi dalam pemberian jaminan kesehatan dan keselamatan kerja berpengaruh positif terhadap kinerja individu.

5. Hubungan Supervisi Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Supervisi adalah proses yang memacu anggota organisasi untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi dapat tercapai. Supervisi dalam keperawatan dilakukan untuk memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan visi, misi, dan tujuan organisasi serta sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Keliat, dkk, 2006). Aktivitas pada supervisi adalah mengajarkan, membimbing, mengobservasi, dan mengevaluasi secara terus menerus dengan adil, sabar, serta bijaksana sehingga setiap perawat pelaksana dapat memberikan asuhan keperawatan dengan baik, terampil, aman, cepat, tepat secara menyeluruh sesuai dengan standar. Supervisi bertujuan untuk

mengorientasikan, melatih kerja, memimpin, memberikan arahan, dan mengembangkan kemampuan perawat pelaksana (Swansburg, 2000).

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap.

B. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakannya *link nurse* sebagai asisten peneliti di setiap ruangan menimbulkan bias dalam penelitian ini. Sehingga hasil penelitian ini tidak dapat dijadikan acuan yang tepat bagi manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan. *Link nurse* yang merupakan bagian dari perawat pelaksana di ruang rawat yang menjadi bagian pengamatannya, memiliki kecenderungan melakukan penilaian subyektif terlihat dari kecenderungan *link nurse* untuk memberikan penilaian yang lebih baik dari yang seharusnya. Selain unsur bias dari asisten peneliti, ada kemungkinan responden mengetahui bahwa tindakannya diamati sehingga ada kecenderungan responden melakukan tindakan sesuai dengan *standard operational procedure*, sehingga kemungkinan bias sangat besar terjadi dalam penelitian ini.

Pengamatan yang dilakukan hanya 1 (satu) kali saat responden melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial dinilai kurang mewakili kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Ilyas (2002) untuk menilai kinerja dapat dilakukan dengan dua cara, yang pertama penilaian perilaku perawat selama melaksanakan asuhan keperawatan dengan cara *self evaluation*. Penilaian diri sendiri merupakan pendekatan yang paling umum digunakan untuk mengukur dan memahami perbedaan individu. Kedua melalui dokumentasi asuhan keperawatan. Melalui penilaian ini dapat diketahui seberapa baik perawat melakukan pekerjaan mereka jika dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan, sebab kinerja perawat pada dasarnya adalah apa yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh perawat.

C. Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Pelatihan

Implikasi terhadap pelayanan, pendidikan, dan pelatihan akan dijelaskan sebagai berikut :

a. Implikasi terhadap pelayanan

Kinerja perawat pelaksana dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial melalui hasil observasi didapatkan bahwa perawat pelaksana memiliki kinerja baik sebanyak 50,9%. Selisih nilai antara kinerja baik dan kurang sangat tipis. Namun demikian walaupun kinerja dikatakan baik, masih ada point penting yang perlu diwaspadai. Hasil pengamatan terhadap item penilaian kerja yang dilakukan perawat, sebanyak 17 orang (15,5%) perawat yang melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Keadaan cukup memprihatinkan, karena perawat mengabaikan prosedur umum tindakan pencegahan infeksi. Hal ini dapat memungkinkan terjadinya infeksi silang terutama dari perawat kepada pasien. Tingkatkan kinerja perawat, dengan tetap menumbuhkan motivasi dan sikap yang tinggi dalam pencegahan infeksi nosokomial.

b. Implikasi terhadap pendidikan

Tindakan *universal precaution* sangat penting dilakukan dalam pencegahan infeksi nosokomial. Dimulai dari mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, tindakan ini sangat mudah dan murah namun sering diabaikan. Kinerja pencegahan infeksi nosokomial perlu ditumbuhkan sejak masuk pendidikan perawat.

c. Implikasi terhadap penelitian

Kinerja perawat pelaksana yang ditunjukkan dalam penelitian ini secara umum adalah baik 50,9% dan kinerja kurang 49,1% . Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan bagi peneliti lain walaupun tak satupun terdapat hubungan dari faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Peneliti lain dapat mencari literatur dan teori lain yang yang dapat diteliti diluar dari variabel yang diteliti oleh peneliti.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian, kinerja perawat dari hasil pengamatan terhadap pencegahan infeksi nosokomial yaitu 17 orang (15,5%) cuci tangan sebelum melakukan tindakan, 67 orang (60,9%) menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, 60 orang (54,5%) mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan, 61 orang (55,5%) melakukan dekontaminasi alat setelah melakukan tindakan, 102 orang (92,7%) mengelola sampah medis setelah melakukan tindakan dan 109 orang (99,1%) mencuci tangan setelah melakukan tindakan.
2. Gambaran kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap dan ICU Rumah Sakit Haji Jakarta tahun 2011 secara umum adalah baik 50,1% memiliki kinerja baik dan 49,9% memiliki kinerja kurang baik.
3. Hasil analisa hubungan antara variabel independen (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pelatihan, motivasi, sikap, ketersediaan sarana dan prasarana kerja, kenyamanan lingkungan kerja, jaminan kesehatan dan keselamatan kerja, dan supervisi kepala ruangan adalah tidak ada hubungan bermakna antara faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja berdasarkan teori dengan penelitian yang dilakukan . Hal ini terjadi kemungkinan besar karena unsur bias dari asisten peneliti (*link nurse*) yang diambil dari ruangan yang sama untuk mengamati kinerja perawat pelaksana di ruangnya.

