



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN PERAWAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG RAWAT INAP RSUD
KOTA BEKASI TAHUN 2009**

TESIS

NANI ROHANI

NPM : 0706190105

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**DEPOK
JUNI 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN PERAWAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG RAWAT INAP RSUD
KOTA BEKASI TAHUN 2009**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

NANI ROHANI

NPM : 0706190105

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**DEPOK
JUNI 2009**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Nani Rohani

NPM : 0706190105

Mahasiswa Program : Strata 2 (dua) Kajian Administrasi Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2007/2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 20 Juni 2009



(NANI ROHANI)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nani Rohani

NPM : 0706190105

Tanda Tangan : 





Tanggal : 20 Juni 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Nani Rohani
NPM : 0706190105
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi tahun 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Anhari Achadi, dr,S.K.M., DSc ()
Penguji : Mieke Savitri, dr, M.Kes ()
Penguji : Sandi Iljanto,dr, MPh ()
Penguji : Wirda Saleh, dr, MARS, M.H.Kes ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Juni 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) dr. Anhari Achadi, S.K.M., DSc, selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini.
- 2) dr. Hj. Wirda Saleh, MARS, M.H.Kes, selaku Direktur RSUD Kota Bekasi beserta jajarannya yang telah memberikan izin dari sejak residensi sampai dengan penelitian dilaksanakan.
- 3) Semua kepala ruangan perawatan yang telah membantu pada saat pengumpulan data penelitian.
- 4) Semua rekan-rekan peminatan Kajian Administrasi Rumah Sakit atas kerja samanya baik selama masa perkuliahan maupun pada saat penyelesaian tesis.
- 5) Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Terakhir, terima kasih yang tak terhingga kepada orang tua, suami dan anak-anakku tercinta, Bayanti, Hafiz dan Dipo yang senantiasa memberi dukungan dan doa selama proses perkuliahan dan penyelesaian tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat pengembangan ilmu.

Depok, Juni 2009

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nani Rohani

NPM : 0706190105

Program Studi : Strata 2 (dua) Kajian Administrasi Rumah Sakit.

Departemen : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis karya : Tesis

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

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi tahun 2009

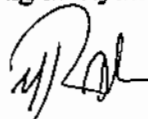
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Ekklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal : 20 Juni 2009

Yang menyatakan



(Nani Rohani)

ABSTRAK

Nama : Nani Rohani
Program Studi : Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

Infeksi nosokomial penting mendapatkan perhatian, karena infeksi nosokomial menjadi salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas. Menurut Thamrin (1993) penularan melalui tenaga perawat ditempatkan sebagai penyebab utama infeksi nosokomial. Karena itu kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial sangat penting sebagai upaya menjaga mutu pelayanan di rumah sakit. Salah satu upaya pencegahan tersebut dilakukan dengan memutus mata rantai infeksi nosokomial melalui perilaku perawat yang lebih aseptik dan menerapkan tindakan keperawatan berdasarkan prinsip *standard precaution*.

Hasil penelitian infeksi nosokomial infeksi luka infus di RSUD Kota Bekasi tahun 2007 didapatkan angka kejadian infeksi nosokomial sangat tinggi yaitu rata-rata 15,2% sedangkan Depkes (2007) menetapkan angka infeksi nosokomial harus <1,5%. Rumusan masalah dalam penelitian ini bagaimana gambaran perilaku kepatuhan perawat dalam tindakan pencegahan INOK pada saat melakukan tindakan keperawatan di ruang rawat inap serta faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku tersebut. Penelitian ini termasuk penelitian survei dengan desain cross sectional dengan tujuan memperoleh informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pencegahan INOK di ruang rawat inap. Populasi meliputi semua perawat yang aktif bekerja di 8 ruangan rawat inap kecuali kepala ruangan yang berjumlah 148 orang Sampel penelitian 80 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara melalui kuesioner untuk variabel independen dan untuk variabel dependen berupa observasi dengan menggunakan daftar tilik. Variabel dependen adalah kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial sedangkan variabel independen adalah faktor predisposisi (pendidikan perawat, pengetahuan, sikap), faktor pemungkin (ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman/SOP INOK, lama kerja perawat), dan faktor penguat (pelatihan, supervisi dan sanksi).

Hasil penelitian menunjukkan proporsi perawat yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK sebesar 52,5% dan yang tidak patuh 47,5%. Dari sembilan variabel yang dianalisis bivariat ada 4 (empat) variabel yang terbukti secara statistik berhubungan dengan kepatuhan perawat yaitu pengetahuan, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman/SOP INOK, dan supervisi. Sedangkan pada hasil akhir analisis multivariat (multivariat tahap II) dari 4 (empat) variabel didapatkan keempat variabel terbukti secara statistik berhubungan dengan kepatuhan perawat yaitu pengetahuan, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman/SOP INOK dan lama kerja. Variabel lama kerja memiliki hubungan kearah negatif yaitu semakin lama bekerja semakin tidak patuh, sedangkan yang lainnya memiliki hubungan kearah positif. Dari keempat variabel tersebut ketersediaan sarana terbukti sebagai faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan

infeksi nosokomial di RSUD Kota Bekasi dengan p value = 0,008 dan nilai odd ratio 4,350 (CI 1,478 sd 12,804).

Hasil penelitian ini menunjukkan perlunya komitmen dari Direksi RSUD Kota Bekasi terhadap pentingnya pengendalian dan pencegahan INOK dalam bentuk dukungan nyata berupa perbaikan sarana, kemudahan dalam mendapatkan instrumen dan bahan habis pakai dalam jumlah sesuai kebutuhan, serta menyediakan alokasi anggaran program PPIN dengan prioritas program peningkatan pengetahuan perawat secara terus menerus dan berkesinambungan baik melalui pembuatan buku saku pencegahan INOK, pelatihan, seminar serta penyampaian informasi terbaru, karena pengetahuan menjadi dasar dari berkelanjutannya suatu perilaku yang baik.

Kata kunci :

Perilaku kepatuhan, pencegahan infeksi nosokomial



ABSTRACT

Name : Nani Rohani
Study Programme : Hospital Administration Programme, Faculty of Public Health, University of Indonesia
Title : Factors Related to Compliance of Nurse in Efforts Preventing Nosocomial Infection at Inpatient's Room in Government Public Hospital of Bekasi Municipality

Nosocomial infection need to be noticed as the one of mortality and morbidity causes. According to Thamrin (1993), the infection spreading via nurses is the main cause of nosocomial infection. Therefore, adherence of the nurses in efforts to prevent nosocomial infection is very important to maintain the quality of hospital service. One of the efforts is to cut-off chain of nosocomial infection through improving aseptic behavior to the nurses and implementing actions based on the principle of standard precaution.

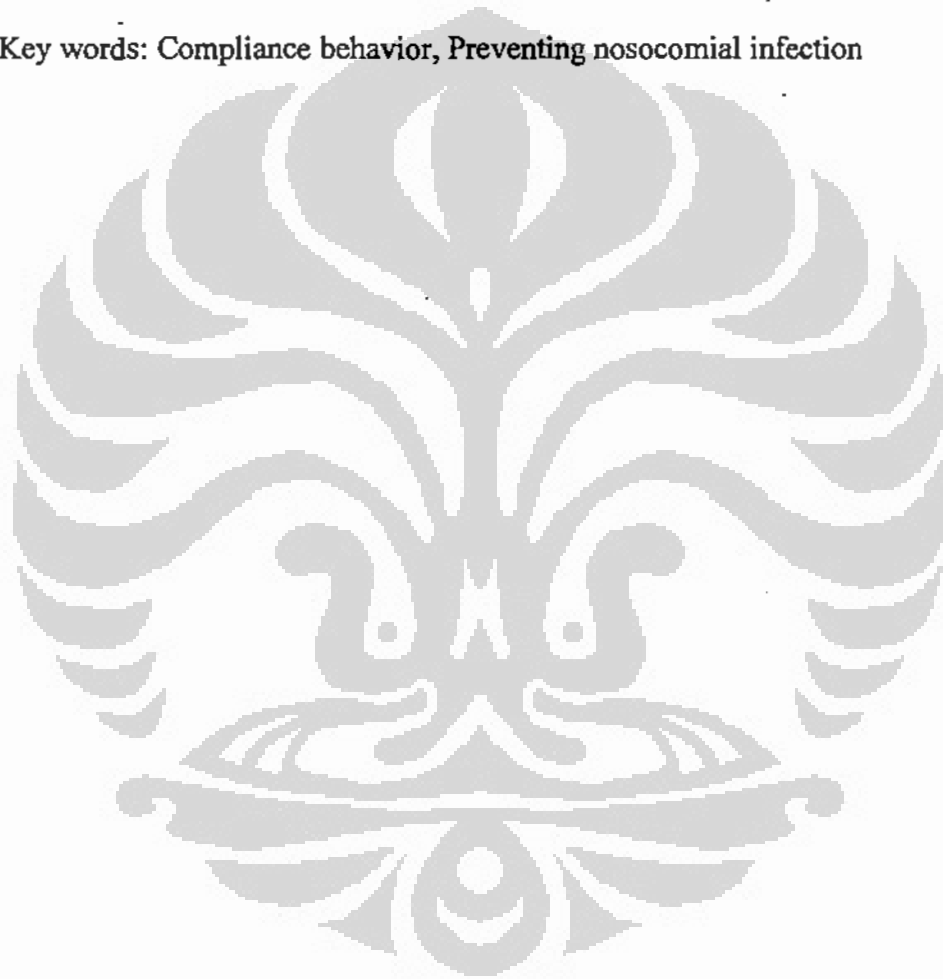
Research of the nosocomial infection (NI) by intravenous feeding injury at Bekasi Hospital in 2007 have resulted that a number of nosocomial infection incidence was very high that the average was about 15.2% while the Ministry of Health (MOH-2007) set the number of nosocomial infection must be <1.5%. Formulating problem in this research was to illustrate how adherence of nurses preventing NI while nursing at inpatient's room and factors related to the behavior. This research included survey with cross sectional design and the purpose was to obtain information about factors related the adherence of the nurse in efforts to prevent NI at inpatient's room. Population including all active nurses who work in 8 Inpatient's rooms except the head of the room was 148 people and 80 of them were used for sample. Collecting data through interviews was conducted with the questionnaire and the independent and dependent variable through observations were conducted with list glance. Dependent variable was the adherence of the nurse in efforts to prevent nosocomial infection while independent variables are predisposition factors (education, knowledge, attitudes), enabling factors (availability of facilities and guidelines/ NI-SOP, long work), and lasing factors (training, supervision and punishment).

The results have indicated that the proportion of dutiful nurses in efforts to prevent NI was 52.5% and 47.5% did not obey. From the nine variables, analyzed bivariate, have 4 (four) variables related statistically associated with compliance of the nurses; Knowledge, the availability of facilities and guidelines / NI-SOP and supervise. Meanwhile, the end result of Multivariate analysis (Multivariate phase II) from 4 (four) variables obtained that the four variables related statistically associated with the compliance of nurses; Knowledge, availability of facilities and guidelines / NI-SOP and long work. Long working variable had a negative relation that longer work became less obey, while the other have positive relations. From the fourth variable, the availability of facilities became the dominant factor associated with the compliance of nurse behavior at Inpatient's

room in efforts to prevent nosocomial infection at Bekasi Town Hospital with p value = 0.008 and the value of odd ratio 4.350 (CI 1.478 -12.804).

Results of this research showed the need of commitment from the Bekasi Town Hospitals management that the importance of prevention and controlling NI are by improving facilities, the ease in getting the instruments and consumable materials as needed, and providing a budget allocation to the PPIN program with priority for increasing knowledge of nurses continuously through making pocket book of NI prevention, training, seminars and the delivery of up to date information, while knowledge sustained a good behavior.

Key words: Compliance behavior, Preventing nosocomial infection



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum.....	7
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Infeksi Nosokomial.....	9
2.1.1 Pengertian Infeksi Nosokomial.....	10
2.1.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi INOK.....	11
2.1.3 Pengendalian Infeksi Nosokomial.....	13
2.2 Perilaku Perawat Dalam Pengendalian INOK.....	19
2.2.1 Konsep Perilaku.....	19
2.2.2 Perilaku Kepatuhan.....	23
2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat Dalam Upaya Pengendalian INOK.....	25
2.3 Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD Kota Bekasi.....	31
2.3.1 Batasan dan Jenis INOK.....	32
2.3.2 Kewaspadaan Standard (<i>Standard Precaution</i>).....	33
2.3.3 Surveilans INOK.....	35
2.3.4 Disinfeksi, Sterilisasi, Kebersihan Lingkungan dan Pencegahan INOK di Unit Laundry.....	35
BAB 3 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BEKASI.....	37
3.1 Sejarah Berdirinya Bekasi RSUD Kota Bekasi.....	37
3.2. Visi, Misi, Tujuan dan Motto RSUD Pemerintah Kota Bekasi...	39
3.2.1 Visi RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	39
3.2.2 Misi RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	39

3.2.3 Tujuan RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	39
3.3 Struktur Organisasi RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	40
3.4 Fasilitas Pelayanan RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	40
3.5 Ketenagaan RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	42
3.6 Hasil Kegiatan RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	43
3.7 Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	44
3.8 Hasil Penelitian PPIN RSUD Kota Bekasi terhadap Angka Kejadian INOK ILI	47
BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	49
4.1 Kerangka Konsep.....	49
4.2 Hipotesis Penelitian.....	51
4.3 Definisi Operasional.....	52
BAB 5 METODE PENELITIAN.....	56
5.1 Jenis Penelitian.....	56
5.2 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian.....	56
5.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	57
5.3.1 Populasi.....	57
5.3.2 Sampel.....	57
5.4 Pengumpulan Data.....	58
5.4.1 Alat Pengumpul Data.....	58
5.4.2 Teknik Pengumpul Data.....	60
5.5 Validitas Internal.....	61
5.6 Pengolahan dan Analisis Data.....	62
5.6.1 Pengolahan Data.....	62
5.6.2 Analisis Data.....	63
BAB 6 HASIL PENELITIAN.....	65
6.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	65
6.2 Hasil Analisis Univariat.....	70
6.2.1 Karakteristik Responden.....	70
6.2.2 Perilaku Kepatuhan Perawat.....	72
6.2.3 Faktor Predisposisi.....	74
6.2.3.1 Pendidikan Responden.....	74
6.2.3.2 Pengetahuan Responden Tentang Infeksi Nosokomial.....	74
6.2.3.3 Sikap Responden Terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial.....	76
6.2.4 Faktor Pemungkin.....	78
6.2.4.1 Ketersediaan Sarana.....	78
6.2.4.2 Ketersediaan Pedoman/SOP INOK.....	79
6.2.4.3 Lama Kerja.....	80
6.2.5 Faktor Penguat.....	80
6.2.5.1 Supervisi.....	80
6.2.5.2 Pelatihan.....	81
6.2.5.3 Sanksi.....	82

6.3 Hasil Analisis Bivariat.....	83
6.3.1 Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan.....	84
6.3.2 Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan.....	85
6.3.3 Hubungan Sikap dengan Kepatuhan.....	85
6.3.4 Hubungan Ketersediaan Sarana dengan Kepatuhan.....	86
6.3.5 Hubungan Ketersediaan Pedoman/SOP INOK dengan Kepatuhan.....	87
6.3.6 Hubungan Lama Kerja dengan Kepatuhan.....	87
6.3.7 Hubungan Supervisi dengan Kepatuhan.....	88
6.3.8 Hubungan Pelatihan dengan Kepatuhan.....	88
6.3.9 Hubungan Sanksi dengan Kepatuhan.....	89
6.4 Hasil Analisis Multivariat.....	89
BAB 7 PEMBAHASAN.....	95
7.1 Keterbatasan Penelitian.....	95
7.2 Pembahasan Hasil Penelitian.....	96
7.2.1 Karakteristik Responden.....	96
7.2.2 Perilaku Kepatuhan Perawat.....	96
7.2.3 Faktor Predisposisi.....	100
7.2.3.1 Pendidikan.....	100
7.2.3.2 Pengetahuan Responden Tentang Infeksi Nosokomial.....	102
7.2.3.3 Sikap Responden Terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial.....	105
7.2.4 Faktor Pemungkin.....	106
7.2.4.1 Ketersediaan Sarana dan Ketersediaan.....	106
7.2.4.2 Ketersediaan Pedoman/SOP INOK.....	109
7.2.4.3 Lama Kerja.....	111
7.2.5 Faktor Penguat.....	112
7.2.5.1 Supervisi.....	112
7.2.5.2 Pelatihan.....	113
7.2.5.3 Sanksi.....	114
BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN.....	116
8.1 Kesimpulan.....	116
8.2 Saran.....	118
DAFTAR PUSTAKA.....	121-125
LAMPIRAN.....	1-25

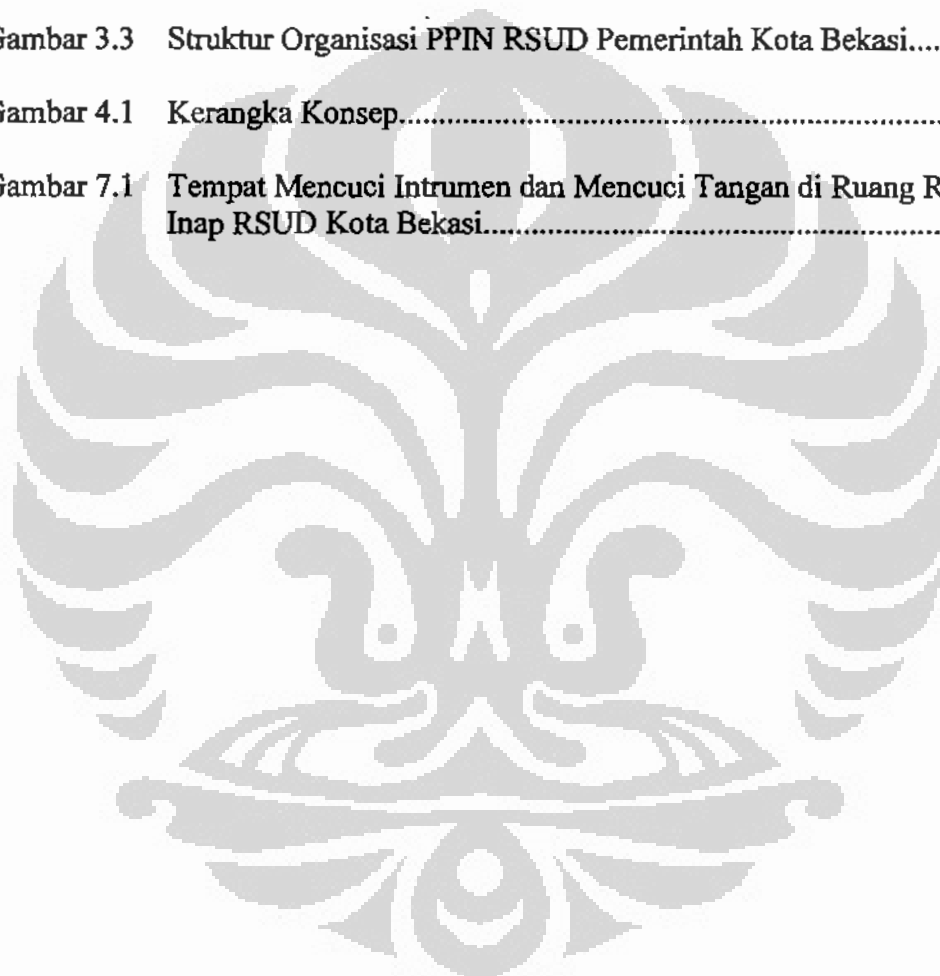
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Jumlah Ketenagaan Berdasarkan Pendidikan Status dan Masa Kerja Tahun 2008 Daftar Ketenagaan Berdasarkan Pendidikan Status dan Masa Kerja Tahun 2008.....	42
Tabel 3.2	Jumlah Kunjungan Rawat Jalan RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	42
Tabel 3.3	Indikator Pelayanan Rawat Inap RSUD Kota Bekasi.....	43
Tabel 3.4	Jumlah Pasien Rawat Inap di RSUD Kota Bekasi Yang Mendapatkan Pemasangan IVFD Pada Bulan November – Desember 2006.....	48
Tabel 4.1	Definisi Operasional	52
Tabel 5.1	Jumlah Sampel Untuk Masing-Masing Ruangan.....	58
Tabel 6.1	Hasil Uji Reliabilitas Variabel Pengetahuan, Sikap, Ketersediaan Sarana, Ketersediaan Pedoman Pengendalian INOK , Supervisi, Pelatihan dan Sanksi.....	65
Tabel 6.2	Hasil Uji Validitas Variabel Pengetahuan.....	66
Tabel 6.3	Hasil Uji Validitas Variabel Sikap.....	67
Tabel 6.4	Hasil Uji Validitas Variabel Sarana.....	68
Tabel 6.5	Hasil Uji Validitas Variabel Ketersediaan Pedoman INOK.....	68
Tabel 6.6	Hasil Uji Validitas Variabel Supervisi.....	69
Tabel 6.7	Hasil Uji Validitas Variabel Sanksi.....	69
Tabel 6.8	Hasil Uji Normalitas Variabel Pengetahuan, Sikap, Ketersediaan Sarana, Ketersediaan Pedoman Pengendalian INOK , Supervisi, Pelatihan, Sanksi, Lama Kerja dan Kepatuhan.....	70
Tabel 6.9	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Perawat Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	71
Tabel 6.10	Distribusi Responden Menurut Item-Item Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Upaya Pencegahan INOK di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	73
Tabel 6.11	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Perawat Tentang INOK di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	75

Tabel 6.12	Distribusi Responden Menurut Sikap Perawat Terhadap Pencegahan INOK di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	76
Tabel 6.13	Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Sarana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	79
Tabel 6.14	Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Pedoman/SOP INOK di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	80
Tabel 6.15	Distribusi Responden Menurut Supervisi Terhadap Pelaksanaan Upaya Pencegahan INOK di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	81
Tabel 6.16	Distribusi Responden Menurut Frekuensi Pelatihan Pengendalian INOK Yang Pernah Diikuti di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	82
Tabel 6.17	Distribusi Responden Menurut Sanksi Yang Diberlakukan Terhadap Pelanggaran Dalam Pelaksanaan Upaya Pencegahan INOK di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	83
Tabel 6.18	Distribusi Responden Menurut Hubungan Variabel Independen Dengan Variabel Dependen Dalam Upaya Pencegahan INOK Di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.....	84
Tabel 6.19	Hasil Analisis Bivariat Antara Variabel Independen Dan Variabel Dependen.....	90
Tabel 6.20	Hasil Analisis Regresi Logistik Tahap I Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi.....	91
Tabel 6.21	Hasil Analisis Regresi Logistik Tahap II Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi.....	93

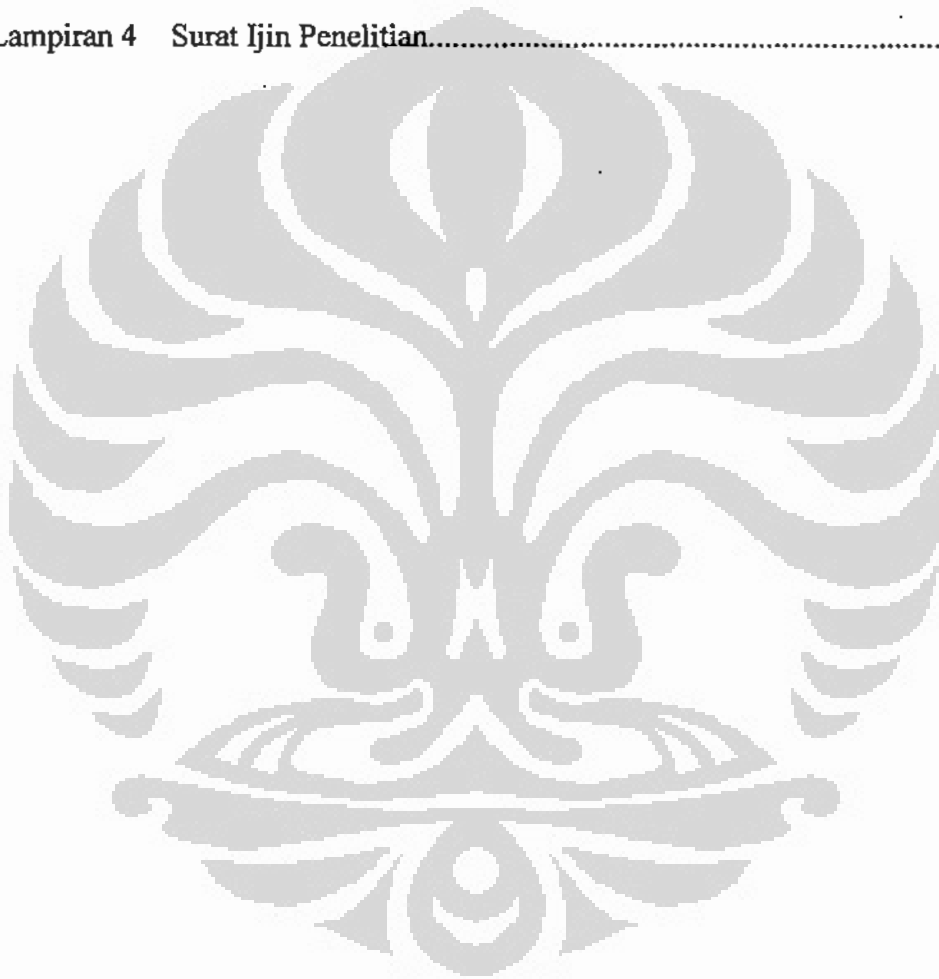
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Tiga Kategori Faktor Yang Memberi Kontribusi Terhadap Perilaku Kesehatan.....	22
Gambar 3.1	Peta RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	37
Gambar 3.2	Struktur Organisasi RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	40
Gambar 3.3	Struktur Organisasi PPIN RSUD Pemerintah Kota Bekasi.....	44
Gambar 4.1	Kerangka Konsep.....	50
Gambar 7.1	Tempat Mencuci Intrumen dan Mencuci Tangan di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi.....	107



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Matriks item pernyataan dari uji kuesioner sampai menjadi item pernyataan untuk kuesioner penelitian	1-8
Lampiran 2	Kuesioner dan daftar tilik.....	9-25
Lampiran 3	Hasil Uji Statistik Bivariat dan Multivariat.....	
Lampiran 4	Surat Ijin Penelitian.....	



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu bidang yang wajib dilakukan oleh kabupaten/kota sebagaimana yang tertuang dalam Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 mengenai pembagian kewenangan urusan pemerintahan bidang kesehatan dimana salah satu urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan tingkat kabupaten/kota adalah pengelolaan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan sekunder skala kabupaten/kota. Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan rujukan adalah pelayanan yang dilakukan di rumah sakit.

Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan memiliki tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kegiatan penyembuhan penderita, pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa serta menjaga keamanan penderita. Karena itu rumah sakit dituntut agar selalu berupaya melakukan *continuous quality improvement*, dimana upaya peningkatan mutu harus dilaksanakan sistematis, komprehensif, dan berkesinambungan.

Menurut Sumarwanto (1999) yang dikutip Leonardo (2004), rumah sakit dimasa depan dipaksa untuk mampu memberikan pelayanan yang bermutu, *cost effective*, efisien, responsif terhadap kebutuhan *customer*, terkendali serta berbiaya rendah.

Sementara Jacobalis (2000b) dikutip Leonardo (2004) menawarkan rumusan baru misi rumah sakit Indonesia yaitu pelayanan yang berfokus pada konsumen dan pasien, pelayanan yang bermutu tapi tetap efisien dan membuat rumah sakit tangguh bersaing dalam alam pasar bebas. Semua itu tergantung pada pengetahuan, keterampilan dan perilaku, setiap warga rumah sakit.

Dengan demikian memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berdampak terhadap efisiensi biaya merupakan hal penting yang harus dilakukan oleh rumah sakit.

Akan tetapi mutu pelayanan di rumah sakit dipengaruhi berbagai faktor. Salah satunya yaitu faktor pelayanan medik yang ditentukan oleh dokter,

perawat/petugas kesehatan, alat kesehatan dan standar pelayanan (Hernawan, 1996).

Pemerintah pusat telah berupaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Salah satunya Depkes telah menetapkan petunjuk penyusunan pedoman pengendalian infeksi nosokomial (INOK) (Depkes, 1993) sebagai tindak lanjut dari upaya *universal precaution* yang ditetapkan *Center for Disease Control* (CDC). Kemudian diterbitkannya standar pelayanan minimal rumah sakit oleh Depkes tahun 2007 yang memuat dua puluh jenis pelayanan di rumah sakit, salah satunya pencegahan INOK. Selain itu penilaian akreditasi rumah sakit di Indonesia yang dilakukan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), telah menjadikan pengendalian INOK sebagai salah satu indikator yang dinilai, dengan tujuan untuk melindungi pasien dari kejangkitan infeksi, dalam bentuk upaya pencegahan, surveilans dan pengobatan yang rasional.

Pencegahan INOK penting mendapatkan perhatian, karena INOK merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas di rumah sakit. Beberapa kejadian INOK mungkin tidak menyebabkan kematian pasien akan tetapi menjadi penyebab penting pasien dirawat lebih lama. Hal ini berakibat bertambahnya biaya operasional rumah sakit dan meningkatnya beban biaya pada pasien. Selain itu INOK akan mengganggu pasien yang memerlukan perawatan (*waiting list*) serta berkurangnya produktifitas pasien (Depkes, 2001).

Pada tahun 1987, sebuah survei angka kejadian INOK yang melibatkan 55 rumah sakit di 14 negara berkembang pada 4 wilayah WHO (Eropa, Mediterania bagian timur, Asia Tenggara dan Pasific Barat) ditemukan rata-rata 8,7% dari semua pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami INOK. Kemudian lebih dari 1,4 juta pasien di dunia mengalami komplikasi infeksi yang didapat di rumah sakit (Tikhomirov, 1987). Pada survey ini angka INOK yang paling tinggi dilaporkan terjadi di rumah sakit wilayah Mediteranea Timur dan Asia Tenggara dengan angka kejadian 11,8% dan 10% (Mayon- White et al 1988).

Menurut Thamrin, H (1993) yang dikutip dari *Medical Care Journal*, Juli, 1988:26:7 WHO menyatakan bahwa angka kejadian INOK cukup tinggi yaitu 5% pertahun atau 9 juta orang dari 190 juta yang dirawat, angka kematian akibat INOK cukup tinggi yaitu 1 juta pertahun.

Di Indonesia hasil survei Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman (Ditjen PPM & PPL) terhadap INOK di 6 Rumah Sakit Umum Pemerintah tahun 1990 yang dikutip Kemala (1996) ditemukan bahwa prevalensi INOK menurut jenis layanan sebagai berikut: Bagian anak 1,6%, Bagian Kebidanan 7,8%, Bagian Neonatus 0%, Bagian Penyakit Dalam 3,8%, Bagian Bedah 8,9% dan Bagian Saraf 7,4%.

Sedangkan hasil surveilans terbatas dalam upaya pengendalian INOK yang dilakukan selama 6 bulan (1990) di RS. Dr. Cipto Mangunkusumo (Utji, R 1993) tercatat insiden INOK berkisar antara 0-14,4% dengan angka tertinggi INOKnya adalah Bagian Parasitologi dengan sepsis.

Data dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya (Thamrin, H 1993) menunjukkan dengan mengendalikan INOK pada infeksi luka operasi (ILO) dapat dihemat biaya : tahun 1986 dengan hari rawat 552 hari biaya sebesar Rp. 136.000.000,- dan tahun 1987 dengan hari rawat 416 hari biaya menjadi Rp. 102.000.000,- dengan biaya pengendalian Rp. 2.000.000,-.

Penyakit infeksi yang sebenarnya dapat dicegah ini telah menyebabkan banyak kerugian. Karena itu pencegahan INOK harus dilakukan di rumah sakit, salah satunya dengan memutus mata rantai terjadinya INOK.

Menurut Thamrin, H (1993) dokter dan perawat merupakan sumber infeksi yang penting dalam terjadinya INOK. Akan tetapi penularan melalui tenaga perawat ditempatkan sebagai penyebab yang paling utama INOK. Penularan melalui tangan perawat dapat secara langsung karena tangan yang kurang bersih. Karena itu untuk memutuskan mata rantai infeksi prioritas utama adalah pada tenaga perawat dengan jalan mengubah perilaku menjadi lebih aseptik dan menjalankan peraturan yang ada dalam buku panduan secara konsekuen. Selain itu meningkatkan pemahaman dan kesadaran dari petugas kesehatan akan perannya masing-masing dalam pencegahan INOK disertai dengan pengendalian yang dilakukan secara terencana, terkoordinir dan terkendali adalah hal lain yang dapat dilakukan untuk memutus mata rantai INOK.

Namun demikian sampai saat ini INOK masih merupakan masalah yang besar di setiap rumah sakit terutama rumah sakit yang jumlah penderita yang

dirawatnya banyak dengan tenaga perawat yang terbatas. Keadaan seperti ini akan menyebabkan prinsip-prinsip higiene kurang mendapatkan perhatian. Terlebih lagi rumah sakit dalam melakukan kegiatannya banyak sekali melakukan tindakan yang mengandung risiko terjadinya suatu INOK seperti operasi, tindakan invasif berupa kateterisasi intra vena dan kateterisasi saluran kemih. Disamping itu rumah sakit juga merupakan tempat segala macam penyakit, gudangnya kuman-kuman patogen dan tempat kuman yang sudah kebal terhadap antibiotik dan bahkan kebal terhadap banyak anti biotik

Karena itu adanya organisasi pengontrol infeksi yang efektif adalah tanggung jawab manajemen di rumah sakit. Normalnya organisasi tersebut terdiri dari komite pengontrolan infeksi dan tim kerjanya. *Infection control nurse (ICN)* adalah anggota kunci dari tim ini.

Setiap rumah sakit memiliki kebijakan tersendiri dalam menerapkan kebijakan pencegahan INOK. Demikian juga dengan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi (RSUD Kota Bekasi). Mengingat RSUD Kota Bekasi adalah satu-satunya rumah sakit pemerintah dari 28 rumah sakit di Kota Bekasi yang dituntut untuk memberikan pelayanan bermutu dengan biaya yang efisien karena mengemban tugas untuk melayani pasien dari segenap lapisan masyarakat terutama pasien tidak mampu dan pasien kurang mampu, maka RSUD Kota Bekasi telah mengambil kebijakan dalam mencegah dan mengendalikan INOK. Salah satu wujud dari kebijakan tersebut adalah dengan dibentuknya Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial (PPIN) dengan SK Direktur RSUD Kota Bekasi Nomor : 188.4/1906-RSUD.3/X/2005 tanggal 17 Oktober 2005, yang diketuai oleh dr. Abas Suherli, Sp.PK. Kemudian terjadi perubahan pada struktur organisasi PPIN yang ditetapkan dalam SK Direktur RSUD Kota Bekasi Nomor: 188.4/1 73-RSUD.3/VIII/2007 tanggal 20 Agustus 2007 tentang Pembentukan Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial pada RSUD Kota Bekasi.

Pada tahun 2007 dilakukan penelitian INOK infeksi luka infus (INOK ILI) pada semua penderita rawat inap di RSUD Kota Bekasi yang mendapat infus selama bulan Januari – Mei. Hasil dari penelitian angka kejadian INOK ILI di RSUD Kota Bekasi dari 282 pasien didapatkan rata-rata angka kejadian INOK ILI sebesar 15,2%. Hasil ini tidak berbeda jauh dengan hasil survey WHO pada tahun

2006 yaitu infeksi nosokomial di rumah sakit berkisar antara 3% - 21% (Suherli, 2007). Namun hal ini menunjukkan angka kejadian INOK yang sangat tinggi jika dibandingkan dengan standar indikator mutu kejadian INOK yang seharusnya <1,5% (Depkes, 2007).

Disamping sudah dibentuknya PPIN disertai uraian tugas dari masing-masing pengurus, RSUD Kota Bekasi juga telah memiliki pedoman penatalaksanaan pengendalian infeksi nosokomial. Namun fenomena yang muncul menurut pengamatan peneliti selama melakukan residensi di ruang rawat inap adalah pelaksanaan pedoman pengendalian INOK kurang optimal. Ini terlihat dari masih adanya perilaku yang tidak tepat dari perawat dalam upaya pencegahan INOK misalnya kurangnya kesadaran dalam menggunakan fasilitas alat pelindung diri seperti sarung tangan atau masker saat kontak dengan material dari tubuh pasien. Selain itu, pada umumnya tindakan mencuci tangan dilakukan perawat setelah menyelesaikan semua intervensi, tidak dilakukan sebelum melakukan intervensi ataupun diantara dua intervensi pada pasien yang sama ataupun berbeda. Kemudian belum berjalannya surveilans secara optimal karena surveilans tidak dilakukan secara berkelanjutan. Perilaku tersebut tentu berisiko terhadap kejadian INOK, dan perlu mendapat perhatian. Sementara pemantauan terhadap penerapan tindakan perawatan berdasarkan prinsip *standard precaution* oleh perawat yang bertugas di ruang rawat inap belum dilakukan, yang pernah dilakukan adalah penilaian pelaksanaan tindakan menurut standar asuhan keperawatan.

Kalau dilihat dari tingkat pendidikan, perawat profesional RSUD Kota Bekasi (lulusan D3 sampai dengan S1) dibandingkan dengan lulusan SPK jauh lebih banyak tenaga profesional, dimana dari 228 orang perawat (perawat dan bidan) terdiri dari 68,86% perawat profesional dan : 31,14% perawat lulusan SPK atau Bidan D1 (Data kepegawaian RSUD Kota Bekasi 2008). Hal ini mestinya dapat dijadikan sebagai nilai lebih dalam upaya pencegahan INOK demi meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan. Akan tetapi banyak faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan perawat baik internal maupun eksternal.

Berdasarkan hal tersebut diatas, peneliti tertarik untuk meneliti hal-hal apa saja yang dapat menyebabkan perawat patuh dan tidak patuh dalam tindakan pencegahan INOK. Dengan didapatkannya informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kepatuhan perawat akan membantu langkah selanjutnya dalam menggalakkan kembali kegiatan pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi.

1.2 Rumusan Masalah

Seperti telah disampaikan sebelumnya bahwa pada tahun 2007 di RSUD Kota Bekasi dilakukan penelitian INOK ILI dan hasil penelitian menunjukkan angka kejadian INOK ILI di RSUD Kota Bekasi sangat tinggi yaitu rata-rata 15,2% sedangkan Depkes (2007) menetapkan angka INOK harus <1,5%. Kemudian adanya pendapat yang menyatakan bahwa penularan melalui tenaga perawat ditempatkan sebagai penyebab yang paling utama INOK (Thamrin, 1993) serta adanya fenomena pelaksanaan pedoman pengendalian INOK yang kurang optimal seperti masih adanya perilaku yang tidak tepat dari perawat dalam upaya pencegahan INOK yang akan beresiko terhadap kejadian INOK. Maka, upaya pencegahan terhadap INOK di RSUD Kota Bekasi penting dilakukan agar RSUD Kota Bekasi dapat memberikan pelayanan bermutu dengan biaya yang efisien.

Salah satu upaya pencegahan tersebut dilakukan dengan memutus mata rantai INOK melalui perilaku perawat yang lebih aseptik, menerapkan tindakan keperawatan berdasarkan prinsip *standard precaution* serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran dari perawat akan perannya dalam pencegahan INOK.

Mengingat tingginya angka kejadian INOK di RSUD Kota Bekasi yang mencapai 15,2% dan pentingnya pencegahan INOK melalui perilaku perawat dalam penerapan prinsip *standard precaution* pada saat melakukan tindakan perawatan oleh perawat yang bertugas di ruang rawat inap, maka dalam penelitian ini rumusan masalahnya adalah bagaimana gambaran perilaku tindakan pencegahan INOK yang dilakukan perawat pada saat melakukan tindakan keperawatan di ruang rawat inap serta faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku tersebut.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Dari rumusan masalah diatas, maka pertanyaan penelitian yang diajukan adalah:

1. Bagaimana gambaran perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap yang meliputi cuci tangan, prinsip aseptik, kebersihan perorangan, penggunaan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, menggunakan alat steril dan mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan, dan pencegahan luka tusukan dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi tahun 2009?
2. Apakah terdapat hubungan antara tingkat pendidikan perawat, pengetahuan perawat tentang INOK, sikap perawat terhadap pencegahan INOK, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman/SOP INOK, lama kerja perawat, pelatihan pengendalian INOK, supervisi dan sanksi dengan perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK ?
3. Faktor apakah yang paling dominan berhubungan dengan perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pencegahan INOK di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi tahun 2009.

1.4.2 Tujuan Khusus

Dengan dilakukannya penelitian ini maka tujuan yang ingin dicapai adalah sebagai berikut:

1. Diketuinya proporsi perilaku patuh perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi tahun 2009.
2. Diketuinya hubungan faktor predisposisi kepatuhan (pendidikan perawat, pengetahuan perawat tentang INOK, sikap perawat terhadap pencegahan INOK), faktor pemungkin kepatuhan (ketersediaan sarana, ketersediaan

pedoman/SOP INOK, lama kerja perawat), dan faktor penguat kepatuhan (pelatihan pengendalian INOK, supervisi dan sanksi) dengan perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi tahun 2009.

3. Diketuinya faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi tahun 2009.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Bagi RSUD Kota Bekasi, hasil penelitian ini akan dapat memberikan masukan dalam upaya meningkatkan kepatuhan perawat dan menggalakkan kembali kegiatan pencegahan infeksi nosokomial.
2. Bagi peneliti, hasil penelitian ini bermanfaat agar peneliti dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama belajar di Program Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
3. Bagi peneliti lain, hasil penelitian ini bermanfaat untuk dijadikan bahan perbandingan ataupun data dalam penelitian.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kota Bekasi khususnya di delapan ruang rawat inap terdiri dari Ruang Wijaya Kusuma, Ruang Anggrek, Ruang Teratai, Ruang Dahlia, Ruang Mawar, Ruang Melati, Ruang Bougenville dan Ruang Nusa Indah. Penelitian ini adalah tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pencegahan INOK.

