

1 2836



PERPUSTAKAAN PUSAT
UNIVERSITAS INDONESIA



UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**HUBUNGAN PERAN DAN FUNGSI MANAJEMEN KEPALA RUANGAN
DENGAN FAKTOR-FAKTOR KEBERHASILAN
PELAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL (IN)
DI PERJAN RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA, 2003**

Oleh:

HANNY HANDIYANI

7300014185

T

651.3
Han
h

PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, MARET 2003

Hanny Handiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.



PELAKSANAAN PUSAT
UNIVERSITAS INDONESIA

UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**HUBUNGAN PERAN DAN FUNGSI MANAJEMEN KEPALA RUANGAN
DENGAN FAKTOR-FAKTOR KEBERHASILAN
PELAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL (IN)
DI PERJAN RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA, 2003**

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KEPERAWATAN

Oleh:

HANNY HANDIYANI

7300014185

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, MARET 2003**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul “Hubungan peran dan fungsi manajer kepala ruangan dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian infeksi nosokomial (IN) di Perjan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta, 2003” telah diperiksa, disetujui, dan diperkenankan untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Program Studi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia.


Jakarta, Maret 2003

Pembimbing I,



Allenidekania, S.Kp., M.Sc.

Pembimbing II,



Drs. Tris Eryando, MA.

PANTIA SIDANG UJIAN TESIS

**PROGRAM STUDI KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

JAKARTA, 12 MARET 2003

KETUA



ALLENIDEKANIA, S.Kp., M.Sc.

ANGGOTA



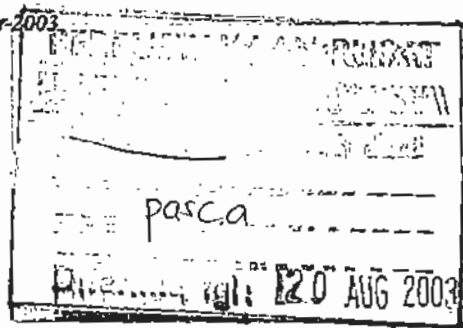
Drs. TRIS ERYANDO, MA.



LINDA AMIYANTI, S.Kp., M.Kes.



SULIKAN, S.Kp., M.Kes.



10403

*...Maha Suci Engkau, tidak ada yang kami ketahui
selain dari apa yang telah Engkau ajarkan kepada kami;
Sesungguhnya Engkaulah Yang Maha Mengetahui lagi Maha Bijaksana
(Al Baqoroh: 32)*

*Dan seandainya pohon-pohon di bumi menjadi pena dan laut (menjadi tinta),
ditambahkan kepadanya tujuh laut (lagi) sesudah (kering)nya,
niscaya tidak akan habis-habisnya (dituliskan) kalimat Allah.
Sesungguhnya Allah Maha Perkasa lagi Maha Bijaksana
(Lukman: 27)*

Kupersembahkan pada:

*Mama, Ayah, Ibu, Mas Tjip, Adik-adikku tersayang, dan
Orang-orang tercinta yang selalu mendo'akan dan mendukung
setiap aktivitasku hingga dapat menyelesaikan Pendidikan Pasca Sarjana ini.
Semoga Allah selalu membimbing dan merahmati kita semua.
Amin.*

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
Tesis, 12 Maret 2003**

Hanny Handiyani

Hubungan peran dan fungsi manajemen kepala ruangan dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian infeksi nosokomial (IN) di Perjan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta, 2003