B. Saran

1. Untuk Rumah Sakit Haji Jakarta
 - a. Menyediakan fasilitas tambahan untuk cuci tangan di ruangan Muzdalifah
 - b. Mencukupi alat pelindung diri, khususnya sarung tangan steril di ruang Hasanah 2

- c. Meningkatkan kinerja perawat dengan memberikan pengetahuan kepada petugas kesehatan khususnya perawat dalam pencegahan infeksi melalui pendidikan dan pelatihan secara berkelanjutan khususnya untuk perawat di ruang neonatus.
 - d. Meningkatkan supervisi berjenjang mulai dari top manajer sampai kepala ruangan dalam pencegahan infeksi nosokomial.
 - e. Melakukan sosialisasi pedoman pencegahan infeksi di setiap ruangan, dengan menekankan pentingnya melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan.
2. Untuk peneliti lain
- a. Melakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh kinerja perawat terhadap kejadian infeksi nosokomial.
 - b. Apabila peneliti menggunakan metode observasi dalam menilai kinerja perawat, sebaiknya gunakan orang lain diluar komunitas yang akan diamati.
 - c. Menambahkan variabel lain diluar yang sudah ada dengan disain yang berbeda, yaitu variabel fungsi manajemen untuk melihat pengaruh fungsi manajemen terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
- As'ad, M. (2008). *Psikologi industri*. Edisi 4. Cetakan ke sepuluh. Liberti Yogyakarta
- Astuti, Y. (2004). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat intensif rumah sakit medistra tahun 2004*. (2011, <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=77406&lokasi=lokal>, diunduh 19 Pebruari 2011)
- Bady, A.M., Kusnanto, H., Handono, D.(2007). *Analisis kinerja perawat dalam pengendalian infeksi nosokomial di IRNA I RS Dr Sarjito*. (http://lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/No.8_Agus%20Marwoto_07_07.pdf, di unduh tanggal 12 Januari 2011
- Burke, J. (2003). Infection control a problem for patient safety. *The New England Journal of Medicine*,348, 651-656
- Campbell. (2007). *Job satisfaction: a survey of nurses in the Reublic Ireland. Journal of Nursing Manajement*. Vol 54. Issue 1, pages 92-99 March 2007.
- Chen, Y.C., & Chiang, L.C. (2006). Effectiveness of hand washing teaching programs for families of children in paediatric intensive care units. *Journal compilation _ 2007* page 1174
- Depkes, R.I.(1998). *Standar prosedur kewaspadaan universal terhadap infeksi HIV/Aids di sarana kesehatan di Indonesia*. Jakarta : Direktorat P2M & PLP
- _____. (2001). *Pedoman penilaian kinerja perawat dan bidan di rumah sakit kelas C*. Jakarta : Biro Kepegawaian Setjen Depkes R.I
- _____.(2001). *Pedoman pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Spesialistik
- _____.(2003). *Pedoman pelaksanaan kewaspadaan universal di pelayanan kesehatan*. Jakarta : Dirjen P2MPL
- _____.(2004). *Standar pelayanan rumah sakit*. Cetakan kedua. Jakarta
- _____.(2005). *Indikator kinerja rumah sakit*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
- _____.(2008). *Pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya*
- _____.(2008). *Standar pelayanan minimal rumah sakit*. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan R.I

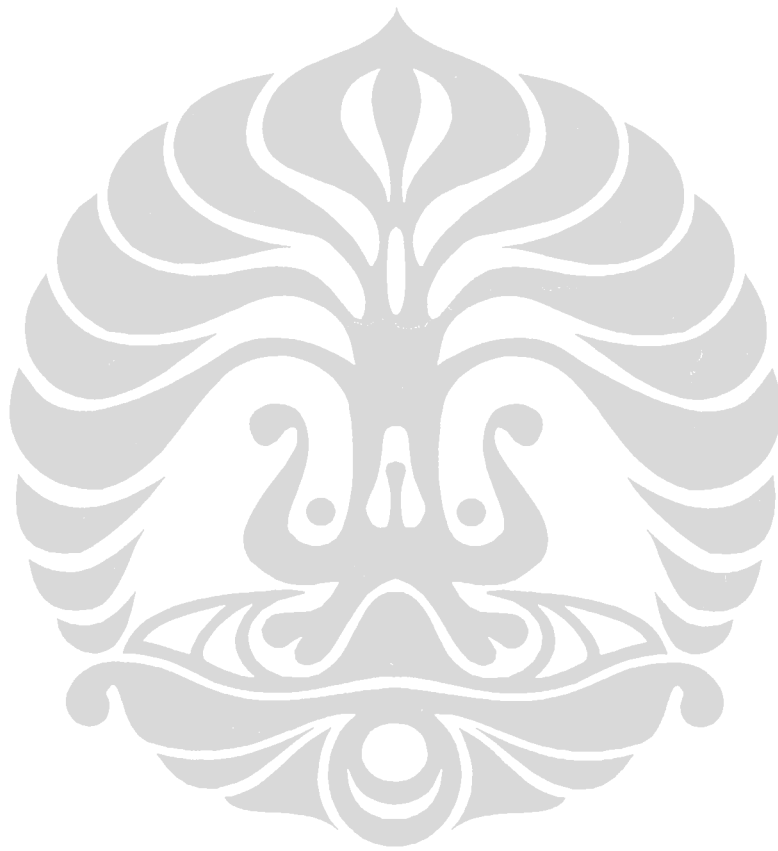
- _____. (2009). *Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya*. Cetakan kedua
- Dessler, G. (1997). *Manajemen sumber daya manusia*. (Benyamin Molan, Penerjemah). Saint Louis: Mosby Year Book.
- Djojosingito, A, dkk (2001). *Buku manual pengendalian infeksi nosokomial di RS*. Johnson Medical Indonesia
- Hafizurrachman, H.M. (2009). *Manajemen pendidikan dan kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Handayani, S. (2002). *Manajemen personalia dan sumberdaya manusia*. Edisi 2. Yogyakarta : BPF
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: FKM – UI
- Hasibuan, M.S.P. (2009). *Manajemen sumberdaya*. Edisi Revisi. Jakarta : Bumi Aksara
- Ilyas, Y. (2002) *Kinerja, teori, penilaian, dan penelitian*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Depok
- Jackson, T., Tyson, S. (1992). *Perilaku organisasi*. Jakarta : Andi
- Keliat, Dkk. (2006). *Modul model praktek keperawatan profesional jiwa*. Jakarta: Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia dan WHO Indonesia
- Kron, T. (1987). *The management of patient care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Lusiani (2006). *Hubungan karakteristik individu dan sistem penghargaan dengan kinerja perawat menurut persepsi perawat pelaksana di RS Sumber Waras Jakarta*. Tesis Program Pascasarjana FIK UI
- Rumah Sakit Haji Jakarta (2010). *Laporan kinerja panitia pencegahan infeksi Rumah Sakit Haji Jakarta*. PPI RS Haji Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Rumah Sakit Haji Jakarta (2010). *Laporan semester surveillance panitia pencegahan infeksi rumah sakit haji*. PPI RS Haji Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Saljan, M. (2005). *Pengaruh pelatihan supervisi terhadap peningkatan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Islam Jakarta Pondok Kopi Jakarta Timur*. Tesis. Program Magister FIK UI. Tidak diperjualbelikan.
- Siagian, S.P. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara
- Mangkunegara, P.A.A. (2004). *Manajemen sumber daya manusia perusahaan*. Bandung : Rosdakarya