Penelitian dilakukan mulai bulan Pebruari sampai dengan bulan Mei 2009. Data yang diambil adalah data primer dan data sekunder. Pengambilan data sekunder dilakukan dengan telaah data mulai pertengahan Pebruari 2009 sedangkan pengambilan data primer melalui kuesioner kepada responden dan observasi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial (INOK) adalah masalah yang signifikan di dunia dan masih terus bertambah (Alvarado, 2000). Sebagai contoh angka INOK berkisar dari yang terendah adalah 1% di sebagian kecil negara Eropa dan Amerika sampai dengan yang paling tinggi adalah 40% di Asia, Amerika Latin dan Sub Saharan Afrika (Lynch et al 1997).

Dampak dari INOK adalah menambah ketidakmampuan fungsional secara fisik, tekanan emosi dan mungkin dalam beberapa kasus dapat mengurangi kualitas hidup. Sebagai tambahan sekarang INOK menjadi salah satu penyebab utama kematian (Ponce – De-Leon, 1991). Dampak INOK terlihat lebih signifikan di negara miskin khususnya sangat dipengaruhi oleh HIV/AIDS karena akhir-akhir ini ditemukan secara kuat anggapan bahwa perawatan medis yang kurang aman menjadi faktor yang penting dalam penularan HIV (Gisselquist et al, 2002).

INOK meningkatkan biaya kesehatan di beberapa negara sebagai akibat dari:

- Bertambahnya lama hari rawat di rumah sakit
- Pengobatan dengan obat yang mahal (seperti obat anti retroviral untuk HIV/AIDS dan antibiotik) dan
- Penggunaan pelayanan lain seperti test lab, rongent dan transfusi

Angka kejadian INOK berkaitan dengan mutu pelayanan rumah sakit yang bersangkutan. Sebagaimana pendapat Hartono (1991) yang dikutip Kemala, D (1996) bahwa indikator yang bisa dipakai untuk menilai suatu pelayanan rumah sakit salah satunya angka kejadian INOK.

Pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan merupakan keharusan untuk dilaksanakan di rumah sakit, dimana dalam melakukan penilaian mutu tersebut perlu menggunakan suatu indikator penilaian mutu.

Dalam petunjuk pelaksanaan indikator mutu rumah sakit (Depkes, 2001) dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (Depkes, 2007) indikator mutu yang

berkaitan dengan pelayanan di ruang rawat inap dan pencegahan pengendalian infeksi ditetapkan diantaranya:

- Kejadian infeksi pasca operasi standar $\leq 1,5\%$
- Kejadian infeksi nosokomial standar $\leq 1,5\%$
- Jumlah anggota TIM Panitia Pengendalian Infeksi yang terlatih standar 75%
- Ketersediaan alat pelindung diri di setiap instalasi standar 60%
- Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit dilakukan setiap hari standarnya 75%

Uraian diatas menunjukkan bahwa angka kejadian INOK penting dilakukan pengendalian karena jika angka INOK dalam suatu rumah sakit tinggi menunjukkan rendahnya mutu layanan rumah sakit yang bersangkutan.

2.1.1 Pengertian Infeksi Nosokomial

INOK berasal dari bahasa Latin *nosocomium*= rumah sakit. Palmer (1984) sebagaimana dikutip Marlina (2000) menyatakan bahwa INOK adalah infeksi yang terjadi selama masa perawatan di rumah sakit, dan tidak terjadi atau tidak sedang berada dalam masa inkubasi pada saat pasien masuk ke rumah sakit. Batasan waktu yang dipakai adalah 48 jam setelah pasien menjalani masa perawatan.

Sedangkan menurut Dirjen Yanmed (1993) INOK adalah infeksi yang terjadi atau didapat di rumah sakit apabila :

- pada saat masuk rumah sakit tidak ada tanda/gejala atau tidak dalam masa inkubasi infeksi tersebut
- infeksi terjadi 3 x 24 jam setelah pasien dirawat di rumah sakit atau,
- infeksi pada lokasi yang sama tetapi disebabkan oleh mikroorganisme yang berbeda dari mikroorganisme pada saat masuk rumah sakit atau mikroorganisme penyebab sama tetapi pada lokasi yang berbeda.

Batasan-batasan dalam menegakkan diagnosa INOK juga telah ditetapkan oleh SENIC (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*) sebagaimana disampaikan CDC (2003) yaitu ada dua jenis INOK :

- yang pertama *endogenous infection, self-infection*, atau *auto-infection* dimana agen penyebab infeksi sudah ada pada pasien pada saat masuk ke rumah sakit

tetapi tidak ada tanda-tanda infeksi, dan infeksi berkembang selama tinggal di rumah sakit.

- yang kedua adalah *Cross-contamination followed by cross-infection* yaitu selama tinggal di rumah sakit pasien mengalami kontak dengan agen baru infeksi yang menyebabkan terjadinya kontaminasi dan berkembang menjadi infeksi.

Dari batasan-batasan INOK diatas pada intinya menyatakan bahwa INOK adalah infeksi yang tidak diderita atau tidak tampak pada saat seorang pasien masuk ke rumah sakit tetapi didapatkan pasien setelah masuk/dirawat di rumah sakit.

INOK tidak saja terjadi pada penderita tetapi juga pada seseorang yang kontak dengan rumah sakit termasuk staf rumah sakit, sukarelawan, pengunjung, pekerja, pedagang dan lain-lain.

Manifestasi INOK yang terbanyak adalah infeksi luka operasi (ILO), kemudian infeksi luka pada saluran kencing, bakteriemia primer atau infeksi saluran nafas bagian bawah.

2.1.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian INOK

Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi INOK, kita dapat melihat dari sisi epidemiologi penyakit infeksi tersebut karena epidemiologi INOK merupakan telaah terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya dan penyebaran INOK pada sekelompok populasi.

Tiga faktor utama yang dianggap determinan epidemiologi INOK adalah sumber infeksi, rute penularan dan host yang rentan (WHO, 2001). Secara rinci akan dijelaskan berikut ini:

1. Sumber infeksi

Sumber infeksi di rumah sakit terdiri dari pasien itu sendiri, pasien lain, personil rumah sakit, pengunjung, makanan, mesin dan peralatan. Dan dalam proses pelayanan kesehatan terjadi lingkaran setan sumber infeksi dimana hubungan yang terus menerus terjadi antara staf rumah sakit, pasien lain, pasien (infeksi sendiri), peralatan dan lingkungan rumah sakit seperti air, udara dan

makanan (Hasbullah, T, 1993). Tetapi di duga penyebab terbesar sumber mikroorganisme yang patogen bagi manusia adalah manusia.

Ancaman paling serius terjadinya infeksi adalah flora normal manusia seperti *escherichia coli* , *klebsiela pneumoniae* dll. Flora normal berubah menjadi patogen ketika terjadi penurunan ketahanan host atau modifikasi hereditas flora tersebut.

Diduga penyebab terbesar dari kontaminasi kuman di rumah sakit adalah tangan petugas dan penderita yang infeksi. Hal ini dibuktikan oleh Semmelweis di Wina tahun 1845-1848 yang melakukan penelitian terhadap kasus- kasus demam yang menyebabkan kematian pada ibu setelah bersalin yang ditolong oleh dokter dan mahasiswa kedokteran yang tangannya tercemar setelah otopsi mayat sebesar 25% dan setelah melakukan cuci tangan sebelum menolong persalinan angka kematian menurun menjadi 3% (Djoyosugito, 2001). Selain itu beberapa faktor yang sering menimbulkan infeksi nosokomial adalah:

- a. Banyaknya pasien yang dirawat di rumah sakit yang menjadi sumber infeksi bagi lingkungan dan pasien lainnya.
- b. Kontak langsung antara pasien yang menjadi sumber infeksi dengan pasien lainnya.
- c. Kontak langsung antara petugas rumah sakit yang terkontaminasi kuman dengan pasien.
- d. Penggunaan alat / peralatan dokter yang telah terkontaminasi oleh kuman.
- e. Kondisi pasien yang lemah akibat penyakit yang sedang diderita.

2. Rute Penularan

Untuk terjadinya penularan, mata rantai infeksi harus berlangsung dengan lengkap. Patogen harus keluar dari sumbernya, mempunyai media bagi penyebarannya dan mendapatkan pintu masuk ke dalam host yang rentan.

Mata rantai infeksi merupakan konsep fundamental dari pengendalian infeksi dan terdiri dari enam komponen. Ke-enam komponen mata rantai infeksi tersebut adalah :

- 1) *Agen penginfeksi*, yang dapat berupa bakteri, virus, riketsia, fungsi protozoa, parasit.

- 2) *Reservoir*, yang dapat menjadi resevoir umum berkaitan dengan terjadinya INOK, adalah pasien dimana sumber infeksiya berasal dari flora endogenous, personel kesehatan melalui tangan atau pernafasan (*droplet infection*) serta peralatan medis yang tidak dibersihkan dan disterilkan dengan baik.
- 3) *Pintu keluar (portal of exit)*, dapat berupa saluran pernafasan, pencernaan, genitourinaria, kulit, membran mukosa, darah serta cairan tubuh lainnya.
- 4) *Modus transmisi*, mekanismenya dapat melalui udara, kontak langsung maupun tidak langsung, droplet, vector dan vehicle (pembawa).
- 5) *Pintu masuk (portal of entry)*, dapat melalui saluran pernafasan, saluran pencernaan, traktus genitourinaria, membran mukosa dan plasenta.
- 6) *Pejamu (host)* yang susceptible yang adalah orang yang tidak memiliki daya tahan yang cukup untuk inelawan agen penginfeksi dan mencegah infeksi atau penyakit. Beberapa faktor yang berpengaruh adalah umur, riwayat penyakit khronis, status gizi, status imunisasi, trauma atau pembedahan.

Untuk dapat terjadinya infeksi ke-enam komponen tersebut harus ada, sehingga pemutusan mata rantai perlu dilakukan dengan sistem isolasi.

3. Host Yang Rentan

Kepekaan host dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, status gizi, status kekebalan dan penyakit penyerta.

2.1.3 Pengendalian Infeksi Nosokomial

Rumah Sakit sebagai institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan harus selalu berupaya untuk mencegah dan mengatasi risiko terjadinya infeksi bagi pasien, petugas rumah sakit, pengunjung, serta masyarakat yang berada di sekitar rumah sakit dengan cara yang *cost effective*. Salah satu indikator keberhasilan dalam pelayanan rumah sakit adalah rendahnya angka infeksi nosokomial di rumah sakit tersebut. Untuk mencapai keberhasilan tersebut, perlu dilakukan usaha pengendalian infeksi di rumah sakit. Tujuan utama dari kegiatan ini adalah untuk menurunkan risiko terjadinya infeksi selama masa perawatan.

Pengendalian INOK meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan serta pembinaan dalam upaya menurunkan angka kejadian INOK di rumah sakit (Depkes, 1993). Karena itu pengendalian INOK adalah program berorientasi pada

intervensi dimana keikutsertaan orang-orang yang terkait sangat menentukan keberhasilan program (Djojosingito, 2001) . Artinya komitmen direksi dan segenap jajaran petugas rumah sakit sangat diperlukan dalam pengendalian infeksi nosokomial (INOK).

Hal ini sependapat dengan Widodo (1997) yang dikutip Leonardo (2004) bahwa pengorganisasian program pengendalian INOK tidaklah mudah karena membutuhkan interaksi, koordinasi, kesadaran dan minat antar disiplin ilmu, dimana semua yang terlibat harus sadar dan mengubah perilaku demi mencegah terjadinya INOK. Kesepakatan dan dukungan dari pimpinan rumah sakit dan seluruh karyawan menjadi penting mengingat rumah sakit merupakan organisasi yang kompleks.

Nelwan (1987) sebagaimana dikutip Djojosingito 1990 mengemukakan pokok-pokok penanganan infeksi nosokomial :

- a. Pembasmian fokus infeksi.
- b. Fokus infeksi merupakan tempat asal kuman penyebab infeksi disebarkan. Sedang sumber kuman dapat merupakan makhluk hidup atau mati. Sehingga sumber infeksi yang menyebabkan sakit perlu dirawat secara khusus dan diterapi dengan baik.
- c. Pemutusan cara penularan.
- d. Dengan mengisolasi penderita yang terjangkit infeksi merupakan langkah yang tepat untuk mencegah penularan infeksi intra rumah sakit lebih lanjut.
- e. Peningkatan ketrampilan dokter dan tenaga paramedik
- f. Penetapan kebijakan dan prosedur untuk pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.
- g. Pelaksanaan program edukatif terpadu.
- h. Pengumpulan data kejadian infeksi secara sistematis.
- i. Pengawasan kesehatan pegawai.
- j. Peningkatan peran laboratorium mikrobiologi.
- k. Pembentukan Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial.
- l. Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial bertujuan untuk meneliti, mengelola dan mencegah infeksi di rumah sakit .

Menurut Depkes (2007) komponen pengendalian yang mutlak dilakukan adalah upaya pencegahan, surveilans dan organisasi. Sesuai tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui perilaku perawat dalam pencegahan INOK, maka dalam tinjauan teori ini lebih difokuskan pada bagaimana melakukan pencegahan INOK.

Rekomendasi CDC (Djojosingito, 2001) menyebutkan pencegahan INOK menjadi beberapa kategori sebagai berikut:

- Kategori I : Keharusan mutlak (*Strongly Recommended for Adoption*)
- Kategori II : Sangat dianjurkan (*Moderately Recommended for Adoption*)
- Kategori III : Dianjurkan (*Weakly Recommended for Adoption*)

Dalam pencegahan INOK seperti telah disebutkan sebelumnya, dilakukan dengan pemutusan mata rantai yaitu dengan isolasi. Beberapa rekomendasi cara isolasi dari CDC diantaranya *Body Substance Isolation (BSI)* yaitu menggunakan sarung tangan untuk menyentuh bagian tubuh yang lembab. Kemudian untuk merespon epidemi HIV tahun 1987, CDC menganjurkan strategi spesifik untuk infeksi melalui darah (*Universal Precautions*). Selanjutnya pada tahun 1996 CDC memberi petunjuk isolasi bagi rumah sakit (*Isolation Precautions*) untuk mengendalikan INOK yang terdiri dari dua komponen yaitu :

1. *Standard Precautions* untuk semua pasien. Ini mirip dengan *universal precautions*, tapi sarung tangan dipakai untuk semua daerah lembab pada pasien termasuk ekskresi dan sekresi. Ini merupakan kombinasi dari BSI dan *universal precautions*.
2. *Transmission-based Precautions* (kewaspadaan berdasarkan cara penularan) untuk pasien yang dicurigai atau terdiagnosa infeksi yang dapat ditularkan melalui udara, cairan atau kontak, atau terinfeksi dengan organisme yang epidemis.
 - *Airborne Precautions* digunakan untuk infeksi yang disebarkan oleh cairan berukuran lebih kecil dari 5 μ m, contohnya TB Paru
 - *Droplet Precautions* digunakan untuk infeksi yang disebarkan melalui cairan berukuran lebih besar dari 5 μ m, contoh influenza
 - *Contact Precautions* dipakai untuk pasien yang dicurigai terinfeksi oleh organisme epidemis yang kebal berbagai obat

Baik menurut CDC (Djoyosugito, 2001) maupun Depkes(2007) menyatakan bahwa pencegahan infeksi bagi semua orang yang ada di lingkungan rumah sakit tanpa menghiraukan apakah mereka terinfeksi atau tidak, dilakukan dengan *standar precaution*. Komponen utama dari *standar precaution* (Kategori II) terdiri dari :

a. Cuci tangan

Meskipun menggunakan sarung tangan, cuci tangan tetap harus dilakukan setelah menyentuh darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi dan barang-barang yang terkontaminasi, antara kontak dengan satu pasien ke pasien yang lain atau ke lingkungan, dan juga diantara dua prosedur yang berbeda untuk pasien yang sama. Mencuci tangan juga harus dilakukan setelah menggunakan toilet. Untuk cuci tangan rutin dilakukan dengan menggunakan sabun biasa dan menggunakan antimikroba untuk keadaan khusus.

Menurut (Wenzell, 2002) dalam *A Guide to Infection Control in the Hospital* menyatakan bahwa mencuci tangan atau menggunakan alkohol untuk membersihkan tangan dari agent oleh staf rumah sakit adalah sangat penting dalam pengendalian INOK untuk meminimalisasi transmisi infeksi pada pasien. Mencuci tangan dengan sabun biasa dan air mengalir selama 10 detik akan menghilangkan sebagian besar bakteri, sedangkan chlorhexidine mungkin lebih baik dari pada sabun biasa untuk menghilangkan transient organisme gram positif. Sementara Boyce dan Pittet (2002) dalam Depkes (2007) menyatakan kegagalan untuk melakukan kebersihan dan kesehatan tangan yang tepat dianggap sebab utama infeksi nosokomial dan penyebaran mikroorganisme multiresisten di fasilitas pelayanan kesehatan dan telah diakui sebagai kontributor yang penting terhadap timbulnya wabah.

b. Sarung tangan

Sarung tangan dipakai tepat sebelum melakukan tindakan, ganti sarung tangan diantara dua prosedur berbeda pada pasien yang sama. Lepas sarung tangan segera setelah selesai tindakan dan segera cuci tangan.

c. Masker, pelindung mata, pelindung wajah

Gunakan masker dan pelindung mata pada saat melakukan prosedur yang memungkinkan adanya cipratan darah atau cairan tubuh lainnya

d. Gaun/Apron

Gunakan gaun saat melakukan prosedur yang memungkinkan adanya cipratan darah atau cairan tubuh lainnya

e. Linen

Tangani, transportasikan dan proseslah linen yang terkontaminasi agar tidak bersentuhan dengan kulit/mucosa, mengotori baju dan memindahkan mikroorganisma ke pasien lain. Jangan merendam/membilas linen di wilayah ruang perawatan. Jangan meletakkan linen kotor dilantai dan mengibaskan linen kotor

f. Peralatan Perawatan Pasien

Pastikan agar peralatan yang dapat dipakai ulang dibersihkan dulu dan disinfeksi. Dan peralatan yang sekali pakai dibuang dengan cara yang benar.

g. Pengendalian lingkungan

Rumah sakit harus memiliki prosedur untuk perawatan rutin, pembersihan dan desinfeksi permukaan lingkungan, tempat tidur, tiang-tiang di ruang perawatan pasien dan melaksanakannya secara rutin setiap hari atau bilamana perlu. Buang sampah infeksius ke tempat aman/khusus yang tertutup.

h. Benda Tajam

Hindari menutup kembali jarum yang sudah digunakan, bila terpaksa dilakukan dengan teknik satu tangan. Hindari pula melepas jarum yang telah digunakan dari spuit sekali pakai, membengkokkan, menghancurkan atau memanipulasi jarum dengan tangan. Masukkan instrumen tajam kedalam wadah khusus yang tahan tusukan dan tahan air.

i. Resusitasi pasien

Gunakan penghubung mulut (*mouthpiece*), ambubag atau alat ventilasi lain untuk resusitasi mulut ke mulut secara langsung.

j. Penempatan pasien

Isolasi pasien yang tidak dapat menjaga kebersihan diri serta lingkungan dan dapat mencemari lingkungan di dalam ruangan terpisah/khusus

Kewaspadaan berdasarkan penularan (*Transmission-based Precautions*) terdiri dari:

1. *Airborne Precautions*

Tempatkan pasien di kamar tersendiri, selalu gunakan masker saat masuk kamar pasien dengan TB Paru dan batasi pemindahan pasien hanya untuk hal yang sangat penting.

2. *Droplet Precautions*

Tempatkan pasien di kamar tersendiri, selalu gunakan masker saat masuk kamar pasien dan batasi pemindahan pasien hanya untuk hal yang sangat penting.

Selain pencegahan INOK, surveilans INOK ditingkat rumah sakit merupakan hal mutlak yang harus dilakukan dalam pengendalian INOK. Dimana perawat ruangan dan perawat pengendali INOK (*Infection Control Nurse* atau ICN) memiliki peranan penting dalam pelaksanaan surveilans INOK. Karena suatu sistem surveilans disebut efektif bila surveilans dilakukan oleh ICN dengan mengunjungi ruang perawatan secara teratur dan perawat ruangan selalu melakukan pengamatan terhadap kemungkinan terjadinya INOK dan mengisi formulir khusus infeksi nosokomial yang dikirimkan kepada Panitia Infeksi. Sehingga tim surveilans dibentuk di semua unit yang ditumpangungi oleh perawat di ruang rawat (Djojogugito, 2001). Hal ini selaras dengan uraian tugas anggota PPIN RSUD Kota Bekasi (Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Bidang Keperawatan dan semua Kepala Ruangan) yang tertuang dalam pedoman INOK yaitu menyebarluaskan setiap kebijakan Panitia PIN kepada seluruh staf di ruangan, bertanggung jawab terhadap pelaksanaan dan SOP di ruangan masing-masing, membimbing dan memberi petunjuk kepada seluruh karyawan di ruangnya agar melaksanakan prosedur pengendalian INOK dengan benar dan mengadakan koordinasi dengan Ketua Tim PIN dalam melaksanakan pengendalian INOK (PPIN RSUD Kota Bekasi, 2007).

Perawat pengendali INOK memegang peranan penting dalam program surveilans. Perawat tersebut selain berpengalaman juga perlu mendapatkan pendidikan tambahan mengenai pencegahan dan penanggulangan infeksi. Selain mendapatkan pendidikan seperti yang tersebut diatas, ia juga harus memahami epidemiologi, statistik, teknik komunikasi yang efektif dan dapat bekerja sama dengan anggota komite lainnya.

La Force (1977) dalam (Handiyani, 2003) menganjurkan untuk setiap 250 tempat tidur memiliki satu perawat pengendali infeksi. Pada rumah sakit di Amerika hanya 25% perawat pengendali infeksi yang bekerja penuh waktu, selebihnya bekerja paruh waktu. Perawat pengendali infeksi yang bekerja penuh waktu biasanya hanya dimiliki oleh rumah sakit besar (jumlah tempat tidur diatas 300).

2.2 Perilaku Perawat Dalam Pengendalian INOK

2.2.1 Konsep Perilaku

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2007) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan.

Becker (1979) dalam Kusmayati (2004) menyatakan bahwa perilaku adalah hal-hal yang berhubungan dengan tindakan atau kegiatan yang dilakukan seseorang untuk memelihara dan meningkatkan dirinya, dalam hal ini termasuk kebersihan perorangan, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit, merupakan perilaku pemeliharaan kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Meskipun perilaku merupakan bentuk respon seseorang terhadap stimulus tetapi dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik dan faktor lain dari orang yang bersangkutan. Dengan perkataan lain perilaku memiliki bentangan yang sangat luas, karena mencakup berbagai aspek kehidupan yang mempengaruhinya, baik yang berasal dari dalam individu, seperti berpikir, persepsi maupun yang berasal dari luar individu, seperti berbicara, bertindak dan lain-lain. Perilaku seseorang juga ditentukan oleh niatnya untuk melakukan perilaku itu, dan niat itu sendiri ditentukan oleh sikap seseorang yaitu perasaan suka atau tidak suka seseorang terhadap benda, tindakan atau peristiwa (Notoamodjo, 2007). Sikap seseorang ditentukan oleh kepercayaan dia terhadap

hasil melakukan perilaku itu. Sehingga perilaku adalah suatu reaksi psikis seseorang terhadap lingkungannya yang dalam bentuk pasif (tanpa tindakan nyata atau konkrit) dan aktif (dengan tindakan konkrit), yang dapat diamati melalui sikap dan tindakan serta dapat bersifat potensial, dalam bentuk pengetahuan, motivasi dan persepsi. Hal ini selaras dengan pendapat Kwick (1974) dalam Notoatmodjo (1985) yang menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan dipelajari.

Bloom membedakan perilaku menjadi tiga yaitu *cognitive*, *affective* dan *psikomotor*. Untuk memudahkan pengukuran, maka tiga domain ini diukur melalui pengetahuan, sikap dan perilaku/praktek.

Sedangkan perubahan perilaku ada beberapa macam (Notoatmodjo, 2007) antara lain:

- a. Perubahan alamiah yaitu perubahan perilaku manusia yang disebabkan kejadian alamiah dimana masyarakat mengikuti perubahan tersebut tanpa banyak pikir.
- b. Perubahan terencana yaitu perubahan yang terjadi karena memang direncanakan sendiri.
- c. Kesiediaan untuk berubah yaitu setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah berbeda-beda meskipun dalam kondisi yang sama.

Perilaku tidak sama dengan sikap karena sikap hanyalah suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek. Jadi sikap hanyalah sebagian dari perilaku (Notoatmodjo 2007)

Suatu sikap belum tentu otomatis dapat terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*), untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan lainnya (Notoatmodjo, 2007)

Menurut Notoatmodjo dalam Irawan (2003) bahwa dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, nampaknya pendekatan *education* (dengan melalui pendidikan kesehatan) lebih tepat apabila dibandingkan dengan pendekatan *coertion* (koersi) yaitu suatu pendekatan

pendidikan dengan cara merubah perilaku masyarakat melalui paksaan atau tekanan.

Konsep umum yang dapat dipergunakan untuk mendiagnosis perilaku tersebut adalah dengan menggunakan teori perilaku khususnya yang berhubungan dengan kesehatan yaitu Teori Lawrence Green (2005). Green memperkenalkan suatu model yang dikenal sebagai PRECEDE Model. PRECEDE merupakan akronim dari *Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*.

Green (2005) menganalisis bahwa kesehatan itu dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor non perilaku (*non behavior factor*). Kemudian mengidentifikasi tiga kategori umum dari faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku itu sendiri khususnya perilaku kesehatan yaitu *predisposing factors*, *enabling factors*, dan *reinforcing factors*. Masing-masing memiliki pengaruh yang berbeda tetapi ketiganya membutuhkan suatu kombinasi untuk memotivasi, memfasilitasi dan mendukung kelangsungan perubahan perilaku. Perubahan perilaku dapat mempengaruhi lingkungan, tetapi perubahan lingkungan juga dapat mempengaruhi perilaku. Secara rinci faktor-faktor tersebut adalah:

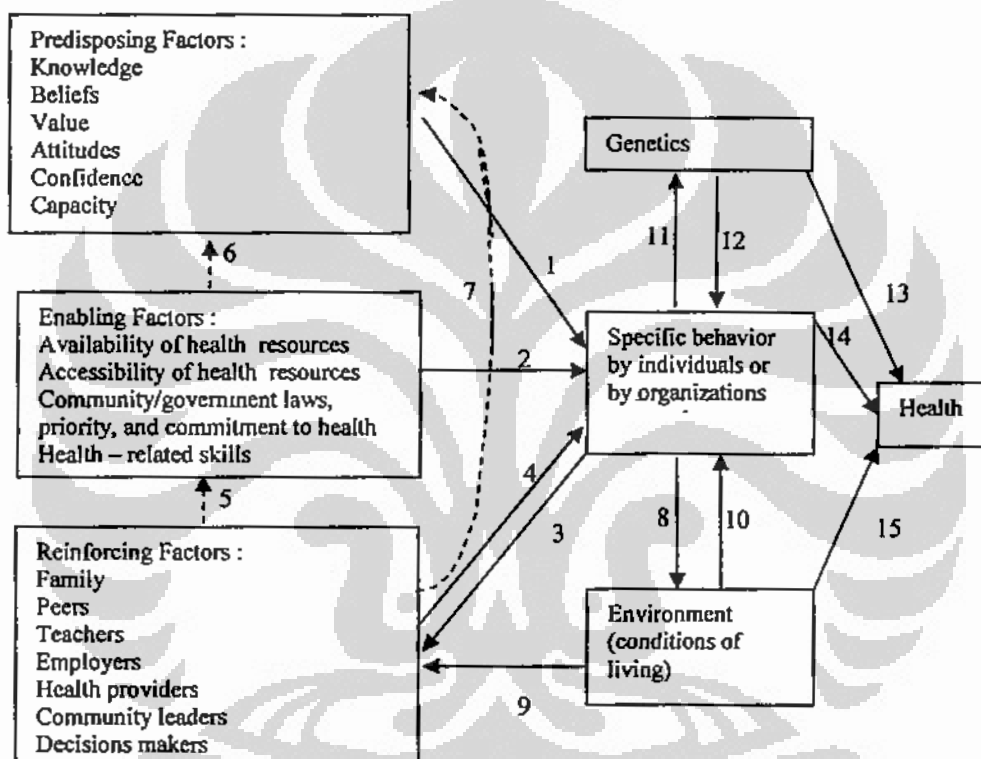
- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), adalah faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku. Faktor predisposisi merupakan suatu faktor pengawal dimana adanya alasan atau motivasi untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, tingkat pendidikan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya dari seseorang.
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), adalah faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku atau lingkungan yang memberikan suatu motivasi atau kebijaksanaan dalam mewujudkan perubahan, terwujud dalam lingkungan fisik (tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas kesehatan), keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan, pengalaman kerja, prosedur tetap tindakan dan lain-lain.
- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) adalah suatu faktor penyerta perilaku yang berperan memperkuat atau melenyapkan suatu perilaku, terwujud dalam sikap dan perilaku dari tokoh agama, tokoh masyarakat,

petugas kesehatan, dan petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat, termasuk adanya peraturan-peraturan setempat yang terkait dengan kesehatan, pemberian penghargaan dan pemberian sanksi.

Secara rinci hubungan faktor-faktor tersebut dapat dilihat pada gambar berikut ini :

Gambar 2.1

Tiga Kategori Faktor Yang Memheri Kontribusi Terhadap Perilaku Kesehatan



Sumber : Green LW (2005), Health Program Planning an Educational and Ecological Approach (4th Edition)

Gambar diatas memperlihatkan lebih detail beberapa hubungan diantara tiga kategori faktor, bagaimana faktor-faktor ini dapat mempengaruhi perilaku melalui berbagai jalan.

Seseorang yang memiliki suatu alasan, dorongan atau motivasi (*predisposing factor*) untuk mengejar suatu perilaku. Maka faktor pertama (1) pada rantai penyebab cukup untuk memulai tahapan menuju suatu perilaku, tetapi ini tidak akan sempurna kecuali seseorang memiliki sumber daya dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menghasilkan perilaku tersebut. Motivasi tersebut perlu ditunjang dengan (2) sumber daya sebagai pemungkin untuk

melakukan tindakan (*enabling factor*). Biasanya hasil dari hal tersebut paling tidak menghasilkan perilaku yang sementara, yang diikuti dengan (3) suatu reaksi terhadap perilaku tersebut seperti emosional, fisik atau sosial (*reinforcing factor*). Reinforcement memperkuat (4) perilaku, (5) pencarian pencerahan atau komitmen terhadap sumber daya selanjutnya dan (6) motivasi. Tersedianya *enabling factor* memberikan kemudahan bagi faktor predisposisi perilaku lainnya. Sama halnya, penghargaan dan kepuasan terhadap perilaku akan membuat perilaku itu lebih menarik di masa yang akan datang. Akhirnya dimungkinkan terjadinya perspektif sosial ekologi dari promosi kesehatan, (8) pengembangan sosial untuk penguatan perilaku melalui (9) lingkungan sosial (norma sosial) dapat memegang peranan penting dalam perubahan perilaku dalam bentuk dukungan sosial dan bantuan (5).

Green (2005) mengidentifikasi perilaku kesehatan sebagai penyebab masalah kesehatan adalah *consumption patterns, compliance, coping, preventive actions, utilization* dan *self care*. Sesuai dengan tujuan penelitian maka akan dibahas lebih lanjut mengenai teori kepatuhan (*compliance*).

2.2.2 Perilaku Kepatuhan

Berdasarkan kamus besar Bahasa Indonesia, Departemen Pendidikan Nasional (1999), kepatuhan diartikan sebagai ketaatan melakukan sesuatu yang dianjurkan atau ditetapkan. Kepatuhan adalah taat atau tidak taat pada perintah, aturan atau disiplin. Perilaku patuh dapat patuh atau tidak patuh.

Pada dasarnya perilaku kepatuhan dapat dibedakan dari segi intensitasnya yaitu kepatuhan yang didasari unsur paksaan atau patuh karena terpaksa (*compliance*) namun dalam hatinya tetap menolak. Yang kedua adalah kepatuhan yang didasari oleh pendapat yang benar-benar setuju dengan pendapat kelompok (*true conformity*).

Dengan demikian kepatuhan dalam pencegahan dan pengendalian INOK adalah segala tindakan petugas kesehatan yang sesuai standar prosedur dalam melakukan tindakan teknik medis atau keperawatan serta anjuran lain yang mendukung keberhasilan pencegahan dan pengendalian INOK seperti prinsip-prinsip pencegahan infeksi yang digunakan untuk melaksanakan tugasnya pada

waktu yang tepat sebagaimana ilmu yang sudah diterimanya (Gibson, 1991 dalam Kusmayati 2004).

Menurut Depkes (1993) upaya pencegahan INOK yang berkaitan dengan petugas rumah sakit adalah mencuci tangan yang bersih dengan sabun atau antiseptik sebelum dan sesudah masuk ruangan pasien, melaksanakan hygiene perorangan, melakukan teknik aseptik, selalu menggunakan alat steril, menjaga kebersihan lingkungan, melaksanakan *barrier nursing* lain pada saat diperlukan seperti memakai pakaian khusus, masker, sarung tangan.

Pengukuran kepatuhan perawat dalam pencegahan pengendalian INOK dapat diukur dengan kontinuitas pelaksanaan tindakan keperawatan yang sesuai dengan pedoman atau standar operasional.

Cara mengukur indikator perilaku dan memperoleh data atau informasi tentang indikator-indikator perilaku tersebut, untuk pengetahuan, sikap dan praktik berbeda. Untuk memperoleh data tentang pengetahuan dan sikap cukup dilakukan melalui wawancara, baik wawancara terstruktur maupun wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD) khusus untuk penelitian kualitatif. Sedangkan untuk memperoleh data praktik atau perilaku yang paling akurat adalah melalui pengamatan, namun dapat juga melalui wawancara dengan pendekatan *recall* perilaku yang sudah dilakukan (Notoatmodjo, 2007). Pengamatan yang dilakukan terhadap perawat dalam upaya pencegahan INOK merupakan gambaran yang sesungguhnya. Perubahan dalam cara orang berperilaku akan lebih efisien dengan menitikberatkan pada perilaku yang dapat diobservasi, karena tindakan dan pikiran internal dapat dipahami dengan mengobservasi dan mengukur perilaku nyata. (Pace RW dan Faules DF, 2001 dalam Ginanjar, 2006). Hal ini selaras dengan yang disampaikan Morgan et al dalam Astuti (2004) bahwa pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan dua cara yaitu dengan menggunakan checklist dan pengamatan langsung terhadap perilaku. Fishbein & Ajzen (1975) menyatakan bahwa pengamatan terhadap perilaku dapat dilakukan berdasarkan beberapa kriteria yang pertama observasi dilakukan satu kali untuk satu tindakan, kedua pengamatan dilakukan beberapa kali untuk satu tindakan dan yang ketiga pengamatan dilakukan beberapa kali pada tindakan yang berbeda.

Backstorm yang dikutip Sudrajat (1992) dalam Astuti (2004) menyatakan bahwa melalui pengamatan langsung dapat dipelajari lebih banyak perilaku seseorang dibandingkan dengan pertanyaan, karena orang tidak selalu menyatakan secara benar apa yang ditanyakan. Metode pertanyaan ini memiliki kelemahan karena responden mungkin memberikan jawaban yang dipengaruhi oleh pikiran tentang bagaimana orang lain memberikan jawaban pada pertanyaan dan dipengaruhi oleh pikiran bagaimana seharusnya mereka menjawab. Walaupun metode pengamatan langsung merupakan pengukuran yang baik, kemungkinan tidak sesuai dengan yang diinginkan bisa saja terjadi, karena pengaruh Hawthorne (*Hawthorne Effect*) yaitu pengaruh yang timbul dari seseorang yang sedang diamati karena telah mengetahui dirinya sedang dijadikan subyek pengamatan.

2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat Dalam Upaya Pengendalian INOK

Perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan dan pengendalian INOK dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik faktor internal dimana perawat tersebut merasa perlu taat terhadap semua anjuran dan prinsip yang ada dalam pedoman maupun SOP, atau karena perawat takut mendapatkan sanksi jika tidak melaksanakan anjuran dan prinsip yang ada dalam pedoman maupun SOP. Hal ini dipengaruhi oleh pengetahuan yang mendasari pemahaman pentingnya pengendalian INOK. Dari lingkungan eksternal, perawat akan patuh jika ada yang dapat dijadikan figur yang baik dan patut dicontoh baik itu atasan ataupun teman kerja disamping itu kelengkapan sarana yang mempermudah pekerjaan serta pedoman yang jelas untuk melakukan sesuatu juga penting dalam meningkatkan kepatuhan.

Proses pembentukan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh faktor internal (dari dalam individu) dan faktor eksternal (dari luar individu). Faktor internal mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi, dan belajar yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar baik lingkungan fisik maupun lingkungan non fisik seperti iklim, dan tindakan

Rogers (1971) dalam Notoatmodjo (1985) menggunakan istilah proses perubahan perilaku sebagai *innovation descision process* yang berarti proses kejiwaan yang dialami individu sejak pertama kali memperoleh informasi atau memperoleh pengetahuan mengenai suatu hal yang baru, sampai pada saat ia memutuskan untuk menerima atau menolak ide baru itu.

Sedangkan Robbins (2006) membagi pembentukan perilaku menjadi 4 metode agar karyawan dapat berperilaku dengan cara-cara yang bermanfaat bagi organisasi yaitu :

1. penguatan positif adalah memberikan respon dengan sesuatu yang menyenangkan misalnya kepala ruangan memuji perawat pelaksana karena sudah mengikuti pedoman/ standar dalam pengendalian INOK
2. penguatan negatif adalah tanggapan yang diikuti dengan penghentian atau penarikan kembali sesuatu yang tidak menyenangkan. Misalnya ketika kepala ruangan menegur secara verbal kepada perawat pelaksana karena tidak melakukan teknik aseptik saat melakukan tindakan keperawatan, selanjutnya perawat tersebut melakukan teknik aseptik untuk menghindari teguran kembali.
3. Sanksi adalah sesuatu yang mengakibatkan kondisi yang tidak menyenangkan dalam upaya untuk menyingkirkan perilaku yang tidak diinginkan.
4. Pemusnahan adalah menghapuskan penguatan apa saja yang mempertahankan perilaku tertentu.

Oleh karena itu perhatian kita adalah bukan terhadap sanksi atau pemusnahan tetapi pada penguatan.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku terbentuk melalui suatu proses tertentu dan berlangsung dalam interaksi manusia dan lingkungannya serta dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal dan melakukan penguatan lebih baik dari pada hukuman atau pemusnahan.

Dalam penelitian ini, teori perilaku yang diadopsi sebagai acuan dalam kerangka konsep penelitian adalah teori dari Green (2005). Sebagaimana yang sudah diuraikan sebelumnya bahwa menurut Green, perilaku dipengaruhi oleh faktor-faktor yang dikategorikan menjadi 3 yaitu *predisposing factor*, *enabling factor* dan *reinforcement factor* dan salah satu perilaku kesehatan yang menjadi

penyebab masalah kesehatan adalah *compliance*. Maka dengan mengacu pada teori Green, dan sesuai dengan tujuan penelitian, variabel yang dapat mendukung perawat untuk bertindak patuh atau tidak patuh dalam upaya pengendalian INOK yaitu :

Masa kerja : Seseorang yang sudah lama bekerja akan memiliki wawasan yang lebih luas dan pengalaman yang lebih banyak yang memegang peranan dalam pembentukan perilakunya (Anderson, 1994 dalam Kusmayati, 2004). Makin lama seseorang mempunyai pengalaman kerja seharusnya ia makin terampil dalam melaksanakan pekerjaan. Namun apabila dikaitkan dengan kualitas kerja yang dihasilkan dari keterampilan tugasnya tergantung dari individu yang bersangkutan. Bukti yang terbaru menunjukkan suatu hubungan yang positif antara senioritas dengan produktifitas pekerjaan, dengan demikian masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktifitas kerja. (Robbins, 2006). Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Nurhayati (1997) dimana tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan INOK di RS. Hasan Sadikin Bandung .

1. Pendidikan dan pelatihan

Marquis & Huston (2000) mendefinisikan pelatihan sebagai suatu metoda organisasi dimana staf mendapatkan pengetahuan dan keterampilan untuk tujuan positif dan staf mendapatkan pengetahuan yang penting untuk penampilan kerjanya dalam hal sikap, psikomotor, keterampilan dan kognitifnya. Demikian juga Stoner (1992) dalam Osnita (2001) menyatakan pelatihan merupakan suatu proses yang dirancang untuk memelihara dan memperbaiki performance suatu pekerjaan. Sedangkan Green (2005) menyatakan kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama dalam melakukan pekerjaan dengan baik. Menurut Notoatmodjo (2007) keterampilan bisa diperoleh dari pengalaman belajar yang merupakan bagian dari proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Sementara Gillies (1996) berpendapat, bahwa pengembangan staf termasuk semua pelatihan dan pendidikan dilakukan untuk memperbaiki pengetahuan pribadi,

jabatan, dan keterampilan. Menurut Handoko yang dikutip Fauzi (2002) mengatakan bahwa dalam pengembangan sumber daya manusia pelatihan dan pendidikan merupakan bagian yang tak terpisahkan, melalui pelatihan, kesenjangan antara kecakapan dan kemampuan petugas dengan tugas dan fungsinya dapat dipersempit serta dapat meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja.

Robbins (2003) dalam Ginanjar (2006) adalah pelatihan dengan cara menyampaikan materi, menggunakan alat peraga untuk memberikan ilustrasi konsep, berpartisipasi dalam kelompok, analisis kasus, bermain peran dan latihan belajar dari pengalaman. Begitu juga hasil penelitian Nurhayati (1997) menghasilkan adanya hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan INOK di RS. Hasan Sadikin Bandung.

2. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pengetahuan juga dapat diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari pengalaman orang lain. Rogers, 1974 dalam Notoatmodjo, 2007 menyatakan pengetahuan juga menjadi dasar langgengnya suatu perilaku karena dalam diri orang tersebut terjadi proses *awareness, interest, evaluation, trial* dan *adoption*.

Dalam kaitannya dengan perubahan perilaku Green pengetahuan tentang kesehatan penting sebelum suatu tindakan kesehatan terjadi, tetapi tindakan kesehatan yang diharapkan tidak akan terjadi kecuali seseorang mendapat isyarat yang cukup kuat untuk memotivasi dirinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya.

Menurut Notoatmodjo (1993) dalam Astuti (2004), penambahan pengetahuan dapat dilaksanakan melalui pelatihan, dengan diskusi antar petugas, mengadakan komunikasi dua arah, diskusi partisipasi, merupakan cara yang baik dalam dan pesan kesehatan.