xiii+ 80 halaman, 12 tabel, 1 grafik, 2 skema, 3 lampiran

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan hipotesis adanya hubungan peran dan fungsi manajemen kepala ruangan dengan faktor keberhasilan kegiatan pengendalian infeksi nosokomial (IN). Metoda yang digunakan adalah *deskriptif analitik* yang dilakukan secara *cross sectional*. Uji regresi logistik binary digunakan untuk menganalisis hubungan antara peran dan fungsi manajemen kepala ruangan dengan faktor keberhasilan kegiatan pengendalian IN. Uji regresi logistik digunakan untuk melihat variabel independen mana yang paling berhubungan dengan keberhasilan kegiatan pengendalian IN dan melihat variabel karakteristik mana yang menjadi variabel *confounding*. Responden penelitian adalah total populasi kepala ruang rawat inap berjumlah 43 orang. Instrumen peneliti kembangkan dari teori manajemen keperawatan dan pengendalian IN untuk mengukur keberhasilan pelaksanaan pengendalian IN dengan menggunakan *skala Likert*. Sedangkan untuk mengukur pengetahuan tentang IN digunakan pertanyaan dengan pilihan ganda. Instrumen telah diuji validitas dan reabilitasnya di RSP Persahabatan Jakarta. Hasil penelitian setelah diuji dengan program komputer menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara peran dan fungsi manajemen karu dengan faktor keberhasilan kegiatan pengendalian IN. Peran dan fungsi tersebut dinilai secara komposit dengan *force model* karena tidak ada variabel yang paling berhubungan dengan keberhasilan kegiatan pengendalian IN. Sedangkan karakteristik karu yang menjadi variabel *confounding* adalah usia dan lama kerja sebagai kepala ruangan. Dari analisis multivariat tanpa *force model* didapatkan bahwa karu yang melakukan fungsi perencanaan yang baik berpeluang meningkatkan keberhasilan pengendalian IN sebesar 8,997 kali dibandingkan dengan karu yang melakukan fungsi perencanaan kurang baik setelah dikontrol oleh usia dan masa kerja sebagai karu. Karu yang melaksanakan fungsi pengarahan dengan baik berpeluang meningkatkan keberhasilan pengendalian IN sebesar 21,411 kali dibandingkan dengan karu yang berfungsi pengarahan kurang baik setelah dikontrol oleh usia dan masa kerja sebagai karu. Rekomendasi untuk pihak manajer keperawatan rumah sakit agar meningkatkan peran dan fungsi kepala ruangan sebagai manajer terdepan di ruang rawat melalui dukungan kebijakan dan fasilitas yang mendukung upaya tersebut.

Daftar bacaan: 52 (1981-2002)

**THE MAGISTER PROGRAM
STUDY PROGRAM OF NURSING
LEADERSHIP AND MANAGEMENT IN NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA**
Thesis, March 12 2003

Hanny Handiyani

The correlation between the role and function of management head nurse and the achievement of nosocomial infection control activities in Dr.Cipto Mangunkusumo Hospital Jakarta, 2003.

xiii + 80 pages, 12 table, 1 chart, 2 figures, 3 appendixes

ABSTRACT

This study was aimed to proof the hypothesis and analyzing the correlation between the role and function of management head nurse and the achievement of nosocomial infection control activities. The descriptive analytical method with cross sectional approach was used in this study. The binary regression logistic test was used to analyze the correlation between the variables. To further analyze the most correlated variables, particularly to identify the confounding variables, the regression logistic test was utilized. The respondents of this study were the total population of 43 nurse managers in in-patient department of Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital. The instrument of this study was a Likert-Scale questionnaire to identify the achievement of the nosocomial infection control activities and a multiple-choice questionnaire to identify the knowledge of head nurse. The instrument was developed from the theories of nursing management and nosocomial infection control and was tested for reliability and validity in Persahabatan Hospital Jakarta. The findings of this study if used force model showed that there was a significant correlation between the role and function of management head nurse and the achievement of nosocomial infection control activities. The confounding variable of the characteristics of head nurse was the age and working experience of head nurse. After the confounding variables of age and the working experience were controlled. Multivariate analysis without force model showed that the head nurse who performed their planning function effectively could increase the achievement of nosocomial infection control 8,977 times more than the head nurse who did not perform their planning function effectively. Furthermore, the head nurse who performed their directing function effectively could increase the achievement of nosocomial infection control 21,411 times more than the head nurse who did not perform their directing function effectively. Based on the results, it is recommended that the head nurse as the front line of managers in the hospital to improve their role and function in controlling nosocomial infection.

Bibliography 52 (1981-2002)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah SWT. Atas rahmat dan karuniaNYA penyusunan laporan hasil penelitian untuk tesis ini dapat diselesaikan.