- Mangkunegara, P.A.A. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan kesembilan. Bandung : Remaja Rodakarya
- Marquis, B.L. & Huston, C., J. (2010). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: teori & aplikasi*. Edisi 4, alih bahasa, Widyawati dkk. Editor edisi bahasa Indonesia Egi Komara Yuda, dkk. Jakarta : EGC
- Mireya, U.A., Marti, P.O., Xavier, K.V., Cristina, L.O., Miguel, M.M.& Magda,C.M (2006). Nosocomial infection pediatric and neonatal intensive care unit. *Journal of infection*,54,212-220
- Netty, E. (2002). *Hubungan antara karakteristik perawat pelaksana,pemahaman proses keperawatan dan supervisi dengan penerapan proses keperawatan di ruang rawat inap RSAB Harapan Kita Jakarta*. Tesis Program Pascasarjana, FIK UI
- Nguyen, Q.V. (2009). *Hospital acquired infections*. (<http://emidicine.Medscape.com/article/967022-overview>, diunduh tanggal 16 Januari 2011)
- Nurhayani, S. (2010). *Laporan residensi mahasiswa program pasca sarjana kekhususan kepemimpinan dan manajemen keperawatan*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- Notoatmojo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta : Rineka Cipta
- Parhusip (2005). *Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial serta pengendaliannya di BHG. UPF. Paru. RS Dr. Pirngadi Lab. Penyakit Paru FK USU. Fakultas Kedokteran Bagian Ilmu Paru –FK-USU Medan .* ([https:// digilib.usu.ac.id/](https://digilib.usu.ac.id/) diunduh tanggal 17 Januari 20011)
- Panjaitan, R.U. (2004). *Persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dan hubungannya dengan kinerja di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis Pascasarjana FIK UI
- Pohan, I.S. (2003). *Jaminan mutu pelayanan kesehatan*. Dasar-dasar pengertian. Bekasi : Kesaint Blanc
- Polit & Hungler, B.P. (2005). *Nursing research principles and methods*.Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Raharjo, S.B. (2002). *Hubungan antara karakteristik perawat dengan penerapan proses keperawatan di ruang rawat inap RS Haji Jakarta*. Tesis Program Pascasarjana FIK UI
- Robbins, P.S. (2006). *Perilaku organisasi*. Edisi Bahasa Indonesia, edisi 10, PT. Indeks, Jakarta

- Prawoto, E. (2007). *Hubungan rotasi dan iklim kerja dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Koja*. Tesis Program Pascasarjana FIK UI
- Rusmiati (2006). *Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Persahabatan*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S.(2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Setiawati (2009). Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi ketaatan petugas kesehatan melakukan hand hygiene dalam mencegah infeksi nosokomial di ruang perinatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. <http://www.lontar.ui.acid//opac/themes/libri2/detail.jsp?id=125399&lokasi=1okal>, diunduh tanggal 19 Pebruari 2011)
- Siagian, S.P. (2001). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta : Bumi Aksara
- Siagian, S.P. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan ketujuhbelas. Jakarta : Bumi Aksara
- Simanjuntak, P.J. (2005). *Manajemen dan evaluasi kinerja*. Jakarta : Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia
- Suarli (2009). *Manajemen Keperawatan Dengan Aplikasi Pendekatan Praktis*, Jakarta: Erlangga.
- Suhendi, H., Anggara, S. (2010). *Perilaku Organisasi*, Bandung : C.V. Pustaka Setia
- Soefulloh, M. (2009). *Pengaruh pelatihan asuhan keperawatan dan supervisi terhadap motivasi kerja dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Indramayu*. Tesis. Program Magister FIK UI. Tidak diperjualbelikan.
- Suciati (2002). *Analisis hubungan antara kompetensi kepemimpinan kepala ruangan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Kabupaten Belitung*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI.
- Swansburg, R.C. (2000). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. Alih Bahasa Samba Suharyati, EGC. Jakarta
- Undang-Undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit
- WHO (2002). *Prevention of Hospital-Acquired Infections A Practical Guide 2nd Edition*. Departement of Communicable Disease, Surveillance and Response. (http : www.who.int/research/en/emc, diunduh tanggal 17 Pebruari 2011).
- Wahyudi. (2008). *Manajemen konflik*. Bandung: Alfabeta
- Wibowo. (2008). *Manajemen kinerja*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.

Widodo, D.& Astrawinata, D. (2004). Surveillance of nosokomial infection in Ciptomangunkusumo General Hospital. *Medical Journal Indonesia* 13 (2), 107-109

Yelda, F. (2003). *Faktor risiko yang berpengaruh terhadap infeksi nosokomial di beberapa RS di DKI Jakarta tahun 2003*. Tesis Program Pascasarjana FKM UI



PENJELASAN PENELITIAN

Kepada : Yth. Teman Sejawat Perawat
Rumah Sakit Haji Jakarta
di-
Jakarta

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia maka saya :

Nama : Dian Pancaningrum
NPM : 0906594936
Alamat : Perum Jati Sari Permai Blok EB No.5 Rt/Rw 03/014
Jatiasih, Bekasi Selatan
Nomor Telephone : 08129677794
Nomor Email : dianpancaningrum@yahoo.co.id

Bermaksud mengadakan penelitian tesis berjudul “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011”. Tujuan umum penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun, termasuk hubungan antara pimpinan–staf, rekan sejawat maupun dengan klien. Hal tersebut karena semua informasi dan kerahasiaan identitas yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk penelitian ini semata. Jika sejawat telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang menimbulkan ketidaknyamanan maka sejawat diperkenankan untuk mengundurkan diri dari penelitian dengan memberi informasi kepada peneliti. Sejawat tidak mendapat manfaat secara langsung dalam penelitian ini, tetapi penelitian ini sangat bermanfaat bagi perbaikan pelayanan dan pengembangan keilmuan keperawatan.