Penelitian terdahulu oleh Nurhayati (1997) menghasilkan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan petugas dengan perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan INOK di RS. Hasan Sadikin Bandung.

3. Sikap

Sikap merupakan reaksi suatu respon seseorang yang masih tertutup terhadap stimulus atau objek. Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap suatu objek dan sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat (Tim Ahli WHO, 1984). Bloom (1975) dalam Notoatmodjo (1985) mengklasifikasikan sikap dalam lima tingkatan yaitu penerimaan/perhatian, penanggapan, penghargaan, pengaturan dan penerimaan. Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa perilaku manusia adalah kompleks dan merupakan resultan dari gejala kejiwaan seperti sikap, motivasi dan persepsi. Karena itu jika faktor yang mempengaruhi diukur satu persatu kurang dapat menggambarkan adanya hubungan. Selain itu, menurut Green (2005) faktor pendukung/pemungkin diperlukan untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan. Sehingga meskipun sikap terhadap upaya pencegahan INOK sangat positif, tetapi faktor lain lebih kuat maka tidak ada kesesuaian antara sikap dengan perilaku.

Penelitian terdahulu oleh Nurhayati (1997) menghasilkan adanya hubungan yang bermakna antara sikap petugas dengan perilaku petugas dalam pencegahan INOK di RS. Hasan Sadikin Bandung sedangkan hasil penelitian Osnita (2001) menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap petugas dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan SOP ISPA.

4. Sanksi

Peran sanksi dalam membentuk perilaku pegawai sangat kompleks. Seringkali dalam merespon teguran administratif, pegawai tidak mengurangi perilaku yang melanggar tetapi akan mencari cara lain untuk menarik hati pemberi sanksi. Pada banyak kasus sanksi hanya menekan sementara dari perilaku yang dikenai sanksi. Konsekuensinya banyak usulan harus berhati-hati dalam menggunakan sanksi. Sebelum melakukan sanksi manajer perlu mempertimbangkan strategi. Salah satu alternatif dengan mengatur kembali job desk sehingga respon yang kurang baik tidak dapat terjadi lagi. Strategi kedua adalah penghapusan, yaitu memberikan reward bagi yang berperilaku baik dan

sanksi bagi yang berperilaku tidak baik. Sanksi yang efektif dalam organisasi akan memiliki atribut – atribut yang sama. Ada sanksi yang bisa langsung dilakukan tetapi ada juga yang memerlukan proses administrasi. Jadi sanksi yang efektif itu ada yang individual, segera, tegas, wajar, sama diantara pegawai, dan timbul atas dasar tindakan pegawai. Sanksi yang sering digunakan : teguran, peringatan secara lisan, skors, masa percobaan, kritik dari atasan, pengasingan, kutipan, wajib lapor, peringatan tertulis, pemotongan gaji, penurunan pangkat, pengurangan otoritas, ganti rugi dan pemecatan.

5. Supervisi

Supervisi merupakan *reinforcing factor* yang memperkuat perubahan. Depkes (1991) menyatakan bahwa supervisi adalah suatu usaha untuk mengarahkan dan meningkatkan pelaksanaan pelayanan keperawatan dengan cara membimbing dan membina staf dalam mencapai tujuan, didukung oleh kode etik profesi keperawatan secara konsekuen. Hal ini selaras dengan pendapat Yura, Helen (1981) dalam Yaslis (2002) yang menyatakan bahwa supervisi adalah mengawasi, meneliti, memeriksa yang dipandang sebagai proses dinamis dengan memberikan dorongan dan berpartisipasi dalam pengembangan diri staf. Begitu juga menurut Gillies (1996) supervisi adalah melakukan peningkatan mutu, audit pasien, penilaian kinerja, disiplin, hubungan kerja dan sistem informasi. Sedangkan menurut Kelman (1974) dikutip Astuti (2004) seseorang akan patuh bila masih dalam tahap pengawasan dan bila pengawasan mengendur maka perilaku akan ditinggalkan. Hal ini sama dengan Sarwono (1993) dalam Nurhayati (1997) bahwa *compliance* menghasilkan perubahan tingkah laku yang sementara dan individu cenderung kembali ke pandangan/perilaku yang semula jika pengawasan kelompok mengendur dan jika ia pindah dari kelompoknya. Hal ini menunjukkan bahwa agar kepatuhan perawat dalam melaksanakan pedoman INOK dapat dilakukan secara terus menerus maka supervisi perlu dilakukan.

Dengan demikian dalam proses supervisi, hal-hal yang dapat dilakukan adalah menyusun standar penampilan sebagai patokan membandingkan penampilan kerja, pemantauan perlu sering dilakukan untuk mendapatkan informasi yang adekuat, pemantauan sifatnya preventif bukan hukuman dan jika

penampilan kerja perawat tidak sesuai dengan standar perlu segera dilakukan perbaikan (Yaslis, 2002). Sedangkan hal yang perlu dilakukan supervisor dalam menjalankan fungsinya adalah mengawasi dan mengamati apakah pelaksanaan menerapkan kebijakan, prosedur dan peraturan yang telah ditetapkan, melakukan tindakan jika ada prosedur yang membahayakan pasien dan membantu personil pelaksana dalam situasi darurat dan beban kerja yang berlebihan. Hasil penelitian Nurhayati (1997), pengawasan ada hubungan dengan perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan INOK di RS. Hasan Sadikin Bandung

6. Ketersediaan Sarana dan Pedoman Kerja/ SOP

Kelengkapan sarana, prasarana dan pedoman kerja merupakan fungsi manajemen dalam perencanaan, pengorganisasian dan pengawasan. Bruce (1990) dalam Kusmayati (2004) mengatakan bahwa apabila sarana (alat dan bahan) tidak sesuai dengan standar, maka sulit diharapkan hasil pelayanan akan bermutu baik. Sarana merupakan suatu unsur dari organisasi untuk mencapai suatu tujuan, sarana juga merupakan salah satu didalam unsur-unsur pelayanan yang dibutuhkan untuk mencapai penyelenggaraan pelayanan (Azwar, 1996). Sedangkan pedoman kerja merupakan panduan yang berfungsi mengarahkan seseorang dalam melaksanakan suatu kegiatan agar sesuai dengan tujuan yang sudah ditentukan sehingga menurut Green (2005) ketersediaan sarana dan pedoman kerja untuk melakukan tindakan merupakan *enabling factor* yang memudahkan pelaksana dalam melakukan perilaku. Hasil penelitian Sardiyono (2005), ada hubungan yang bermakna antara sarana dengan perilaku petugas dalam menerapkan SOP malaria di Puskesmas Kabupaten Bangka.

2.3 Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD Kota Bekasi

Pedoman pengendalian Infeksi Nosokomial disusun pada bulan Juli 2007 oleh Panitia Pengendalian INOK RSUD Kota Bekasi. Tujuannya adalah terlaksananya pengendalian infeksi nosokomial dengan baik, dengan cara :

- Membuat panduan batasan infeksi nosokomial
- Melakukan tindakan pencegahan sesuai dengan kewaspadaan standard (*Standard precaution*)

- Membuat SOP tindakan pencegahan infeksi nosokomial
- Melaksanakan petunjuk pengumpulan dan pengiriman pemeriksaan mikrobiologi
- Melaksanakan tehnik isolasi
- Melaksanakan diklat upaya pengendalian infeksi nosokomial bagi petugas terkait
- Melaksanakan perbaikan kesehatan lingkungan
- Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan prosedur yang berhubungan dengan pencegahan infeksi pada unit penunjang seperti laboratorium, gizi dan laundry.

2.3.1 Batasan dan Jenis INOK

Dalam penatalaksanaan INOK RSUD Kota Bekasi batasan-batasan yang berkaitan dengan INOK dan jenis- jenis INOK adalah sebagai berikut :

1. Infeksi Nosokomial adalah suatu kondisi lokal atau sistemik sebagai akibat dari reaksi tubuh terhadap adanya kuman infeksius atau toksinnya, yang tidak ada atau tidak dalam masa inkubasi pada waktu masuk rumah sakit. Kriteria infeksi yang didapat di rumah sakit apabila :
 - a. Pada saat masuk rumah sakit tidak ada tanda / gejala atau tidak dalam masa inkubasi infeksi tersebut
 - b. Infeksi terjadi dalam waktu 3 X 24 jam setelah pasien dirawat di rumah sakit atau
 - c. Infeksi pada lokasi sama tetapi disebabkan oleh mikroorganisme yang berbeda dari mikroorganisme pada saat masuk rumah sakit atau mikroorganisme penyebab sama tetapi lokasi infeksi berbeda.

Jenis-jenis INOK adalah sebagai berikut :

1. Infeksi Saluran Kemih (ISK)
2. Infeksi Luka Operasi (ILO)
3. Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

Phlebitis adalah infeksi pada dinding vena yang timbul akibat tindakan invasif pada pemasangan kateter intavena.
4. Sepsis Klinis
5. Gastroenteritis (Infeksi Sakuran Cerna)

6. Pneumonia
7. Endometritis

2.3.2 Kewaspadaan Standar (*Standard Precaution*)

Kewaspadaan standar adalah petunjuk tindakan pencegahan penularan infeksi melalui darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi kecuali keringat yang bertujuan untuk menurunkan risiko penularan dari infeksi yang sudah ada atau belum diketahui pada petugas kesehatan, pasien atau pengunjung.

Kewaspadaan standar ini meliputi :

1. Cuci tangan dilakukan bila :
 - a. Tangan terlihat kotor
 - b. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau kontak dengan permukaan yang terkontaminasi
 - c. Menggunakan sabun dengan air mengalir atau menggunakan antiseptik berbahan dasar alkohol (alcohol based hand rub) sesuai dengan prosedur cuci tangan
2. Kebersihan perorangan dan pakaian
 - a. Semua petugas kesehatan wajib menjaga kesehatan dan kebersihannya masing-masing
 - b. Kuku harus bersih dan dipotong pendek, tidak diperbolehkan menggunakan kuku palsu
 - c. Rambut harus dicukur pendek atau diikat rapih
 - d. Kumis dan cambang harus dicukur rapih
 - e. Semua petugas kesehatan harus menggunakan seragam kerja yang bersih dan menggunakan seragam khusus bagi petugas di ICU, Laboratorium dan unit luka bakar
 - f. Tutup kepala wajib digunakan oleh petugas di ICU, OK atau bila melakukan tindakan invasif
3. Pemakaian alat pelindung diri (APD)
 - a. Sarung tangan
 - Dipakai setiap kali kontak dengan pasien, darah atau cairan tubuh lainnya

- Cukup satu pasang dan tidak perlu setril kecuali bila melakukan tindakan pembedahan
 - Diganti untuk setiap pasien, bila terlihat kotor atau robek
 - Buang pada tempat yang telah disediakan
- b. Masker
- Digunakan untuk melindungi mulut dan hidung
 - Jenis masker disesuaikan dengan peruntukannya
- c. Pelindung mata
- Digunakan untuk melindungi mata dan sekitarnya sehingga harus menutupi daerah mata dan sekitarnya
 - Kacamata perorangan tidak dapat digunakan sebagai pelindung mata
- d. Jubah atau apron
- Jubah bersih digunakan tiap hari untuk tindakan isolasi/pencegahan sedangkan jubah steril digunakan bila melakukan tindakan invasif atau pembedahan
 - Jubah dibuat dari bahan katun yang nyaman dipakai
 - apron dipakai untuk mencegah kontaminasi saat melakukan tindakan yang mengakibatkan percikan darah atau cairan tubuh lainnya
 - Apron terbuat dari bahan yang tahan terhadap cairan
4. Pencegahan luka tusukan (*needle stick injury*)
- a. Gunakan jarum dan siring sekali pakai
 - b. Jangan melakukan tindakan menutup jarum kembali (*recapping*)
 - c. Buang jarum dan benda tajam lainnya pada tempat yang tahan tusukan

Selain kewaspadaan standar, pedoman pengendalian INOK RSUD Kota Bekasi juga memuat kewaspadaan penularan (*Transmission Base Precaution*) yaitu tindakan pencegahan penularan penyakit dari pasien yang terbukti atau diduga berpenyakit menular atau yang secara epidemiologis mengidap kuman patogen untuk mencegah transmisi silangnya. Yang terdiri dari *airborne precaution, droplet precaution dan Contact precaution*.

2.3.3 Surveilans INOK

Surveilans infeksi nosokomial adalah kegiatan pengumpulan, analisa data dan interpretasinya secara sistematis dan terus menerus terhadap timbulnya dan penyebaran penyakit untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat, yang diteruskan secara berkala kepada pihak yang memerlukannya.

Penerapan Surveilans INOK :

1. Merumuskan kriteria diagnostik

Kasus yang akan disurvei perlu dibuat kriteria diagnostik yang jelas, yang akan digunakan sebagai acuan dalam proses pengumpulan data kejadian infeksi nosokomial.

2. Pengumpulan data surveilans INOK

Petugas yang terlibat dalam pengumpulan data surveilans antara lain :

- a. Perawat Ruangan
- b. Kepala Instalasi/Kepala Ruangan
- c. Tim INOK

3. Rekapitulasi dan evaluasi data yang dilakukan setiap hari, setiap bulan dan setiap tiga bulan oleh ketua Tim INOK

4. Penyebaran Data

Data yang sudah dikumpulkan dan dianalisa dijadikan laporan triwulan dan disebar luaskan ke semua instalasi dan kepala ruangan terkait

2.3.4 Disinfeksi, Sterilisasi, Kebersihan Lingkungan dan Pencegahan INOK di Unit Laundry

Upaya lain yang tertuang dalam pedoman INOK RSUD Kota Bekasi adalah disinfeksi, sterilisasi, kebersihan lingkungan dan pencegahan INOK di unit laundry.

1. Disinfeksi dan Sterilisasi

Disinfeksi adalah usaha untuk menghilangkan mikroorganisme tertentu pada alat kesehatan dengan menggunakan disinfektan sedangkan sterilisasi adalah usaha untuk menghilangkan semua jenis mikroorganisme dan spora bakteri pada alat kesehatan melalui proses tertentu. Keduanya bertujuan mencegah terjadinya

infeksi silang bagi pasien maupun petugas RSUD Kota Bekasi melalui instrumen dan linen

Disinfeksi yang dilakukan di RSUD Kota Bekasi adalah dengan cara merebus dan memakai zat kimia sedangkan sterilisasi yang digunakan adalah sterilisasi panas basah (Otoklaf) dan sterilisasi panas kering (Oven)

2. Kebersihan Lingkungan

Kebersihan lingkungan yang harus dipantau dalam upaya pengendalian INOK di RSUD Kota Bekasi adalah pengelolaan limbah padat dan limbah cair rumah sakit mulai dari penggolongan sampah, penampungan sampah sementara (menggunakan plastik, warna hitam untuk sampah rumah tangga, kuning untuk sampah medis dan merah untuk radioaktif), pengangkutan, pengumpulan dan pemusnahan.

3. Pencegahan INOK di Unit Laundry

Pengelolaan linen yang baik dan benar tidak akan menimbulkan dampak infeksi nosokomial bagi petugas dan pasien yang dirawat. Untuk itu pengelolaan linen yang tepat dimulai dari :

- a. Pengelompokan linen (linen infeksius dan non infeksius), linen dimasukkan kedalam kantong sesuai dengan kelompok linen, linen kotor diangkut menggunakan trolley khusus untuk linen kotor yang tersedia kemudian diantar ke unit laundry rumah sakit.
- b. Pada saat pencucian dimulai dengan pencatatan linen kotor dibuku registrasi. Linen infeksius dan non infeksius dipisahkan kemudian linen infeksius didisinfeksi dengan lysol 0,5 % selama 10 menit, kemudian dilakukan pencucian. Sedangkan linen non infeksius dipilah dulu menjadi linen dengan noda berat (berwarna & tidak berwarna) dan noda ringan (berwarna & tidak berwarna).
- c. Penyimpanan linen bersih harus terjaga kelembabannya sedangkan pendistribusian linen bersih dari tempat penyimpanan ke ruang perawatan menggunakan trolley tertutup. Untuk linen bersih kamar operasi dilakukan sterilisasi sesuai dengan prosedur di kamar operasi

BAB 3
GAMBARAN UMUM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BEKASI

Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kota Bekasi terletak di pusat Wilayah kota Bekasi dan berada di jalan Pramuka No 55 Bekasi. RSUD Pemerintah Kota Bekasi ini mempunyai luas area kurang lebih 13.100 meter persegi dan luas bangunan 7.515,51 meter persegi .



Gambar 3.1 Peta RSUD Pemerintah Kota Bekasi (Sekilas Pandang RSUD Pemerintah Kota Bekasi, 2007)

Fasilitas rawat inap RSUD Kota Bekasi memiliki kapasitas berubah-ubah dari tahun ke tahun. Hal ini disebabkan adanya renovasi bangunan serta pendirian bangunan baru. Dimana pada tahun 2005 RSUD Kota Bekasi memiliki kapasitas 182 tempat tidur, tahun 2006 bertambah menjadi 261 tempat dur dan sampai saat ini belum berubah. Sedangkan untuk sarana fisik yang lain RSUD Kota Bekasi telah berkembang baik fasilitas penunjang medik maupun fasilitas pelayanan medik sesuai dengan jumlah spesialisik yang ada saat ini yaitu 22 jenis spesialisik.

3.1 Sejarah Berdirinya Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi

Pada Tahun 1939 cikal bakal RSUD Kota Bekasi adalah balai kesehatan berukuran 6x18 m di atas tanah seluas 400 m persegi. Tahun 1942 saat pendudukan Jepang balai kesehatan dikembangkan menjadi Poliklinik Bekasi dengan perluasan bangunan untuk perawatan, gudang dan dapur. Tahun 1945 poliklinik tersebut dijadikan basis perlengkapan P3K. Setelah proklamasi

kemerdekaan Republik Indonesia, berubah status menjadi Rumah Sakit Pembantu, tepatnya pada tanggal 24 Juli 1946.

Pada tahun 1956 saat kepemimpinan Bapak S Wijaya, seorang juru rawat dari Rumah Sakit Pembantu Banjaran, balai kesehatan tersebut berubah menjadi Rumah Sakit Umum Kab. Bekasi dengan kapasitas 10 tempat tidur dan penambahan bangunan untuk perawat dan bidan.

Selanjutnya dalam perkembangannya Rumah Sakit ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas C, berdasarkan SK Menkes Republik Indonesia Nomor 051/Menkes/SK/II/1979 tentang Pengelolaan Rumah Sakit Umum Pemerintah. Pada 1 April 1999 RSUD diserahkan oleh pemda Kabupaten Bekasi kepada Pemda Kotamadya Daerah Tingkat II Bekasi.

Pada tanggal 30 November 2000 ditetapkan Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 12 Tahun 2000 tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kota Bekasi (RSUD Pemerintah Kota Bekasi) sekaligus dengan peningkatan status menjadi RSUD Kelas B Non Pendidikan Pemerintah Kota Bekasi oleh Walikota.

Pada Tahun 2001 dikeluarkan Peraturan Daerah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Penetapan RSUD Kota Bekasi menjadi Unit Swadana dan untuk melengkapi dasar hukum dalam operasional rumah sakit ditetapkanlah Perda Nomor 21 Tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan RSUD Kota Bekasi. Kemudian berdasarkan Surat Keputusan Walikota Bekasi No. 060/Kep.332.Org/X/2008 tanggal 13 Oktober 2008 status RSUD Kota Bekasi berubah dari Rumah Sakit Umum Swadana sebagai perangkat daerah yang merupakan Lembaga Teknis Daerah menjadi Bentuk Badan yaitu PPK BLUD bertahap dimana RSUD Kota Bekasi Sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

3.2 Visi, Misi, Tujuan dan Motto RSUD Pemerintah Kota Bekasi

3.2.1 Visi RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Visi RSUD Kota Bekasi adalah “ Menjadi Rumah Sakit Pilihan dan Kebanggaan Masyarakat”.

3.2.2 Misi RSUD Pemerintah Kota Bekasi

RSUD Kota Bekasi merumuskan misi yang sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya sebagai berikut :

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang prima, merata dan terjangkau oleh masyarakat
2. Meningkatkan profesionalisme SDM dan kesejahteraan karyawan RSUD Kota Bekasi.
3. Mengembangkan pusat-pusat pelayanan kesehatan spesialistik
4. Membangun komitmen bersama di antara stake holder RSUD Kota Bekasi.

3.2.3 Tujuan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

1. Tujuan Umum

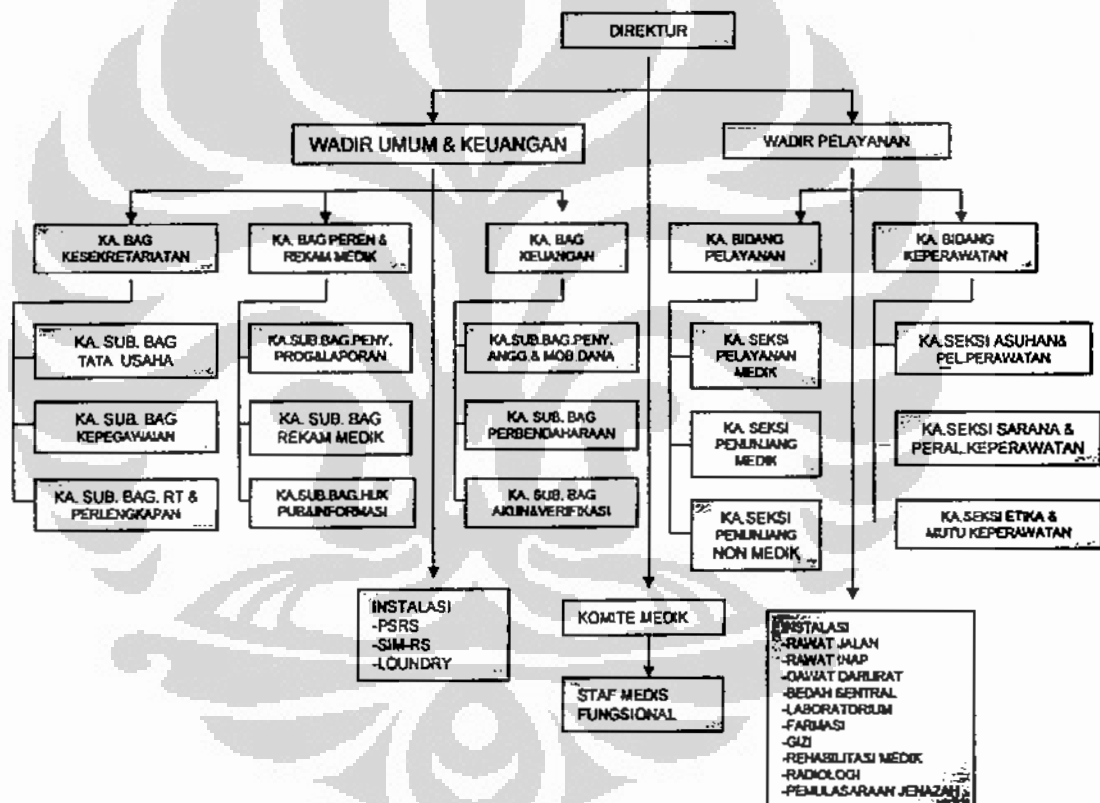
Tersedianya informasi yang akurat dan lengkap dengan memperhatikan aspek kecepatan, ketepatan, keakuratan dengan pembiayaan yang terjangkau yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan.

2. Tujuan khusus

- a. Terwujudnya sumber daya manusia yang berkualitas dan berkomitmen tinggi.
- b. Tersedianya bahan untuk pembinaan unit-unit di rumah sakit yang memadai dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSUD Unit Swadana Kota Bekasi.
- c. Terwujudnya kemandirian pengelolaan keuangan.
- d. Terciptanya budaya organisasi yang bisa memuaskan pelanggan.
- e. Tersedianya pelayanan unggulan.
- f. Pengembangan sistem informasi manajemen Sistem Informasi Daerah (SIMDA) Kota Bekasi.

3.3 Struktur Organisasi RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Dasar pembentukan dan struktur organisasi RSUD Pemerintah Kota Bekasi adalah surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 134/Men.SK/IV/1978 dan Surat Keputusan Gubernur Jawa Barat No.060/SK-1978-Ortak/P2. Selanjutnya pedoman yang saat ini digunakan adalah berdasarkan Peraturan Daerah Kota Bekasi nomor 12 tahun 2000 tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kota Bekasi dan Keputusan Walikota Bekasi nomor 06 tahun 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Skit Umum Daerah Pemerintah Kota Bekasi. Dengan struktur organisasi sebagai berikut:



Gambar 3.2 Struktur Organisasi RSUD Pemerintah Kota Bekasi (Business Plan RSUD Pemerintah Kota Bekasi, 2006)

3.4 Fasilitas Pelayanan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Jumlah Tempat Tidur di RSUD Bekasi berfluktuasi dari tahun 2003 sampai dengan 2006. Hal ini disebabkan oleh berbagai hal dan yang paling utama adalah karena renovasi. Adapun perubahan jumlah tempat tidur adalah sebagai berikut : pada tahun 2003 sebanyak 233 tempat tidur, berkurang menjadi 231 pada tahun 2004, kemudian

berkurang lagi pada tahun 2005 menjadi 182, dan pada tahun 2006 sampai dengan sekarang berjumlah 261 tempat tidur.

Adapun rincian jumlah tempat tidur di RSUD Kota Bekasi adalah sebagai berikut:

Ruang Bougenvile I (6 TT), Ruang Bougenvile II (14 TT), Ruang WK Atas IA (4 TT), Ruang WK Atas IIA (16 TT), Ruang WK Atas III (13 TT), Ruang Nusa Indah IIB (4 TT), Ruang Nusa Indah III (20 TT), Ruang Teratai II B (4 TT), Ruang Teratai III (20 TT), Ruang Dahlia Executif (1 TT), Ruang Dahlia Utama (2 TT),-Ruang Dahlia I (12 TT), Ruang Dahlia II A (16 TT), Ruang Dahlia III (19 TT), Ruang ICU VIP (5 TT), Ruang Melati II A (8 TT), Ruang Melati II B (8 TT), Ruang Melati III (22 TT), Ruang Mawar II B (13 TT), Ruang Anggrek Executif (4 TT), Ruang Anggrek Utama (8 TT), Ruang Anggrek I (18 TT), Ruang Anggrek II A (16 TT), Ruang Perinatologi IIA (8 TT).

1. Produk jasa yang ditawarkan adalah :

a. Rawat Jalan : Klinik Penyakit Dalam, Klinik Bedah Umum Klinik Bedah Orthopedi Klinik Bedah Urologi Klinik Bedah Syaraf Klinik Penyakit Syaraf Klinik Penyakit Jantung Klinik Kebidanan dan Kandungan Klinik Penyakit THT Klinik Penyakit Jiwa/Psikiatri Klinik Penyakit Mata Klinik Penyakit Paru Klinik Penyakit Gigi dan Mulut Klinik Penyakit Anak Klinik Penyakit Kulit dan Kelamin Klinik Konsultasi Gizi.

b. Rawat Inap :

- 1) Kelas Eksekutif : Penyakit Dalam, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit Paru, Penyakit Anak, Kebidanan dan Kandungan.
- 2) Kelas Utama : Penyakit Dalam, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit Paru, Penyakit Anak, Kebidanan dan Kandungan.
- 3) Kelas I : Penyakit Dalam, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit Paru, Penyakit Anak, Kebidanan dan Kandungan.
- 4) Kelas II : Penyakit Dalam, Penyakit Bedah, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit THT, Penyakit Psikiatri, Penyakit Mata, Penyakit Paru.

5) Kelas III : Penyakit Dalam, Penyakit Bedah, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit THT, Penyakit Psikiatri, Penyakit Mata, Penyakit Paru.

6) Perinatologi.

7) ICU.

c. Pelayanan Gawat Darurat.

d. Pelayanan Obat/Farmasi.

e. Pelayanan Penunjang : Lab Patologi Klinik, Lab Patologi Anatomi, Radiologi, Pemulasaraan Jenazah, Ambulance/Kereta Jenazah, Rehabilitasi Medik, Bedah Sentral, Bedah One Day Care.

f. Sterilisasi (CSSD).

g. Service : Laundry, Generator Set, IPSRS, Work Shop, Boiler, Central Air Bersih, Musala, Pengelolaan Air Limbah.

3.5 Hasil Kegiatan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

1. Kunjungan Rawat Jalan

Tabel 3.1

Jumlah Kunjungan Rawat Jalan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Tahun	2004	2005	2006	2007
Jumlah Kunjungan Rajal	163.697	198.661	189.975	249.962

Sumber : PPL RSUD Pemerintah Kota Bekasi, 2008)

2. BOR, ALOS, TOI, & BTO RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Tabel 3.2

Indikator Pelayanan Rawat Inap RSUD Pemerintah Kota Bekasi

URAIAN	2003	2004	2005	2006	2007
BOR	66,7	71,6	139,9	67,1	78,33
ALOS	3,7	3,6	3,9	3,7	3,48
TOI	1,84	1,44	0,85	1,83	0,86
BTO	64,91	35,81	75,25	65,54	92,33

Sumber : PPL RSUD Pemerintah Kota Bekasi, 2008)

3.6 Ketenagaan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Ketenagaan di RSUD Pemerintah Kota Bekasi Tahun 2007 dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.3

Jumlah Ketenagaan Berdasarkan Pendidikan dan Status Tenaga Pada Tahun 2008

NO	JENIS KETENAGAAN	STATUS TENAGA		JUMLAH
		PNS	TKK	
1	Dokter Spesialis	43	1	44
2	Dokter umum/Dokter Gigi + S2 KARS	5	0	5
3	Dokter umum/Dokter Gigi + S2 Kesmas	4	0	4
4	Dokter Umum	18	0	18
5	Dokter Gigi	5	0	5
6	S2 Keperawatan/S2 Keperawatan/S2 Gizi/S2 Kesmas	4	0	4
7	Sarjana Keperawatan	6	0	6
8	Sarjana Kesehatan Masyarakat	2	0	2
9	D3 Keperawatan	137	0	137
10	SPK / C / E	60	0	60
11	D3 Kebidanan	14	0	14
12	Bidan	11	0	11
13	Perawat Gigi	5	0	5
14	Pelaksana Anestesi	4	0	4
15	Apoteker/Sarjana Farmasi	7	0	7
16	AKFAR/SAA / SMF	13	0	13
17	Radiologi	5	0	5
18	Analisis Kesehatan	16	0	16
19	Rehabilitasi Medik	9	0	9
20	D3 Reamed	1	0	
21	D3 Gizi	7	0	8
22	D1 Gizi / SPAG	3	0	3
23	D3 Kesehatan Lingkungan/DI Kesling	5	0	5
24	Teknik Elektromedik	2	1	3
25	S2 Administrasi	6	0	6
26	S1-Sarjana	20	7	27
27	D3 Administrasi	4	0	4
28	SMA	65	17	82
29	SMEA	21	0	21
30	STM	12	4	16
31	SMK/SMKK	7	5	12
32	SMP	36	1	16
33	SD	14	2	16
	JUMLAH	571	38	609

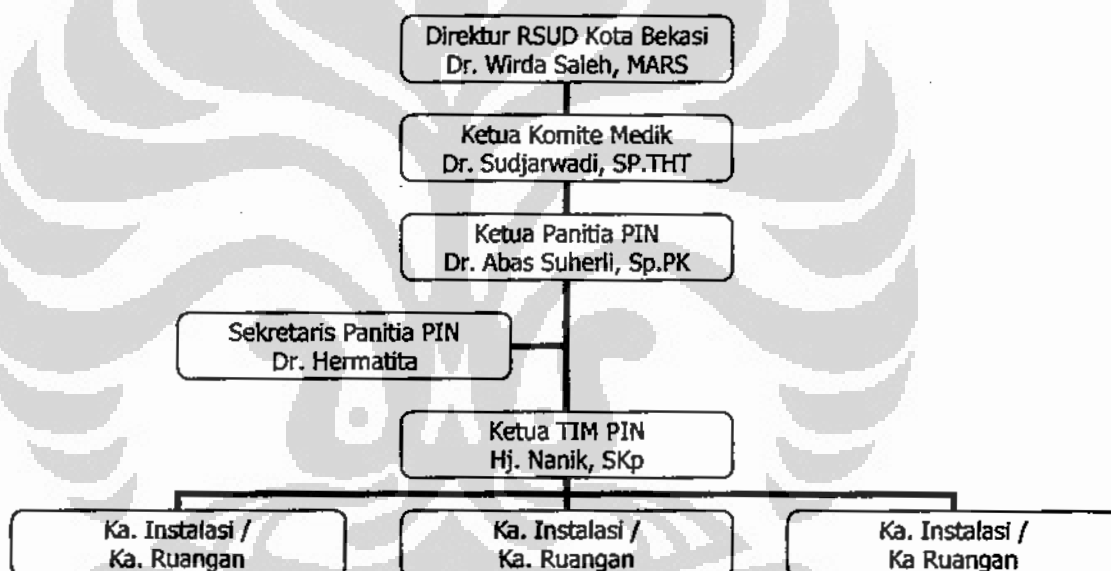
Sumber : Business Plan RSUD Pemerintah Kota Bekasi Tahun 2008

3.7 Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD Pemerintah Kota

Bekasi

Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial (PPIN) RSUD Kota Bekasi sudah dibentuk sejak tahun 2005 dengan SK Direktur RSUD Kota Bekasi Nomor: 188.4/1906-RSUD.3/X/2005 tanggal 17 Oktober 2005 kemudian surat keputusan tersebut diubah dengan SK Direktur RSUD Kota Bekasi Nomor: 188.4/1 73-RSUD.3/VIII/2007 tanggal 20 Agustus 2007 tentang Pembentukan Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial pada RSUD Kota Bekasi

Adapun susunan keanggotaan Panitia Pengendalian Penyakit Infeksi Nosokomial pada RSUD Kota Bekasi sebagai berikut :



Gambar 3.3 Struktur Organisasi PPIN RSUD Pemerintah Kota Bekasi 2007

2. Uraian tugas

a. Ketua Panitia PIN

- Memberikan saran kepada Direktur dan Komite Medik RSUD Kota Bekasi mengenai pengembangan prosedur kerja dan kebijakan yang mencakup semua kegiatan dalam bidang pengendalian infeksi nosokomial
- Memberikan saran kepada Direktur dan Komite Medik RSUD Kota Bekasi untuk membuat kebijakan pemakaian antibiotika di RSUD Kota Bekasi berdasarkan hasil pantauan pola kuman dan resistensinya

- Memberikan saran pemilihan dan pengusutan pengadaan barang dan alat yang berubungan dengan pengendalian infeksi nosokomial
 - Memberikan masukan tentang pembelian peralatan klinik dan non klinik yang menyangkut secara langsung maupun tidak langsung pada terjadinya infeksi nosokomial
 - Mengupayakan terlaksananya pendidikan dan pelatihan dalam bidang pengendalian infeksi nosokomial
- b. Wakil Ketua Panitia PIN
- Menjalin hubungan kerja dengan semua pihak di RSUD Kota Bekasi baik medis maupun non medis
 - Bersedia menjadi nara sumber yang memberi masukan tentang semua aspek pengendalian infeksi
 - Bersama dengan Ketua TIM PIN menganalisis data surveilans dan membuat rekomendasi tindak lanjut
- c. Sekretaris Panitia PIN
- Melakukan pencatatan, pelaporan dan pengarsipan terhadap pelaksanaan pengendalian infeksi nosokomial di RSUD Kota Bekasi
 - Membantu ketua dalam penyusunan SOP dan pembuatan instrumen pengumpulan data
 - Membuat laporan hasil pemantauan pengendalian infeksi nosokomial di RSUD Kota Bekasi
- d. Ketua Tim PIN
- Meneruskan kebijakan pengendalian infeksi dengan melatih staf perawatan
 - Memberikan saran perbaikan perilaku petugas kesehatan di ruangan untuk penerapan kewaspadaan universal (*universal precaution*)
 - Mengidentifikasi kebutuhan bahan dan sarana
 - Mengumpulkan data surveilans
 - Investigasi dan penanggulangan KLB infeksi nosokomial
 - Membantu penerapan dan pemantauan kebijakan pengendalian infeksi
 - Menyusun dan melaksanakan program pelatihan
 - Penelitian

e. Kepala Instalasi / Kepala ruangan

- Menyebarluaskan setiap kebijakan Panitia PIN kepada seluruh staf di ruangan
- Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan SOP di ruangan masing-masing
- Membimbing dan memberi petunjuk kepada seluruh karyawan di ruangnya agar melaksanakan prosedur pengendalian infeksi nosokomial dengan benar
- Mengadakan koordinasi dengan Ketua Tim PIN dalam melaksanakan pengendalian infeksi nosokomial

3. Tujuan PPIN

Tujuan Umum : terciptanya kondisi lingkungan RSUD Kota Bekasi yang memenuhi persyaratan agar menjamin pencegahan infeksi nosokomial dan membantu proses pengobatan serta penyembuhan penderita sehingga rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, cakupan dan efisiensi.

Tujuan khusus :

- Tersedianya buku pedoman pengendalian infeksi nosokomial
- Terlaksananya pengendalian infeksi nosokomial dengan baik
- Berkurangnya risiko terjadinya endemi dan epidemi nosokomial pada pasien yang dirawat, petugas dan pengunjung RSUD Kota Bekasi
- Menanggulangi kejadian luar biasa (KLB) infeksi nosokomial melalui upaya :

4. Sasaran

- Semua petugas medis, para-medis di lingkungan RSUD Kota Bekasi
- Semua petugas non-medis khususnya di bagian pencucian (laundry), sterilisasi, sanitasi dan rumah tangga
- Semua pasien di RSUD Kota Bekasi
- Semua pengunjung Ke RSUD Kota Bekasi

5. Rencana Kegiatan

a. Jangka pendek

- Mengadakan rapat rutin bagi seluruh Panitia PIN RSUD Kota Bekasi setiap bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan
- Revisi dan penyempurnaan buku Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD Kota Bekasi

- Inventarisasi SOP dari semua unit yang terlibat dalam program Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD Kota Bekasi
- Pembuatan buku saku PIN bagi seluruh pegawai RSUD Kota Bekasi
- Sosialisasi kewaspadaan standard dan evaluasi pemakaian alat pelindung diri (APD)

b. Jangka Panjang

- Melakukan surveilans infeksi nosokomial terutama phlebitis, ISK dan ILO
- Mempersiapkan tenaga perawat pengendali infeksi (Infection Control Nurse = ICN) untuk RSUD Kota Bekasi
- Mengikuti pendidikan/pelatihan mengenai PIN yang diadakan oleh DEPKES atau organisasi profesi
- Mengadakan pendidikan/pelatihan TOT mengenai PIN di RSUD Kota Bekasi
- Membuat laporan tahunan

3.8 Hasil Penelitian PPIN RSUD Kota Bekasi Terhadap Angka Kejadian INOK ILI

Selama bulan November – Desember 2006 dijumpai 282 pasien rawat inap di RSUD Kota Bekasi yang mendapat pemasangan IVFD. Dari 282 pasien tersebut, 43 (15,2%) pasien mendapat gejala phlebitis dalam kurun waktu 3 hari pemasangan IVFD. Prevalensi phlebitis terbanyak dijumpai pada ruangan Teratai yaitu sebesar 26,8% dan paling sedikit dijumpai pada ruangan Dahlia yaitu sebesar 1,8%.

Setelah dilakukan biakan terhadap kanula kateter intravena yang dipasang dijumpai penyebab phlebitis di RSUD Kota Bekasi adalah kuman Gram Positif sebanyak 22 (51%) pasien, kuman Gram Negatif 14 (30%), jamur 4 (12%) pasien dan tidak tumbuh/ kimiawi sebanyak 3 (7%) pasien . Kuman Gram positif yang dijumpai adalah *Staphylococcus* sp, *Staphylococcus aureus* yang merupakan flora normal kulit dan *Streptococcus beta-hemolyticus* sehingga kemungkinan kontaminasi belum dapat disingkirkan. Sedangkan kuman Gram negatif yang dijumpai antara lain *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Serratia*

rubidea, *Serratia liquefaciens*, *Serratia ficaria*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter freundii* dan *Acinetobacter baumannii*. Telah dijumpai adanya kuman yang bersifat ESBL dan *multi drug resistant*. Seluruh kuman *Staphylococcus sp.* telah resisten dengan methicillin sehingga perlu dicurigai adanya *Methicillin Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)*

Secara rinci dapat dilihat pada tabel 4 berikut ini :

Tabel 3.4

Jumlah pasien rawat inap di RSUD Kota Bekasi yang mendapat pemasangan IVFD pada bulan November – Desember 2006

	IVFD	Jumlah Phlebitis	% Phlebitis
Anggrek (AGR)	36	6	16.7
Bougenvile (BGV)	31	3	9.7
ICU	27	4	14.8
Melati (MLT)	24	5	20.8
Dahlia (DHL)	56	1	1.8
Nusa Indah (NI)	38	7	18.4
Teratai (TRT)	41	11	26.8
Wijayakusuma (WK)	29	6	20.7
Jumlah	282	43	15.2

Sumber : PPIN RSUD Kota Bekasi 2006

BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah dasar pemikiran dari penelitian yang disintesis dari fakta-fakta, observasi dan telaah kepustakaan. Alur pikir peneliti dalam penelitian ini diawali dengan pemahaman bahwa keberhasilan suatu program tidak lepas dari perilaku individu yang terlibat dalam pelaksanaan program tersebut. Demikian juga dengan upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, akan berhasil jika perilaku perawat selalu memperhatikan prinsip pencegahan.

Perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan INOK dengan melakukan *standard precaution* sangat penting untuk memutus mata rantai INOK, karena perawat merupakan tulang punggung pelaksana program tersebut di ruangan. Akan tetapi banyak faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan perawat dalam melakukan upaya pencegahan INOK.

Melalui pendekatan teoritis dapat disusun suatu kerangka konsep yang merupakan adopsi dan modifikasi teori perilaku PRECEDE dari Green L.W (2005), dimana perilaku seseorang dalam pencegahan INOK dipengaruhi oleh *predisposing factors* (faktor pengaruh), *enabling factors* (faktor pemungkin) dan *reinforcing factors* (faktor penguat).