Melalui penjelasan ini maka saya sangat mengharapkan agar teman sejawat berkenan menjadi responden dan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaannya, saya ucapkan banyak terima kasih.

Depok, Mei 2011
Peneliti

Dian Pancaningrum

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul penelitian : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011

Peneliti : Dian Pancaningrum
Mahasiswa Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Universitas Indonesia

Saya, telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sesuai dengan judul di atas. Saya mengerti bahwa akan diminta oleh peneliti untuk melakukan pengisian kuesioner yang diberikan. Saya mengerti penelitian ini tidak mempunyai risiko terhadap pekerjaan saya dan mengerti manfaat penelitian sebagai masukan untuk perkembangan pelayanan keperawatan.

Saya mengerti bahwa data dan identitas saya dalam penelitian akan dirahasiakan dan akan dimusnahkan bila penelitian ini selesai. Apabila saya merasa tidak nyaman ikut berpartisipasi, saya berhak untuk membatalkan peran serta saya setiap saat tanpa adanya sanksi.

Saya menerima persetujuan untuk berperan serta pada penelitian ini secara sukarela dan sadar dengan menandatangani surat persetujuan sebagai subjek penelitian.

Jakarta , Mei 2011

()



KUESIONER PENELITIAN

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP DALAM
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUMAH SAKIT
HAJI JAKARTA TAHUN 2011**

Peneliti

Nama : Dian Pancaningrum

NPM : 0906594936

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, MEI 2011**

**PENELITIAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP DALAM
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RS HAJI
JAKARTA TAHUN 2011**

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Petunjuk Pengisian :

- A. Mohon bantuan dan kesediaan sejawat untuk menjawab kuisisioner dibawah ini dengan cara mengisi titik-titik yang tersedia
- B. Berika tanda check (√) pada kotak yang tersedia
1. Umur :.....tahun
 2. Jenis Kelamin : Pria
Wanita
 3. Tingkat Pendidikan : D III Keperawatan
S1 Keperawatan/Ners
 4. Masa Kerja :tahun
 5. Pelatihan Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi :
Pernah
Tidak Pernah

**PENELITIAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP DALAM
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RS HAJI JAKARTA**

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Petunjuk Pengisian :

- A. Mohon bantuan dan kesediaan sejawat untuk menjawab kuisisioner dibawah ini dengan cara mengisi titik-titik yang tersedia
- B. Berika tanda check (√) pada kotak yang tersedia

Umur :tahun

Jenis Kelamin : Pria

Wanita

Tingkat Pendidikan : D III Keperawatan

S1 Keperawatan/Ners

Masa Kerja :tahun

Pelatihan Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi :

Pernah

Tidak Pernah

Petunjuk C :

Pernyataan no : **1-33** berilah tanda (√) pada kolom yang sejawat pilih sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut :

- a. **SL (Selalu)**, apabila pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan)
- b. **S (Sering)**, apabila pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan)
- c. **K (Kadang-kadang)**, apabila pernyataan tersebut kadang-kadang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan)
- d. **TP (Tidak Pernah)**, apabila pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali

No	Pernyataan	Jawaban			
		SL	S	K	TP
1.	Saya merasa semangat dalam melakukan aktivitas rutin sebagai perawat				
2.	Saya berupaya untuk memperbaharui pengetahuan terkait dengan pencegahan dan penanggulangan infeksi melalui buku dan internet				
3.	Saya tidak tertarik untuk mengikuti pelatihan pencegahan infeksi				
4.	Pelatihan pencegahan dan penanggulangan infeksi terasa membosankan				
5.	Saya melakukan perawatan luka tusukan infus setiap hari				
6.	Saya tidak menyerah merawat luka yang sudah busuk dan membutuhkan perawatan luka steril				
7.	Saya terus mengembangkan kemampuan saya dalam melakukan perawatan luka dengan prinsip steril				
8.	Saya malas melakukan dekontaminasi alat kesehatan habis pakai				
9.	Saya mengingatkan perawat lain untuk membuang sampah medis sesuai dengan jenisnya				
10.	Saya termotivasi untuk menciptakan tempat pembuangan jarum suntik bekas pakai yang aman				
11.	Saya melakukan perawatan kateter urine setiap hari				
12.	Ruang perawatan tempat saya bertugas terjaga kebersihannya, sehingga membuat saya nyaman dalam bekerja				

No	Pernyataan	Jawaban			
		SL	S	K	TP
13.	<i>Nurse station</i> dalam keadaan rapi dan bersih				
14.	Terlihat sampah berserakan di ruang perawatan				
15.	Sirkulasi udara di ruang <i>nurse station</i> sangat baik				
16.	Ruangan pasien selalu keadaan bersih				
17.	Lantai di ruang rawat inap basah akibat atap yang bocor				
18.	Saya merasakan kenyamanan di ruangan tempat saya bekerja				
19.	Saat melakukan aktivitas di ruangan terdengar suara bising kendaraan				
20.	Secara berkala dilakukan medical <i>check up</i> untuk mengetahui status kesehatan perawat				
21.	Rumah sakit menyediakan alat pelindung diri yang mencukupi				
22.	Saya melakukan tindakan <i>universal precaution</i> sesuai dengan SOP yang ada di ruang perawatan				
23.	Kepala ruangan melakukan supervisi pada perawat pelaksana dalam tindakan pencegahan infeksi nosokomial				
24.	Kepala ruangan mengajarkan cara mencuci tangan				
25.	Kepala ruangan melakukan evaluasi terhadap perawat pelaksana tentang cara cuci tangan				
26.	Kepala ruangan membimbing perawat pelaksana yang belum memahami proses dekontaminasi alat kesehatan				
27.	Kepala ruangan mengobservasi perawat pelaksana dalam melakukan dekontaminasi alat kesehatan				
28.	Kepala ruangan menjelaskan bahwa tidak perlu melakukan proses dekontaminasi pada alat kesehatan yang terkena darah				
29.	Kepala ruangan membiarkan perawat pelaksana melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan prosedur				
30.	Kepala ruangan tidak menyediakan waktunya untuk melakukan bimbingan dalam melakukan cuci tangan sesuai SOP				
31.	Kepala ruangan mengajarkan cara melakukan dekontaminasi alat kesehatan habis pakai				
32.	Kepala ruangan mengevaluasi perawat pelaksana yang melakukan dekontaminasi alat kesehatan habis pakai				
33.	Kepala ruangan membiarkan perawat pelaksana membuang sampah medis sembarangan tanpa dipisahkan dengan sampah non medis				