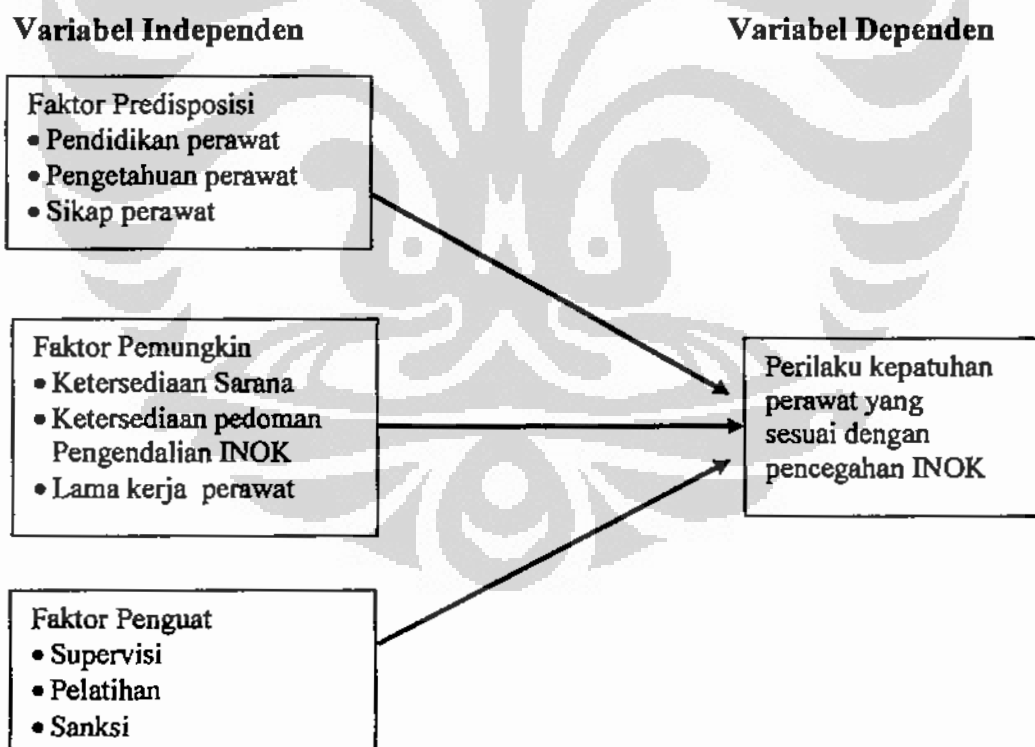
Dalam penelitian ini, tidak semua variabel yang ada pada kerangka teori Green diambil sebagai variabel penelitian. Hal ini disesuaikan dengan tujuan penelitian dimana hanya aspek tertentu yang diduga erat hubungannya dengan perilaku kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Sehingga yang akan diteliti adalah faktor predisposisi meliputi pendidikan, pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan INOK, dengan alasan bahwa perawat akan berupaya untuk patuh dalam pencegahan INOK bila mempunyai latar belakang pendidikan tinggi dan tahu bahwa INOK merugikan baik bagi pasien maupun petugas kesehatan. Sehingga sesuai pengetahuan dan kemampuannya perawat akan menyatakan setuju atau tidak setuju terhadap pencegahan INOK. Faktor pemungkin yang akan diteliti adalah ketersediaan sarana, pedoman kerja, masa kerja, dimana perawat akan melakukan pencegahan INOK dengan benar sesuai pedoman yang telah

ditetapkan, hal ini dapat dilaksanakan jika yang bersangkutan sudah mengetahui dan memahami pedoman tersebut yang umumnya diperoleh dari pengalaman kerja dan dipermudah dengan adanya sarana.

Faktor penguat yang diteliti adalah pelatihan, sanksi dan supervisi dimana perawat patuh dalam melaksanakan tindakan pencegahan INOK dalam setiap tindakan keperawatannya, karena merasa diawasi sehingga mereka lebih bertanggung jawab atau takut mendapat teguran atau sanksi jika tidak melaksanakan dengan benar sementara pelatihan akan meningkatkan pengetahuan dari perawat itu sendiri yang dapat memperkuat terhadap perilaku positif yang sudah terbentuk.

Secara skematis kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 4.1
Kerangka Konsep



4.2. Hipotesis Penelitian

Dari kerangka konsep penelitian, dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara pendidikan, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman INOK, lama kerja, supervisi, pelatihan, dan sanksi dengan perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi tahun 2009

Hipotesis Minor

1. Semakin tinggi tingkat pendidikan perawat ruang rawat inap, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi
2. Semakin baik pengetahuan perawat ruang rawat inap tentang INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi
3. Semakin baik sikap perawat ruang rawat inap terhadap pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi
4. Semakin memadai ketersediaan sarana untuk melaksanakan pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi
5. Semakin memadai pedoman untuk melaksanakan pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi
6. Semakin lama masa kerja perawat ruang rawat inap, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi
7. Semakin baik supervisi terhadap perawat ruang rawat inap dalam melaksanakan pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi.

8. Semakin sering perawat ruang rawat inap mendapatkan pelatihan tentang pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi
9. Semakin baik sanksi terhadap perawat ruang rawat inap jika melanggar prinsip pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi

4.3. Definisi Operasional

Tabel 4.1
Definisi operasional Variabel Dependen dan Variabel Independen

Variabel Dependen

No	Variabel	Def Operasional	Pengukuran	Skala
1	Perilaku kepatuhan perawat	Perilaku perawat dalam melakukan tindakan pencegahan sesuai pedoman pengendalian INOK yang meliputi cuci tangan, prinsip septik aseptik, kebersihan perorangan, penggunaan alat pelindung diri saat melakukan tindakan, menggunakan alat steril dan mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan serta pencegahan luka tusukan.	Dengan menggunakan format observasi. Tindakan pencegahan yang dilakukan dijumlahkan dan dibagi jumlah item tindakan kemudian dibuat persentase atau menjadikan score tindakan. Kemudian jumlah score dari tiga kali pengamatan di rata-ratakan menjadi score kepatuhan. Pengkategorian perilaku kepatuhan dilakukan berdasarkan <i>cut off point</i> mean yaitu : 1. Patuh jika skor > mean 0. Tidak Patuh jika skor ≤ mean	Ordinal

Variabel Independen

No	Variabel	Def Operasional	Pengukuran	Skala
1	Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang dicapai perawat	Cara Ukur : Wawancara Alat Ukur : Kuesioner Pengukuran berdasarkan strata : 1. Pendd tinggi = DIII, S1, S2 0. Pendd rendah = D1, SPK /SPR	Ordinal

2	Pengetahuan	Kemampuan perawat dalam menjawab pertanyaan mengenai INOK yang meliputi definisi, faktor penyebab, gejala, dan upaya pencegahan	<p>Cara Ukur : Wawancara Alat Ukur : Kuesioner Kemampuan perawat menjawab dengan benar atas pertanyaan pengetahuan. Jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai nol. Jumlah pertanyaan 20 buah Sehingga total skor 0-20 Jumlah skor dikonversikan ke nilai 100 Pengkategorian dilakukan berdasarkan <i>cut off point</i> mean yaitu :</p> <p>1. Baik jika skor > mean 0. Kurang jika skor \leq mean</p>	Ordinal
3	Sikap	Tanggapan perawat yang menunjukkan pendapat setuju atau tidak setuju terhadap pencegahan INOK	<p>Cara Ukur : Wawancara Alat Ukur : Kuesioner Jumlah pernyataan atas pertanyaan sikap dihitung berdasarkan skala likert 1 sampai 5 Pemberian skor yaitu : sangat setuju = 5, setuju = 4, Ragu-ragu = 3, tidak setuju = 2 dan sangat tidak setuju = 1 Jumlah pertanyaan 11 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 55 dan skor terendah adalah 11. Penentuan kategori berdasarkan <i>cut off point</i> mean yaitu:</p> <p>1. Baik jika skor > mean 0. Kurang jika skor \leq mean</p>	Ordinal
4	Ketersediaan sarana	Tanggapan perawat yang menunjukkan pendapat memadai atau tidak memadai terhadap ketersediaan sarana yang sesuai dengan standar yang ada yang dapat mendukung pelaksanaan tindakan keperawatan dengan prinsip aseptik sebagai pencegahan INOK	<p>Cara Ukur : Wawancara Alat Ukur : Kuesioner Jumlah pernyataan atas pertanyaan ketersediaan sarana dihitung berdasarkan skala likert 1 sampai 4 yaitu memadai = 4, cukup memadai = 3, kurang memadai = 2, dan tidak memadai = 1 Jumlah pertanyaan 8 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 32 dan skor terendah adalah 8. Penentuan kategori berdasarkan <i>cut off point</i> mean yaitu :</p>	Ordinal

			1. Memadai jika skor > mean 0. Kurang jika skor ≤ mean	
5	Ketersediaan pedoman pengendalian INOK	Tanggapan perawat yang menunjukkan pendapat memadai atau tidak memadai terhadap ketersediaan pedoman dan penjelasan mengenai pedoman yang diberlakukan dalam upaya pencegahan INOK	Cara Ukur : Wawancara Alat Ukur : Kuesioner Jumlah pernyataan atas pertanyaan ketersediaan pedoman pengendalian INOK dihitung berdasarkan skala likert 1 sampai 4 yaitu memadai = 4, cukup memadai = 3, kurang memadai = 2, dan tidak memadai = 1 Jumlah pertanyaan 3 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 12 dan skor terendah adalah 3 Penentuan kategori berdasarkan <i>cut off point</i> mean yaitu: 1. Memadai jika skor > mean 0. Kurang jika skor ≤ mean	Ordinal
6	Lama kerja	Lama bekerja perawat di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi sampai dengan penelitian dilakukan dalam satuan bulan	Cara Ukur : Wawancara Alat Ukur : Kuesioner Penentuan kategori berdasarkan <i>cut off point</i> mean yaitu: 1. Lama jika skor > mean 0. Baru jika skor ≤ mean	Ordinal
7	Supervisi	Pelaksanaan kegiatan supervisi yang dilakukan baik oleh kepala ruangan, PPIN maupun bidang keperawatan RSUD Kota Bekasi	Cara Ukur : Wawancara Alat Ukur : Kuesioner Jumlah pernyataan atas pertanyaan yang berhubungan dengan supervisi dihitung berdasarkan skala likert 1 sampai 4, pemberian skor yaitu tidak pernah = 1, kadang-kadang = 2, sering = 3, selalu = 4 Jumlah pertanyaan 4 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 16 dan skor terendah adalah 4. Penentuan kategori berdasarkan <i>cut off point</i> mean yaitu : 1. Baik jika skor > mean 0. Kurang jika skor ≤ mean	Ordinal

8	Sanksi	Tanggapan perawat yang menunjukkan pendapat setuju atau tidak setuju terhadap sanksi yang diberlakukan dalam upaya pencegahan INOK	<p>Cara Ukur : Wawancara Alat Ukur : Kuesioner Jumlah pernyataan atas pertanyaan sanksi dihitung berdasarkan skala likert 1 sampai 5, pemberian skor yaitu : sangat setuju = 5, setuju = 4, Ragu-ragu = 3, tidak setuju = 2 dan sangat tidak setuju = 1 Jumlah pertanyaan 5 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 25 dan skor terendah adalah 5. Penentuan kategori berdasarkan <i>cut off point</i> median yaitu :</p> <p>1. Baik jika skor > median 0. Kurang jika skor ≤ median</p>	Ordinal
9	Pelatihan	Pelatihan yang pernah diikuti oleh perawat baik di dalam RSUD Kota Bekasi maupun di luar RSUD Kota Bekasi dalam 3 tahun terakhir yang berhubungan dengan pencegahan INOK	<p>Cara Ukur : Wawancara Alat Ukur : Kuesioner Pengukuran pelatihan dilakukan berdasarkan jawaban atas pertanyaan berapa kali responden mengikuti pelatihan Penentuan kategori berdasarkan ketentuan :</p> <p>1. Pernah jika ≥ 1 kali ikut pelatihan 0. Tidak pernah</p>	Ordinal

BAB 5 METODE PENELITIAN

5.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian survei dengan desain cross sectional. Metode penelitian survei adalah penelitian yang dilakukan pada populasi besar maupun kecil, tetapi data yang dipelajari adalah data dari sampel yang diambil dari populasi tersebut, sehingga ditemukan kejadian-kejadian relatif, distribusi dan hubungan antar variabel sosiologis maupun psikologis” (Kerlinger 1996 dalam Riduwan 2004). Metode survei adalah suatu metode penelitian yang mengambil sampel dari suatu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data (Effendi 2003 dalam Riduwan 2004).

Desain cross sectional bertujuan mengukur hubungan antara variabel dependen dan independen dalam waktu yang bersamaan. Sehingga pengukuran kepatuhan perawat (variabel dependen) dilakukan bersama-sama dengan variabel independen (pendidikan, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman pengendalian INOK, lama kerja, pelatihan, supervisi dan sanksi).

5.2 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di 8 (delapan) ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi terdiri dari Ruang Wijaya Kusuma, Ruang Anggrek, Ruang Teratai, Ruang Dahlia, Ruang Mawar, Ruang Melati, Ruang Bougenville dan Ruang Nusa Indah. Alasan memilih RSUD Kota Bekasi sebagai tempat penelitian karena RSUD Kota Bekasi merupakan satu-satunya rumah sakit pemerintah di wilayah Kota Bekasi, dimana saat ini sedang berupaya meningkatkan mutu pelayanan dan sudah melaksanakan akreditasi 12 bidang pelayanan termasuk INOK.

Proses penelitian yang akan dilakukan peneliti diharapkan dapat selesai dalam 4,5 bulan, mulai dari penyusunan proposal, seminar proposal sampai menyelesaikan laporan tesis.

5.3 Populasi dan Sampel Penelitian

5.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang ada di delapan ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi tahun 2009 dengan ketentuan bukan kepala ruangan dan yang sedang aktif bekerja (tidak sedang cuti atau tugas belajar) serta bersedia untuk mengikuti penelitian. Jumlah Populasi adalah 148 orang

5.3.2 Sampel

Pengambilan sampel dilakukan agar penelitian lebih teliti, cermat dan efisien.

Pada penelitian ini besar sampel menggunakan rumus *hypothesis test for two population proportions (one sided test)* dari Lamesshow, et, al (1990). Sedangkan penghitungan menggunakan *software sample size determination in health studies* dari WHO

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

n = besar sampel

$Z_{1-\alpha}$ = nilai Z pada derajat kepercayaan $1-\alpha$ atau batas kemaknaan α

Pada rumus ini uji hipotesis dilakukan satu arah (one tailed)

$Z_{1-\alpha}$ = 1,96 untuk derajat kepercayaan 95%

$Z_{1-\beta}$ = nilai Z pada kekuatan uji (power) $1-\beta$

$Z_{1-\beta}$ = 0,84 untuk kekuatan uji 80%

P_2 = Proporsi pada kelompok 2 (kelompok standar) berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yaitu 34,9% (Penelitian Sardiyono mengenai kepatuhan petugas terhadap standar operasional prosedur layanan penderita malaria di Puskesmas di Kab. Bangka tahun 2005 dan penelitian Nurhayati mengenai perilaku kepatuhan petugas kesehatan dalam pencegahan infeksi nosokomial luka operasi di Bagian Bedah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 1997)

P_1 = Proporsi pada kelompok 1 (kelompok uji)

$(1-P_2) = Q_2$; $(1-P_2) = Q_1$; $(1-P) = Q$

$P - P_2$ = Selisih proporsi yang dianggap bermakna = 0,2

$$P = (P_1 + P_2)/2 ; Q = 1 - P$$

Sehingga setelah diolah dengan *sample size determination in health studies* didapatkan besar sampel adalah 76 orang dibulatkan menjadi 80 orang.

Setelah diketahui jumlah sampel yang harus diambil kemudian ditentukan cara penarikan sampel. Pada penelitian ini penarikan sampel dilakukan secara acak distratifikasi (*Stratified random sampling*) karena jumlah perawat dari setiap ruangan berbeda (ada yang banyak dan ada yang sedikit). Sampel diambil secara proporsional menurut besarnya unit yang ada dari masing-masing ruangan (Sabri, Hastono, 2006). Dengan demikian semua ruangan dapat terwakili. Setelah itu untuk menentukan mana yang menjadi sampel, diambil secara acak.

Berdasarkan hal tersebut maka sampel untuk masing-masing ruangan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1
Jumlah Sampel untuk Masing-masing Ruangan

Ruang Wijaya Kusuma n = 8 org	Ruang Anggrek n = 12 org	Ruang Teratai n = 8 org	Ruang Dahlia n = 14 org
Ruang Mawar n = 5 org	Ruang Melati n = 18 org	Ruang Bougenville n = 7 org	Ruang Nusa Indah n = 8 org
n total		80 orang	

5.4 Pengumpulan Data

5.4.1 Alat Pengumpul Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yang diambil secara langsung dari responden. Adapun cara pengambilan data dilakukan dengan menggunakan:

- a. Kuesioner, untuk mendapatkan data karakteristik responden, variabel pendidikan, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana , ketersediaan pedoman pengendalian INOK, lama kerja perawat, supervisi, pelatihan dan sanksi. Kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengacu kepada pedoman pengendalian INOK yang disusun oleh PPIN RSUD Kota Bekasi dan buku manual pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit dari Djoyosugito. Kuesioner ini berupa wawancara dengan pertanyaan tertutup. Kuesioner dibagi 3 bagian yaitu:

Kuesioner A, tentang karakteristik perawat berbentuk isian data responden. Kuesioner B, tentang pengetahuan perawat mengenai INOK dengan bentuk soal pilihan ganda. Terdiri dari 20 pertanyaan, setiap soal pilihan ganda disiapkan dengan lima option jawaban (a,b,c,d,e). Jawaban benar diberi skor 1 (satu) dan jawaban salah diberi skor 0 (nol), sehingga skor total 0- 20. Jumlah skor dikonversikan ke nilai 100.

Kuesioner C terdiri dari :

- C1 Kuesioner tentang sikap perawat terhadap INOK berupa daftar pertanyaan dengan jawaban skala likert 1 sampai dengan 5. Pemberian skor yaitu : sangat setuju = 5, setuju = 4, Ragu-ragu = 3, tidak setuju = 2 dan sangat tidak setuju = 1. Jumlah pertanyaan 11 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 55 dan skor terendah adalah 11.
- C2 Kuesioner tentang pelatihan. Pengukuran pelatihan dilakukan berdasarkan jawaban atas pertanyaan berapa kali responden mengikuti.
- C3 Kuesioner tentang ketersediaan sarana berupa daftar pertanyaan dengan jawaban skala likert 1-4, pemberian skor yaitu tidak memadai = 1, kurang memadai = 2, cukup memadai = 3 atau memadai = 4. Jumlah pertanyaan 8 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 32 dan skor terendah adalah 8.
- C4 Kuesioner tentang ketersediaan pedoman INOK berupa daftar pertanyaan dengan jawaban skala likert 1-4, pemberian skor yaitu tidak memadai = 1, kurang memadai = 2, cukup memadai = 3 atau memadai = 4. Jumlah pertanyaan 3 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 12 dan skor terendah adalah 3.
- C5 Kuesioner tentang supervisi berupa daftar pertanyaan dengan jawaban skala likert 1-4, pemberian skor yaitu tidak pernah = 1, kadang-kadang = 2, sering = 3, selalu = 4. Jumlah pertanyaan 4 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 16 dan skor terendah adalah 4.

- C6 Kuesioner tentang sanksi berupa daftar pertanyaan dengan jawaban skala likert 1-5, pemberian skor yaitu sangat setuju = 5, setuju = 4, ragu-ragu = 3, tidak setuju = 2 dan sangat tidak setuju = 1

Jumlah pertanyaan 5 sehingga jumlah skor tertinggi dari jawaban adalah 25 dan skor terendah adalah 5

- b. Pedoman pengamatan yaitu daftar tilik yang merupakan alat pengamatan yang disusun oleh peneliti sendiri berdasarkan kriteria tertentu yang harus dipatuhi oleh perawat dalam pencegahan INOK . Sebagai acuan yang digunakan dalam menyusun daftar tilik adalah Pedoman Pengendalian INOK RSUD Kota Bekasi yang sudah ditetapkan oleh PPIN RSUD Kota Bekasi. Format observasi meliputi : kebersihan perorangan, melepas perhiasan sebelum cuci tangan, cuci tangan sebelum melakukan tindakan, menggunakan sarung tangan steril/bersih saat melakukan tindakan, sarung tangan diganti untuk setiap pasien, menggunakan masker saat melakukan tindakan yang memungkinkan adanya cipratan cairan tubuh atau merawat pasien yang terinfeksi dengan penyakit yang ditularkan oleh udara, tidak menggantungkan masker dileher setelah melakukan tindakan, menggunakan alat steril dan mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan, alat steril diganti untuk setiap pasien, melakukan teknik septik aseptik, membuang jarum atau bahan habis pakai pada tempat sampah sesuai jenisnya, tidak melakukan recapping, mencuci tangan setelah melakukan tindakan. Lembar observasi untuk mengukur kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial terdiri dari 16 item dengan daftar tilik ya dan tidak .

5.4.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini dengan cara :

- a. Pengamatan/observasi tindakan secara langsung

Dalam penelitian ini pengukuran perilaku dilakukan dengan metode pengamatan langsung yaitu mengamati responden bagaimana melakukan praktek/tindakan secara langsung dalam upaya pencegahan INOK sesuai ceklist yang tertuang dalam pedoman observasi. Setiap perawat diamati sebanyak 3 kali.

b. Wawancara

Wawancara dilakukan terhadap semua responden secara tidak langsung karena responden mengisi sendiri kuesioner tetapi ditunggu pewawancara. Untuk menghindari terjadinya bias pada saat observasi, maka wawancara dilakukan setelah responden selesai diobservasi.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data adalah sebagai berikut :

- Presentasi penjelasan penelitian dan tujuan penelitian kepada Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Seksi Etika dan Mutu Keperawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruangan dari 8 ruang rawat inap
- Penjelasan penelitian dan meminta persetujuan kepada responden
- Pengamatan dilakukan sebelum wawancara. Pengamatan dilakukan saat dinas pagi, dinas sore dan malam tergantung kapan responden melakukan tindakan tersebut.
- Membagikan kuesioner kepada responden.
- Mengumpulkan kuesioner yang telah diisi untuk kemudian dianalisis.

c. Pengumpul data

Pengumpul data dalam penelitian ini untuk observasi selain peneliti sendiri dibantu oleh Kepala Ruangan dan Wakil kepala ruangan yang tidak terambil sebagai sampel, yang sebelumnya diberikan penjelasan.

d. Waktu pengumpulan data

Pengamatan atau observasi tindakan secara langsung dilakukan mulai tanggal 25 Februari 2009 sampai dengan 7 April 2009. Sedangkan wawancara dengan kuesioner dimulai pada tanggal 25 Maret 2009 sampai dengan 7 April 2009.

5.5 Validitas Internal

Mengingat kuesioner yang akan dipergunakan sebagai alat wawancara dibuat sendiri oleh peneliti maka terhadap kuesioner tersebut dilakukan ujicoba kuesioner untuk melihat validitasnya (sejauh mana pertanyaan-pertanyaan yang terdapat di dalam lembar kuesioner mampu mengukur variabel-variabel yang diteliti) dan melihat reliabilitasnya (sejauh mana pertanyaan tersebut memberi hasil yang konsisten). Jumlah responden untuk uji kuesioner adalah 30 orang. Uji

kuesioner dilakukan di RSUD Kota Bekasi pada perawat yang bukan sampel penelitian.

Pada penelitian ini uji validitas instrumen pengumpulan data (kuesioner) untuk variabel pengetahuan menggunakan software *Itemqual* ver 0.9.2 untuk melihat apakah item cukup baik untuk digunakan pada alat uji. Indeks yang dihitung adalah *Item Difficulty Index*, *Item Reliability* dan *Item Validity*. Nilai item difficulty index 0-1, dengan nilai mendekati 1 berarti item semakin mudah. Alat uji yang baik memiliki item difficulty index berkisar 0,3 - 0,8. Item Reliability Index = Internal Consistency diukur dengan Cronbach α , bila r alpha $>$ r tabel maka pertanyaan tersebut reliabel (nilai r tabel adalah 0,5). Item validity mengukur kemampuan item untuk mengukur hal yang ingin diukur. Validitas diukur dengan *point biserial correlation*, item dengan nilai positif menunjukkan item valid dan nilai negatif menunjukkan item tidak valid.

Untuk variabel sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman INOK, supervisi dan sanksi, uji validitas dan reliabilitas menggunakan software SPSS versi 13.0. Menurut Hastono (2007) suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Dan teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*.

Mengukur reliabilitas caranya dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel dimana yang dimaksud r hasil disini adalah nilai alpha. Ketentuannya : bila r alpha $>$ r tabel maka pertanyaan tersebut reliabel (nilai r tabel adalah 0,5). Selanjutnya untuk melihat apakah data dari masing-masing variabel berdistribusi normal atau tidak dilakukan uji normalitas dengan menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov.

5.6 Pengolahan dan Analisis Data

5.6.1 Pengolahan data

Data yang sudah terkumpul dari hasil pengamatan dan wawancara dengan responden, selanjutnya akan diolah secara manual dan dengan bantuan komputer, dengan tahapan sebagai berikut:

1. Editing : merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuesioner, apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah :

- lengkap : semua pertanyaan sudah terisi jawabannya
 - jelas : jawaban pertanyaan apakah tulisannya cukup jelas terbaca
 - relevan : jawaban yang tertulis apakah relevan dengan pertanyaan
 - Konsisten apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan isi jawabannya konsisten
2. Koding : merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Hal ini dilakukan untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat entry data.
3. Processing : setelah semua isian kuesioner terisi penuh dengan benar dan juga sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data ini dilakukan dengan cara mengentry data dari kuesioner ke dalam paket program komputer.
4. Cleaning : sebelum data diolah dengan menggunakan komputer, dilakukan cleaning data yang bertujuan untuk melihat apakah data yang sudah dientry tersebut ada atau tidak ada kesalahan. Cara melakukan cleaning data sebagai berikut :
- Mengetahui ada tidaknya missing data dengan melakukan list dari variabel dalam penelitian
 - Mengetahui variasi data yang bertujuan apakah ada terjadi kesalahan entry data
 - Mengetahui konsistensi data dengan cara mendeteksi adanya ketidak konsistensi data dengan menghubungkan dua variabel.

5.6.2 Analisis Data

Analisis data merupakan tahap penting dalam suatu penelitian karena dengan dilakukan analisis maka data dapat memiliki makna untuk memecahkan masalah penelitian. Pada tahap analisis data, peneliti menggunakan SPSS 13.0 Adapun analisis data pada penelitian ini meliputi (Hastono, 2007) :

1. Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menjelaskan karakteristik responden dan variabel yang diteliti. Analisis univariat ini dilakukan secara deskriptif dengan menggunakan distribusi frekuensi. Bentuk penyajian data berupa tabel.

2. Analisis Bivariat

Untuk analisis hubungan yang berbentuk data katagorik dengan katagorik, uji yang tepat digunakan adalah uji beda proporsi yaitu uji Chi-square. Hasil uji Chi-square digunakan untuk menentukan ada tidaknya hubungan tetapi tidak dapat menjelaskan derajat hubungan atau mengetahui kelompok mana yang memiliki risiko yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok lain sehingga untuk mengetahuinya perlu juga di ukur odds ratio (pada desain *cross sectional*). Data diproses dengan menggunakan program komputer.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui besar dan eratnya hubungan antara variabel dependen dan independen. Untuk variabel dependen katagorik dan variabel independen katagorik maka jenis uji yang digunakan adalah regresi logistik karena analisis regresi logistik digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen katagorik yang bersifat dikotom/binary (Sabri, Hastono, 2006). Variabel yang ikut serta dalam model multivariat merupakan variabel yang uji bivariatnya memiliki nilai $p < 0,25$.

BAB 6 HASIL PENELITIAN

6.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Ujicoba kuesioner dilakukan mulai tanggal 1 Maret 2009 sampai dengan 8 Maret 2009 di RSUD Kota Bekasi dengan jumlah responden 30 orang perawat yang tidak masuk dalam responden penelitian dengan pertimbangan memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yang akan diteliti.

Variabel pengetahuan menggunakan software *Itemqual* ver 0.9.2 sedangkan untuk variabel lainnya menggunakan SPSS ver 13.0. Indeks yang dihitung maupun cara pengukuran sudah dijelaskan pada Bah 5. Hasil uji validitas maupun reliabilitas dapat dilihat pada tabel-tabel berikut ini :

Tabel 6.1
Hasil Uji Reliabilitas Variabel Pengetahuan, Sikap, Ketersediaan Sarana, Ketersediaan Pedoman Pengendalian INOK , Supervisi, Pelatihan dan Sanksi

Variabel	No. Pernyataan	Cronbach's Alpha
Pengetahuan	P1-P25	0,716
Sikap	P26-P39	0,824
Ketersediaan Sarana	P41-P48	0,767
Ketersediaan Pedoman/SOP INOK	P49-P51	0,849
Supervisi	P52-P56	0,725
Sanksi	P57-P61	0,940

$r_{table} = 0,5$

Pada tabel 6.1 menunjukkan bahwa semua pernyataan pada variabel penelitian adalah reliabel karena nilai r hitung lebih besar dari r tabel. Uji reliabel ini untuk melihat reliabilitas internal konsistensi maksudnya masing-masing pertanyaan diukur konsistensinya apakah betul pertanyaan tersebut mengukur satu hal yang sama.

Tabel 6.2
Hasil Uji Validitas Variabel Pengetahuan

No	Item Pernyataan Variabel Pengetahuan	Difficulty Index (Diff)	Point biserial Correlation (Pbis)	Item Pernyataan Variabel Pengetahuan yang diambil
1	P1	0,53	0,04	P1
2	P2	0,80	0,43	P2
3	P3	0,80	0,13	P3
4	P4	0,27	0,28	P4
5	P5	0,83	0,44	P5
6	P6	0,73	0,18	P6
7	P7	0,97	0,18	
8	P8	0,27	0,11	
9	P9	0,10	0,49	P9
10	P10	0,80	0,20	P10
11	P11	0,40	0,20	P11
12	P12	0,87	0,20	P12
13	P13	0,53	0,19	P13
14	P14	0,50	0,16	P14
15	P15	0,20	-0,19	
16	P16	0,20	0,49	P16
17	P17	0,87	0,26	P17
18	P18	0,40	0,38	P18
19	P19	0,43	0,60	P19
20	P20	0,83	-0,00	
21	P21	0,37	0,65	P21
22	P22	0,53	0,40	P22
23	P23	0,93	0,15	P23
24	P24	0,33	-0,07	
25	P25	0,90	0,30	P25

Keterangan :

Valid jika Pbis positif, Tidak valid jika Pbis negatif

Nilai item difficulty index 0-1, dengan nilai mendekati 1 berarti item semakin mudah. Alat uji yang baik memiliki item difficulty index berkisar 0,3 - 0,8.

Pada tabel 6.2 menunjukkan bahwa pada variabel pengetahuan ada pernyataan yang tidak valid sebanyak 3 pernyataan yaitu P15, P20 dan P24 sehingga tidak diambil untuk kuesioner penelitian. Selain itu ada pernyataan yang tingkat kesulitannya cukup tinggi ($< 0,3$) maupun yang tingkat kesulitannya rendah ($> 0,8$). Meskipun demikian peneliti tetap mengambil beberapa pernyataan

yang tingkat kesulitannya tinggi maupun tingkat kesulitannya rendah dengan pertimbangan bahwa substansi dari pertanyaan penting untuk diketahui perawat dalam upaya pencegahan INOK, sehingga jumlah item pernyataan variabel pengetahuan yang dimasukkan pada kuesioner adalah 20 item.

Tabel 6.3
Hasil Uji Validitas Variabel Sikap

No	Pernyataan Variabel Sikap	Correction item-total correlation	Correction item-total correlation hasil uji ulang	Item yang diambil
1	P26	-0,178	0,460	P26
2	P27	0,403		P27
3	P28	0,178	0,368	P28
4	P29	0,639		P29
5	P30	0,625		P30
6	P31	0,415		P31
7	P32	0,439		P32
8	P33	0,320	0,534	P33
9	P34	0,611		P34
10	P35	-0,043	0,152	
11	P36	0,391		P36
12	P37	-0,240	0,478	P37
13	P38	0,098	0,192	
14	P39	-0,224	0,231	

Ket :

$n=30$ $df= n-2=28$ maka $r_{table} = 0,361$

Valid jika $r_{hitung} > r_{table}$

Pada tabel 6.3 menunjukkan bahwa pada variabel sikap ada beberapa pernyataan yang tidak valid, kemudian peneliti mengubah redaksional dari pernyataan, selanjutnya dilakukan uji ulang. Hasil uji ulang menunjukkan beberapa pernyataan menjadi valid, sehingga jumlah item pernyataan dari variabel sikap yang masuk dalam kuesioner penelitian adalah 11 item.

Tabel 6.4
Hasil Uji Validitas Variabel Sarana

No	Pernyataan Variabel Sarana	Correction item-total correlation	Correction item-total correlation hasil uji ulang	Item yang diambil
1	P41	0,510		P41
2	P42	0,731		P42
3	P43	0,716		P43
4	P44	0,518		P44
5	P45	0,559		P45
6	P46	0,730		P46
7	P47	0,309	0,512	P47
8	P48	0,016	0,512	P48

Ket :

$n=30$ $df= n-2=28$ maka r table = 0,361

Valid jika r hitung > r table

Pada tabel 6.4 menunjukkan bahwa pada variabel sarana ada beberapa pernyataan yang tidak valid, kemudian peneliti mengubah redaksional dari pernyataan, selanjutnya dilakukan uji ulang. Hasil uji ulang menunjukkan pernyataan menjadi valid, sehingga jumlah item pernyataan dari variabel sikap yang masuk dalam kuesioner penelitian adalah 8 item.

Tabel 6.5
Hasil Uji Validitas Variabel Ketersediaan Pedoman INOK

No	Pernyataan Variabel Ketersediaan Pedoman INOK	Correction item-total correlation	Item yang diambil
1	P49	0,753	P49
2	P50	0,697	P50
3	P51	0,758	P51

Ket :

$n=30$ $df= n-2=28$ maka r table = 0,361

Valid jika r hitung > r table

Pada tabel 6.5 menunjukkan bahwa pada variabel ketersediaan pedoman INOK semuanya valid, sehingga jumlah item pernyataan dari variabel ketersediaan pedoman INOK yang masuk dalam kuesioner penelitian adalah 3 item.

Tabel 6.6
Hasil Uji Validitas Variabel Supervisi

No	Pernyataan Variabel Supervisi	Correction item-total correlation	Item yang diambil
1	P52	0,657	P52
2	P53	0,542	P53
3	P54	0,574	P54
4	P55	0,237	
5	P56	0,521	P56

Ket :

$n=30$ $df= n-2=28$ maka r table = 0,361

Valid jika r hitung > r table

Pada tabel 6.6 menunjukkan bahwa pada variabel supervisi ada satu pernyataan yang tidak valid, sehingga jumlah item pernyataan dari variabel supervisi yang masuk dalam kuesioner penelitian adalah 4 item.

Tabel 6.7
Hasil Uji Validitas Variabel Sanksi

No	Pernyataan Variabel Sanksi	Correction item-total correlation	Item yang diambil
1	P57	0,888	P57
2	P58	0,810	P58
3	P59	0,844	P59
4	P60	0,809	P60
5	P61	0,849	P61

Ket :

$n=30$ $df= n-2=28$ maka r table = 0,361

Valid jika r hitung > r table

Pada tabel 6.7 menunjukkan bahwa pada variabel sanksi semuanya valid, sehingga jumlah item pernyataan dari variabel supervisi yang masuk dalam kuesioner penelitian adalah 5 item.

Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian maka dari 60 pernyataan kuesioner yang diuji, item pernyataan yang diambil untuk kuesioner penelitian adalah 51 item pernyataan. Secara rinci dapat dilihat pada lampiran.

Selanjutnya dilakukan uji normalitas untuk menentukan nilai *cut off point* jika data terdistribusi normal maka digunakan nilai rata-rata sebagai *cut off point*, namun jika data tidak terdistribusi normal maka digunakan median. Untuk menguji normalitas digunakan uji Kolmogorov-Smirnov dengan keputusan adalah jika nilai P-value > 0,05 maka data terdistribusi normal dan berlaku sebaliknya.

Tabel 6.8
Hasil Uji Normalitas Variabel Pengetahuan, Sikap,
Ketersediaan Sarana, Ketersediaan Pedoman Pengendalian INOK, Supervisi,
Pelatihan, Sanksi, Lama Kerja dan Kepatuhan

Variabel	P-value
Pengetahuan	0,555
Sikap	0,190
Ketersediaan Sarana	0,218
Ketersediaan Pedoman/SOP INOK	0,143
Supervisi	0,172
Sanksi	0,001
Lama Kerja	0,242
Kepatuhan	0,236

P-value > 0,05 maka data terdistribusi normal

P-value < 0,05 maka data tidak terdistribusi normal

Pada tabel 6.8 menunjukkan bahwa hampir semua variabel data berdistribusi normal kecuali variabel sanksi. Sehingga *cut off point* yang digunakan untuk semua variabel adalah mean, kecuali variabel sanksi menggunakan *cut off point* median.

6.2 Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat dimaksudkan untuk memberikan gambaran atau penjelasan setiap variabel independen dan variabel dependen, adapun hasil analisis univariat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

6.2.1 Karakteristik Responden

Jumlah responden yang diobservasi dan diwawancara dalam penelitian ini adalah 80 orang. Data distribusi karakteristik responden bisa dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6.9
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Perawat Ruang Rawat Inap
RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

No	Karakteristik	Distribusi		Mean	Median	SD	Min	Max
		F	%					
1	Umur			32,69	30	7,3	23	56
	Tua > median	39	48,8					
	Muda ≤ median	41	51,3					
2	Jenis Kelamin							
	Laki-laki	13	16,2					
	Perempuan	67	83,8					
3	Kepatuhan			79,5	80,5	8,7	50	95,8
	Patuh > mean	42	52,5					
	Tidak Patuh ≤ mean	38	47,5					
4	Pendidikan							
	Tinggi = DIII, S1, S2	67	83,8					
	Rendah = D1, SPK/SPR	13	16,2					
5	Pengetahuan			62,7	60	13,9	30	95
	Baik > mean	39	48,8					
	Kurang ≤ mean	41	51,2					
6	Sikap			49	49	3,8	40	55
	Baik > mean	38	47,5					
	Kurang ≤ mean	42	52,5					
7	Ketersediaan Sarana			25,5	26	4,2	15	32
	Memadai > mean	41	51,2					
	Kurang ≤ mean	39	48,8					
8	Ketersediaan Pedoman			8,6	9	2,1	3	12
	Pengendalian Inok							
	Memadai > mean	44	55					
	Kurang ≤ mean	36	45					
9	Lama kerja			99,2	84	78,4	5	420
	Lama > mean	34	42,5					
	Baru ≤ mean	46	57,5					
10	Supervisi			10,7	10	2,9	4	16
	Baik > mean	38	47,5					
	Kurang ≤ mean	42	52,5					
11	Sanksi			20,1	20	2,4	9	25
	Baik > median	23	28,8					
	Kurang ≤ median	57	71,2					
12	Pelatihan							
	a. ≥ 1 = Pernah	24	30					
	b. 0 = Tidak pernah	56	70					

6.2.2 Perilaku Kepatuhan Perawat

Dari tabel 6.9 di atas terlihat bahwa pengkategorian untuk masing-masing variabel menggunakan *cut off point* yang berbeda yaitu mean atau median tergantung dari hasil uji normalitas dimana jika data terdistribusi normal *cut off point* menggunakan mean dan jika data tidak terdistribusi normal *cut off point* menggunakan median.

Hasil penelitian menunjukkan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK yang terendah 50% dan tertinggi 95,8%. Pengkategorian kepatuhan menggunakan mean dengan nilai mean 79,5%. Proporsi perawat yang patuh yakni skor $>$ mean sebesar 52,5% dan yang tidak patuh yakni skor \leq mean sebesar 47,5%.

Penilaian tingkat kepatuhan perawat berdasarkan hasil kesesuaian kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK untuk setiap tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan daftar tilik yang mengacu pada pencegahan INOK (*standard precaution*) yang tertuang dalam pedoman pengendalian INOK PPIN RSUD Kota Bekasi dan buku manual pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit dari Djoyosugito. Masing-masing perawat diobservasi 3 kali sehingga jumlah tindakan yang dilakukan oleh 80 perawat sebagai responden adalah 240 kali yang terdiri dari memasang infus 91, mengambil darah vena 33, suntik intra vena 46, menolong persalinan 5, mengganti balutan 38, memasang kateter 20 dan memasang nasogastro tube (NGT) 7.

Seperti yang telah disebutkan di atas bahwa dari semua tindakan tersebut yang diamati adalah bagaimana upaya pencegahan INOK yang dilakukan oleh perawat, dengan daftar tilik yang terdiri dari 16 item untuk tindakan memasang infus, mengambil darah vena, & suntik intra vena. Dan 15 item untuk menolong persalinan, mengganti balutan, memasang kateter dan memasang NGT. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6.10
Distribusi Responden Menurut Item-Item Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam
Upaya Pencegahan INOK di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

No	Pernyataan	Dilakukan		Tidak dilakukan		Jumlah	
		f	%	f	%	f	%
1	Menjaga kebersihan perorangan saat bekerja : kuku bersih dan dipotong pendek	240	100	0	0	240	100
2	Menjaga kebersihan perorangan saat bekerja : rambut pendek / rambut panjang diikat/bagi yang menggunakan jilbab diusahakan rapi	231	96,25	9	3,75	240	100
3	Melepaskan perhiasan seperti cincin, gelang dan jam tangan sebelum cuci tangan	81	35,06	150	64,94	231	100
4	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dengan air mengalir dan sabun atau antiseptik selama 10-15 detik	137	57,08	103	42,92	240	100
5	Mengeringkan tangan dengan lap sekali pakai setelah cuci tangan	187	77,92	53	22,08	240	100
6	Menggunakan masker saat melakukan tindakan yang memungkinkan adanya cipratan cairan tubuh atau saat melakukan tindakan pada pasien dengan diagnosa penyakit yang ditularkan lewat udara	166	69,17	74	30,83	240	100
7	Menggunakan sarung tangan steril/bersih saat melakukan tindakan	178	74,17	62	25,83	240	100
8	Sarung tangan diganti untuk setiap pasien	179	74,58	61	25,42	240	100
9	Tidak menggantungkan masker dileher setelah melakukan tindakan	112	67,47	54	32,53	166	100
10	Menggunakan alat steril	227	94,58	13	5,42	240	100
11	Alat steril diganti untuk setiap pasien	225	93,75	15	6,25	240	100
12	Melakukan teknik septic aseptik	224	93,33	16	6,67	240	100
13	Mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan yang memerlukan prinsip steril	224	93,33	16	6,67	240	100
14	Membuang jarum bekas pakai atau bahan habis pakai pada tempat sampah sesuai jenisnya	200	83,33	40	16,67	240	100
15	Tidak melakukan recapping	142	83,53	28	16,47	170	100
16	Mencuci tangan sesudah melakukan tindakan dengan air mengalir dan sabun atau antiseptik selama 10-15 detik	215	89,58	25	10,42	240	100

Dari tabel diatas diketahui masih ada beberapa item upaya pencegahan INOK yang kurang dipatuhi oleh perawat yaitu item melepaskan perhiasan seperti cincin, gelang dan jam tangan sebelum cuci tangan (64,94%), item mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dengan air mengalir dan sabun atau antiseptik selama 10-15 detik (42,92%), item menggunakan masker saat melakukan tindakan yang memungkinkan adanya cipratan cairan tubuh atau saat melakukan tindakan pada pasien dengan diagnosa penyakit yang ditularkan lewat udara (30,83%), item tidak menggantungkan masker dileher setelah melakukan tindakan(32,53%), item menggunakan sarung tangan steril/bersih saat melakukan tindakan (25,83%), item

mengeringkan tangan dengan lap steril sekali pakai setelah cuci tangan (22,08%), item sarung tangan diganti untuk setiap pasien (25,42%), item membuang jarum bekas pakai atau bahan habis pakai pada tempat sampah sesuai jenisnya (16,67), item tidak melakukan recapping (16,47) dan masih adanya perawat yang tidak mencuci tangan sesudah melakukan tindakan dengan air mengalir dan sabun atau antiseptik selama 10-15 detik (10,42%).