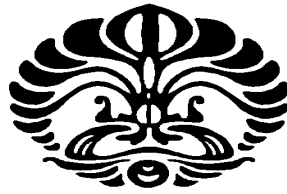
Petunjuk D:

Pernyataan no : **34-57** berilah tanda (√) pada kolom yang sejawat pilih sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut :

- a. **SS (Sangat setuju)**, apabila sangat setuju dengan pernyataan (lebih dari setuju)
- b. **S (Setuju)**, apabila setuju dengan pernyataan
- c. **KS (Kurang Setuju)**, apabila kurang setuju dengan pernyataan
- d. **TS (Tidak Setuju)**, apabila tidak setuju dengan pernyataan

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	KS	TS
34.	Cuci tangan bila sempat saja				
35.	Saya memberikan penjelasan <i>personal hygiene</i> kepada pasien dan keluarga				
36.	Cuci tangan tidak perlu dengan air mengalir dan menggunakan sabun				
37.	Pemasangan kateter urine menggunakan tehnik steril				
38.	Saya melakukan perawatan kateter dengan menggunakan sarung tangan biasa (tidak steril)				
39.	Tidak perlu cuci tangan setelah menggunakan sarung tangan steril				
40.	Saat pemasangan infus, tidak perlu dilakukan disinfeksi pada lokasi penusukan				
41.	Saat pemasangan infus, lokasi tusukan diberi antiseptik lalu ditutup dengan kasa				
42.	Setelah infus terpasang selama 3x24 jam, lokasi pemasangan infus perlu dipindah dan infus set perlu diganti				
43.	Saya melakukan pengecekan terhadap tanda-tanda flebitis				
44.	Saya tidak menginformasikan pada pasien tentang tanda-tanda infeksi				
45.	Jumlah <i>washtafel</i> yang ada sangat mencukupi				

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	KS	TS
46.	Kadang-kadang tidak tersedia air untuk cuci tangan				
47.	Selalu tersedia sarung tangan steril				
48.	Peralatan steril yang tersedia di ruangan tidak mencukupi untuk merawat luka				
49.	Tersedia antiseptik untuk mencuci tangan				
50.	Pedoman dan standar pencegahan infeksi dibutuhkan di setiap ruang perawatan				
51.	Tersedia tissue di <i>washtafel</i>				
52.	Kasa steril yang tersedia di ruangan sangat terbatas				
53.	Persediaan alkohol di ruangan sangat terbatas				
54.	Saya kesulitan mendapatkan sarung tangan steril karena jumlahnya yang sangat terbatas				
55.	Sterilisator yang tersedia di ruangan tidak berfungsi dengan baik				
56.	Tersedia tempat pembuangan sampah medis				
57.	Jumlah masker yang tersedia sangat mencukupi				



LEMBAR TILIK

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA PERAWAT
PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP DALAM PENCEGAHAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUMAH SAKIT HAJI
JAKARTA TAHUN 2011**

Peneliti

Nama : Dian Pancaningrum

NPM : 0906594936

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, MEI 2011**

**LEMBAR PENGAMATAN PENAMPILAN KERJA PERAWAT PELAKSANA DI
RUANG RAWAT INAP DALAM PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI
RUMAH SAKIT HAJI JAKARTA TAHUN 2011**

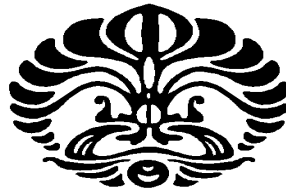
Kode Responden :

Ruang Perawatan :

Tindakan yang dilakukan :

Hari/Tanggal/Waktu :

No	Penampilan Kerja	Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan		
2.	Menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan		
3.	Mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan		
4.	Melakukan dekontaminasi alat		
5.	Mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya		
6.	Mencuci tangan setelah melakukan tindakan		



PEDOMAN OBSERVASI

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP DALAM
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUMAH SAKIT
HAJI JAKARTA TAHUN 2011**

Peneliti

Nama : Dian Pancaningrum

NPM : 0906594936

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, MEI 2011**

Pedoman Observasi Kinerja Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

1. Cuci tangan

Cuci tangan

Adalah cara sederhana pencegahan infeksi yang penting dilakukan pada saat sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. Berikut ini dijelaskan tujuan, indikasi, dan prosedur standar cuci tangan.

1.1 Tujuan :

- a. Menekan pertumbuhan bakteri pada tangan
- b. Menurunkan jumlah kuman yang tumbuh dibawah sarung tangan

1.2. Indikasi :

- a. Saat tangan tampak kotor
- b. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada pasien, seperti mengganti balutan, kontak dengan pasien selama pemeriksaan harian atau mengerjakan pekerjaan rutin seperti membenahi tempat tidur
- c. Sebelum dan sesudah membuang wadah sputum, secret, cairan drain atau darah
- d. Sebelum dan sesudah menangani peralatan bekas pakai pasien seperti infus, kateter, kantung drain, kantung urine, selang, dan masker oksigen
- e. Sebelum dan sesudah ke kamar mandi
- f. Sebelum dan sesudah makan

Format Prosedur Tindakan Cuci Tangan

No	Tindakan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Basahi tangan setinggi pertengahan lengan bawah dengan air mengalir		
2.	Tuangkan sabun cair 2-5 cc di bagian telapak tangan yang basah		
3.	Gosok kedua telapak tangan termasuk kuku dan sela jari selama 10-15 detik		
4.	Bilas kembali dengan air sampai bersih		
5.	Keringkan tangan dengan handuk atau kertas bersih atau tisu atau handuk katun sekali pakai		
6.	Matikan kran		
7.	Pada cuci tangan aseptik dilarang menyentuh permukaan tidak steril, waktu yang dibutuhkan untuk mencuci tangan antara 5-10 menit		

2. Penggunaan alat pelindung diri

2.1. Tujuan :

- a. Untuk melindungi perawat kontak langsung dengan cairan tubuh pasien, seperti darah, pus, saliva, cairan drain dan urine.
- b. Mencegah terjadinya infeksi silang
- c. Melindungi perawat dan pasien dari kuman pathogen

2.2. Indikasi :

Saat melakukan tindakan yang berhubungan dengan cairan tubuh pasien

2.3. Prosedur :

Cuci tangan sebelum dan sesudah menggunakan alat pelindung diri

3. Dekontaminasi

Adalah menghilangkan mikroorganisme patogen dan kotoran sehingga aman untuk pengelolaan selanjutnya (Depkes, 1998).

3.1 Tujuan :

- a. Mencegah penyebaran infeksi melalui alat kesehatan
- b. Mematikan mikroorganisme misalnya HIV, HBV, dan kotoran lain yang tidak tampak
- c. Melindungi perawat dan pasien dari kuman pathogen

3.2 Indikasinya adalah sebagai proses awal :

- a. Alat kesehatan bekas pakai sebelum dicuci dan diproses lebih lanjut
- b. Penanganan tumpahan darah atau cairan tubuh lain
- c. Dekontaminasi meja atau permukaan lain yang mungkin tercemar darah atau cairan tubuh lain

Format Prosedur Dekontaminasi Alat Kesehatan

No	Tindakan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Cuci tangan		
2.	Kenakan sarung tangan rumah tangga, masker, kaca mata/ pelindung wajah		
3.	Rendam alat kesehatan segera setelah dipakai dalam larutan desinfektan (klorin 0.5%) selama 10 menit. Seluruh alat harus terendam dalam larutan klorin		
4.	Lanjutkan dengan pembersihan		
5.	Buka sarung tangan, masukkan dalam wadah sementara menunggu dekontaminasi sarung tangan dan proses selanjutnya		
6.	Cuci tangan		

4. Pengelolaan limbah

Pengelolaan limbah di ruang perawatan merupakan bagian dari pencegahan infeksi nosokomial.

- a. Limbah medis, yaitu limbah yang kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien dan dikategorikan sebagai limbah risiko tinggi. Limbah medis

terdiri dari limbah klinis dan limbah laboratorium. Contoh limbah klinis antara lain kasa, pembalut wanita, potongan tubuh, jarum bekas pakai dan alat infus bekas pakai, dan kantong drain bekas pakai

- b. Limbah non medis atau limbah rumah tangga yaitu limbah yang tidak kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien, sehingga disebut sebagai limbah risiko rendah

Format Prosedur Pengolahan Limbah

No	Tindakan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Pemilahan limbah sesuai jenis risiko limbah, misalnya kuning untuk limbah medis dan hitam untuk limbah non medis		
2.	Semua limbah risiko tinggi harus dilabelkan dengan jelas		
3.	Menggunakan kode kantong plastik berbeda warna untuk setiap jenis		
4.	Penyimpanan limbah		
5.	Apabila 2/3 kantong telah terisi maka kantong harus diikat kuat dan diberi label		
6.	Kantong dikelompokkan pada tempat pengumpulan kantong sewarna		
7.	Semua tempat sampah yang digunakan untuk meletakkan limbah harus dikosongkan dan dicuci setiap hari		

Format Prosedur Pengolahan Limbah Tajam

No	Tindakan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Lindungi jari tangan terhadap bahaya tusukan, contoh dengan menggunakan penjepit		
2.	Tidak menyarungkan kembali jarum suntik bekas pakai		
3.	Menempatkan segera jarum suntik setelah dipakai pada wadah tahan tusukan sebelum siap dibawa ke tempat pembuangan akhir		
4.	Letakkan wadah penampung jarum bekas dekat dengan lokasi tindakan misalnya di ruang tindakan		
5.	Tidak meletakkan limbah tajam kedalam wadah lain selain yang tahan tusukan		
6.	Menjauhkan tempat penampungan limbah tajam jauh dari jangkauan anak-anak		
7.	Agar jangan sampai tumpah, kirim wadah penampung limbah sebelum penuh (2/3 penuh) untuk didekontaminasi atau untuk diinserasi		

PROSEDUR TINDAKAN

1. Pemasangan Kateter Intra Vena

1.1 Tujuan :

1. Pencegahan atau koreksi ketidakseimbangan cairan, elektrolit, atau darah
2. Akses kegawatan atau pemberian obat

1.2 Prinsip :

1. Steril
2. Lakukan pemasangan di bagian distal lebih dulu

1.3 Alat yang dibutuhkan :

1. Standar infus
2. Set infus dengan cairan IV yang dibutuhkan
3. Kanul IV
4. Kapas alkohol
5. Manset
6. Kasa steril
7. Sarung tangan
8. Pengalas
9. Plester
10. Povidine ioden (salep atau solution)
11. Piala ginjal/ bengkok