6.2.3 Faktor Predisposisi

6.2.3.1 Pendidikan Responden

Tingkat pendidikan responden (perawat) bervariasi mulai dari SPR/SPK, D1 Kebidanan dan DIII Keperawatan/DIII Kebidanan. Sedangkan perawat dengan pendidikan S1 Keperawatan dan S2 Keperawatan tidak ada. Pada penelitian ini tingkat pendidikan dikelompokkan berdasarkan strata pendidikan. Perawat yang memiliki tingkat pendidikan tinggi adalah mulai dari DIII dengan alasan bahwa saat ini perawat dengan pendidikan DIII masih dianggap sebagai perawat profesional. Adapun distribusi perawat menurut tingkat pendidikan adalah sebagian besar perawat (83,8%) berpendidikan tinggi dan sebagian kecil (16,3%) berpendidikan rendah.

6.2.3.2 Pengetahuan Responden Tentang Infeksi Nosokomial

Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan perawat tentang pencegahan INOK yang terendah adalah 30% dan tertinggi 95%. Pengkategorian pengetahuan perawat menggunakan mean dengan nilai mean 62,7 %. Proporsi perawat yang memiliki pengetahuan baik yakni skor $>$ mean sebesar 48,8% sedangkan pengetahuan kurang yakni skor \leq mean yaitu 51,2%.

Pada tabel 6.11 diketahui adanya beberapa item yang paling tidak diketahui oleh perawat dimana lebih dari setengahnya perawat tidak mengetahui mengenai cara teknik aseptik area yang akan ditusuk pada prosedur pemasangan infus (81,25%), fungsi hibiscrub (Chlorhexidine) (71,25%), hal yang harus dilakukan perawat ruangan bila ada pasien yang mempunyai tanda-tanda infeksi seperti tercantum dalam kriteria diagnostik INOK (68,75%), pencegahan INOK dalam pengelolaan linen di ruangan rawat inap (58,75%), petugas yang terlibat dalam

pengumpulan data surveilans INOK di ruangan (52,50%). Kemudian kurang dari setengahnya dari perawat tidak mengetahui tiga faktor utama yang dianggap determinan epidemiologi infeksi nosokomial (48,75%), flora normal yang terdapat pada kulit (47,50%), kriteria infeksi nosokomial (38,75%), dan jenis-jenis infeksi nosokomial (38,75%). Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6.11
Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Perawat Tentang INOK
di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

No	Pernyataan	Jawaban Benar		Jawaban Salah		Jumlah	
		f	%	f	%	f	%
P1	Beberapa kriteria infeksi nosokomial	49	61.25	31	38.75	80	100
P2	Tiga faktor utama yang dianggap determinan epidemiologi infeksi nosokomial	41	51.25	39	48.75	80	100
P3	Sumber infeksi nosokomial	62	77.50	18	22.50	80	100
P4	Penggunaan sarung tangan yang tepat	68	85	12	15	80	100
P5	Jenis-jenis infeksi nosokomial	49	61.25	31	38.75	80	100
P6	Gejala/Keluhan infeksi saluran kemih	61	76.25	19	23.75	80	100
P7	Tanda phlebitis	69	86.25	11	13.75	80	100
P8	Upaya pencegahan infeksi nosokomial	55	68.75	25	31.25	80	100
P9	Fungsi hibiscrub (Chlorhexidine)	23	28.75	57	71.25	80	100
P10	Chlorine yang biasa digunakan di RSUD Kota Bekasi, merupakan desinfeksi tingkat menengah karena	49	61.25	31	38.75	80	100
P11	Flora normal yang terdapat pada kulit	42	52.50	38	47.50	80	100
P12	Angka INOK dapat digunakan untuk menilai	49	61.25	31	38.75	80	100
P13	Pada prosedur pemasangan infus, teknik aseptik area yang akan ditusuk dilakukan dengan cara	15	18.75	65	81.25	80	100
P14	Manfaat pengendalian INOK	74	92.50	6	7.50	80	100
P15	Petugas yang terlibat dalam pengumpulan data surveilans INOK di ruangan	38	47.50	42	52.50	80	100
P16	Bila ada pasien yang mempunyai tanda-tanda infeksi seperti tercantum dalam kriteria diagnostik INOK maka perawat ruangan harus	25	31.25	55	68.75	80	100
P17	Pencegahan INOK dalam pengelolaan linen di ruangan rawat inap	33	41.25	47	58.75	80	100
P18	hal-hal yang harus dilakukan dalam pengelolaan sampah yang benar	52	65	28	35	80	100
P19	Tindakan kebersihan perorangan dalam upaya pencegahan INOK	75	93.75	5	6.25	80	100
P20	Teknik memakai masker yang benar	74	92.50	6	7.50	80	100

6.2.3.3 Sikap Responden Terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial

Hasil penelitian menunjukkan sikap perawat terhadap pencegahan INOK yang terendah adalah 40 dan tertinggi 55. Pengkategorian sikap perawat terhadap pelaksanaan pencegahan INOK menggunakan mean dengan nilai mean 49. Proporsi perawat dengan sikap baik (skore > mean) ternyata lebih kecil yaitu 47,5% dibandingkan dengan sikap kurang baik (skore \leq mean) yaitu sebesar 52,5%.

Untuk sikap perawat terhadap masing-masing item pencegahan INOK, secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.12
Distribusi Responden Menurut Sikap Perawat Terhadap Pencegahan INOK di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

No	Pernyataan	STS		TS		RR		S		SS		Jumlah	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
P21	Pencegahan INOK sangat penting dilakukan agar lama rawat pasien di rumah sakit tidak panjang	1	1,3	0	0	1	1,3	25	31,3	53	66,3	80	100
P22	Sebelum dan sesudah melakukan tindakan, cuci tangan sampai keadaan bersih mutlak dilakukan	1	1,3	0	0	0	0	21	26,2	58	72,5	80	100
P23	Cuci tangan yang benar harus dengan air mengalir, menggunakan sabun atau menggunakan cairan antiseptik dan dilakukan selama minimal 10-15 detik	2	2,5	1	1,3	0	0	37	46,3	40	50	80	100
P24	Mencuci tangan perlu dilakukan meskipun pada saat tindakan keperawatan menggunakan sarung tangan yang steril	1	1,3	3	3,8	0	0	30	37,5	46	57,5	80	100
P25	Apabila ada rekan kerja yang tidak menerapkan prinsip aseptik dalam tindakan keperawatan perlu kita tegur	0	0	0	0	1	1,3	48	60	31	38,8	80	100

Lanjutan distribusi responden menurut sikap perawat terhadap pencegahan INOK

No	Pernyataan	STS		TS		RR		S		SS		Jumlah	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
P26	Pemakaian sarung tangan non steril dilakukan pada saat kemungkinan terjadi kontak dengan darah atau cairan tubuh	1	1,3	2	2,5	3	3,8	45	56,3	29	36,3	80	100
P27	Tindakan intra vena menggunakan alat steril	1	1,3	1	1,3	3	3,8	28	35	47	58,8	80	100
P28	Alat steril yang digunakan pada saat merawat luka, harus diganti untuk setiap pasien	1	1,3	0	0	1	1,3	35	43,8	43	53,8	80	100
P29	Pemasangan kateter harus dilakukan dengan teknik aseptik dan menggunakan peralatan steril	0	0	0	0	1	1,3	47	58,8	32	40	80	100
P30	Jarum bekas menyuntik intravena pada pasien tidak boleh digunakan kembali untuk memperbaiki infus yang macet baik pada pasien yang bersangkutan maupun pasien yang lain	2	2,5	1	1,3	3	3,8	31	38,8	43	53,8	80	100
P31	Pasien dan keluarganya perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan infeksi	0	0	0	0	0	0	43	53,8	37	46,3	80	100

Keterangan : STS = Sangat tidak setuju, TS = Tidak setuju, RR = Ragu-ragu, S= Setuju, SS = Sangat setuju

Pada tabel 6.12 diketahui bahwa sikap perawat terhadap pencegahan INOK terlihat tanggapan sangat setuju dan setuju mempunyai persentase cukup tinggi (sangat setuju berkisar antara 36.3% sampai 72.5% dan setuju berkisar antara 26.2% sampai 60%). Namun demikian pada item-item tertentu masih ada perawat yang bersikap kurang positif, seperti item jarum bekas menyuntik intravena pada pasien tidak boleh digunakan kembali untuk memperbaiki infus yang macet baik pada pasien yang bersangkutan maupun pasien yang lain ditanggapi dengan sangat tidak setuju, tidak setuju dan ragu-ragu berturut-turut sebesar (2,5 %, 1,3%, 3,8%), pemakaian sarung tangan non steril dilakukan pada saat kemungkinan terjadi kontak

dengan darah atau cairan tubuh ditanggapi dengan sangat tidak setuju, tidak setuju dan ragu-ragu berturut-turut sebesar (1,3 %, 2,5%, 3,8%), tindakan intra vena menggunakan alat steril ditanggapi dengan sangat tidak setuju, tidak setuju dan ragu-ragu berturut-turut sebesar (1,3 %, 1,3%, 3,8%), mencuci tangan perlu dilakukan meskipun pada saat tindakan keperawatan menggunakan sarung tangan yang steril ditanggapi dengan sangat tidak setuju dan tidak setuju berturut-turut sebesar (1,3 %, 3,8%), cuci tangan yang benar harus dengan air mengalir, menggunakan sabun atau menggunakan cairan antiseptik dan dilakukan selama minimal 10-15 detik ditanggapi dengan sangat tidak setuju dan tidak setuju berturut-turut sebesar (2,5%,1,3%) dan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, cuci tangan sampai keadaan bersih mutlak dilakukan ditanggapi dengan sangat tidak setuju 1,3%.

6.2.4 Faktor Pemungkin

6.2.4.1 Ketersediaan Sarana

Hasil penelitian menunjukkan ketersediaan sarana skore terendah adalah 15 dan tertinggi 32. Pengkategorian ketersediaan sarana menggunakan mean dengan nilai mean 25,5. Proporsi perawat yang menyatakan sarana memadai (skore > mean) lebih besar yaitu 51,2% dibandingkan yang berpendapat sarana kurang (skore ≤ mean) yaitu 48,8%.

Pada tabel 6.13 diketahui bahwa perawat yang menyatakan ketersediaan sarana di ruang rawat inap cukup memadai dan memadai jumlahnya lebih besar. Tanggapan cukup memadai berkisar antara 33,8% sampai 46,3% dan tanggapan memadai berkisar antara 25 % sampai 60%. Dari pendapat sarana memadai, item yang paling memadai adalah air mengalir untuk cuci tangan (60%). Namun demikian pada item-item tertentu masih ada perawat yang merasakan sarana tidak memadai, yang paling tidak memadai adalah tempat mencuci instrumen setelah melakukan tindakan (18,8%), hal ini diperkuat oleh pendapat kurang memadai sebesar (22,5%). Selain itu alat steril untuk tindakan perawatan, alat pelindung diri untuk melakukan tindakan keperawatan, bahan habis pakai untuk melakukan tindakan keperawatan dan kantong sampah sesuai jenisnya yaitu hitam untuk sampah non medis dan kuning untuk sampah medis, masih ada perawat yang

menyatakan kurang memadai berturut-turut sebesar 17,5%, 21,3% , 18,8% dan 12,5%. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.13
Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Sarana di Ruang Rawat Inap
RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

No	Pernyataan	TM		KM		CM		M		Jumlah	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
P33	Tersedianya air mengalir untuk cuci tangan	0	0	3	3,8	29	36,3	48	60	80	100
P34	Tersedianya sabun cuci tangan/antiseptik	0	0	8	10	31	38,8	41	51,3	80	100
P35	Tersedianya cairan desinfektan	0	0	11	13,8	35	43,8	34	42,5	80	100
P36	Tersedianya bahan habis pakai untuk melakukan tindakan keperawatan	1	1,3	15	18,8	37	46,3	27	33,8	80	100
P37	Tersedianya alat pelindung diri untuk melakukan tindakan keperawatan	4	5	17	21,3	31	38,8	28	35	80	100
P38	Tersedianya alat steril untuk tindakan perawatan	2	2,5	14	17,5	34	42,5	30	37,5	80	100
P39	Tersedianya tempat mencuci instrumen setelah melakukan tindakan	15	18,8	18	22,5	27	33,8	20	25	80	100
P40	Tersedianya kantong sampah sesuai jenisnya yaitu hitam untuk sampah non medis dan kuning untuk sampah medis)	1	1,3	10	12,5	32	40	37	46,3	80	100

Keterangan : TM = Tidak memadai, KM = Kurang memadai, CM = Cukup Memadai, M = Memadai

6.2.4.2 Ketersediaan Pedoman/SOP INOK

Hasil penelitian menunjukkan ketersediaan pedoman pengendalian INOK score terendah adalah 3 dan tertinggi 12. Pengkategorian ketersediaan pedoman pengendalian INOK dan penjelasan mengenai pedoman yang diberlakukan dalam upaya pencegahan INOK menggunakan mean dengan nilai mean 8,6. Proporsi perawat yang menyatakan pedoman memadai (skore > mean) lebih besar yaitu 55% dibandingkan yang berpendapat pedoman kurang (skore \leq mean) yaitu 45%.

Pada tabel 6.14 diketahui bahwa sebagian besar perawat menyatakan ketersediaan pedoman cukup memadai berkisar antara 38,8% sampai 45%.

Sedangkan item yang dirasakan paling kurang memadai adalah penjelasan yang diberikan tentang pedoman INOK/SOP pengendalian INOK (40%). Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.14
Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Pedoman/SOP INOK
di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

No	Pernyataan	TM		KM		CM		M		Jumlah	
		f	%	F	%	f	%	f	%	F	%
P41	Tersedianya pedoman kerja pengendalian INOK	2	2,5	23	28,8	32	40	23	28,8	80	100
P42	Tersedianya SOP pengendalian INOK	2	2,5	23	28,8	36	45	19	23,8	80	100
P43	Penjelasan yang diberikan tentang pedoman INOK/SOP pengendalian INOK	2	2,5	32	40	31	38,8	15	18,8	80	100

Keterangan : TM = Tidak memadai, KM = Kurang memadai, CM = Cukup Memadai, M = Memadai

6.2.4.3 Lama Kerja

Hasil penelitian menunjukkan lama kerja perawat yang terbaru adalah 5 bulan dan terlama 420 bulan. Pengkategorian lama kerja perawat di ruang rawat inap menggunakan mean dengan nilai mean 99,18 (8 tahun 3 bulan). Proporsi perawat yang sudah lama bekerja di ruang rawat inap (skore > mean) lebih sedikit yaitu 42,5% dibandingkan perawat yang baru bekerja (skore \leq mean) yaitu 57,5%.

6.2.5 Faktor Penguat

6.2.5.1 Supervisi

Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan kegiatan supervisi yang dilakukan oleh atasan skore terendah adalah 4 dan tertinggi 16. Pengkategorian pelaksanaan kegiatan supervisi yang dilakukan oleh atasan menggunakan mean dengan nilai mean 10,7. Proporsi perawat yang menyatakan supervisi baik (skore > mean) adalah lebih kecil yaitu 47,5% dibandingkan supervisi kurang (skore \leq mean) yaitu 52,5%.

Pada tabel 6.15 diketahui masih adanya tanggapan yang kurang baik terhadap pelaksanaan supervisi terhadap upaya pencegahan INOK dimana lebih dari setengahnya menyatakan kadang-kadang saja pimpinan/atasan melakukan supervisi saat saudara melaksanakan tindakan keperawatan (57%), kurang dari setengahnya menyatakan kadang-kadang pimpinan melakukan umpan balik terhadap hasil

temuannya (48%). Namun demikian yang menyatakan pada saat melakukan supervisi pimpinan sering dan selalu memberikan arahan/petunjuk untuk perbaikan terhadap tindakan keperawatan yang saudara lakukan jumlahnya cukup besar yaitu 35% dan 38,8%. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.15
Distribusi Responden Menurut Supervisi Terhadap Pelaksanaan Upaya Pencegahan INOK di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

No	Pernyataan	TP		KK		SRG		SLL		Jumlah	
		f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
P44	Pimpinan/atasan melakukan supervisi saat saudara melaksanakan tindakan keperawatan	4	5,1	45	57	20	25,3	10	12,7	80	100
P45	Pada saat melakukan supervisi pimpinan memberikan arahan/petunjuk untuk perbaikan terhadap tindakan keperawatan yang saudara lakukan	3	3,8	28	35	31	38,8	18	22,5	80	100
P46	Setelah supervisi pimpinan melakukan umpan balik terhadap hasil temuannya	4	5	39	48,8	23	28,8	14	17,5	80	100
P47	Supervisi memberikan manfaat pada pekerjaan yang saudara lakukan	6	7,5	24	30	25	31,3	25	31,3	80	100

Keterangan : TP = Tidak pernah, KK = Kadang-kadang, SRG=Serang, SLL=Selalu

6.2.5.2 Pelatihan

Pada penelitian ini yang dimaksud dengan variabel penelitian adalah responden yang pernah mengikuti pelatihan pengendalian INOK dalam 3 (tiga) tahun terakhir, adapun gambaran distribusi responden berdasarkan pelatihan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.16
Distribusi Responden Menurut Frekuensi Pelatihan Pengendalian INOK Yang Pernah Diikuti di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

No	Pernyataan	Pernah								Jumlah		Tidak Pernah		Jumlah	
		Pernah 1 kali		Pernah 2 kali		Pernah 3 Kali		Pernah Lebih dari 3 kali		f	%	f	%	f	%
		f	%	f	%	F	%	f	%						
P32	Berapa kali Saudara mengikuti pelatihan tentang pengendalian INOK?	22	91,7	2	8,3	0	0	0	0	24	30	56	70	80	100

Dari tabel 6.16 Terlihat bahwa perawat sebagai responden penelitian sebagian besar tidak pernah mengikuti pelatihan (70%) dan sebagian kecil sudah pernah mengikuti pelatihan (30%). Dari 30% perawat yang sudah pernah mengikuti pelatihan sebagian besar (91,7%) pernah mendapatkan pelatihan sebanyak 1 kali, sebagian kecil (8,3%) mendapatkan pelatihan sebanyak 2 kali sedangkan yang mendapatkan pelatihan lebih dari dua kali tidak ada.

6.2.5.3 Sanksi

Hasil penelitian menunjukkan sanksi yang diberlakukan dalam upaya pencegahan INOK skore terendah adalah 9 dan tertinggi 25. Pengkategorian sanksi yang diberlakukan dalam upaya pencegahan INOK menggunakan median dengan nilai median 20. Proporsi perawat yang menyatakan sanksi baik (skore > median) jauh lebih kecil yaitu 28,8% dibandingkan sanksi kurang (skore \leq median) yaitu 71,2%.

Pada tabel 6.17 diketahui bahwa sebagian besar perawat setuju adanya sanksi yang diberlakukan terhadap pelanggaran dalam pelaksanaan upaya pencegahan inok, persentase berkisar antara 68% sampai 75%. Akan tetapi masih ada perawat yang tidak setuju terhadap item perawat yang melanggar prinsip pencegahan INOK perlu diberi sanksi dari atasan (10%). Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.17
Distribusi Responden Menurut Sanksi Yang Diberlakukan Terhadap Pelanggaran
Dalam Pelaksanaan Upaya Pencegahan INOK
di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

No	Pernyataan	STS		TS		RR		S		SS		Jumlah	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
P48	Perawat yang melanggar prinsip pencegahan INOK perlu diberi sanksi dari atasan	0	0	8	10	7	8,8	55	68	10	12,5	80	100
P49	Sanksi harus ditegakkan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perawat atas tindakan yang sudah dilakukannya	0	0	4	5	4	5	57	71,3	15	18,8	80	100
P50	Pemberian sanksi sebaiknya dilakukan segera, tegas, wajar, berlaku sama diantara semua perawat dan atas dasar kesalahan yang dilakukan perawat tersebut	0	0	3	3,8	4	5	58	72,5	15	18,8	80	100
P51	Sanksi yang diberikan harus bertahap mulai dari yang ringan sampai dengan yang berat	0	0	1	1,3	6	7,5	56	70	17	21,3	80	100
P52	Saya menerima dengan lapang dada apabila atasan saya memberikan sanksi atas pelanggaran yang saya lakukan.	1	1,3	1	1,3	5	6,3	60	75	13	16,3	80	100

Keterangan : STS = Sangat tidak setuju, TS = Tidak setuju, RR = Ragu-ragu, S = Setuju, SS = Sangat setuju

6.3 Hasil Analisis Bivariat

Analisa bivariat bertujuan untuk melihat hubungan secara langsung antara *independent variable* dengan *dependent variable*. Analisa bivariat yang digunakan adalah dengan menggunakan uji chi-square. Hubungan antara dependent variable dan independent variable dikatakan signifikan jika nilai p-value < 0.05.

Hubungan antara variabel dependen dan independen dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.18
Distribusi Responden Menurut Hubungan Variabel Independen Dengan Variabel
Dependen Dalam Upaya Pencegahan INOK Di Ruang Rawat Inap RSUD Kota
Bekasi Tahun 2009

Variabel		Tingkat Kepatuhan						P Value	OR (95% CI)
		Patuh		Tidak Patuh		Jumlah			
		f	%	F	%	f	%		
Pendidikan	Tinggi	37	55,2	30	44,8	67	100	0,421	1,973 0,585 – 6,662
	Rendah	5	38,5	8	61,5	13	100		
	Jumlah	42	52,5	38	47,5	80	100		
Pengetahuan	Baik	27	69,2	12	30,8	39	100	0,007	3,900 1,538 – 9,892
	Kurang	15	36,6	26	63,4	41	100		
	Jumlah	42	52,5	38	47,5	80	100		
Sikap	Baik	20	52,6	18	47,4	38	100	1,000	1,010 0,420 – 2,432
	Kurang	22	52,4	20	47,6	42	100		
	Jumlah	42	52,5	38	47,5	80	100		
Ketersediaan Sarana	Memadai	29	70,7	12	29,3	41	100	0,002	4,833 1,876 – 12,454
	Kurang	13	33,3	26	66,7	39	100		
	Jumlah	42	52,5	38	47,5	80	100		
Ketersediaan Pedoman/ SOP INOK	Memadai	29	65,9	15	34,1	44	100	0,015	3,421 1,360 – 8,605
	Kurang	13	36,1	23	63,9	36	100		
	Jumlah	42	52,5	38	47,5	80	100		
Lama Kerja	Lama	14	41,2	20	58,8	34	100	0,129	0,450 0,182 – 1,111
	Baru	28	60,9	18	39,1	46	100		
	Jumlah	42	52,5	38	47,5	80	100		
Supervisi	Baik	25	65,8	13	34,2	38	100	0,041	2,828 1,138 – 7,028
	Kurang	17	40,5	25	59,5	42	100		
	Jumlah	42	52,5	38	47,5	80	100		
Sanksi	Baik	13	56,5	10	43,5	23	100	0,833	1,255 0,474 – 3,325
	Kurang	29	50,9	28	49,1	57	100		
	Jumlah	42	52,5	38	47,5	80	100		
Pelatihan	Pernah	14	58,3	10	41,7	24	100	0,660	1,400 0,533 – 3,678
	Tidak Pernah	28	50	28	50	56	100		
	Jumlah	42	52,5	38	47,5	80	100		

6.3.1 Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan

Gambaran hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan diperoleh bahwa 37 dari 67 (55,2%) perawat yang berpendidikan tinggi yang patuh sedangkan perawat yang berpendidikan rendah yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah sebesar 5 dari 13 (38,5%).

Hasil uji Chi-square memakai *continuity correction* dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat nilai p-value= 0,421 > 0,05 yang artinya bahwa secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan

perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio nilainya 1,973 yang artinya perawat dengan pendidikan tinggi cenderung 1,973 kali berlaku patuh dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Karena nilai confidence interval untuk odd rasio pendidikan antara 0,585 sd 6,662 (rentang mengandung nilai "1") maka kecenderungan ini tidak signifikan. Dengan demikian hipotesis minor yang menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan perawat ruang rawat inap, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, tidak terbukti pada penelitian ini.

6.3.2 Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan

Gambaran hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan diperoleh bahwa 27 dari 39 (69,2%) perawat yang mempunyai pengetahuan baik yang patuh sedangkan perawat yang mempunyai pengetahuan kurang baik yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah sebesar 15 dari 41 (36,6%).

Hasil uji Chi- square memakai *continuity correction* dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat nilai $p\text{-value} = 0,007 < 0,05$ yang artinya bahwa secara statistik ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio nilainya 3,900, yang artinya perawat dengan pengetahuan baik cenderung 3,900 kali berlaku patuh dibandingkan dengan yang berpengetahuan kurang. Karena nilai confidence interval untuk odd rasio pengetahuan antara 1,538 sd 9,892 (rentang nilai lebih besar dari "1") maka kecenderungan ini signifikan. Sehingga dengan melihat adanya kecenderungan kearah positif yang signifikan, maka hipotesis minor yang menyatakan semakin baik pengetahuan perawat ruang rawat inap tentang INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, terbukti pada penelitian ini.

6.3.3 Hubungan Sikap dengan Kepatuhan

Gambaran hubungan antara sikap dengan kepatuhan diperoleh bahwa 20 dari 38 (52,6%) perawat yang mempunyai sikap baik yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK sedangkan perawat yang mempunyai sikap kurang baik yang patuh adalah sebesar 22 dari 42 (52,4%).

Hasil uji Chi-square memakai *continuity correction* dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat nilai $p\text{-value} = 1,000 > 0,05$ yang artinya bahwa secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio nilainya 1,010 yang artinya perawat dengan sikap baik cenderung 1,010 kali berlaku patuh dibandingkan dengan yang sikap kurang baik. Karena nilai confidence interval untuk odd rasio sikap antara 0,420 sd 2,432 (rentang mengandung nilai "1") maka kecenderungan ini tidak signifikan. Dengan demikian hipotesis minor yang menyatakan semakin baik sikap perawat ruang rawat inap terhadap pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, tidak terbukti pada penelitian ini.

6.3.4 Hubungan Ketersediaan Sarana dengan Kepatuhan

Gambaran hubungan antara ketersediaan sarana dengan kepatuhan diperoleh bahwa 29 dari 41 (70,7%) perawat yang menyatakan sarana memadai yang patuh sedangkan perawat yang menyatakan sarana kurang yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah sebesar 13 dari 39 (33,3%).

Hasil uji Chi-square memakai *continuity correction* dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat nilai $p\text{-value} = 0,002 < 0,05$ yang artinya bahwa secara statistik ada hubungan signifikan antara ketersediaan sarana dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio nilainya 4,833, yang artinya jika ketersediaan sarana memadai maka kecenderungan untuk patuh sebesar 4,833 kali dibandingkan dengan ketersediaan sarana kurang. Karena nilai confidence interval untuk odd rasio ketersediaan sarana antara 1,876 sd 12,454 (rentang nilai lebih besar dari "1") maka kecenderungan ini signifikan. Sehingga dengan melihat adanya kecenderungan kearah positif yang signifikan, maka hipotesis minor yang menyatakan semakin memadai ketersediaan sarana untuk melaksanakan pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, terbukti pada penelitian ini.

6.3.5 Hubungan Ketersediaan Pedoman/SOP INOK dengan Kepatuhan

Gambaran hubungan antara ketersediaan pedoman/SOP INOK dengan kepatuhan diperoleh bahwa 29 dari 44 (65,9%) perawat yang menyatakan pedoman/SOP INOK memadai yang patuh sedangkan perawat yang menyatakan pedoman/SOP INOK kurang yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah sebesar 13 dari 36 (36,1%).

Hasil uji Chi-square memakai *continuity correction* dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat nilai $p\text{-value} = 0,015 < 0,05$ yang artinya bahwa secara statistik ada hubungan signifikan antara ketersediaan pedoman/SOP INOK dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio nilainya 3,421, yang artinya jika ketersediaan pedoman/SOP INOK memadai maka kecenderungan untuk patuh sebesar 3,421 kali dibandingkan dengan berketersediaan pedoman kurang. Karena nilai confidence interval untuk odd rasio ketersediaan pedoman antara 1,360 sd 8,605 (rentang nilai lebih besar dari "1") maka kecenderungan ini signifikan. Sehingga dengan melihat adanya kecenderungan kearah positif yang signifikan, maka hipotesis minor yang menyatakan semakin memadai pedoman untuk melaksanakan pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, terbukti pada penelitian ini.

6.3.6 Hubungan Lama Kerja dengan Kepatuhan

Gambaran hubungan antara lama kerja dengan kepatuhan diperoleh bahwa 14 dari 34 (41,2%) perawat yang memiliki masa kerja lama yang patuh sedangkan perawat yang memiliki masa kerja baru yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah sebesar 28 dari 46 (60,9%).

Hasil uji Chi-square memakai *continuity correction* dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat nilai $p\text{-value} = 0,129 > 0,05$ yang artinya bahwa secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara lama kerja dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio nilainya 0,450, yang artinya yang sudah bekerja lama cenderung tidak patuh 0,450 kali dari yang baru bekerja. Karena nilai confidence interval untuk odd rasio lama bekerja antara 0,182 sd 1,111 (rentang mengandung nilai "1") maka kecenderungan ini tidak

signifikan. Sehingga dengan melihat adanya kecenderungan kearah negatif, maka hipotesis minor yang menyatakan semakin lama masa kerja perawat ruang rawat inap, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, tidak terbukti pada penelitian ini.

6.3.7 Hubungan Supervisi dengan Kepatuhan

Gambaran hubungan antara supervisi dengan kepatuhan diperoleh bahwa 25 dari 38 (65,8%) perawat yang menyatakan supervisi baik yang patuh sedangkan perawat yang menyatakan supervisi kurang yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah sebesar 17 dari 42 (40,5%).

Hasil uji Chi-square memakai *continuity correction* dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat nilai $p\text{-value} = 0,041 < 0,05$ yang artinya bahwa secara statistik ada hubungan signifikan antara supervisi dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio nilainya 2,828 yang artinya jika supervisi baik maka kecenderungan untuk patuh sebesar 2,828 kali dibandingkan jika supervisi kurang. Karena nilai confidence interval untuk odd rasio supervisi antara 1,138 sd 7,028 (rentang nilainya lebih besar dari "1") maka kecenderungan ini signifikan. Sehingga dengan melihat adanya kecenderungan kearah positif yang signifikan, maka hipotesis minor yang menyatakan semakin baik supervisi terhadap perawat ruang rawat inap dalam melaksanakan pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, terbukti pada penelitian ini.

6.3.8 Hubungan Pelatihan dengan Kepatuhan

Gambaran hubungan antara pelatihan dengan kepatuhan diperoleh bahwa 14 dari 24 (58,3%) perawat yang pernah pelatihan yang patuh sedangkan perawat yang tidak pernah pelatihan yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah sebesar 28 dari 56 (50%).

Hasil uji Chi-square memakai *continuity correction* dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat nilai $p\text{-value} = 0,660 > 0,05$ yang artinya bahwa secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara pelatihan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio nilainya 1,400 yang

artinya yang pernah pelatihan cenderung 1,400 kali berlaku patuh dibandingkan dengan yang tidak pernah pelatihan. Karena nilai confidence interval untuk odd ratio pelatihan antara 0,533 sd 3,678 (rentang mengandung nilai "1") maka kecenderungan ini tidak signifikan. Sehingga dengan melihat adanya kecenderungan kearah positif yang tidak signifikan, maka hipotesis minor yang menyatakan semakin sering perawat ruang rawat inap mendapatkan pelatihan tentang pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, tidak terbukti pada penelitian ini.

6.3.9 Hubungan Sanksi dengan Kepatuhan

Gambaran hubungan antara sanksi dengan kepatuhan diperoleh bahwa 13 dari 23 (56,5%) perawat yang menyatakan sanksi baik yang patuh sedangkan perawat yang menyatakan sanksi kurang yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah sebesar 29 dari 57 (50,9%).

Hasil uji Chi-square memakai *continuity correction* dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat nilai p-value= 0,833 > 0,05 yang artinya bahwa secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara sanksi dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio nilainya 1,255 yang artinya jika sanksi baik maka kecenderungan untuk patuh 1,255 kali dibandingkan dengan sanksi kurang baik. Karena nilai confidence interval untuk odd ratio sanksi antara 0,474 sd 3,325 (rentang mengandung nilai "1") maka kecenderungan ini tidak signifikan. Sehingga dengan melihat adanya kecenderungan kearah positif yang tidak signifikan, maka hipotesis minor yang menyatakan semakin baik sanksi terhadap perawat ruang rawat inap jika melanggar prinsip pencegahan INOK, semakin baik perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi, tidak terbukti pada penelitian ini.

6.4. Hasil Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini adalah analisa regresi logistik. Pada penelitian ini ada 9 (sembilan) variabel yang diduga berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi, yaitu pendidikan, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan

pedoman/SOP INOK, lama kerja, supervisi, sanksi dan pelatihan. Untuk multivariat kesembilan variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan analisa bivariat dengan variabel kepatuhan. Variabel yang masuk menjadi model multivariat adalah yang memiliki nilai p value < 0,25.

Dari hasil analisis bivariat ternyata variabel yang memiliki nilai p value < 0,25 ada 5 variabel yaitu pengetahuan, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman/SOP INOK, lama kerja dan supervisi sedangkan variabel sikap, sanksi dan pelatihan memiliki nilai p value > 0,25. Dengan demikian variabel yang dapat masuk ke multivariat adalah pengetahuan, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman/SOP INOK, lama kerja dan supervisi. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.19
Hasil Analisis Bivariat Antara Variabel Independen Dan Variabel Dependen

No	Variabel	P Value	OR	CI
1	Pendidikan	0,421	1,973	0,585 – 6,662
2	Pengetahuan	0,007	3,900	1,538 – 9,892
3	Sikap	1,000	1,010	0,420 – 2,432
4	Ketersediaan Sarana	0,002	4,833	1,876 – 12,454
5	Ketersediaan Pedoman/ SOP INOK	0,015	3,421	1,360 – 8,605
6	Lama Kerja	0,129	0,450	0,182- 1,111
7	Supervisi	0,041	2,828	1,138- 7,028
8	Sanksi	0,833	1,255	0,474- 3,325
9	Pelatihan	0,660	1,400	0,533 – 3,678

Selanjutnya terhadap kelima variabel tersebut dilakukan analisis multivariat tahap I dengan regresi logistik untuk mendapatkan model terbaik dalam menentukan determinan kepatuhan perawat, dimana pada analisis multivariat tersebut semua variabel yang masuk dalam kandidat diuji secara bersama-sama. Hasil multivariat regresi logistik tahap I dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.20
 Hasil Analisis Regresi Logistik Tahap I Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi

Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Pengetahuan	1,062	0,554	3,675	1	0,055	2,893	0,977	8,572
Ketersediaan sarana	1,406	0,560	6,310	1	0,012	4,080	1,362	12,222
Ketersediaan pedoman/SOP INOK	1,229	0,582	4,461	1	0,035	3,417	1,093	10,689
Lama kerja	-1,136	0,559	4,125	1	0,042	0,321	0,107	0,961
Supervisi	0,356	0,586	0,370	1	0,543	1,428	0,453	4,501

Berdasarkan hasil multivariat regresi logistik tahap I variabel pengetahuan dengan tingkat signifikansi 5 % menunjukkan bahwa secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK, p value = 0,055, sedangkan dari odd ratio = 2,893 dengan confidence interval 0,977 sd 8,572 menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik relatif berkontribusi terhadap kepatuhan perawat sebesar 2,893 kali dibandingkan pengetahuan yang kurang dengan dikontrol oleh variabel ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman/SOP INOK, lama kerja dan supervisi.

Variabel supervisi dengan tingkat signifikansi 5 % menunjukkan bahwa secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara supervisi dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK, p value = 0,543. Jika dilihat dari odd ratio = 1,428 dengan confidence interval 0,453 sd 4,501 menunjukkan bahwa supervisi yang baik relatif berkontribusi terhadap kepatuhan sebesar 1,428 kali dibandingkan supervisi kurang dengan dikontrol oleh variabel pengetahuan, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman dan lama kerja.

Variabel lama kerja dengan tingkat signifikansi 5 % dapat dilihat bahwa nilai p -value = 0,042 < 0,05 yang artinya bahwa secara statistik ada hubungan signifikan antara lama kerja dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Jika dilihat dari nilai odd ratio 0,321 dengan nilai confidence interval 0,107

sd 0,961 menunjukkan bahwa lama kerja relatif berkontribusi terhadap perilaku tidak patuh perawat sebesar 0,321 kali dibandingkan baru bekerja dengan dikontrol oleh variabel pengetahuan, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman dan supervisi.

Untuk variabel ketersediaan sarana dan variabel ketersediaan pedoman/SOP INOK secara statistik menunjukkan ada hubungan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK dimana $p \text{ value} < 0,05$.

Ketersediaan sarana $p \text{ value} = 0,012 < 0,05$ dengan nilai odd ratio 4,080 dan nilai confidence interval 1,362 sd 12,222 menunjukkan bahwa ketersediaan sarana yang memadai relatif berkontribusi terhadap kepatuhan sebesar 4,080 kali dibandingkan ketersediaan kurang dengan dikontrol oleh variabel pengetahuan, supervisi, lama kerja dan ketersediaan pedoman/SOP INOK.

Ketersediaan pedoman INOK $p \text{ value} = 0,035 < 0,05$ dengan nilai odd ratio 3,417 dan nilai confidence interval 1,093 sd 10,689 menunjukkan bahwa ketersediaan pedoman/SOP INOK yang memadai relatif berkontribusi terhadap kepatuhan sebesar 3,417 kali dibandingkan ketersediaan pedoman/SOP INOK kurang dengan dikontrol oleh variabel pengetahuan, supervisi, lama kerja dan ketersediaan sarana.

Pada analisis multivariat tahap I ini, didapatkan Nagelkerke Rsquare 0,379 artinya besarnya pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen adalah 37,9%.

Selanjutnya dilakukan uji regresi logistik tahap II dimana pada tahap ini variabel dengan $p \text{ value} > 0,05$ dikeluarkan satu persatu mulai dari $p \text{ value}$ yang terbesar yaitu supervisi dengan $p \text{ value} = 0,543$, tetapi variabel pengetahuan tetap diikutkan dengan alasan $p \text{ value}$ masih mendekati 0,05 dan variabel ini merupakan dasar dari langgengnya suatu perilaku.

Hasil uji regresi logistik tahap II (tanpa variabel supervisi) hasilnya sebagai berikut:

Tabel 6.21
 Hasil Analisis Regresi Logistik Tahap II Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam
 Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Pengetahuan	1,109	0,547	4,110	1	0,043	3,031	1,038	8,852
Ketersediaan sarana	1,470	0,551	7,127	1	0,008	4,350	1,478	12,804
Ketersediaan pedoman/ SOP INOK	1,353	0,549	6,079	1	0,014	3,869	1,320	11,344
Lama kerja	-1.111	0,554	4,019	1	0,045	0,329	0,111	0,975

Dari tabel 6.21 diketahui bahwa berdasarkan hasil multivariat regresi logistik tahap II variabel pengetahuan, ketersediaan sarana dan ketersediaan pedoman/SOP INOK, dengan tingkat signifikansi 5 % memiliki nilai p-value < 0,05 yang artinya bahwa secara statistik ada hubungan signifikan antara variabel pengetahuan, ketersediaan sarana dan ketersediaan pedoman/SOP INOK dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Dimana ketiga variabel tersebut memiliki arah hubungan yang positif terhadap kepatuhan. Sedangkan variabel lama kerja meskipun hasilnya menunjukkan ada hubungan tetapi memiliki arah hubungan yang negatif. Kemudian pada uji regresi logistik tahap II ini didapatkan Nagelkerke Rsquare 0,374 artinya besarnya pengaruh variabel independent terhadap variabel dependent adalah 37,4%. Secara rinci hasil uji regresi logistik tahap II dapat dijelaskan sebagai berikut:

Variabel pengetahuan dengan p value = 0,043, dengan nilai odd ratio 3,031 menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik relatif berkontribusi terhadap kepatuhan perawat sebesar 3,031 kali dibandingkan pengetahuan yang kurang dengan dikontrol oleh variabel ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman/SOP INOK, dan lama kerja.

Variabel ketersediaan sarana memiliki p value = 0,008 dengan nilai odd ratio 4,350 menunjukkan bahwa ketersediaan sarana yang memadai relatif

Variabel ketersediaan sarana memiliki p value = 0,008 dengan nilai odd ratio 4,350 menunjukkan bahwa ketersediaan sarana yang memadai relatif berkontribusi terhadap kepatuhan sebesar 4,350 kali dibandingkan ketersediaan sarana kurang dengan dikontrol oleh variabel pengetahuan, lama kerja dan ketersediaan pedoman/SOP INOK

Variabel ketersediaan pedoman/SOP INOK memiliki p value = 0,014 dengan nilai odd ratio 3,869 menunjukkan bahwa ketersediaan pedoman/SOP INOK yang memadai relatif berkontribusi terhadap kepatuhan sebesar 3,869 kali dibandingkan ketersediaan pedoman/SOP INOK kurang dengan dikontrol oleh sarana.