No	Tindakan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Cuci tangan		
2.	Tusukkan infus set ke botol cairan dan gantung di standar infus		
3.	Isi selang infus set dengan cairan infus dan alirkan cairan sampai ke ujung selang, klem selang. Pertahankan teknik steril		
4.	Lakukan pengecekan jangan sampai ada udara di selang infus dan tutup ujung set infus		
5.	Kenakan sarung tangan		
6.	Pilih dan kaji kondisi vena, pastikan vena yang dipilih dalam kondisi baik (cari di bagian distal lebih dahulu, posisi vena lurus tidak bengkok)		
7.	Lakukan pembendungan pada lengan atas vena, anjurkan pasien untuk membuka dan menutup tangannya, atau tepuk-teuk vena tersebut. Bersihkan area penusukkan dengan kapas alkohol		
8.	Buka jarum, buka dengan tangan dominan, tusukkan jarum dengan sudut 15-45 derajat dengan arah <i>bevel</i> keatas. Tahan vena yang akan ditusuk dengan tangan non dominan, pegang 2-3 cm di bawah lokasi penusukkan, atau tahan vena bagian atas pada pasien tua. Pertahankan teknik steril.		
9.	Bila jarum sudah masuk vena, tarik jarum sedikit sampai darah terlihat di kanula, tangan non dominan menahan ujung kanula. Masukkan sisa kanula secara perlahan sampai pangkalnya.		
10.	Lepaskan manset		
11.	Tekan ujung kanula yang berada di dalam vena, lalu lepaskan jarum dari kanula intra vena		
12.	Sambungkan infus set dengan dengan kanula intravena dan buka klem selang infus		
13.	Alirkan cairan, pastikan cairan infus dapat menetes dengan baik		
14.	Desinfeksi daerah tusukkan dan tutup dengan kasa/ balutan transparan, atur tetesan		
14.	Rapikan pasien dan peralatan, cuci tangan		

2. Pemasangan Kateter Urin

2.1 Tujuan :

1. Mengosongkan kandung kemih
2. Memasukkan cairan ke kandung kemih (irigasi kandung kemih)
3. Diagnostik

2.2 Prinsip :

1. Steril
2. Fiksasi kater balon kateter jika selang kateter sudah dalam posisi yang benar yaitu di dalam kandung kemih
3. Kateter urinr jangan dipaksakan masuk atau keluar/ dicabut jika ada tahanan
4. *Privacy*

2.3 Alat yang dibutuhkan :

1. Sarung tangan karet steril
2. Set kateter dan *urine bag*
3. Jelly
4. Syringe yang berisi cairan aguades/ NaCl 0,9% steril untuk mengisi balon kateter
5. Cairan antiseptik
6. Kapas/ kasa cairan pembersih
7. Sarung tangan karet bersih
8. Kom bersih
9. Bengkok
10. Alas bokong
11. Gantungan *urine bag*
12. Sampiran
13. Tempat spesimen yang dibutuhkan

No	Tindakan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Cuci tangan		
2.	Atur posisi pasien		
3.	Letakkan pengalas di bawah bokong		
4.	Gunakan sarung tangan bersih, lakukan perawatan perineum		
5.	Buka set kateter urine dan alat-alat steril lainnya, tempatkan di alas steril		
6.	Gunakan sarung tangan steril, buka bungkus kateter urine steril. Cek apakah balon berkembang sempurna dengan memasukkan cairan dan tarik semua cairan kembali ke spuit.		
7.	Pegang kateter dan berikan <i>jelly</i> di ujung kateter dengan meminta bantuan atau sendiri dengan mempertahankan teknik steril		
8.	Masukkan kateter ke dalam uretra secara perlahan sampai urine mengalir keluar. Jangan paksakan bila ada hambatan. Untuk pria posisikan penis tegak lurus 90 derajat dengan tubuh saat memasukkan kateter. Masukkan kateter sepanjang 7,5-9 cm untuk wanita dewasa atau 22,5 cm untuk laki-laki dewasa		
9.	Pegang selang kateter 2 cm dari muara meatus uretra agar kateter tidak terdorong keluar lagi		
10.	Setelah urine mengalir, minta asisten untuk menyambungkan selang kateter ke <i>urine bag</i> dan masukkan 5 cm untuk memastikan posisi		
11.	Sambil tetap mempertahankan posisi kate, minta bantuan atau lakukan sendiri, masukkan aguades atau NaCl steril untuk memfiksasi balon. Tarik kateter perlahan untuk memastikan balon kateter sudah terfiksasi dengan baik di dalam kandung kemih		
12.	Lepaskan sarung tangan, lakukan fiksasi luar kateter urine dengan plester di daerah paha		
13.	Gantungkan urine bag dengan posisi lebih rendah dari pasien, rapikan pasien dan alat-alat		
14.	Cuci tangan		

3. Perawatan Luka

3.1 Tujuan :

1. Membersihkan luka
2. Meningkatkan proses penyembuhan luka
3. Mencegah masuknya bakteri dan partikel lainnya

3.2 Prinsip :

1. Steril
2. Mempertahankan/ meningkatkan permukaan luka yang lembab
3. Perawatan dan balutan disesuaikan dengan kondisi luka

3.3 Alat yang dibutuhkan :

1. Sarung tangan steril
2. Set perawatan luka : pinset anatomi, pinset *chirurgi*, kom, klem dan gunting
3. Kasa steril
4. Plester
5. Bengkok
6. Cairan pembersih (NaCl, aquabides)
7. Antiseptik, jika perlu
8. Pinset anatomis bersih
9. Pengalas

No	Tindakan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Cuci tangan		
2.	Kaji kondisi luka : <i>grade</i> , lokasi, ukuran, nyeri, dan kondisi luka		
3.	Atur posisi pasien sesuai dengan lokasi luka		
4.	Pasang pengalas di bawah area luka		
5.	Buka set ganti balutan dengan memperhatikan sterilitas alat		
6.	Gunakan sarung tangan bersih, buka balutan dengan menggunakan pinset bersih		
7.	Ganti sarung tangan bersih dengan sarung tangan steril		
8.	Bersihkan luka sesuai dengan kondisi luka, dari daerah bersih ke kotor. Hindarkan merusak jaringan granulasi		
9.	Pertahankan teknik steril, hindari bercampurnya antara alat steril dan non steril		
10.	Berikan terapi sesuai dengan program pengobatan/kondisi luka		
11.	Balut luka dengan balutan yang sesuai dengan kondisi luka, lalu tutup luka		
12.	Lepaskan sarung tangan		
13.	Rapikan pasien dan peralatan		
14.	Cuci tangan		