Variabel lama kerja memiliki nilai p -value = 0,045 dengan odd ratio 0,329 yang artinya bahwa secara statistik ada hubungan signifikan antara lama kerja dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Namun dilihat dari nilai odd ratio, hubungan ini cenderung ke arah negatif, yang artinya lama kerja relatif berkontribusi terhadap perilaku tidak patuh sebesar 0,329 kali dibandingkan baru bekerja dengan dikontrol oleh variabel pengetahuan, ketersediaan sarana dan ketersediaan pedoman/SOP INOK.

Dilihat dari nilai odd ratio keempat variabel, ternyata variabel ketersediaan sarana merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi tahun 2009 dengan odd ratio terbesar yaitu = 4,350. Nilai odd ratio ketersediaan sarana selain menunjukkan derajat hubungan kearah positif yang paling besar juga menunjukkan bahwa ketersediaan sarana yang memadai memberikan kontribusi yang paling besar terhadap kepatuhan dibandingkan dengan ketersediaan sarana kurang yaitu sebesar 4,350 kali dengan dikontrol oleh variabel pengetahuan, lama kerja dan ketersediaan pedoman/SOP INOK. Hal ini menjawab pertanyaan penelitian ketiga dan tujuan penelitian dari penelitian ini.

BAB 7 PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai pembahasan hasil penelitian yang akan menjelaskan mengenai hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil penelitian ini dengan hasil penelitian terdahulu atau teori yang ada serta dilengkapi dengan interpretasi peneliti.

7.1 Keterbatasan Penelitian

Hasil penelitian ini tentu belum sempurna dan tidak terlepas dari keterbatasan penelitian yang tidak dapat dihindari, yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Adapun keterbatasan tersebut antara lain adalah:

1. Keterbatasan pengumpulan data primer, dimana pada saat pengumpulan data primer melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner tidak dilakukan secara langsung oleh peneliti, tetapi responden mengisi sendiri kuesioner. Akan tetapi untuk mengurangi bias pada saat pengisian, peneliti mengumpulkan perawat jaga pagi dan jaga sore di suatu ruangan pertemuan kemudian membagikan kuesioner untuk diisi dengan terlebih dahulu menjelaskan cara pengisian. Namun hal ini tidak menutup kemungkinan adanya kerja sama antar responden pada saat mengisi kuesioner. Untuk responden yang jaga malam dan yang libur, peneliti mendatangi responden secara individu dan menunggu mereka untuk mengisi. Hal inipun tidak menutup kemungkinan bahwa mereka mendapat informasi dari responden lain yang sudah mengisi kuesioner. Selanjutnya masih untuk mengurangi bias, responden yang mengisi kuesioner adalah responden yang sudah selesai dilakukan observasi.
2. Keterbatasan dari pengukuran perilaku melalui pengamatan langsung dimungkinkan terjadinya *Hawthorne Effect* yaitu pengaruh yang timbul dari seseorang yang sedang diamati karena telah mengetahui dirinya menjadi subyek penelitian maka responden berupaya untuk melakukan tindakan keperawatan dengan menerapkan prinsip *standard precaution*. Untuk mengantisipasi hal tersebut pengamatan dilakukan 3 kali untuk masing-masing perawat dan responden tidak diberitahu item-item yang ada pada daftar tilik,

namun diberikan penjelasan bahwa sedang dilakukan penelitian terhadap upaya pencegahan INOK pada saat perawat melakukan tindakan keperawatan.

7.2 Pembahasan Hasil Penelitian

7.2.1 Karakteristik Responden

Responden penelitian ini berjumlah 80 orang perawat, hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin responden yang diteliti laki-laki (16,2%) dan perempuan (83,8%) dengan umur responden yang terbanyak adalah umur 30 tahun dimana usia ini merupakan usia produktif dan seyogyanya mempengaruhi produktifitas menjadi lebih baik.

7.2.2 Perilaku Kepatuhan Perawat

Tingkat kepatuhan yang dinilai pada penelitian ini adalah melihat kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK untuk setiap tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan daftar tilik yang mengacu pada pencegahan INOK (*standard precaution*) yang tertuang dalam pedoman pengendalian INOK PPIN RSUD Kota Bekasi dan buku manual pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit dari Djoyosugito. Selanjutnya, mengingat kondisi sistem rawat inap di RSUD Kota Bekasi yang menggabungkan semua pasien dengan diagnosa penyakit infeksi maupun non infeksi dalam satu ruangan, dan kondisi sumber daya yang minimal maka perilaku patuh terhadap *standard precaution* dalam upaya pencegahan INOK penting dilakukan. Kewaspadaan ini dirancang untuk perawatan bagi semua orang, pasien, petugas atau pengunjung tanpa menghiraukan apakah mereka terinfeksi atau tidak (Depkes, 2007). Karena perawat memiliki tanggung jawab moral untuk *to do the patient no harm*.

Hasil pengamatan didapatkan perawat yang menunjukkan perilaku patuh dalam melakukan tindakan sebesar 52,5%, hal ini menunjukkan tingkat kepatuhan masih rendah (*cut off point* 79,5%). Item yang paling dipatuhi adalah menjaga kebersihan perorangan seperti kebersihan kuku (100%). Hal ini menunjukkan perawat sudah menyadari pentingnya kebersihan perorangan. Penelitian membuktikan bahwa daerah dibawah kuku mengandung jumlah mikroba tertinggi (McGinley, Larson dan Leydon, 1988 dalam Depkes 2007). Dan kuku yang

panjang berperan sebagai reservoir untuk bakteri gram negatif, jamur dan patogen lain (Hedderwick et al, 2000 dalam Depkes, 2007).

Namun demikian masih ada sebagian perawat yang tidak patuh terhadap item tertentu. Ketidapatuhan ini dapat disebabkan pengetahuan perawat tentang INOK masih kurang, padahal pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk *overt behavior* (Notoatmodjo, 2007). Akibatnya proses adopsi perilaku ketahap selanjutnya yaitu *awareness, interest, evaluation, trial* dan *adoption* tidak terjadi (Rogers, 1974 dalam Notoatmodjo, 2007). Selain itu sarana yang kurang mendukung dapat menjadi penyebab lain dari perilaku yang tidak patuh. Adapun item-item pencegahan INOK yang tidak dipatuhi adalah:

1. Melepaskan perhiasan seperti cincin, gelang dan jam tangan sebelum cuci tangan.

Sebanyak 64,94% dari perawat yang menggunakan perhiasan atau jam tangan, tidak patuh untuk melepaskannya pada saat mencuci tangan. Hal ini mungkin disebabkan, perawat menganggap perhiasan atau jam tangan yang dipakai saat mencuci tangan tidak akan memberikan risiko apapun, atau mungkin juga perawat merasa direpotkan untuk melepasnya. Menurut WHO (2001), perhiasan atau jam tangan dapat menjadi tempat kumpulan kotoran/reservoir dari mikroorganisme. Kotoran yang menempel pada perhiasan tersebut akan mencegah kontak antara mikroorganisme dengan sabun/cairan antiseptik saat mencuci tangan sehingga menyebabkan hasil tidak maksimal.

2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan air mengalir dan sabun atau antiseptik selama 10-15 detik .

Sebanyak 42,92% dari perawat tidak patuh dalam mencuci tangan sebelum melakukan tindakan keperawatan, 10,42% dari perawat tidak patuh dalam mencuci tangan setelah melakukan tindakan keperawatan dan 22,08% dari perawat yang mencuci tangan tidak mengeringkan tangan dengan lap steril sekali pakai. Tindakan tersebut tidak sesuai dengan pedoman pencegahan INOK dan hal ini menunjukkan masih banyak perawat yang tidak menyadari pentingnya mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan untuk mencegah INOK. Padahal tangan merupakan 'instrumen' untuk menyentuh pasien, memegang peralatan dan

untuk keperluan pribadi seperti makan sehingga mencuci tangan penting dilakukan karena efektif dalam mencegah INOK dan cara yang benar pada saat mencuci tangan mengurangi transmisi semua organisme yang terbawa oleh tangan perawat dimana sebagian dari mikroorganisme ini dapat merupakan organisme yang resisten terhadap antimikroba.

Hal ini sudah dibuktikan pada penelitian Semmelweis di Wina dimana jari-jari tangan merupakan pembawa kuman yang menyebabkan infeksi (WHO, 2001). Bahkan menurut Mallison (1971) dalam Utji (1993) menyatakan bahwa dengan tindakan mencuci tangan yang benar, INOK dapat dikurangi 50%. Sehingga meskipun menggunakan sarung tangan, tangan tetap harus dicuci dengan sabun dan air bersih (atau handrub antiseptik) setelah melepas sarung tangan karena pada saat tersebut mungkin sarung tangan ada lubang kecil atau robek sehingga bakteri dapat dengan cepat berkembang pada tangan akibat lingkungan yang lembab dan hangat dalam sarung tangan (CDC 1989, Korniewicz et al 1990 dalam Depkes 2007).

Demikian juga dengan penggunaan lap steril sekali pakai yang digunakan mengerikan tangan setelah mencuci tangan dan sekaligus memegang kran air pada saat menutupnya bertujuan untuk mencegah infeksi silang.

Menurut Dixon (1980) dalam Nurhayati (1997) tangan petugas rumah sakit tidak saja merupakan alat pasif dalam penyebaran gram negatif, tetapi dapat juga merupakan reservoir organisme nosokomial. Sedangkan Boyce dan Pittet (2002) dalam Depkes (2007) menyatakan kegagalan untuk melakukan kebersihan dan kesehatan tangan yang tepat dianggap sebab utama infeksi nosokomial dan penyebaran mikroorganisme multiresisten di fasilitas pelayanan kesehatan dan telah diakui sebagai kontributor yang penting terhadap timbulnya wabah.

3. Menggunakan masker saat melakukan tindakan, tidak menggantungkan masker dileher setelah melakukan tindakan

Sebanyak 30,83% perawat tidak patuh dalam menggunakan masker sedangkan dari semua perawat yang menggunakan masker terdapat 32,53% yang menggantungkan masker dileher setelah melakukan tindakan keperawatan. Dari hasil pengamatan, perawat yang menggantungkan masker dileher setelah

melakukan tindakan, hampir semuanya menggunakan kembali masker tersebut ketika melakukan tindakan keperawatan berikutnya pada pasien yang berbeda. Hal ini tidak tepat karena pada saat masker digantungkan dileher, posisi permukaan masker yang tadinya menempel ke hidung dan mulut menjadi terbuka sehingga dimungkinkan terkontaminasi mikroorganisme pada masker tersebut dan ketika digunakan kembali akan terhisap dan berisiko terhadap INOK. Akibatnya fungsi masker untuk melindungi hidung dan mulut perawat saat melakukan aktifitas keperawatan yang memungkinkan adanya cipratan darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau mikroorganisme yang ditularkan melalui butiran cairan yang lebih kecil atau lebih besar dari 5 μ yang terdapat di udara menjadi tidak optimal.

Menurut Djoyosugito (2001) teknik memakai dan melepaskan masker merupakan bagian penting dari pencegahan infeksi. Masker hanya dipakai sekali saja untuk jangka waktu tertentu (tiap menangani satu pasien), harus diganti bila lembab dan tidak boleh digantungkan dileher.

4. Menggunakan sarung tangan steril/bersih saat melakukan tindakan, sarung tangan diganti untuk setiap pasien

Sebanyak 25,83% perawat tidak patuh dalam menggunakan sarung tangan steril/bersih saat melakukan tindakan dan 25,42% tidak mengganti sarung tangan ketika melakukan tindakan kepada pasien berikutnya. Hal ini bisa terjadi karena mengganti sarung tangan terutama sarung tangan steril untuk setiap pasien dapat dianggap pemborosan, sementara untuk mendapatkannya perlu proses melalui permintaan barang dimana dari mulai pengajuan sampai dengan barang tersebut dikirim ke ruangan memerlukan waktu. Untuk itu koordinasi dengan unit terkait perlu ditingkatkan.

Hal penting yang perlu ditekankan disini bahwa tidak mengganti sarung tangan setelah kontak antar pasien merupakan risiko penyebaran penyakit. Karena penggunaan sarung tangan termasuk komponen kunci dalam meminimalkan penyebaran suatu penyakit dan mempertahankan suatu lingkungan bebas infeksi. (Garner dan Favero, 1986 dalam Depkes, 2007). Sedangkan mencuci tangan yang masih bersarung tangan, ketika berpindah dari satu pasien ke pasien yang lain atau ketika melakukan perawatan pada tubuh yang kotor kemudian berpindah ke tubuh yang bersih bukan merupakan praktek

yang aman, karena ditemukan jumlah bakteri yang bermakna pada tangan petugas yang hanya mencuci tangan dalam keadaan masih bersarung tangan dan tidak mengganti sarung tangan ketika berpindah dari satu pasien ke pasien yang lain (Doebbling dan Colleagues, 1988 dalam Depkes, 2007).

5. Membuang jarum bekas pakai atau bahan habis pakai pada tempat sampah sesuai jenisnya, tidak melakukan recapping

Sebanyak 16,67% perawat tidak patuh dalam membuang jarum bekas pakai dan bahan habis pakai. Dari hasil pengamatan, perawat yang tidak patuh disebabkan pada saat melakukan tindakan hanya membawa bengkok kecil sehingga bahan habis pakai dan jarum dibuang bersama-sama ke dalam bengkok tersebut dan ketika sudah selesai langsung dimasukan ke tempat sampah medis tanpa memisahkannya terlebih dahulu. Kemudian dari perawat yang melakukan tindakan dengan menggunakan jarum, masih ada yang melakukan *recapping*. Hal ini sangat tidak tepat karena akan berisiko untuk terkena tusukan yang dapat mengakibatkan penularan penyakit dari pasien ke perawat. Apabila jarum bekas pakai mau ditutup dapat dilakukan dengan teknik satu tangan tetapi lebih baik langsung dimasukan ke dalam tempat khusus benda tajam yang tahan tusukan.

7.2.3 Faktor Predisposisi

7.2.3.1 Pendidikan

Pendidikan kesehatan merupakan dasar perawat untuk berperilaku, sehingga akan lebih mudah untuk menanamkan disiplin dan kepatuhan karena perawat memahami masalah kesehatan baik yang didapatkan sewaktu pendidikan, pelatihan maupun dalam melakukan tugas sehari-hari. Selain itu tingkat pendidikan penting dalam mempengaruhi seseorang terutama dalam proses pengembangan daya nalar dan analisa. Dengan berpendidikan baik, diharapkan memiliki pengetahuan, sikap, keterampilan kerja, dan perilaku kesehatan yang baik pula. Semua ini apabila dapat dicapai, pada gilirannya pasti akan berperan besar dalam meningkatkan produktivitas kerja.

Dalam penelitian ini latar belakang pendidikan yang paling banyak adalah DIII Keperawatan/DIII Kebidanan (83,8%) kemudian SPK/DI Kebidanan (16,2%) sedangkan S1 dan S2 keperawatan tidak ada. Hal ini menunjukkan

perawat yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (mulai DIII Keperawatan/DIII Kebidanan) memiliki persentase yang paling besar. Dengan melihat proporsi tingkat pendidikan tinggi jauh lebih besar dibandingkan dengan pendidikan rendah, menunjukkan bahwa sebenarnya aset SDM keperawatan di RSUD Kota Bekasi sudah baik karena perawat profesional jauh lebih banyak dibandingkan dengan perawat lulusan SPK/SPR. Dengan demikian perawat RSUD Kota Bekasi semestinya mampu mengemban empat peran perawat profesional yaitu *communication, activity, review dan education*. Dan dalam melakukan tindakan keperawatan seyogyanya melakukan prinsip "CWIPAT" yaitu *check the others and equipment, wash your hand, identify of patient, provide for safety & privacy, assess the problem and tell the person or teach the patient about what you are going to do* (Nursalam dalam Sriyanti, 2003).

Proporsi perawat yang berpendidikan tinggi yang patuh sebesar 55,2% sedangkan perawat yang berpendidikan rendah yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah sebesar 38,5%. Hasil uji Chi-square menunjukkan $p\text{-value} = 0,421$ artinya secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK. Nilai *odd ratio* 1,973 dengan CI 0,585 sd 6,662 menunjukkan hipotesis kesatu dari penelitian ini tidak terbukti. Hal ini sama dengan hasil penelitian Ginanjar (2006) yang menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan ($p\text{-value} = 0,82$). Teori Green (2005) yang menyatakan pendidikan merupakan faktor predisposisi sebagai alasan atau motivasi seseorang untuk berperilaku juga tidak terbukti pada penelitian ini. Hal ini mungkin disebabkan teori atau konsep dasar dari INOK tidak didapatkan pada masa pendidikan sehingga informasi mengenai hal ini didapatkan secara bersamaan ketika program pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi mulai dilakukan dan itupun masih relatif baru (bulan Oktober tahun 2005 baru dibentuk PPIN) dan belum merata karena program kerja dari PPIN itu sendiri seperti sosialisasi belum berjalan dengan semestinya. Akibatnya dalam menjalankan upaya pencegahan INOK antara perawat yang berpendidikan rendah dan perawat yang berpendidikan tinggi mempunyai kepatuhan yang relatif sama.

7.2.3.2 Pengetahuan Responden Tentang Infeksi Nosokomial

Pengetahuan merupakan salah satu faktor dari variabel individu yang berpengaruh terhadap kepatuhan perawat.

Berdasarkan distribusi frekuensi hasil penelitian mengenai pengetahuan, beberapa item yang tidak diketahui oleh perawat adalah mengenai cara teknik aseptik area yang akan ditusuk pada prosedur pemasangan infus (81,25%), fungsi hibiscrub (Chlorhexidine) (71,25%), hal yang harus dilakukan perawat ruangan bila ada pasien yang mempunyai tanda-tanda infeksi seperti tercantum dalam kriteria diagnostik INOK (68,75%), pencegahan INOK dalam pengelolaan linen di ruangan rawat inap (58,75%), petugas yang terlibat dalam pengumpulan data surveilans INOK di ruangan (52,50%). Kemudian kurang dari setengahnya dari perawat tidak mengetahui tiga faktor utama yang dianggap determinan epidemiologi infeksi nosokomial (48,75%), flora normal yang terdapat pada kulit (47,50%), kriteria infeksi nosokomial (38,75%), dan jenis-jenis infeksi nosokomial (38,75%).

Data diatas menunjukkan bahwa sebagian besar perawat kurang mengetahui konsep dasar dari infeksi nosokomial, padahal pengetahuan merupakan alasan atau motivasi seseorang untuk berperilaku. Pengetahuan tentang kesehatan merupakan faktor predisposisi untuk terbentuknya suatu perilaku (Green, 2005). Hal ini selaras dengan Rogers, 1974 dalam Notoatmodjo, 2007 yang menyatakan pengetahuan menjadi dasar langgengnya suatu perilaku karena dalam diri orang tersebut terjadi proses *awareness, interest, evaluation, trial* dan *adoption*.

Dilihat dari persentase terbesar dari item yang tidak diketahui perawat adalah cara teknik aseptik area yang akan ditusuk pada prosedur pemasangan infus (81,25%) hal ini sungguh ironis karena tindakan pemasangan infus termasuk tindakan yang paling sering dilakukan di ruang rawat inap. Wajar saja jika hasil pengamatan dilapangan masih banyak perawat yang pada saat melakukan teknik aseptik area yang akan ditusuk dilakukan dengan menggosok kapas alkohol bolak-balik dari atas kebawah secara berulang-ulang bahkan ada yang kapasnya tidak diganti, yang seharusnya teknik aseptik yang benar adalah dioleskan pada area yang akan ditusuk berputar dari tengah keluar dengan luas area berdiameter

5-10 cm. Sehingga tidak mengherankan jika hasil pemeriksaan mikrobiologi yang pernah dilakukan oleh PPIN menunjukkan angka INOK ILI sangat tinggi yaitu rata-rata 15,2% dimana angka tertinggi berada disalah satu ruangan dengan angka 26,8%.

Selain itu ketidaktahuan perawat tentang hal apa yang harus dilakukan perawat ruangan bila ada pasien yang mempunyai tanda-tanda infeksi seperti tercantum dalam kriteria diagnostik INOK, menunjukkan lemahnya pelaksanaan surveilans INOK di ruangan. Seharusnya ketika hal itu terjadi, perawat segera mengisi formulir 1(satu) dan meletakkannya pada tempat khusus agar dapat segera diketahui oleh kepala ruangan sebagai anggota tim INOK (PPIN, 2007). Kondisi ini tentu akan meningkatkan angka kejadian INOK, karena pasien dengan tanda-tanda infeksi terlambat dilaporkan. Sebagai uji petik peneliti meminta pada beberapa perawat untuk mengambilkan formulir 1 dan sebagian dari perawat tersebut ternyata tidak tahu bentuk dari formulir 1 itu seperti apa. Hal ini mungkin disebabkan selain program pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi masih relatif baru, informasi yang disampaikan tentang hal ini tidak merata karena hanya sebagian perawat yang mendapat informasi dari kepala ruangan. Sedangkan adanya pedoman pengendalian INOK juga tidak menjamin informasi tersebut sampai kepada semua perawat karena tidak semua perawat mau membacanya bahkan ada yang tidak tahu seperti apa buku pedoman tersebut. Karena itu program kerja jangka pendek PPIN untuk membuat buku saku PIN bagi seluruh pegawai RSUD Kota Bekasi merupakan solusi agar informasi mengenai INOK lebih cepat sampai kepada perawat, sayangnya sampai saat ini hal tersebut belum dapat diwujudkan.

Hasil penelitian juga menunjukkan proporsi perawat yang memiliki pengetahuan baik yang patuh 69,2% dan perawat yang memiliki pengetahuan kurang baik yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK sebesar 36,6%. Kemudian dari uji Chi- square dengan tingkat signifikansi 5% didapatkan bahwa secara statistik ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK (p -value = 0,007) yang artinya ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat yang baik dengan perilaku kepatuhan perawat yang baik. Sedangkan nilai odd ratio 3,900 dan CI 1,538 sd

9,892 menunjukkan semakin baik pengetahuan perawat semakin baik perilaku kepatuhan perawat. Hal ini sama dengan hasil penelitian Nurhayati (1997) yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan petugas dengan perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan INOK di RS. Hasan Sadikin Bandung, p value = 0,0017.

Pada analisis multivariat tahap I dengan tingkat signifikansi 5 % didapatkan secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK, dengan nilai p -value 0,055 , sedangkan dari odd ratio 2,893 dengan CI 0,977s.d 8,572 menunjukkan adanya keceratan hubungan meskipun tidak signifikan. Hal ini dapat disebabkan adanya interaksi dari variabel lain saat dilakukan analisis. Namun hasil akhir analisis multivariat tahap II menunjukkan variabel pengetahuan dengan p -value = 0,043, hal ini lebih memperlihatkan hubungan yang signifikan dibandingkan dengan hasil tahap I, terlebih lagi dipertegas oleh nilai odd ratio 3,031 dan CI 1,038 sd 8,852 yang memperjelas adanya keceratan hubungan ke arah positif dan menunjukkan bahwa kontribusi pengetahuan yang baik terhadap kepatuhan perawat sebesar 3,031 kali dibandingkan pengetahuan yang kurang dengan dikontrol oleh variabel ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman/SOP INOK, dan lama kerja.

Berdasarkan hasil penelitian maka penambahan pengetahuan yang terus menerus bagi semua petugas terutama perawat perlu menjadi perhatian karena pencegahan INOK merupakan kegiatan yang terus menerus dan berkesinambungan dengan tujuan mengubah perilaku perawat. Peningkatan pengetahuan ini dapat dilakukan dengan melalui pelatihan, diskusi dua arah ataupun seminar tentang pencegahan INOK. Mengingat untuk melatih semua perawat memerlukan biaya yang tidak sedikit, maka solusi yang dapat dilakukan adalah mengirim anggota tim INOK untuk mengikuti pelatihan di luar rumah sakit, kemudian anggota tim tersebut berkewajiban menjadi tutor bagi perawat yang lain. Pelatihan internal ini dilakukan secara bertahap (beberapa angkatan) agar proses pelayanan terhadap pasien tidak terganggu, tetapi tujuan utama bahwa semua perawat terpapar dengan konsep dasar pencegahan INOK dapat tercapai. Selain itu pentingnya penyampaian informasi yang terus menerus setiap ada

perkembangan baru mengenai INOK kepada perawat, dapat dijadikan sebagai evaluasi dan perbaikan terhadap perilaku perawat agar senantiasa sesuai dengan pencegahan INOK.

7.2.3.3 Sikap Responden Terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial

Sikap merupakan reaksi suatu respon seseorang yang masih tertutup terhadap stimulus atau objek. Dari hasil distribusi frekuensi terlihat sikap perawat terhadap pencegahan INOK cukup baik karena tanggapan sangat setuju dan setuju mempunyai persentase cukup tinggi (sangat setuju berkisar antara 36,3% sampai 72,5% dan setuju berkisar antara 26,2% sampai 60%). Namun demikian masih adanya tanggapan sangat tidak setuju, tidak setuju dan ragu-ragu terhadap item tertentu yang berhubungan dengan hal mendasar dari pencegahan INOK seperti perlunya pemakaian sarung tangan non steril dilakukan pada saat kemungkinan terjadi kontak dengan darah atau cairan tubuh, intra vena menggunakan alat steril, mencuci tangan perlu dilakukan meskipun pada saat tindakan keperawatan menggunakan sarung tangan yang steril, bagaimana cuci tangan yang benar dan perlunya cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, hal tersebut perlu diwaspadai karena jika dibiarkan dikhawatirkan sikap tersebut akan meluas dan menjadi bumerang bagi sikap yang sudah baik.

Proporsi perawat yang memiliki sikap baik yang patuh 52,6% dan perawat dengan sikap kurang baik yang patuh 52,4%. Hal ini menunjukkan perawat yang memiliki sikap baik maupun kurang, kepatuhannya sama. Hasil uji Chi-square dengan tingkat signifikansi 5 % didapatkan secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK ($p\text{-value} = 1,000$) sedangkan dari nilai odd ratio menunjukkan adanya keeratan hubungan kearah positif yang tidak signifikan sehingga sikap yang baik belum tentu menunjukkan kepatuhan yang baik. Hal ini sama dengan hasil penelitian Osnita (2001) yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap petugas dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan SOP ISPA, $p\text{-value} = 0,601$.

Hal ini mungkin disebabkan perawat di RSUD Kota Bekasi belum dapat mewujudkan sikap yang baik tersebut menjadi suatu perilaku terbuka (*overt*

behavior) karena ada hal lain yang diperlukan untuk mewujudkan hal tersebut tidak ada. Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa perilaku tidak sama dengan sikap karena sikap hanyalah suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek. Selain itu perilaku manusia adalah kompleks dan merupakan resultan dari gejala kejiwaan seperti sikap, motivasi dan persepsi. Karena itu jika faktor yang mempengaruhi diukur satu persatu kurang dapat menggambarkan adanya hubungan. Sementara Green (2005) berpendapat bahwa faktor pendukung/pemungkin diperlukan untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan. Sehingga meskipun sikap terhadap upaya pencegahan INOK sangat positif, tetapi faktor lain lebih kuat maka tidak ada kesesuaian antara sikap dengan perilaku.

7.2.4 Faktor Pemungkin

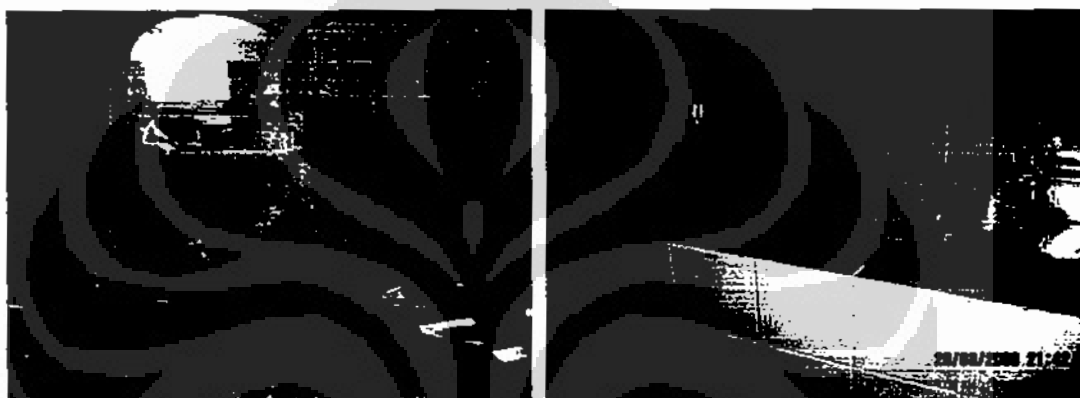
7.2.4.1 Ketersediaan Sarana dan Ketersediaan

Sarana merupakan faktor pendukung dalam mewujudkan suatu sikap menjadi suatu tindakan (*overt behavior*) sehingga seorang perawat yang sudah memiliki pengetahuan dan bersikap positif terhadap upaya pencegahan INOK akan dapat mewujudkannya menjadi suatu perilaku yang patuh jika didukung oleh sarana yang memadai. Hal ini selaras dengan pendapat Green (2005) bahwa ketersediaan sarana untuk melakukan tindakan merupakan *enabling factor* yang memudahkan perawat dalam mewujudkan perilaku.

Hasil penelitian menunjukkan secara umum perawat menyatakan ketersediaan sarana di ruang rawat inap cukup memadai dan memadai. Artinya sarana pendukung terhadap upaya pencegahan INOK lebih sering tersedia dan mudah untuk mendapatkannya bahkan ada yang berpendapat selalu tersedia dan mudah untuk mendapatkannya. Tanggapan cukup memadai berkisar antara 33,8% sampai 46,3% dan tanggapan memadai berkisar antara 25 % sampai 60%.

Dari pendapat sarana memadai, item yang paling memadai adalah air mengalir untuk cuci tangan (60%). Sedangkan yang tidak memadai adalah tempat mencuci instrumen setelah melakukan tindakan (18,8%), hal ini diperkuat oleh pendapat kurang memadai sebesar (22,5%). Selain itu alat steril untuk tindakan

perawatan, alat pelindung diri untuk melakukan tindakan keperawatan, bahan habis pakai untuk melakukan tindakan keperawatan dan kantong sampah sesuai jenisnya yaitu hitam untuk sampah non medis dan kuning untuk sampah medis, masih ada perawat yang menyatakan kurang memadai berturut-turut sebesar 17,5%, 21,3% , 18,8% dan 12,5%. Hal ini mungkin disebabkan perawat yang menjadi responden berasal dari delapan ruangan dimana fasilitas yang dimiliki untuk masing-masing ruangan berbeda antara ruang rawat inap yang berada di bangunan baru dan bangunan lama. Sebagai ilustrasi dapat dilihat pada gambar berikut ini :



Tempat cuci instrumen pada ranap
di bangunan lama

Tempat cuci instrumen pada ranap
di bangunan baru

Dari gambar di atas terlihat bahwa sarana untuk mencuci instrumen di bangunan lama tidak memadai dilihat dari ukuran bak untuk mencuci, cairan antiseptik yang tidak terisi, tidak adanya cairan desinfektan, kebersihan, serta adanya fungsi lain dari tempat cuci instrumen yang kadang-kadang digunakan untuk mencuci plato (alat makan pasien). Sedangkan masih adanya yang menyatakan kurang memadai terhadap ketersediaan alat steril, alat pelindung diri, bahan habis pakai dan kantong sampah non medis dan sampah medis, mungkin disebabkan untuk mendapatkannya memerlukan prosedur permintaan barang dimana prosesnya memerlukan waktu serta dimungkinkan juga jumlah yang diminta oleh ruangan tidak dapat dipenuhi seluruhnya karena keterbatasan sumber daya dari rumah sakit itu sendiri.

Hasil penelitian menunjukkan proporsi perawat yang menyatakan sarana memadai yang patuh 70,7% dan perawat yang menyatakan sarana kurang memadai yang patuh 33,3%. Dari uji Chi-square dengan tingkat signifikansi 5% menunjukkan secara statistik ada hubungan signifikan antara ketersediaan sarana dengan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK (p -value = 0,002) dan dari nilai odd ratio 4,833 menunjukkan semakin memadainya sarana semakin baik perilaku kepatuhan perawat. Hal ini sama dengan hasil penelitian Sardiyono (2005), yang menunjukkan ada hubungan bermakna antara sarana dengan perilaku petugas dalam menerapkan SOP malaria di Puskesmas Kabupaten Bangka, p value = 0,004. Kemudian hasil akhir analisis multivariat dengan tingkat signifikansi 5% didapatkan secara statistik ada hubungan signifikan antara ketersediaan sarana dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK, dengan nilai odd ratio terbesar yaitu 4,350 menunjukkan variabel sarana merupakan faktor paling dominan berhubungan dengan perilaku kepatuhan perawat pada penelitian ini.

Mengingat ketersediaan sarana merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku kepatuhan perawat, maka untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK perlu dilakukan melalui pemenuhan ketersediaan sarana dengan cara menyediakan sarana yang memungkinkan perawat berperilaku baik. Artinya RSUD memiliki kewajiban untuk memenuhi ketersediaan sarana yang dapat mempermudah perawat dalam melakukan tugas sesuai standar. Sebagaimana yang disampaikan Azwar (1996) bahwa sarana merupakan suatu unsur dari organisasi untuk mencapai suatu tujuan, sarana juga merupakan salah satu unsur-unsur pelayanan yang dibutuhkan untuk mencapai penyelenggaraan pelayanan. Pendapat ini selaras dengan Bruce (1990) dalam Kusmayati (2004) bahwa apabila sarana (alat dan bahan) tidak sesuai dengan standar, maka sulit diharapkan hasil pelayanan akan bermutu baik.

Hal penting lainnya yang perlu dilakukan adalah rencana kebutuhan barang yang disusun berdasarkan data dan pengajuan permintaan barang sebelum barang tersebut habis agar tidak terjadi kekosongan di ruangan. Sedangkan dari sarana fisik berkaitan dengan adanya rencana renovasi bangunan lama RSUD

Kota Bekasi pada tahun 2010, alangkah bijaknya jika pihak RSUD memperhatikan ketentuan/standar dari sarana-sarana yang akan menunjang terhadap keberhasilan upaya pencegahan INOK, tidak hanya tempat mencuci instrumen tetapi juga sarana yang lain agar mutu layanan kesehatan di RSUD dapat ditingkatkan.

7.2.4.2 Ketersediaan Pedoman/SOP INOK

Pedoman kerja merupakan panduan yang berfungsi mengarahkan seseorang dalam melaksanakan suatu kegiatan agar sesuai dengan tujuan yang sudah ditentukan.

Dari hasil penelitian menunjukkan pendapat perawat terhadap ketersediaan pedoman pencegahan INOK/SOP INOK hampir sama antara kurang memadai, cukup memadai dan memadai berkisar antara 28,8% sampai 45%. Artinya perawat yang menyatakan pedoman tersebut ada tapi tidak disosialisasikan, pedoman tersebut ada dan pernah disosialisasikan serta yang menyatakan pedoman ada, disosialisasikan secara berkala dan dilakukan follow up, jumlahnya hampir sama. Namun demikian masih adanya perawat yang menyatakan kurang memadai dimana yang dianggap paling kurang memadai adalah penjelasan yang diberikan tentang pedoman INOK/SOP INOK (40%), mungkin disebabkan perawat tidak mendapatkan penjelasan yang rinci tentang konsep dasar dari pedoman pencegahan INOK, sementara untuk membaca sendiri memerlukan waktu dan banyak hal yang kurang dipahami karena dalam pedoman tersebut banyak istilah yang baru. Tetapi secara praktek sebagian dari upaya pencegahan INOK sudah dilakukan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Roger (1974) dalam Kusmayati (2004) bahwa perilaku dapat terjadi tanpa didasari pemahaman tentang apa yang dilakukannya.

Dari hasil pengamatan terhadap dokumen di ruangan, ternyata tidak semua ruangan memiliki pedoman pencegahan INOK, bahkan SOP pencegahan INOK belum dimiliki oleh RSUD Kota Bekasi, tetapi dalam pedoman INOK ada bagian yang membahas sebagian kecil dari prosedur kerja dalam upaya pencegahan INOK.

Hasil penelitian menunjukkan proporsi perawat yang menyatakan pedoman INOK/ SOP INOK memadai yang patuh 65,9% sedangkan perawat yang menyatakan pedoman/SOP INOK kurang yang patuh 36,1%. Sedangkan uji Chi-square dengan tingkat signifikansi 5% menunjukkan secara statistik ada hubungan signifikan antara ketersediaan pedoman/SOP INOK dengan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK $p\text{-value} = 0,015$ dan dari nilai odd ratio 3,421 menunjukkan semakin memadai pedoman/SOP INOK semakin baik perilaku kepatuhan perawat. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Kusmayati (2004), yang menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara penyediaan pedoman kerja dengan perilaku kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK di ruang perawatan bedah RSUP Fatmawati 2004, $p\text{ value} = 0,634$. Perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian Kusmayati (2004) mungkin disebabkan perbedaan instrumen pengukur ketersediaan pedoman.

Hasil akhir dari analisis multivariat menunjukkan ada hubungan signifikan antara ketersediaan pedoman/SOP INOK dengan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK dengan $p\text{ value} = 0,014$ dan nilai odd ratio 3869, hasil ini lebih memperlihatkan hubungan yang signifikan dibandingkan analisis multivariat tahap 1 dengan $p\text{ value} 0,035$. Begitu juga derajat hubungan menunjukkan derajat hubungan lebih besar yaitu 3,869 dibandingkan pada tahap 1 yaitu 3,417.

Hasil penelitian ini menunjukkan perlunya pemenuhan terhadap ketersediaan pedoman/SOP INOK mengingat ketersediaan pedoman/SOP INOK merupakan faktor pendukung dalam mewujudkan suatu sikap menjadi suatu tindakan (*overt behavior*) Green (2005). Pemenuhan yang perlu dilakukan tidak hanya dari ketersediaan pedoman pencegahan INOK secara fisik tetapi yang lebih penting adalah dilakukannya sosialisasi yang terus menerus dan penjelasan dari isi pedoman tersebut untuk mempertegas pemahaman konsep dasar dari pencegahan INOK, meskipun perawat dapat membaca sendiri pedoman pencegahan INOK.

Dengan demikian ketersediaan pedoman pencegahan INOK penting supaya perawat difasilitasi dalam proses pemahaman konsep dasar pencegahan INOK dengan harapan dapat terjadi proses *adoption* perilaku ke tahap lebih lanjut.

7.2.4.3 Lama Kerja

Data mengenai lama kerja perawat menunjukkan perawat yang paling banyak adalah yang memiliki masa kerja 7 tahun, sedangkan rata-rata lama kerja perawat adalah 8 tahun 3 bulan.

Hasil penelitian menunjukkan proporsi perawat yang memiliki masa kerja lama yang patuh adalah 41,2% sedangkan perawat yang memiliki masa kerja baru yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK adalah 60,9%. Ini menunjukkan perawat yang baru bekerja lebih patuh dibandingkan yang sudah lama bekerja. Kemudian dari uji Chi-square dengan tingkat signifikansi 5 % menunjukkan secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara lama kerja dengan kepatuhan $p\text{-value} = 0,129$. Hal ini dipertegas oleh nilai odd ratio sebesar 0,450, yang artinya yang sudah bekerja lama justru cenderung kurang patuh 0,450 kali dari yang baru bekerja. Dari hasil akhir analisis multivariat juga menunjukkan hal yang sama dengan analisis bivariat yaitu adanya hubungan signifikan ke arah negatif antara lama kerja dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK yang dipertegas dengan nilai odd ratio 0,329 dan CI 0,111 s.d 0,975.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian Nurhayati (1997) dimana tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan INOK di RS. Hasan Sadikin Bandung, $p\text{-value} = 0,107$.

Kondisi ini mungkin disebabkan perawat yang sudah lama bekerja dalam melakukan tindakan keperawatan hanya dilakukan berdasarkan pengalaman sebagai suatu rutinitas, sehingga kurang memperhatikan perkembangan dari suatu ilmu yang berkaitan dengan upaya pencegahan INOK. Atau mungkin juga sebetulnya mereka sudah pernah mendengar atau mengenal tentang pencegahan INOK, tapi masa kerja yang lama justru menimbulkan perubahan kepatuhan karena kurangnya motivasi dan ada faktor lain yang lebih dominan. Untuk mengatasi hal ini adalah dengan memenuhi faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kepatuhan perawat, dan memberikan pemahaman serta membentuk komitmen secara terus menerus diantara perawat tentang pentingnya pencegahan INOK. Hal lain yang perlu ditekankan bahwa merawat pasien dengan benar dan tidak berperilaku yang beresiko membahayakan pasien merupakan

tugas dan tanggung jawab moral perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan kepada pasien.

Dari uraian diatas, maka pendapat Anderson (1994) dalam Kusmayati (2004) yang menyatakan seseorang yang sudah lama bekerja akan memiliki wawasan yang lebih luas dan pengalaman lebih banyak yang memegang peranan dalam pembentukan perilakunya sehingga makin lama seseorang mempunyai pengalaman kerja seharusnya ia makin terampil dalam melaksanakan pekerjaan, ternyata tidak terbukti pada penelitian ini. Demikian juga dengan bukti baru penelitian Robbins (2006) yang menunjukkan suatu hubungan yang positif antara senioritas dengan produktifitas pekerjaan, berbeda dengan hasil penelitian ini.

7.2.5 Faktor Penguat

7.2.5.1 Supervisi

Hasil penelitian menunjukkan masih adanya tanggapan yang kurang baik terhadap pelaksanaan supervisi dalam upaya pencegahan INOK, tanggapan yang menyatakan kadang-kadang saja pimpinan/atasan melakukan supervisi saat melaksanakan tindakan keperawatan (57%). Hal ini menunjukkan kurangnya supervisi yang dilakukan pimpinan, padahal supervisi merupakan *reinforcing factor* yang memperkuat perubahan perilaku (Green, 2005). Dengan adanya supervisi diharapkan perilaku kepatuhan perawat terhadap upaya pencegahan INOK tidak akan mengendur karena menurut Sarwono (1993) dalam Nurhayati (1997) bahwa *compliance* menghasilkan perubahan tingkah laku yang sementara dan individu cenderung kembali ke pandangan/perilaku yang semula jika pengawasan kelompok mengendur dan jika ia pindah dari kelompoknya. Supervisi sebaiknya dimulai pada tingkat yang paling dekat yaitu dari perawat kepala ruangan.

Perawat yang menyatakan kadang-kadang pimpinan melakukan umpan balik terhadap hasil temuannya (48%). Hal ini menunjukkan umpan balik kurang dilaksanakan oleh pimpinan, padahal umpan balik penting untuk memberikan penjelasan tentang hasil evaluasi dari suatu tindakan yang sudah dilakukan oleh perawat serta informasi yang belum diketahui perawat terkait dengan tindakan yang dilakukannya.

Proporsi perawat yang menyatakan supervisi baik yang patuh 65,8% sedangkan perawat yang menyatakan supervisi kurang yang patuh 40,5%. Ini menunjukkan bahwa supervisi memberikan kontribusi terhadap perilaku kepatuhan perawat. Hal ini didukung oleh hasil uji Chi- square dengan tingkat signifikansi 5 % yang menunjukkan secara statistik ada hubungan signifikan antara supervisi dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK , p-value = 0,041 dan dari nilai odd ratio 2,828 yang menunjukkan hubungan kearah positif artinya semakin baik supervisi semakin baik perilaku kepatuhan perawat. Hal ini sama dengan hasil penelitian Nurhayati (1997) dimana ada hubungan yang bermakna antara pengawasan dengan perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan INOK di RS. Hasan Sadikin Bandung, p value = 0,000.

Hasil penelitian ini menunjukkan perlunya peningkatan supervisi dan pemberian umpan balik dari hasil supervisi tersebut baik oleh kepala ruangan, bidang keperawatan maupun dari PPIN, agar perilaku yang sudah baik tidak mengendur.

7.2.5.2 Pelatihan

Pelatihan sebagai suatu metoda organisasi dimana staf mendapatkan pengetahuan dan keterampilan untuk tujuan positif dan staf mendapatkan pengetahuan yang penting untuk penampilan kerjanya dalam hal sikap, psikomotor, keterampilan dan kognitifnya (Marquis & Huston , 2000).

Hasil penelitian ini menunjukkan perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan 70% dan yang sudah pernah mengikuti pelatihan 30%. Dari 30% perawat yang sudah pernah mengikuti pelatihan ternyata hampir semuanya (91,7%) baru mendapat pelatihan 1 kali. Hal ini menunjukkan sangat sedikitnya perawat yang mendapatkan pelatihan.

Proporsi perawat yang pernah pelatihan yang patuh 58,3% sedangkan perawat yang tidak pernah pelatihan yang patuh 50%. Hasil uji Chi- square dengan tingkat signifikansi 5 % menunjukkan secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara pelatihan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK, p-value = 0,660 yang artinya tidak ada hubungan antara pernah pelatihan dengan perilaku kepatuhan yang baik. Hal ini sama dengan hasil penelitian

Ginanjari (2006) dimana tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kepatuhan petugas imunisasi terhadap prosedur tetap penanganan vaksin campak di Kab. Lebak tahun 2006, p value = 0,29

Kondisi ini dapat terjadi, karena mungkin metoda dan materi pelatihan yang disampaikan pada perawat berbeda mengingat pelatihan yang diterima perawat tidak dilakukan pada satu waktu tetapi berkisar pada rentang waktu 3 tahun terakhir dari tahun 2005. Jika metoda yang dilakukan hanya berupa penyampaian materi dan diakhiri dengan tanya jawab, maka peserta pelatihan hanya mendengarkan saja, walaupun ada yang mengajukan pertanyaan, mungkin hanya peserta yang aktif saja. Sehingga pemahaman terhadap konsep dasar pencegahan INOK tidak optimal.

Metode pelatihan yang cukup efektif menurut Robbins (2003) dalam Ginanjari (2006) adalah pelatihan dengan cara menyampaikan materi, menggunakan alat peraga untuk memberikan ilustrasi konsep, berpartisipasi dalam kelompok, analisis kasus, bermain peran dan latihan belajar dari pengalaman.

Namun demikian pelatihan tetap harus menjadi perhatian karena menurut Notoatmodjo (2007) keterampilan bisa diperoleh dari pengalaman belajar yang merupakan bagian dari proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang.

7.2.5.3 Sanksi

Sanksi adalah sesuatu yang mengakibatkan kondisi yang tidak menyenangkan dalam upaya menyingkirkan perilaku yang tidak diinginkan (Robbins, 2006).

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar perawat memberikan tanggapan setuju dengan adanya sanksi yang diberlakukan terhadap pelanggaran dalam pelaksanaan upaya pencegahan inok, persentase berkisar antara 68% sampai 75%. Namun masih ada perawat yang tidak setuju dan ragu-ragu terhadap pemberlakuan sanksi bagi perawat yang melanggar upaya pencegahan INOK.

Hal ini menunjukkan sebenarnya sudah ada kesadaran dari perawat bahwa keberhasilan suatu program perlu ada kejelasan mengenai konsekuensi bagi individu yang tidak mematuhi. Dan pada dasarnya konsekuensi dalam bentuk sanksi yang diterima individu dikarenakan tindakan atau perilaku yang bersangkutan telah memberikan kontribusi terhadap kegagalan program tersebut. Disisi lain, adanya tanggapan ragu-ragu dapat terjadi karena saat ini ketentuan pemberlakuan sanksi secara tertulis untuk pelanggaran upaya pencegahan INOK, memang belum ada di RSUD Kota Bekasi. Yang ada saat ini masih sebatas teguran langsung dari atasan, itupun kalau perawat terlihat langsung oleh kepala ruangan saat melakukan kesalahan. Sehingga wajar saja kalau masih ada perawat yang masih ragu terhadap perlu atau tidaknya sanksi.

Jika dilihat dari proporsi perawat yang menyatakan sanksi baik, yang patuh sebesar 56,5% dan perawat yang menyatakan sanksi kurang, yang patuh terhadap upaya pencegahan INOK sebesar 50,9%, menunjukkan perawat yang menyatakan sanksi itu baik dan yang menyatakan tidak, memiliki kepatuhan yang sama. Kemudian dari hasil uji Chi-square dengan tingkat signifikansi 5 % menunjukkan bahwa secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara sanksi dengan kepatuhan, $p\text{-value} = 0,833$.

Hal ini terjadi karena tidak adanya ketegasan tentang sanksi maupun imbalan terhadap perilaku patuh yang kurang dan perilaku patuh yang baik. Sehingga sanksi memang diperlukan untuk menghentikan perilaku yang menyimpang. Sebagaimana yang dikatakan Green (2005) bahwa sanksi merupakan faktor penguat untuk melenyapkan suatu perilaku. Meskipun menurut Robbins (2006) peran sanksi dalam membentuk perilaku pegawai sangat kompleks dan pada banyak kasus sanksi hanya menekan sementara dari perilaku yang dikenai sanksi, karena itu harus berhati-hati dalam menggunakan sanksi.

Seandainya pihak RSUD mau membuat suatu keputusan yang memuat ketentuan sanksi secara tertulis, maka perlu pertimbangan yang tepat dan harus ada keseimbangan antara sanksi dan imbalan. Selain itu supaya sanksi yang diberlakukan efektif perlu dilakukan segera, tegas, wajar, sama diantara pegawai, dan timbul atas dasar tindakan pegawai.

BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat disimpulkan bahwa perilaku kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi masih rendah dengan proporsi perawat yang patuh 52,5% (*cut off poin* 79,5%) dan yang tidak patuh 47,5%.
2. Berdasarkan item-item kepatuhan maka yang paling tidak dipatuhi oleh perawat dalam upaya pencegahan INOK adalah melepaskan perhiasan seperti cincin, gelang dan jam tangan sebelum cuci tangan (64,94%), dan mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dengan air mengalir dan sabun atau antiseptik selama 10-15 detik (42,92%), sedangkan terhadap item yang lainnya masih ada perawat yang tidak patuh berkisar antara 10,42% sampai 30,83%
3. Berdasarkan item-item pengetahuan maka yang paling tidak diketahui oleh perawat adalah cara teknik aseptik area yang akan ditusuk pada prosedur pemasangan infus (81,25%), fungsi hibiscrub (71,25%), dan hal yang harus dilakukan perawat ruangan bila ada pasien yang mempunyai tanda-tanda infeksi.
4. Berdasarkan hasil analisa hubungan variabel-variabel independen dengan perilaku kepatuhan dapat disimpulkan sebagai berikut :
 - a. Ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi, p value = 0,007. Hal ini menunjukkan bahwa perawat dengan pengetahuan baik ternyata memiliki kepatuhan yang lebih baik (69,2%) dibandingkan dengan perawat yang pengetahuannya kurang (36,6%). Sehingga semakin baik pengetahuan perawat semakin baik pula kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK.
 - b. Tidak ada hubungan signifikan antara pendidikan, sikap, lama kerja, sanksi dan pelatihan dengan kepatuhan perawat dalam upaya

pengecehan INOK di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi dimana p value pendidikan = 0,421, p value sikap = 1,000, p value lama kerja = 0,129, p value sanksi = 0,833 dan p value pelatihan = 0,660.

- c. Ada hubungan signifikan antara ketersediaan sarana dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi, p value = 0,002. Hal ini menunjukkan bahwa perawat dengan ketersediaan sarana yang memadai ternyata memiliki kepatuhan yang lebih baik (70,7%) dibandingkan perawat dengan ketersediaan sarana kurang (33,3%). Sehingga semakin memadai ketersediaan sarana semakin baik pula kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK.
- d. Ada hubungan signifikan antara ketersediaan pedoman/SOP INOK dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi, p value = 0,015. Hal ini menunjukkan bahwa perawat dengan ketersediaan pedoman/SOP INOK yang memadai ternyata memiliki kepatuhan yang lebih baik (65,9%) dibandingkan perawat dengan ketersediaan pedoman/SOP INOK kurang (36,1%). Sehingga semakin memadai ketersediaan pedoman/SOP INOK semakin baik pula kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK.
- e. Ada hubungan signifikan antara supervisi dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK di ruang rawat inap RSUD Kota Bekasi, p value = 0,041. Hal ini menunjukkan bahwa perawat dengan supervisi yang baik ternyata memiliki kepatuhan yang lebih baik (65,8%) dibandingkan perawat dengan supervisi kurang (40,5%). Sehingga semakin baik supervisi semakin baik pula kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK.
- f. Hasil akhir analisis multivariat (multivariat tahap II) dari 4 variabel yang masuk menjadi model multivariat, keempat variabel memiliki hubungan signifikan dengan kepatuhan perawat, dan dari keempat variabel tersebut ketersediaan sarana terbukti sebagai faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi dengan nilai odd ratio 4,350 (CI 1,478 sd 12,804) yang artinya ketersediaan sarana yang

memadai relatif berkontribusi terhadap kepatuhan sebesar 4,350 kali dibandingkan dengan ketersediaan sarana kurang dengan dikontrol oleh variabel pengetahuan, lama kerja dan ketersediaan pedoman/SOP INOK.

8.2. Saran

1. Bagi Direktur Rumah Sakit Beserta Jajaran Direksi

- a. Perlunya perbaikan tempat mencuci instrumen di ruang rawat inap sesuai dengan standar serta memisahkan fungsi tempat mencuci instrumen dari fungsi lainnya, sehingga memadai dan dapat mendukung keberhasilan upaya pengendalian dan pencegahan INOK.
- b. Perlunya memenuhi bahan habis pakai yang memadai sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan ruangan rawat inap serta penambahan instrumen terutama untuk ganti balutan di ruang rawat inap yang akan mendukung terhadap keberhasilan upaya pengendalian dan pencegahan INOK.
- c. Mengingat masih rendahnya kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan INOK (52,5%) dan masih kurangnya pemahaman perawat terhadap prinsip pencegahan INOK maka perlu adanya komitmen dari Direksi terhadap pentingnya pengendalian dan pencegahan INOK dalam bentuk dukungan nyata berupa alokasi anggaran program PPIN dengan prioritas pembuatan buku saku pencegahan INOK bagi perawat, peningkatan pengetahuan secara terus menerus dan berkesinambungan baik melalui pelatihan maupun seminar serta penyampaian informasi terharu.
- d. Perlunya penugasan seorang perawat dengan pendidikan memadai yang bekerja secara khusus sebagai *Infection Control Nurse (ICN)* yang akan melakukan supervisi dan surveilans secara intensif terhadap pengendalian dan pencegahan INOK, mengingat supervisi yang dilakukan saat ini belum optimal.
- e. Perlu adanya kebijakan mengenai sanksi dan reward yang seimbang baik untuk individu maupun unit pelayanan dalam melakukan pencegahan INOK, sebagai motivasi untuk berbuat lebih baik lagi

2. Bagi PPIN RSUD Kota Bekasi

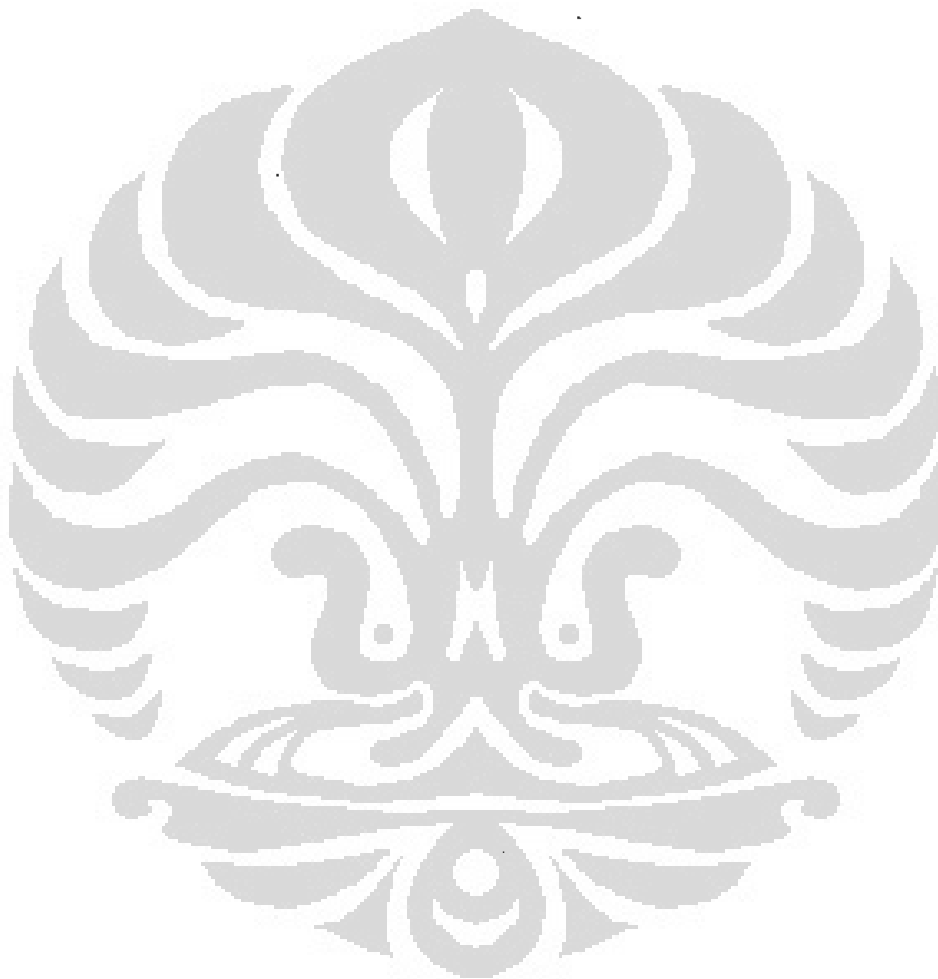
- a. Agar melakukan koordinasi secara intensif dengan pihak terkait dalam upaya menggerakkan kembali program pengendalian INOK di RSUD Kota Bekasi.
- b. Segera melaksanakan program kerja yang sampai saat ini belum terwujud terutama menyusun SOP INOK yang operasional dalam tindakan keperawatan dan menyusun buku saku INOK, dimana keduanya harus disosialisasikan secara intensif kepada semua perawat untuk meningkatkan pengetahuan sebagai dasar untuk berperilaku patuh sesuai dengan prinsip pencegahan INOK.
- c. Agar melaksanakan program pelatihan yang diutamakan untuk perawat. Supaya pelatihan dapat terlaksana dan tidak terjadi kekurangan tenaga di ruangan, maka pelatihan dapat dilakukan secara internal dan bertahap atau cukup dengan melatih beberapa orang yang akan dijadikan sebagai tutor yang nantinya akan secara melatih perawat yang lain secara berkesinambungan, sehingga semua tenaga kesehatan terutama perawat pernah mendapatkan pelatihan.
- d. Agar memberikan umpan balik secara tertulis terhadap setiap laporan surveilens INOK, hasil supervisi dan memberi saran serta melakukan tindak lanjut dari laporan tersebut.

3. Bagi Kepala Ruangan

- a. Agar memberikan pemahaman dan membentuk komitmen bersama staf terhadap upaya pencegahan INOK yang merupakan tugas dan tanggung jawab perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan kepada pasien sehingga segala tindakan yang dilakukan selalu memperhatikan prinsip pencegahan INOK.
- b. Agar mengaktifkan kembali surveilens di ruangan dan dilaporkan kepada Tim INOK secara berkala sebagai umpan balik dan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.

4. Bagi Pengembangan Ilmu Penelitian

Sebaiknya dilakukan penelitian lebih lanjut secara kualitatif agar dapat lebih menggali permasalahan yang terkait dengan upaya pencegahan INOK di RSUD Kota Bekasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. 1995, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Jakarta
- Astuti, Y. 2004, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Petugas Kesehatan dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Intensif RS Medistra Tahun 2004*, [Tesis]. Program Pascasarjana KARS Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- CDC. Departmen of Health and Human Services. 2002, 'Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol 51, No. RR-16, October 25
- , 2003, *Hospital hygiene and infection control*, CDC
- , 2003, 'Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities,' *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol 52, No. RR-10, June
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 1993, *Petunjuk Penyusunan Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial Rumah Sakit*, Dirjend Yanmed, Jakarta
- , 1999, *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, Dirjend Yanmed, Jakarta
- , 2001, *Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit*, Jakarta
- , 2003, *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi di ICU*, Dirjend Yanmed, Jakarta
- , 2004, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta
- , 2007, *Komisi Akreditasi Rumah sakit "Laporan Survei Akreditasi Rumah Sakit" 16 Pelayanan*, Komite Akreditasi Rumah Sakit, Jakarta
- , 2007, *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*, Dirjend Yanmed, Jakarta
- , 2007, *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*, JHPIEGO Corporation dan PERDALIN, Jakarta
- Djoyosugito, A. 2001, *Buku Manual Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit*, Johnson-Johnson Medical Indonesia, Jakarta

- Fishbein, M & Ajzen, I. 1975, *Believe, Attitude, Intension and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Addison Wesley Publishing Company, Sydney
- Gillies, D.A. 1996, *Manajemen Keperawatan Suatu Pendekatan Sistem*, Edisi Kedua Alih Bahasa Sukmana, dkk
- Ginanjari, A. 2006, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas Imunisasi terhadap Prosedur Tetap Penanganan Vaksin Campak di Kabupaten Lebak Tahun 2006*, [Tesis]. Program Pascasarjana IKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Green, L.W, et al. 2005, *Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach*, McGraw-Hill Publishing Company, New York
- Hasbullah, H.T. 1993, *Pengendalian Infeksi Nosokomial di RS Persahabatan Jakarta*, Cermin Dunia Kedokteran, Jakarta
- Hastono, P.S. & Sabri, L. 2006, *Statistik Kesehatan*, Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Hastono, P.S. 2007, *Analisis Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta
- Handiyani, H. 2003, *Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan dengan Faktor-Faktor Keberhasilan Pelaksanaan Program Pengendalian Infeksi Nosokomial di RS. PERJAN. Dr. Cipto Mangunkusumo*, [Tesis]. Program Pascasarjana IKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Irawan. 2003, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas terhadap Cara Pemberian Imunisasi Campak sesuai dengan SOP Imunisasi di Kabupaten Majalengko Tahun 2002*, [Tesis]. Program Pascasarjana IKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Kemala, D. 1996, *Gambaran Karakteristik Kasus Infeksi Luka Operasi Nosokomial Pasca Appendektomi Dalam Upaya Meningkatkan Mutu Layanan di RS. Islam Jakarta*, [Tesis]. Program Pascasarjana KARS Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

- Kusmayati, Y. 2004, *Hubungan Fungsi Manajemen dengan Kepatuhan Perawat Pelaksana dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Perawatan Bedah RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2004*, [Tesis]. Program Pascasarjana IKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Kadarman, U. 2001, *Pengantar Ilmu Manajemen, Buku Pedoman Mahasiswa*, Prehalindo, Jakarta
- Mangram, A.J. et al. April 1999, 'Guideline For Prevention Of Surgical Site Infection, 1999,' *Infection Control And Hospital Epidemiology*, Vol 20, No. 4
- Marquis, B.L & Huston, C.J. 2003, *Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application*, Fourth Edition. Lippincott. Philadelphia
- Musadad, D.A., Lubis, A. & Kasnodiharjo. 1993, 'Kebiasaan Cuci Tangan Petugas Rumah Sakit dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial,' *Cermin Dunia Kedokteran*, No. 82, Jakarta
- Nicolle, L.E. 2001, *Infection control programmes to contain antimicrobial resistance*, WHO
- Notoatmodjo, S & Sarwono, S. 1985, *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat
- Notoatmodjo, S. 2007, *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam. 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Edisi 2, Salemba Medika, Jakarta
- Nurhayati, E. 1997, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Luka Operasi di Bagian Bedah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 1997*, [Tesis]. Program Pascasarjana IKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Osnita, I. 2000, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Layanan ISPA di Unit Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas*

- Kota Padang Tahun 2000*, [Tesis]. Program Pascasarjana IKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Riduwan. 2004, *Metode dan Teknik Menyusun Tesis*, Alfabeta. Bandung
- Robbins, S.P. 2006, *Perilaku Organisasi. Edisi Bahasa Indonesia*, Edisi Kesepuluh. Indeks Kelompok Gramedia, Jakarta
- Satyaputra, D.W. & Untoro, H. 1993, 'Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSU Bekasi,' *Cermin Dunia Kedokteran*, No. 82, Jakarta
- Sardiyono. 2005, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Petugas Terhadap Standar Operasional Prosedur Layanan Penderita Malaria di Puskesmas di Kab. Bangka Tahun 2005*, [Tesis]. Program Pascasarjana IKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Scheckler, W. E. et al. 1998, *Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals*, A Consensus Panel report, AJIC
- Shweta, G. 2002, *Role of infection control nurse in the surveillance of nosocomial infections*, *Nursing Journal of India*, March 2002, India
- Singarimbun, E. 1989, *Metode Penelitian Survei*, Edisi Revisi, LP3ES, Jakarta
- Soeroso, S. 2002, *Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit*, EGC, Jakarta
- Sriyanti, S.E.I. 2003, *Performance Monitoring : Manajemen Keperawatan*, AGF Consulting, Jakarta
- Suherli, A. 2007, *Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD Kota Bekasi. PPIN*, RSUD, Kota Bekasi
- Suwandi, U. 1993, *Air sebagai Sumber Kontaminasi*, *Cermin Dunia Kedokteran*, Jakarta
- Utji, R. 1993, 'Pengendalian Infeksi Nosokomial di RS Dr. Cipto Mangunkusurno dengan Sumber Daya Minimal', *Cermin Dunia Kedokteran*, No. 82, Jakarta
- Universitas Indonesia. 2008, 'Keputusan Rektor Universitas Indonesia Nomor: 628/SK/R/UI/2008', tentang *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*, Depok.

- Vecchio, R.P. 1995, *Organizational Behavior*, Third Edition, Press Harcourt Brace College Publisher. Orlando
- William, A.R & David J.W. 2001, *New Disinfection and Sterilization Methods*, University of North Carolina (UNC) Health Care System and UNC School of Medicine
- Wenzel. 2002, *A Guide to Infection Control in The Hospital*, Second Edition, International Society for Infectious Diseases
- Yaslis, I. 2002, *Modul Manajemen Sumber Daya Manusia*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia



**MATRIKS ITEM PERNYATAAN DARI UJI KUESIONER SAMPAI MENJADI ITEM PERNYATAAN
UNTUK KUESIONER PENELITIAN**

NO	Item Pernyataan Uji Kuesioner	Perubahan Redaksional Item Pernyataan untuk Uji Ulang	Item Pernyataan Yang Diambil Untuk Kuesioner Penelitian	Keterangan	No Urut Baru
B	Variabel Pengetahuan				
1	Kriteria infeksi nosokomial kecuali	-	Kriteria infeksi nosokomial kecuali	Hasil uji kuesioner valid	P1
2	Berikut ini adalah tiga faktor utama yang dianggap determinan epidemiologi infeksi nosokomial, kecuali	-	Berikut ini adalah tiga faktor utama yang dianggap determinan epidemiologi infeksi nosokomial, kecuali	Hasil uji kuesioner valid	P2
3	Sumber infeksi nosokomial adalah sebagai berikut, kecuali	-	Sumber infeksi nosokomial adalah sebagai berikut, kecuali	Hasil uji kuesioner valid	P3
4	Penggunaan sarung tangan yang tepat adalah sebagai berikut, kecuali	-	Penggunaan sarung tangan yang tepat adalah sebagai berikut, kecuali	Hasil uji kuesioner valid	P4
5	Jenis-jenis infeksi nosokomial adalah sebagai berikut, kecuali	-	Jenis-jenis infeksi nosokomial adalah sebagai berikut, kecuali	Hasil uji kuesioner valid	P5
6	Gejala/Keluhan infeksi saluran kemih antara lain	-	Gejala/Keluhan infeksi saluran kemih antara lain	Hasil uji kuesioner valid	P6
7	Pencegahan infeksi saluran kemih, dilakukan dengan memperhatikan hal berikut, kecuali	-		Hasil uji kuesioner valid (Tapi tidak diambil karena Diff Index < 0.3)	
8	Infeksi pada neonatus dikategorikan sebagai infeksi nosokomial, karena	-		Hasil uji kuesioner valid (Tapi tidak diambil karena Diff Index < 0.3)	
9	Berikut ini adalah tanda phlebitis kecuali	-	Berikut ini adalah tanda phlebitis kecuali	Hasil uji kuesioner valid dan tetap diambil meskipun Diff Index < 0.3 karena substansi penting diketahui perawat	P7
10	Berikut ini adalah upaya pencegahan infeksi nosokomial kecuali	-	Berikut ini adalah upaya pencegahan infeksi nosokomial kecuali	Hasil uji kuesioner valid	P8
11	Hibiscrub (Chlorhexidine) berfungsi sebagai	-	Hibiscrub (Chlorhexidine) berfungsi sebagai	Hasil uji kuesioner valid	P9

NO	Item Pernyataan Uji Kuesioner	Perubahan Redaksional Item Pernyataan untuk Uji Ulang	Item Pernyataan Yang Diambil Untuk Kuesioner Penelitian	Keterangan	No Urut Baru
12	Chlorine yang biasa digunakan di RSUD Kota Bekasi, merupakan desinfeksi tingkat menengah karena	-	Chlorine yang biasa digunakan di RSUD Kota Bekasi, merupakan desinfeksi tingkat menengah karena	Hasil uji kuesioner valid dan tetap diambil meskipun Diff Index > 0.8 karena substansi penting diketahui perawat	P10
13	Berikut ini adalah flora normal yang terdapat pada kulit yaitu	-	Berikut ini adalah flora normal yang terdapat pada kulit yaitu	Hasil uji kuesioner valid	P11
14	Angka INOK dapat digunakan untuk menilai hal berikut, kecuali	-	Angka INOK dapat digunakan untuk menilai hal berikut, kecuali	Hasil uji kuesioner valid	P12
15	Penutusan rantai infeksi melalui sistem isolasi telah dikembangkan oleh <i>centers for Disease Control & Preventions</i> . Sistem isolasi yang paling baru dikembangkan adalah:	-	-	(Tidak diambil karena tidak valid)	
16	Pada prosedur pemasangan infus, teknik aseptik area yang akan ditusuk dilakukan dengan cara berikut ini, kecuali :	-	Pada prosedur pemasangan infus, teknik aseptik area yang akan ditusuk dilakukan dengan cara berikut ini, kecuali :	Hasil uji kuesioner valid dan tetap diambil meskipun Diff Index < 0.3 karena substansi penting diketahui perawat	P13
17	Pengendalian INOK dapat bermanfaat untuk:	-	Pengendalian INOK dapat bermanfaat untuk:	Hasil uji kuesioner valid dan tetap diambil meskipun Diff Index > 0.8 karena substansi penting diketahui perawat	P14
18	Petugas yang terlibat dalam pengumpulan data surveilans INOK di ruangan, kecuali	-	Petugas yang terlibat dalam pengumpulan data surveilans INOK di ruangan, kecuali	Hasil uji kuesioner valid	P15
19	Bila ada pasien yang mempunyai tanda-tanda infeksi seperti tercantum dalam kriteria diagnostik INOK maka perawat ruangan harus	-	Bila ada pasien yang mempunyai tanda-tanda infeksi seperti tercantum dalam kriteria diagnostik INOK maka perawat ruangan harus	Hasil uji kuesioner valid	P16
20	Yang termasuk dalam <i>standard precaution</i> adalah	-	-	(Tidak diambil karena tidak valid)	

NO	Item Pernyataan Uji Kuesioner	Perubahan Redaksional Item Pernyataan untuk Uji Ulang	Item Pernyataan Yang Diambil Untuk Kuesioner Penelitian	Keterangan	No Urut Baru
21	Pencegahan INOK dalam pengelolaan linen di ruangan rawat inap adalah sebagai berikut kecualli	-	Pencegahan INOK dalam pengelolaan linen di ruangan rawat inap adalah sebagai berikut kecualli	Hasil uji kuesioner valid	P17
22	Dibawah ini adalah hal-hal yang harus dilakukan dalam pengelolaan sampah yang benar kecualli	-	Dibawah ini adalah hal-hal yang harus dilakukan dalam pengelolaan sampah yang benar kecualli	Hasil uji kuesioner valid	P18
23	Dibawah ini merupakan tindakan kebersihan perorangan dalam upaya pencegahan INOK, kecualli	-	Dibawah ini merupakan tindakan kebersihan perorangan dalam upaya pencegahan INOK, kecualli	Hasil uji kuesioner valid dan tetap diambil meskipun Diff Index > 0.8 karena substansi penting diketahui perawat (Tidak diambil karena tidak valid)	P19
24	Upaya pengendalian INOK yang mutlak dijalankan termasuk kategori	-	-		
25	Berikut ini teknik memakai masker yang benar kecualli	-	Berikut ini teknik memakai masker yang benar kecualli	Hasil uji kuesioner valid dan tetap diambil meskipun Diff Index > 0.8 karena substansi penting diketahui perawat	P20
CI	Variabel Sikap				
26	Pencegahan INOK sangat penting dilakukan karena akan mengurangi lama rawat pasien di rumah sakit	Pencegahan INOK sangat penting dilakukan agar lama rawat pasien di rumah sakit tidak panjang	Pencegahan INOK sangat penting dilakukan agar lama rawat pasien di rumah sakit tidak panjang	Hasil uji ulang valid, sehingga diambil menjadi item kuesioner	P21
27	Sebelum dan sesudah melakukan tindakan, cuci tangan sampai keadaan bersih mutlak dilakukan	-	Sebelum dan sesudah melakukan tindakan, cuci tangan sampai keadaan bersih mutlak dilakukan	Hasil uji kuesioner valid	P22

NO	Item Pernyataan Uji Kuesioner	Perubahan Redaksional Item Pernyataan untuk Uji Ulang	Item Pernyataan Yang Diambil Untuk Kuesioner Penelitian	Keterangan	No Urut Baru
28	Cuci tangan yang benar adalah dengan air mengalir, menggunakan sabun atau menggunakan cairan antiseptik selama minimal 10 detik	Cuci tangan yang benar harus dengan air mengalir, menggunakan sabun atau menggunakan cairan antiseptik dan dilakukan selama minimal 10-15 detik	Cuci tangan yang benar harus dengan air mengalir, menggunakan sabun atau menggunakan cairan antiseptik dan dilakukan selama minimal 10-15 detik	Hasil uji ulang valid, sehingga diambil menjadi item kuesioner	P23
29	Mencuci tangan perlu dilakukan meskipun pada saat tindakan keperawatan menggunakan sarung tangan yang steril	-	Mencuci tangan perlu dilakukan meskipun pada saat tindakan keperawatan menggunakan sarung tangan yang steril	Hasil uji kuesioner valid	P24
30	Apabila ada rekan kerja yang tidak menerapkan prinsip aseptik dalam tindakan keperawatan perlu kita tegur	-	Apabila ada rekan kerja yang tidak menerapkan prinsip aseptik dalam tindakan keperawatan perlu kita tegur	Hasil uji kuesioner valid	P25
31	Pemakaian sarung tangan non steril dilakukan pada saat kemungkinan terjadi kontak dengan darah atau cairan tubuh	-	Pemakaian sarung tangan non steril dilakukan pada saat kemungkinan terjadi kontak dengan darah atau cairan tubuh	Hasil uji kuesioner valid	P26
32	Tindakan intra vena menggunakan alat steril	-	Tindakan intra vena menggunakan alat steril	Hasil uji kuesioner valid	P27
33	Merawat luka dengan alat steril tidak perlu diganti untuk setiap pasien	Alat steril yang digunakan pada saat merawat luka, harus diganti untuk setiap pasien	Alat steril yang digunakan pada saat merawat luka, harus diganti untuk setiap pasien	Hasil uji ulang valid, sehingga diambil menjadi item kuesioner	P28
34	Pemasangan kateter harus dilakukan dengan teknik aseptik dan menggunakan peralatan steril	-	Pemasangan kateter harus dilakukan dengan teknik aseptik dan menggunakan peralatan steril	Hasil uji kuesioner valid	P29

NO	Item Pernyataan Uji Kuesioner	Perubahan Redaksional Item Pernyataan untuk Uji Ulang	Item Pernyataan Yang Diambil Untuk Kuesioner Penelitian	Keterangan	No Urut Baru
35	Pengambilan sampel urin dengan volume besar untuk pemeriksaan khusus harus diambil dari kantong drainase tanpa perlu teknik aseptik	Pengambilan sampel urin dengan volume besar untuk pemeriksaan khusus, harus diambil dari kantong drainase dengan teknik aseptik	-	Tidak diambil karena tidak valid meskipun sudah uji ulang	
36	Jarum bekas menyuntik intravena pada pasien tidak boleh digunakan kembali untuk memperbaiki infus yang macet baik pada pasien yang bersangkutan maupun pasien yang lain	-	Jarum bekas menyuntik intravena pada pasien tidak boleh digunakan kembali untuk memperbaiki infus yang macet baik pada pasien yang bersangkutan maupun pasien yang lain	Hasil uji kuesioner valid	P30
37	Pasien dan keluarganya tidak perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang penanggulangan infeksi	Pasien dan keluarganya perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang penanggulangan infeksi	Pasien dan keluarganya perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang penanggulangan	Hasil uji ulang valid, sehingga diambil menjadi item kuesioner	P31
38	Pada saat botol infus kempes akibat cairan infus tinggal sedikit, botol infus tidak boleh ditusuk dengan jarum	Pada prosedur pemasangan infus, supaya botol infus tidak kempes saat cairan infus tinggal sedikit, sebaiknya botol infus ditusuk dengan jarum	-	Tidak diambil karena tidak valid meskipun sudah uji ulang	
39	Pencukuran daerah yang akan dioperasi pada operasi elektif sebaiknya dilakukan 1 hari sebelum operasi	Pada operasi elektif, jarak waktu antara pencukuran daerah yang akan dioperasi dengan waktu operasi sebaiknya dilakukan sesingkat mungkin, dengan ketentuan maksimal 6 jam sebelum operasi	-	Tidak diambil karena tidak valid meskipun sudah uji ulang	
C3	Variabel Ketersediaan Sarana				
41	Tersedianya air mengalir untuk cuci tangan	-	Tersedianya air mengalir untuk cuci tangan	Hasil uji kuesioner valid	P33

NO	Item Pernyataan Uji Kuesioner	Perubahan Redaksional Item Pernyataan untuk Uji Ulang	Item Pernyataan Yang Diambil Untuk Kuesioner Penelitian	Keterangan	No Urut Baru
42	Tersedianya sabun cuci tangan/antiseptik	-	Tersedianya sabun cuci tangan/antiseptik	Hasil uji kuesioner valid	P34
43	Tersedianya cairan desinfektan	-	Tersedianya cairan desinfektan	Hasil uji kuesioner valid	P35
44	Tersedianya bahan habis pakai untuk melakukan tindakan keperawatan	-	Tersedianya bahan habis pakai untuk melakukan tindakan keperawatan	Hasil uji kuesioner valid	P36
45	Tersedianya alat pelindung diri untuk melakukan tindakan keperawatan	-	Tersedianya alat pelindung diri untuk melakukan tindakan keperawatan	Hasil uji kuesioner valid	P37
46	Tersedianya alat steril untuk tindakan perawatan	-	Tersedianya alat steril untuk tindakan perawatan	Hasil uji kuesioner valid	P38
47	Tersedianya tempat cuci instrumen	Tersedianya tempat mencuci instrumen setelah melakukan tindakan	Tersedianya tempat mencuci instrumen setelah melakukan tindakan	Hasil uji ulang valid, sehingga diambil menjadi item kuesioner	P39
48	Tersedianya kantong sampah sesuai jenisnya (hitam dan kuning)	Tersedianya kantong sampah sesuai jenisnya yaitu kantong hitam untuk sampah non medis dan kantong kuning untuk sampah medis	Tersedianya kantong sampah sesuai jenisnya yaitu kantong hitam untuk sampah non medis dan kantong kuning untuk sampah medis	Hasil uji ulang valid, sehingga diambil menjadi item kuesioner	P40

NO	Item Pernyataan Uji Kuesioner	Perubahan Redaksional Item Pernyataan untuk Uji Ulang	Item Pernyataan Yang Diambil Untuk Kuesioner Penelitian	Keterangan	No Urut Baru
C4	Variabel Ketersediaan Pedoman/SOP INOK				
49	Tersedianya pedoman kerja pengendalian INOK	-	Tersedianya pedoman kerja pengendalian INOK	Hasil uji kuesioner valid	P41
50	Tersedianya SOP pengendalian INOK	-	Tersedianya SOP pengendalian INOK	Hasil uji kuesioner valid	P42
51	Penjelasan yang diberikan tentang pedoman INOK/SOP pengendalian INOK	-	Penjelasan yang diberikan tentang pedoman INOK/SOP pengendalian INOK	Hasil uji kuesioner valid	P43
C5	Variabel Supervisi				
52	Pimpinan/atasan melakukan supervisi saat saudara melaksanakan tindakan keperawatan	-	Pimpinan/atasan melakukan supervisi saat saudara melaksanakan tindakan keperawatan	Hasil uji kuesioner valid	P44
53	Pada saat melakukan supervisi pimpinan memberikan arahan/petunjuk terhadap tindakan keperawatan yang saudara lakukan	-	Pada saat melakukan supervisi pimpinan memberikan arahan/petunjuk untuk perbaikan terhadap tindakan keperawatan yang saudara lakukan	Hasil uji kuesioner valid	P45
54	Setelah supervisi pimpinan melakukan umpan balik terhadap hasil temuannya	-	Setelah supervisi pimpinan melakukan umpan balik terhadap hasil temuannya	Hasil uji kuesioner valid	P46

NO	Item Pernyataan Uji Kuesioner	Perubahan Redaksional Item Pernyataan untuk Uji Ulang	Item Pernyataan Yang Diambil Untuk Kuesioner Penelitian	Keterangan
55	Supervisi yang dilakukan pimpinan tidak mengganggu kegiatan yang saudara lakukan	-	-	Hasil uji kuesioner tidak valid
56	Supervisi memberikan manfaat pada pekerjaan yang saudara lakukan	-	Supervisi memberikan manfaat pada pekerjaan yang saudara lakukan	Hasil uji kuesioner valid
C6	Variabel Sangsi	-	-	-
57	Perawat yang melanggar prinsip pencegahan INOK perlu diberi sangsi dari atasan	-	Perawat yang melanggar prinsip pencegahan INOK perlu diberi sangsi dari atasan	Hasil uji kuesioner valid
58	Sangsi harus ditegakkan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perawat atas tindakan yang sudah dilakukannya	-	Sangsi harus ditegakkan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perawat atas tindakan yang sudah dilakukannya	Hasil uji kuesioner valid
59	Pemberian sangsi sebaiknya dilakukan segera, tegas, wajar, berlaku sama diantara semua perawat dan atas dasar kesalahan yang	-	Pemberian sangsi sebaiknya dilakukan segera, tegas, wajar, berlaku sama diantara semua perawat dan atas dasar kesalahan yang	Hasil uji kuesioner valid
60	Sangsi yang diberikan harus bertahap mulai dari yang ringan sampai dengan yang berat	-	Sangsi yang diberikan harus bertahap mulai dari yang ringan sampai dengan yang berat	Hasil uji kuesioner valid
61	Saya menerima dengan lapang dada apabila atasan saya memberikan sangsi atas pelanggaran yang saya lakukan.	-	Saya menerima dengan lapang dada apabila atasan saya memberikan sangsi atas pelanggaran yang saya lakukan.	Hasil uji kuesioner valid

PENJELASAN PENELITIAN

Yth, Bapak/Ibu Perawat di RSUD Kota Bekasi,

Saya, Nani Rohani (mahasiswa Program Studi Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia, NPM 0706190105) bermaksud melakukan penelitian mengenai "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009." Hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi pihak manajemen RSUD Kota Bekasi untuk mengaktifkan program pengendalian INOK dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan.

Saya sebagai peneliti menjamin kerahasiaan identitas Bapak/Ibu dan data Bapak/Ibu sebagai responden. Dan jawaban Bapak/Ibu tidak akan berpengaruh terhadap penilaian kinerja ataupun jabatan Bapak/Ibu saat ini. Sehingga tidak akan berdampak negatif, karena penelitian ini semata-mata untuk kepentingan akademik. Karena itu saya sangat mengharapkan keikutsertaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dengan sukarela dan menjawab semua pertanyaan dari kuesioner ini dengan sejujurnya.