4. Penghisapan Lendir

4.1 Tujuan :

1. Memfasilitasi pengeluaran lendir melalui mulut
2. Meningkatkan ventilasi sehingga dapat meningkatkan perfusi jaringan

4.2 Prinsip :

1. Steril
2. Pertahankan oksigenisasi tubuh yang adekuat
3. Cegah iritasi jaringan saluran pernapasan
4. Hindari melakukan *bronchial washing*

4.3 Peralatan yang dibutuhkan :

1. *Stetoskop*
2. Kateter *suction* sesuai dengan ukuran dan mesin *suction*
3. Tabung penghubung
4. Sarung tangan karet steril
5. Kom steril berisi aquades atau normal salin
6. Pinset steril pada tempatnya
7. Kom berisi cairan antiseptik
8. Pengalas/ handuk
9. Oksigen dengan *nasal* kanul

No	Tindakan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Cuci tangan		
2.	Cek program pengobatan terkait dengan oksigen yang dibutuhkan		
3.	Letakkan pengalas di bawah dagu/ dada klien		
4.	Tingkatkan oksigensisasi pasien dengan meminta klien menarik napas dalam, meninggikan pemberian oksigen 100% selama 1-2 menit melalui <i>nasal</i> kanul		
5.	Gunakan sarung tangan steril		
6.	Dengan tangan non dominan, jepit kateter dengan pinset anatomi, cek <i>suction</i> dengan menghisap cairan di kom steril		
7.	Dengan tangan dominan, jepit kateter dengan pinset anatomi cek <i>suction</i> dengan cara menghisap cairan di kom steril		
8.	Masukkan kateter ke dalam mulut sampai dengan karina (adanya reflek batuk) tanpa menutup tubing. Tutup tubing lalu tarik keluar selang dengan cara memutar. Jangan lakukan penghisapan lendir lebih dari 10-15 detik		
9.	Beri kesempatan pasien untuk bernapas selama 3-5 kali dengan oksigen ditinggikan sebelum penghisapan berikutnya		
10.	Bersihkan selang kateter dengan aquades atau dengan normal salin		
11.	Bersihkan mulut klien		
12.	Kembalikan konsentrasi oksigen yang diberikan sesuai dengan program pengobatan		
13.	Rendam selang suction di dalam cairan antiseptik jika diperlukan		
14.	Rapikan pasien dan alat-alat		
15.	Cuci tangan		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Dian Pancaningrum
- Tempat, tanggal lahir : Jakarta, 23 Januari 1974
- Jenis kelamin : Perempuan
- Pekerjaan : PNS
- Alamat rumah : Perumahan Jati Sari Permai, Jalan Kuwait EB 5, 03/14
Bekasi Selatan, Telp 08129677794
email dianpancaningrum@yahoo.co.id
- Alamat institusi : Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya
Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan
- Riwayat Pendidikan :
1. Program Magister Ilmu Keperawatan UI : Tahun 2009-saat ini
Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
 2. Fakultas Ilmu Keperawatan UI : Tahun 2003-2006
 3. Akper St. Carolus Jakarta : Tahun 1992-1994
 4. SMUN 92 Jakarta : Tahun 1989-1991
 5. SMPN 151 Jakarta : Tahun 1985-1988
 6. SDN Rawa Badak 01 Pagi : Tahun 1979-1985
- Riwayat Pekerjaan :
1. Staf Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan : Tahun 2000-saat ini
 2. Perawat Pelaksana di RS Medika Griya Sunter : Tahun 1994-2000



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1625/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

28 April 2011

Yth. Direktur Utama
RS. Haji
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Dian Pancaningrum
0906594936

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di RS. Haji Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Haji Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Diklat RS. Haji
3. Ketua Komite Keperawatan RS. Haji
4. Kepala Bidang Keperawatan RS. Haji
5. Kepala Ruangan RS. Haji
6. Sekretaris FIK-UI
7. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
8. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
9. Koordinator M.A. "Tesis"
10. Peringgal



RUMAH SAKIT HAJI JAKARTA
Jalan Raya Pondok Gede Jakarta Timur
Telp. (021) 8000693 – 95, 8000701 – 702, Fax. (021) 8000702



Nomor : 646/RSHJ/SDM/V/2011
Lamp : -
Perihal : Jawaban Ijin Penelitian

Jakarta, Mei 2011

Kepada Yth,
Dekan
Universitas Indonesia
di
tempat

Dengan hormat,

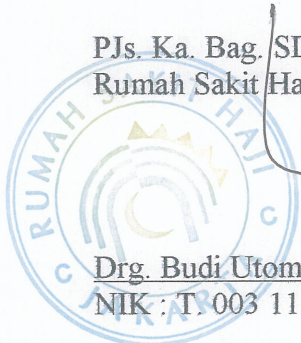
Menindak lanjuti surat Nomor : 1625/H2.F12/PDP.04.02/2011 tentang permohonan penelitian untuk kegiatan **Tesis** di Bagian Keperawatan, kami mengucapkan terima kasih atas kepercayaannya memilih Rumah Sakit Haji Jakarta sebagai tempat Penelitian bagi mahasiswa.

Sehubungan dengan pelaksanaan kegiatan tersebut, dengan ini kami sampaikan bahwa pada saat ini kami dapat menerima **Dian Pancaningrum** mahasiswa dari Universitas Indonesia untuk melaksanakan hal tersebut di Bagian Keperawatan RS Haji Jakarta. Dan sesuai SK Direktur RS Haji Jakarta Nomor : 003/RSHJ/DIR/SK/II/2008 tentang tarif pelaksanaan penelitian, residensi, disertai dan studi banding di Rumah Sakit Haji Jakarta maka terdapat Institutional Fee untuk kegiatan tersebut sebesar Rp.500.000,-

Untuk informasi dan keterangan pelaksanaan kegiatan tersebut dapat menghubungi SDM Diklat No. telp 021- 8000693/5 ext 5047.

Demikian surat pemberitahuan ini, atas perhatian serta kerjasamanya diucapkan terima kasih.

PJs. Ka. Bag. SDM
Rumah Sakit Haji Jakarta



Drg. Budi Utomo, MARS
NIK : T.003 11 94



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Faktor-faktor yang mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Haji Jakarta.

Nama peneliti utama : **Dian Pancaningrum**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 16 Juni 2011

Ketua,



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001