Akhir kata, saya mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas partisipasi Bapak/Ibu

Peneliti

Keterangan lebih lanjut Hub. Nani (081310406462)

Lampiran 2

PERSETUJUAN RESPONDEN

Berdasarkan penjelasan penelitian, saya memahami bahwa penelitian ini akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Keikutsertaan saya juga tidak berdampak negatif bagi saya baik dalam kinerja saya maupun jabatan saya. Karena itu saya bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian dan menandatangani lembar persetujuan ini sebagai bukti persetujuan saya. Saya juga akan menjawab semua kuesioner dengan sebenar-benarnya. Semoga penelitian ini bermanfaat baik bagi peneliti, pihak rumah sakit, maupun akademik.

Bekasi,.....Maret 2009

Tanda tangan responden

Saksi

() ()

Kode

--	--	--

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
PERAWAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL
DI RUANG RAWAT INAP RSUD KOTA BEKASI TAHUN 2009**

(Nani Rohani, NPM : 0706190105)

KUESIONER (A) DATA RESPONDEN

Petunjuk pengisian Kuesioner

- Bacalah pertanyaan tentang data pribadi Saudara berikut ini dengan teliti
- Lingkarilah pada pilihan jawaban Saudara yang paling tepat sesuai dengan kolom yang sudah disediakan dan isilah titik-titik dengan jawaban singkat
- Tanggal Pengisian :.....Maret 2009
- Instalasi :.....
- Usia :.....Tahun
- Lama kerja di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi :.....Tahun.....Bulan
- Jenis Kelamin : 1. laki – laki 2. perempuan
- Pendidikan : 1. SPK/SPR 2. DI Kebidanan
3. DIII Keperawatan/DIII Kebidanan 4. S-1 Keperawatan
5. S-2 Keperawatan

KUESIONER (B)

PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG INFEKSI NOSOKOMIAL (INOK)

Petunjuk Pengisian :

1. Pertanyaan berikut ini adalah mengenai infeksi nosokomial
 2. Berilah tanda silang (x) pada salah satu pilihan jawaban yang menurut saudara paling tepat
 3. Mohon semua pertanyaan diisi
-
1. Beberapa kriteria infeksi nosokomial adalah sebagai berikut kecuali :
 - a. Infeksi yang terjadi di rumah sakit setelah pasien dirawat 3 x 24 jam
 - b. Pada waktu mulai dirawat tidak sedang dalam masa inkubasi
 - c. Infeksi pada lokasi yang sama tetapi disebabkan oleh mikroorganisme yang berbeda dari mikroorganisme saat masuk rumah sakit
 - d. Infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme yang sama pada saat masuk rumah sakit tetapi lokasi infeksi berbeda
 - e. Infeksi pada anak yang diketahui dan dibuktikan menular melalui plasenta.
 2. Berikut ini adalah tiga faktor utama yang dianggap determinan epidemiologi infeksi nosokomial, kecuali :
 - a. Sumber infeksi
 - b. Rute penularan
 - c. Instrumen steril untuk melakukan tindakan
 - d. Host yang rentan
 - e. Bukan Salah satu diatas
 3. Sumber infeksi nosokomial adalah sebagai berikut, kecuali :
 - a. Pasien sendiri dan pasien lain
 - b. Personil rumah sakit dan pengunjung
 - c. Alat dan bahan untuk tindakan
 - d. Cairan antiseptik yang digunakan untuk cuci tangan
 - e. Makanan dan lingkungan rumah sakit

4. Penggunaan sarung tangan yang tepat adalah sebagai berikut :
 - a. Gunakan sarung tangan yang bersih dan tidak perlu steril pada saat menyentuh darah, cairan tubuh, cairan sekresi, ekskresi dan produk yang terkontaminasi.
 - b. Gunakan sarung tangan steril pada saat melakukan tindakan pemasangan kateter
 - c. Melepas sarung tangan segera setelah selesai melakukan tindakan dan sebelum meninggalkan lingkungan pasien
 - d. Ganti sarung tangan diantara pelaksanaan tugas atau prosedur pada pasien yang sama , ganti sarung tangan setiap melakukan tindakan pada pasien yang berbeda
 - e. Semua jawaban benar
5. Jenis-jenis infeksi nosokomial adalah sebagai berikut, kecuali :
 - a. Endometritis, Sepsis klinis
 - b. Infeksi aliran darah primer
 - c. Infeksi saluran cerna dan infeksi saluran kemih
 - d. Infeksi darah putih
 - e. Infeksi luka operasi, pneumonia
6. Gejala/Keluhan infeksi saluran kemih antara lain :
 - a. Oliguria dengan jumlah urin < 20 ml/jam dan nyeri abdomen
 - b. Disuria, polakisuria, nikuria,nyeri supra pubik , demam > 38^o C
 - c. Hipotensi (sistolik < 90 mmhg), adanya purulent keluar dari uterus
 - d. Bising usus meningkat atau menurun disertai muntah
 - e. Bukan salah satu diatas
7. Berikut ini adalah tanda phlebitis :
 - a. Kemerahan pada tempat tusukan, ada rasa sakit dengan atau tanpa nanah,oedema
 - b. Rasa panas
 - c. Ada garis kemerahan sepanjang vena yang terkena
 - d. Vena yang ditusuk teraba mengeras
 - e. Semua pernyataan diatas benar

8. Berikut ini adalah upaya pencegahan infeksi nosokomial kecuali :
 - a. Selalu mencuci tangan sampai bersih dengan sabun / antiseptik sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan
 - b. Melaksanakan tehnik aseptik & antiseptik
 - c. Menjaga kebersihan lingkungan dan isolasi pasien penyakit menular
 - d. Menggunakan alat pelindung diri saat melakukan tindakan perawatan pada pasien
 - e. Menutup kembali jarum suntik yang sudah digunakan.
9. Hibiscrub (Chlorhexidine) berfungsi sebagai:
 - a. Anti septik saat cuci tangan agar dapat membunuh sebagian besar mikroorganisme kecuali sporanya
 - b. Antiseptik saat cuci tangan agar dapat menghilangkan mikroorganisme tapi tidak membunuh mikroorganisme
 - c. Anti septik saat cuci tangan agar dapat membunuh semua mikroorganisme beserta sporanya
 - d. Bukan salah satu diatas
 - e. Pernyataan a, b, dan c benar
10. Chlorine yang biasa digunakan di RSUD Kota Bekasi, merupakan desinfeksi tingkat menengah karena :
 - a. Mikroorganisme yang hidup pada instrumen akan mati dengan cepat kecuali sporanya, bila alat tersebut direndam selama 15 menit dalam chlorine 2500 ppm
 - b. Tempat tidur pasien akan steril bila di bersihkan dan dilap dengan chlorine
 - c. Virus berbahaya seperti Hepatitis B dan HIV yang hidup pada instrumen akan mati dengan cepat kecuali sporanya, bila alat tersebut direndam selama 15 menit dalam chlorine 2500 ppm
 - d. Tidak dapat membunuh kuman apapun
 - e. Pernyataan a dan c benar
11. Berikut ini adalah flora normal yang terdapat pada kulit yaitu:
 - a. Escherichia coli
 - b. Klebsiela pneumoniae

- c. *Staphylococcus* sp dan *Staphylococcus aureus*
 - d. *Mycobacterium Tuberculosis*
 - e. Virus Influenza
12. Angka INOK dapat digunakan untuk menilai hal berikut, kecuali:
- a. Standar penilaian baiknya pelayanan di ruang rawat, sehingga harus dilaporkan kecil
 - b. Alat ukur keberhasilan upaya pengendalian INOK
 - c. Bagian dari standar penilaian akreditasi rumah sakit
 - d. Tolak ukur mutu pelayanan suatu rumah sakit
 - e. Standar penilaian baiknya pelayanan diruang rawat, sehingga harus dilaporkan sesuai kondisi yang sebenarnya.
13. Pada prosedur pemasangan infus, teknik aseptik area yang akan ditusuk dilakukan dengan cara berikut ini, kecuali :
- a. Mencuci tangan hingga bersih sebelum dan sesudah tindakan
 - b. Menggunakan alkohol 70%
 - c. Dioleskan pada area yang akan ditusuk berputar dari tengah keluar
 - d. Luas area berdiameter 5-10 cm
 - e. Pernyataan b, c dan d adalah benar
14. Pengendalian INOK dapat bermanfaat untuk:
- a. Meningkatkan kunjungan klien rawat jalan
 - b. Mengurangi hari perawatan klien rawat inap
 - c. Meningkatkan biaya perawatan pasien
 - d. Meningkatkan angka kematian klien
 - e. Meningkatkan biaya operasional rumah sakit
15. Petugas yang terlibat dalam pengumpulan data surveilans INOK di ruangan, kecuali
- a. Ketua Panitia Pengendalian INOK
 - b. Perawat ruangan
 - c. Kepala ruangan
 - d. Tim INOK
 - e. Infection Control Nurse

16. Bila ada pasien yang mempunyai tanda-tanda infeksi seperti tercantum dalam kriteria diagnostik INOK maka perawat ruangan harus :
- Mengisi formulir 1 kemudian meletakkan pada tempat khusus
 - Kepala ruangan mempelajari dan mencari dokter yang merawat atau dokter ruangan untuk memastikan apakah benar telah terjadi INOK.
 - Kepala ruangan melengkapi formulir 1 tersebut
 - Pelaksana harian Tim INOK berkoordinasi dengan kepala ruangan
 - Memberikan formulir 1 kepada dokter yang merawat pasien
17. Pencegahan INOK dalam pengelolaan linen di ruangan rawat inap adalah sebagai berikut kecuali:
- Memakai sarung tangan saat mengumpulkan linen dan memilah linen
 - Cuci tangan sebelum dan sesudah menangani linen
 - Memasukan linen sesuai dengan kelompok linen ke dalam kantong plastik yang sudah ditentukan
 - Memakai sarung tangan, masker dan apron saat mencuci linen
 - Menggunakan trolley tertutup saat membawa linen dari ruangan ke laundry
18. Dibawah ini adalah hal-hal yang harus dilakukan dalam pengelolaan sampah yang benar kecuali:
- Kantong plastik hitam untuk sampah rumah tangga
 - Kantong plastik merah untuk sampah yang mengandung radioaktif
 - Limbah medis cair dibawa ke incenerator
 - Kantong plastik kuning untuk sampah medis
 - Membuang benda-benda tajam seperti jarum dan spuit bekas pakai ke dalam wadah tertutup yang tahan tusukan
19. Dibawah ini merupakan tindakan kebersihan perorangan dalam upaya pencegahan INOK, kecuali :
- Semua petugas kesehatan wajib menjaga kesehatan dan kebersihan masing-masing
 - Tidak perlu melepaskan perhiasan saat melakukan tindakan keperawatan karena sudah cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
 - Kuku harus bersih dan dipotong pendek dan tidak diperbolehkan menggunakan kuku palsu

- d. Rambut harus pendek atau diikat rapi, kumis dan jambang dicukur rapi
- e. Melepaskan jam tangan saat mencuci tangan & melakukan tindakan

20. Berikut ini teknik memakai masker yang benar kecuali :

- a. Cuci tangan dan ambil masker, tekuk bagian logam yang akan mengenai hidung sesuaikan dengan bentuk hidung .
- b. Hindarkan memegang – memegang masker sebelum dipasang di wajah
- c. Pasang masker hingga menutupi wajah dan hidung.
- d. Kemudian ikatkan tali pada bagian atas dibelakang kepala, pastikan tali lewat diatas telinga
- e. Gantungkan masker dileher pada saat keluar dari ruangan pasien, supaya bisa digunakan kembali

KUESIONER (C)

SIKAP PERAWAT, PELATIHAN, KETERSEDIAAN SARANA DAN PEDOMAN INOK, SUPERVISI DAN SANKSI YANG BERKAITAN DENGAN UPAYA PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL

C1. SIKAP PERAWAT

Petunjuk Pengisian:

1. Pernyataan di bawah ini merupakan gambaran sikap perawat
2. Pilihlah satu jawaban yang paling menggambarkan sikap kerja saudara
3. Berilah tanda rumput (V) pada kolom Sangat tidak setuju (STS), Tidak setuju (TS), Ragu-ragu (RR), Setuju (S) atau Sangat setuju (SS) sesuai pendapat saudara.
4. Mohon semua pertanyaan diisi

No	PERNYATAAN	STS	TS	RR	S	SS
21	Pencegahan INOK sangat penting dilakukan agar lama rawat pasien di rumah sakit tidak panjang					
22	Sebelum dan sesudah melakukan tindakan, cuci tangan sampai keadaan bersih mutlak dilakukan					

No	PERNYATAAN	STS	TS	RR	S	SS
23	Cuci tangan yang benar harus dengan air mengalir, menggunakan sabun atau menggunakan cairan antiseptik dan dilakukan selama minimal 10-15 detik					
24	Mencuci tangan perlu dilakukan meskipun pada saat tindakan keperawatan menggunakan sarung tangan yang steril					
25	Apabila ada rekan kerja yang tidak menerapkan prinsip aseptik dalam tindakan keperawatan perlu kita tegur					
26	Pemakaian sarung tangan non steril dilakukan pada saat kemungkinan terjadi kontak dengan darah atau cairan tubuh					
27	Tindakan intra vena menggunakan alat steril					
28	Alat steril yang digunakan pada saat merawat luka, harus diganti untuk setiap pasien					
29	Pemasangan kateter harus dilakukan dengan teknik aseptik dan menggunakan peralatan steril					
30	Jarum bekas menyuntik intravena pada pasien tidak boleh digunakan kembali untuk memperbaiki infus yang macet baik pada pasien yang bersangkutan maupun pasien yang lain					
31	Pasien dan keluarganya perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan infeksi					

C2. PELATIHAN

Petunjuk Pengisian:

1. Pertanyaan di bawah ini merupakan pertanyaan yang berkaitan dengan pelatihan khusus yang pernah diikuti oleh perawat baik di dalam RSUD Kota Bekasi maupun di luar RSUD Kota Bekasi dalam 3 tahun terakhir yang berhubungan dengan pengendalian INOK
2. Pilihlah satu jawaban yang paling sesuai dengan kondisi Saudara
3. Berilah tanda silang (x) pada salah satu pilihan jawaban yang Saudara pilih

32. Berapa kali Saudara mengikuti pelatihan tentang pengendalian INOK?

- a. 1 kali
- b. 2 kali
- c. 3 kali
- d. lain-lain sebutkan.....

C3. KETERSEDIAAN SARANA

Petunjuk Pengisian:

1. Pertanyaan di bawah ini merupakan pendapat saudara tentang penyediaan sarana di ruangan rawat inap tempat saudara bekerja
2. Pilihlah satu jawaban yang paling sesuai menurut saudara
3. Berilah tanda rumput (V) sesuai pendapat saudara, pada kolom :

Tidak memadai (TM) jika hal tersebut sulit tersedia dan sulit mendapatkannya

Kurang Memadai (KM) jika hal tersebut lebih sering tidak tersedia dan perlu waktu untuk mendapatkannya

Cukup Memadai (CM) jika hal tersebut lebih sering tersedia dan mudah untuk mendapatkannya

Memadai (M) jika hal tersebut selalu tersedia dan mudah untuk mendapatkannya

4. Mohon semua pertanyaan diisi

No	PERNYATAAN	TM	KM	CM	M
33	Tersedianya air mengalir untuk cuci tangan				
34	Tersedianya sabun cuci tangan/antiseptik				
35	Tersedianya cairan desinfektan				
36	Tersedianya bahan habis pakai untuk melakukan tindakan keperawatan				
37	Tersedianya alat pelindung diri untuk melakukan tindakan keperawatan				
38	Tersedianya alat steril untuk tindakan perawatan				
39	Tersedianya tempat mencuci instrumen setelah melakukan tindakan				
40	Tersedianya kantong sampah sesuai jenisnya yaitu hitam untuk sampah non medis dan kuning untuk sampah medis)				

C4. KETERSEDIAAN PEDOMAN /SOP INOK

Petunjuk Pengisian:

1. Pertanyaan di bawah ini merupakan pendapat saudara tentang penyediaan pedoman INOK di ruangan rawat inap tempat saudara bekerja
2. Pilihlah satu jawaban yang paling sesuai menurut saudara
3. Berilah tanda rumput (V) sesuai pendapat saudara, pada kolom :
Tidak memadai (TM) jika hal tersebut tidak ada
Kurang Memadai (KM) jika hal tersebut ada, tapi tidak disosialisasikan
Cukup Memadai (CM) jika hal tersebut ada dan pernah disosialisasikan
Memadai (M) jika hal tersebut ada, disosialisasikan secara berkala dan dilakukan follow up
4. Mohon semua pertanyaan diisi

No	PERNYATAAN	TM	KM	CM	M
41	Tersedianya pedoman kerja pengendalian INOK				
42	Tersedianya SOP pengendalian INOK				
43	Penjelasan yang diberikan tentang pedoman INOK/SOP pengendalian INOK				

C5. SUPERVISI

Petunjuk Pengisian:

1. Pertanyaan di bawah ini merupakan pendapat saudara tentang supervisi/pengawasan yang dilakukan terhadap pelaksanaan upaya pencegahan INOK di ruangan rawat inap tempat saudara bekerja
2. Pilihlah satu jawaban yang paling sesuai dengan situasi yang dialami Saudara
3. Berilah tanda rumput (V) pada kolom
 TP = Tidak Pernah, bila hal tersebut tidak pernah dilakukan/tidak pernah dirasakan
 KK = Kadang-kadang, bila hal tersebut lebih sering tidak dilakukan/tidak dirasakan daripada dilakukan/dirasakan
 SRG = Sering, bila hal tersebut lebih sering dilakukan/dirasakan daripada tidak
 SLL = Selalu, bila hal tersebut selalu dilakukan/dirasakan
4. Mohon semua pertanyaan diisi

No	PERNYATAAN	TP	KK	SRG	SLL
44	Pimpinan/atasan melakukan supervisi saat saudara melaksanakan tindakan keperawatan				
45	Pada saat melakukan supervisi pimpinan memberikan arahan/petunjuk untuk perbaikan terhadap tindakan keperawatan yang saudara lakukan				
46	Setelah supervisi pimpinan melakukan umpan balik terhadap hasil temuannya				
47	Supervisi memberikan manfaat pada pekerjaan yang saudara lakukan				

C6. SANKSI

Petunjuk Pengisian:

1. Pernyataan dibawah ini merupakan pendapat saudara tentang sanksi yang diberlakukan terhadap pelanggaran dalam pelaksanaan upaya pencegahan INOK di ruangan rawat inap tempat saudara bekerja
2. Pilihlah satu jawaban yang paling sesuai menurut saudara
3. Berilah tanda rumpuk (V) pada kolom **Sangat tidak setuju (STS)**, **Tidak setuju (TS)**, **Ragu-ragu (RR)**, **Setuju (S)** atau **Sangat setuju (SS)** sesuai pendapat saudara.
4. Mohon semua pertanyaan diisi

No	PERNYATAAN	STS	TS	RR	S	SS
48	Perawat yang melanggar prinsip pencegahan INOK perlu diberi sanksi dari atasan					
49	Sanksi harus ditegakkan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perawat atas tindakan yang sudah dilakukannya					
50	Pemberian sanksi sebaiknya dilakukan segera, tegas, wajar, berlaku sama diantara semua perawat dan atas dasar kesalahan yang dilakukan perawat tersebut					
51	Sanksi yang diberikan harus bertahap mulai dari yang ringan sampai dengan yang berat					
52	Saya menerima dengan lapang dada apabila atasan saya memberikan sanksi atas pelanggaran yang saya lakukan.					

Instrumen D

OBSERVASI PENAMPILAN KERJA PERAWAT

Petunjuk Pengisian:

Berilah tanda rumput (V) pada kolom Ya jika perawat melakukan dan kolom Tidak jika perawat tidak melakukan atau terdapat kekurangan

Nama Perawat :

Ruang Perawatan :

Tindakan yang Dilakukan :

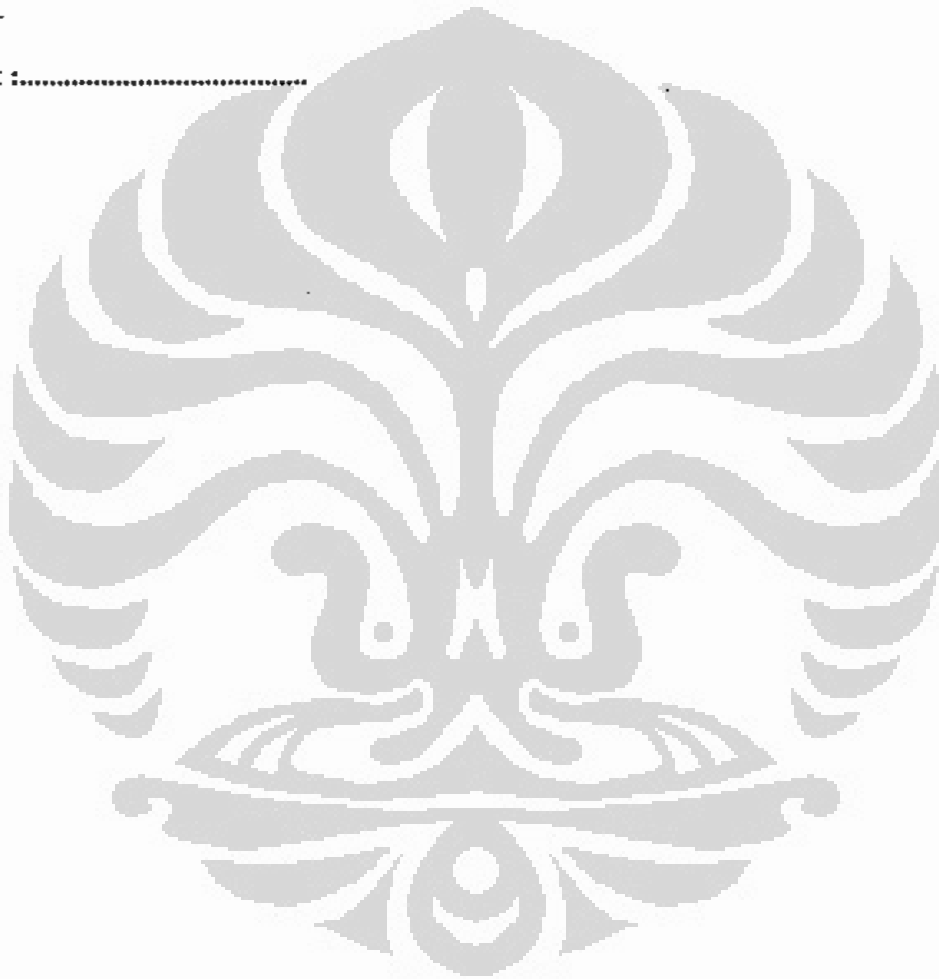
Hari:..... Tanggal :..... Pukul :.....

Pengamatan ke.....

No	PENAMPILAN HASIL KERJA	YA	TIDAK
1	Menjaga kebersihan perorangan saat bekerja : kuku bersih dan dipotong pendek		
2	Menjaga kebersihan perorangan saat bekerja : rambut pendek / rambut panjang diikat/bagi yang menggunakan jilbab diusahakan rapi		
3	Melepaskan perhiasan seperti cincin, gelang dan jam tangan sebelum cuci tangan		
4	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dengan air mengalir dan sabun atau antiseptik selama 10-15 detik		
5	Mengeringkan tangan dengan lap sekali pakai setelah cuci tangan		
6	Menggunakan masker saat melakukan tindakan yang memungkinkan adanya cipratan cairan tubuh		
7	Menggunakan masker saat melakukan tindakan pada pasien dengan diagnosa penyakit yang ditularkan lewat udara		
8	Menggunakan sarung tangan steril/bersih saat melakukan tindakan		
9	Sarung tangan diganti untuk setiap pasien		
10	Tidak menggantungkan masker dileher setelah melakukan tindakan		
11	Menggunakan alat steril		
12	Alat steril diganti untuk setiap pasien		
13	Melakukan teknik septik aseptik		

14	Mempertahankan prinsip steril saat melakukan tindakan yang memerlukan prinsip steril		
15	Membuang jarum bekas pakai atau bahan habis pakai pada tempat sampah sesuai jenisnya		
16	Tidak melakukan recapping		
17	Mencuci tangan sesudah melakukan tindakan dengan air mengalir dan sabun atau antiseptik selama 10-15 detik		

Pengamat :.....



Crosstabs

Pendidikan * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total	
		Tidak Patuh	Patuh		
Pendidikan	Pendidikan Rendah	Count	8	5	13
		% within Pendidikan	61.5%	38.5%	100.0%
	Pendidikan Tinggi	Count	30	37	67
		% within Pendidikan	44.8%	55.2%	100.0%
Total		Count	38	42	80
		% within Pendidikan	47.5%	52.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.227(b)	1	.268		
Continuity Correction(a)	.647	1	.421		
Likelihood Ratio	1.231	1	.267		
Fisher's Exact Test				.366	.211
Linear-by-Linear Association	1.211	1	.271		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.18.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Pendidikan Rendah / Pendidikan Tinggi)	1.973	.585	6.662
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.374	.829	2.278
For cohort Kepatuhan = Patuh	.696	.339	1.432
N of Valid Cases	80		

Pengetahuan * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total
		Tidak Patuh	Patuh	
Pengetahuan	Kurang	Count 26	15	41
		% within Pengetahuan 63.4%	36.6%	100.0%
	Baik	Count 12	27	39
		% within Pengetahuan 30.8%	69.2%	100.0%
Total		Count 38	42	80
		% within Pengetahuan 47.5%	52.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.542(b)	1	.003		
Continuity Correction(a)	7.283	1	.007		
Likelihood Ratio	8.708	1	.003		
Fisher's Exact Test				.004	.003
Linear-by-Linear Association	8.435	1	.004		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.53.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Kurang / Baik)	3.900	1.538	9.892
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	2.061	1.219	3.484
For cohort Kepatuhan = Patuh	.528	.336	.832
N of Valid Cases	80		

Sikap * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total
		Tidak Patuh	Patuh	
Sikap	Sikap kurang	Count 20	22	42
		% within Sikap 47.6%	52.4%	100.0%
	Sikap baik	Count 18	20	38
		% within Sikap 47.4%	52.6%	100.0%
Total		Count 38	42	80
		% within Sikap 47.5%	52.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001(b)	1	.982		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.982		
Fisher's Exact Test				1.000	.580
Linear-by-Linear Association	.000	1	.982		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.05.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Sikap kurang / Sikap baik)	1.010	.420	2.432
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.005	.634	1.595
For cohort Kepatuhan = Patuh	.995	.656	1.511
N of Valid Cases	80		

Ketersediaan sarana * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total	
		Tidak Patuh	Patuh		
Ketersediaan sarana	Kurang	Count	26	13	39
		% within Ketersediaan sarana	66.7%	33.3%	100.0%
	Baik	Count	12	29	41
		% within Ketersediaan sarana	29.3%	70.7%	100.0%
Total	Count	38	42	80	
	% within Ketersediaan sarana	47.5%	52.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.210(b)	1	.001		
Continuity Correction(a)	9.761	1	.002		
Likelihood Ratio	11.483	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	11.070	1	.001		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.53.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Ketersediaan sarana (Kurang / Baik)	4.833	1.876	12.454
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	2.278	1.347	3.851
For cohort Kepatuhan = Patuh	.471	.290	.766
N of Valid Cases	80		

Ketersediaan pedoman * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total
		Tidak Patuh	Patuh	
Ketersediaan pedoman	Kurang	Count 23	13	36
		% within Ketersediaan pedoman 63.9%	36.1%	100.0%
	Baik	Count 15	29	44
		% within Ketersediaan pedoman 34.1%	65.9%	100.0%
Total		Count 38	42	80
		% within Ketersediaan pedoman 47.5%	52.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.050(b)	1	.008		
Continuity Correction(a)	5.906	1	.015		
Likelihood Ratio	7.147	1	.008		
Fisher's Exact Test				.013	.007
Linear-by-Linear Association	6.962	1	.008		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.10.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Ketersediaan pedoman (Kurang / Baik)	3.421	1.360	8.605
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.874	1.161	3.025
For cohort Kepatuhan = Patuh	.548	.338	.889
N of Valid Cases	80		

Ketersediaan pedoman * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total
		Tidak Patuh	Patuh	
Ketersediaan pedoman	Kurang	Count 23	Count 13	Count 36
		% within Ketersediaan pedoman 63.9%	% within Ketersediaan pedoman 36.1%	% within Ketersediaan pedoman 100.0%
	Baik	Count 15	Count 29	Count 44
		% within Ketersediaan pedoman 34.1%	% within Ketersediaan pedoman 65.9%	% within Ketersediaan pedoman 100.0%
Total		Count 38	Count 42	Count 80
		% within Ketersediaan pedoman 47.5%	% within Ketersediaan pedoman 52.5%	% within Ketersediaan pedoman 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.050(b)	1	.008		
Continuity Correction(a)	5.906	1	.015		
Likelihood Ratio	7.147	1	.008		
Fisher's Exact Test				.013	.007
Linear-by-Linear Association	6.962	1	.008		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.10.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Ketersediaan pedoman (Kurang / Baik)	3.421	1.360	8.605
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.874	1.161	3.025
For cohort Kepatuhan = Patuh	.548	.338	.889
N of Valid Cases	80		

Lama bekerja * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total	
		Tidak Patuh	Patuh		
Lama bekerja	<= 8 thn 3 bin	Count	18	28	46
		% within Lama bekerja	39.1%	60.9%	100.0%
	> 8 thn 4 bin	Count	20	14	34
		% within Lama bekerja	58.8%	41.2%	100.0%
Total		Count	38	42	80
		% within Lama bekerja	47.5%	52.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.040(b)	1	.081		
Continuity Correction(a)	2.302	1	.129		
Likelihood Ratio	3.056	1	.080		
Fisher's Exact Test				.113	.064
Linear-by-Linear Association	3.002	1	.083		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.15.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Lama bekerja (<= 8 thn 3 bin / > 8 thn 4 bin)	.450	.182	1.111
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.665	.421	1.051
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.478	.930	2.351
N of Valid Cases	80		

Supervisi * Kepatuhan

Crosstab

				Kepatuhan		Total
				Tidak Patuh	Patuh	
Supervisi	Kurang	Count	25	17	42	
		% within Supervisi	59.5%	40.5%	100.0%	
	Baik	Count	13	25	38	
		% within Supervisi	34.2%	65.8%	100.0%	
Total		Count	38	42	80	
		% within Supervisi	47.5%	52.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.128(b)	1	.024		
Continuity Correction(a)	4.161	1	.041		
Likelihood Ratio	5.188	1	.023		
Fisher's Exact Test				.027	.020
Linear-by-Linear Association	5.062	1	.024		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.05.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Supervisi (Kurang / Baik)	2.828	1.138	7.028
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.740	1.048	2.888
For cohort Kepatuhan = Patuh	.615	.399	.948
N of Valid Cases	80		

Sangsi * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total
		Tidak Patuh	Patuh	
Sangsi	Kurang	Count 28	29	57
		% within Sangsi 49.1%	50.9%	100.0%
	Baik	Count 10	13	23
		% within Sangsi 43.5%	56.5%	100.0%
Total		Count 38	42	80
		% within Sangsi 47.5%	52.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.209(b)	1	.647		
Continuity Correction(a)	.044	1	.833		
Likelihood Ratio	.210	1	.647		
Fisher's Exact Test				.805	.418
Linear-by-Linear Association	.207	1	.649		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.93.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sangsi (Kurang / Baik)	1.255	.474	3.325
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.130	.661	1.930
For cohort Kepatuhan = Patuh	.900	.580	1.398
N of Valid Cases	80		

Pelatihan yg diikuti responden * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total
		Tidak Patuh	Patuh	
Pelatihan yg diikuti responden	Tdk pernah	Count 28	28	56
		% within Pelatihan yg diikuti responden 50.0%	50.0%	100.0%
	Pernah	Count 10	14	24
		% within Pelatihan yg diikuti responden 41.7%	58.3%	100.0%
Total		Count 38	42	80
		% within Pelatihan yg diikuti responden 47.5%	52.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.488(b)	1	.494		
Continuity Correction(a)	.193	1	.660		
Likelihood Ratio	.470	1	.493		
Fisher's Exact Test				.626	.331
Linear-by-Linear Association	.462	1	.497		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.40.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pelatihan yg diikuti responden (Tdk pernah / Pernah)	1.400	.533	3.678
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.200	.699	2.061
For cohort Kepatuhan = Patuh	.857	.559	1.315
N of Valid Cases	80		

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	80	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	80	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		80	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter
			(1)
lama bekerja	<= 8 thn 3 bln	46	-.500
	> 8 thn 4 bln	34	.500
Ketersediaan sarana	Kurang	39	-.500
	Baik	41	.500
Ketersediaan bedoman	Kurang	36	-.500
	Baik	44	.500
Supervisi	Kurang	42	-.500
	Baik	38	.500
Pengetahuan	Kurang	41	-.500
	Baik	39	.500

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
			Tidak Patuh	Patuh	
Step 0	Kepatuhan	Tidak Patuh	0	38	.0
		Patuh	0	42	100.0
Overall Percentage					52.5

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.100	.224	.200	1	.655	1.105

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
	tahu1(1)	8.542	1	.003
	sarana1(1)	11.210	1	.001
	pedoman1(1)	7.050	1	.008
	visi(1)	5.126	1	.024
	lama(1)	3.040	1	.081
	Overall Statistics	23.561	5	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step		Chi-square	df	Sig.
1	Step	26.711	5	.000
	Block	26.711	5	.000
	Model	26.711	5	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
	83.992 ^a	.284	.379

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
	8.508	8	.386

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

Step		Kepatuhan = Tidak Patuh		Kepatuhan = Patuh		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
1	1	7	6.357	0	.643	7
	2	4	5.689	3	1.311	7
	3	9	6.999	0	2.001	9
	4	4	5.309	5	3.691	9
	5	4	4.614	5	4.386	9
	6	3	3.404	5	4.596	8
	7	3	2.119	5	5.881	8
	8	3	2.109	7	7.891	10
	9	1	.910	5	5.090	6
	10	0	.490	7	6.510	7

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		Kepatuhan		Percentage Correct	
		Tidak Patuh	Patuh		
Step 1	Kepatuhan	Tidak Patuh	27	11	71.1
		Patuh	11	31	73.8
Overall Percentage					72.5

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step tahu1(1)	1.062	.554	3.675	1	.055	2.893
sarana1(1)	1.406	.560	6.310	1	.012	4.080
pedoman1(1)	1.229	.582	4.461	1	.035	3.417
visi(1)	.356	.586	.370	1	.543	1.428
lama(1)	-1.136	.559	4.125	1	.042	.321
Constant	-.009	.273	.001	1	.975	.991

Variables in the Equation

		95.0% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step	tahu1(1)	.977	8.572
	sarana1(1)	1.362	12.222
	pedoman1(1)	1.093	10.689
	visi(1)	.453	4.501
	lama(1)	.107	.961
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: tahu1, sarana1, pedoman1, visi, lama.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	80	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	80	100.0
Deselected Cases		0	.0
	Total	80	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
Usia bekerja	<= 8 thn 3 bln	46	-.500
	> 8 thn 4 bln	34	.500
Ketersediaan sarana	Kurang	39	-.500
	Baik	41	.500
Ketersediaan pedoman	Kurang	36	-.500
	Baik	44	.500
Pengetahuan	Kurang	41	-.500
	Baik	39	.500

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed		Predicted			
		Kepatuhan		Percentage Correct	
		Tidak Patuh	Patuh		
Step 0	Kepatuhan	Tidak Patuh	0	38	.0
		Patuh	0	42	100.0
Overall Percentage					52.5

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.100	.224	.200	1	.655	1.105

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
	tahu1(1)	8.542	1	.003
	sarana1(1)	11.210	1	.001
	pedoman1(1)	7.050	1	.008
	lama(1)	3.040	1	.081
	Overall Statistics	23.220	4	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	26.345	4	.000
	Block	26.345	4	.000
	Model	26.345	4	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
	84.359 ^a	.281	.374

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
	6.340	8	.609

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Kepatuhan = Tidak Patuh		Kepatuhan = Patuh		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	8	7.183	0	.817	8
	2	6	7.275	3	1.725	9
	3	8	6.496	1	2.504	9
	4	4	5.217	6	4.783	10
	5	4	4.432	5	4.568	9
	6	3	3.051	6	5.949	9
	7	2	1.454	4	4.546	6
	8	2	1.204	4	4.796	6
	9	0	1.001	5	3.999	5
	10	1	.687	8	8.313	9

Classification Table^a

	Observed		Predicted		Percentage Correct
			Kepatuhan		
			Tidak Patuh	Patuh	
Step 1	Kepatuhan	Tidak Patuh	26	12	68.4
		Patuh	10	32	76.2
	Overall Percentage				72.5

a. The cut value is .500

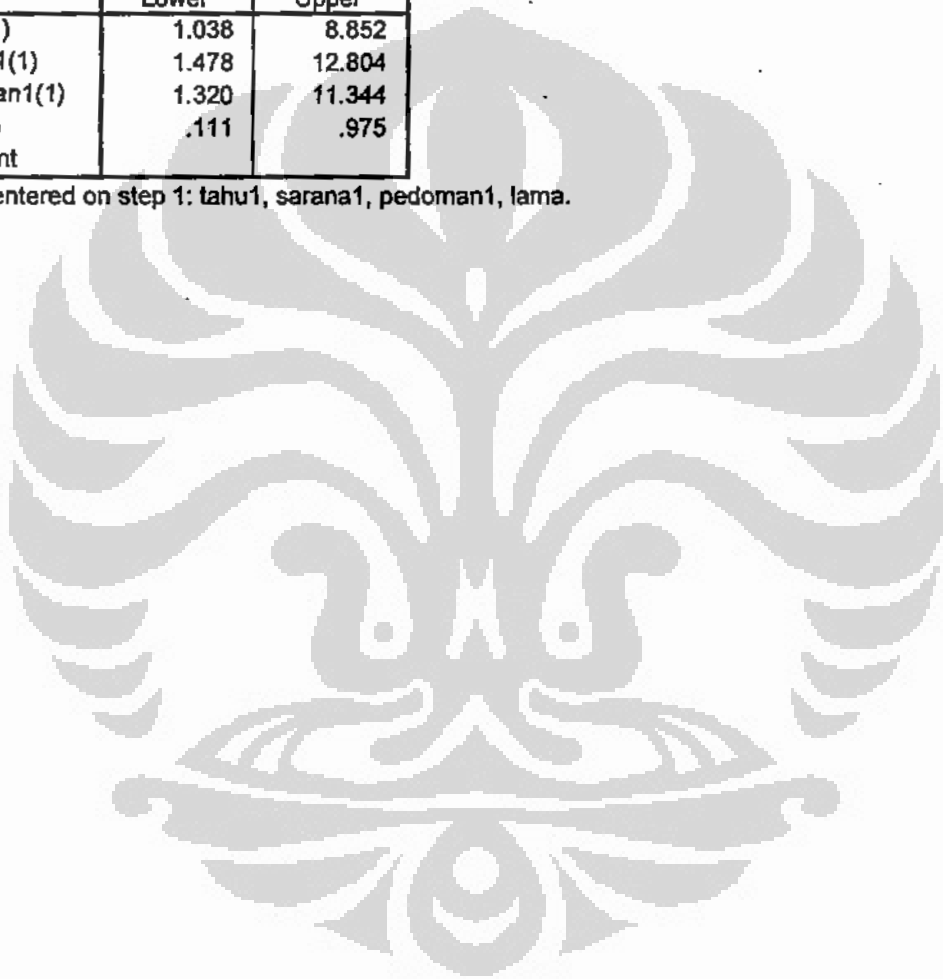
Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step	tahu1(1)	1.109	.547	4.110	1	.043	3.031
	sarana1(1)	1.470	.551	7.127	1	.008	4.350
	pedoman1(1)	1.353	.549	6.079	1	.014	3.869
	lama(1)	-1.111	.554	4.019	1	.045	.329
	Constant	-.028	.271	.011	1	.916	.972

Variables in the Equation

		95.0% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step	tahu1(1)	1.038	8.852
	sarana1(1)	1.478	12.804
	pedoman1(1)	1.320	11.344
	lama(1)	.111	.975
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: tahu1, sarana1, pedoman1, lama.





PEMERINTAH KOTA BEKASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Pramuka No. 55 Telp. 8841005 (Hunting) Fax. 8853731
BEKASI

Bekasi, 18 Mei 2009

Nomor : 421.8/123 - RSUD.1/V/2009
Sifat : Segera
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Ijin Penelitian
dan menggunakan Data**

K e p a d a
Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
Di -
Jakarta

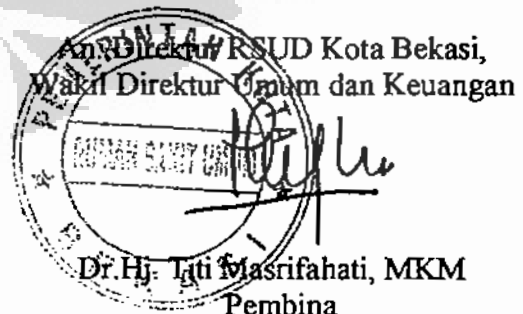
Berkenaan dengan surat Saudara Nomor : 987/PT.02.H5.FKMUI/2009 Tanggal 02 Maret 2009 Perihal pada pokok surat tersebut di atas, dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami menerima atas rekomendasi dari Ka.Instalasi Diklat RSUD untuk mengadakan Penelitian di RSUD Kota Bekasi, dengan catatan mematuhi ketentuan dan peraturan yang berlaku di RSUD, adapun nama mahasiswa yang melakukan Penelitian adalah :

Nama : **Nani Rohani**
NIM : **0706190105**
Program Study : **Kajian Administrasi Rumah Sakit**
Tahun Akademik : **2007/2008**

Dengan materi judul, "**Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan Perawat dalam upaya pencegahan Infeksi Nosokomila di ruang rawat Inap RSUD Kota Bekasi tahun 2009**".

Demikian kami sampaikan agar maklum.

Ange Diklat RSUD Kota Bekasi,
Wakil Direktur Umum dan Keuangan



Dr. Hj. Tati Masrifahati, MKM
Pembina

NIP.19650214 199103 2005

Tembusan :

- Yth. 1. Wadir Pelayanan RSUD Kota Bekasi
2. Ka.Inst.Diklat RSUD Kota Bekasi
3. Ka.Inst. Rawat Inap RSUD Kota Bekasi
4. Mahasiswa yang bersangkutan.