Penyusunan tesis ini Insya Allah berlangsung berkat bantuan dan kerja sama berbagai pihak. Secara khusus saya sampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga atas bimbingan dan kesabaran Ibu Allenidekania, S.Kp., M.Sc. dan Drs. Tris Eryando, M.A.

Ucapan terima kasih dan hormat tak lupa saya sampaikan kepada Yth:

- Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) yang telah memberikan kesempatan saya mengikuti pendidikan Program Pasca Sarjana FIK-UI
- Ketua Program Magister Ilmu Keperawatan beserta seluruh dosen yang telah memberikan ilmu dan bimbingan kepada saya, dan juga kepada karyawan di lingkungan civitas akademika FIK UI yang banyak membantu kelancaran studi saya
- Direktur RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta beserta seluruh staf yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melaksanakan penelitian di RS-nya
- Kepala Bidang Keperawatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo beserta seluruh staf yang membantu saya dalam pengumpulan data penelitian
- Direktur RSP Persahabatan yang telah memperkenankan untuk uji coba kuesioner
- Rekan-rekan angkatan V Program Pasca Sarjana FIK UI yang telah memberikan semangat dan bantuan selama proses pendidikan
- Orang tua, suami, dan adik-adik tersayang yang selalu mendukung aktifitas penulis
- Semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyelesaian tugas ini

Semoga Allah SWT berkenan membalas budi baik mereka semua. Amin.

Tak ada gading yang tak retak. Atas segala keterbatasan dan khilaf dalam tesis ini saya mohon maaf dan masukan untuk perbaikan lebih lanjut. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Jakarta, 09 Maret 2003
Penulis



DAFTAR ISI

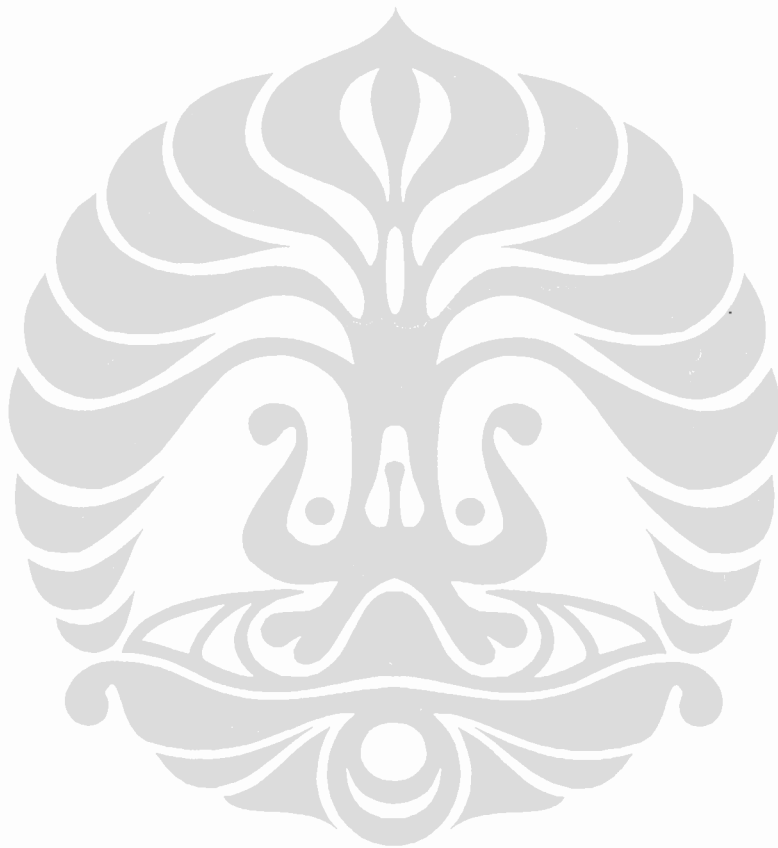
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GRAFIK	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
RIWAYAT HIDUP PENELITI	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Masalah Penelitian	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Ruang Lingkup Penelitian	10
E. Manfaat Penelitian	10
BAB II. TINJAUAN KEPUSTAKAAN	12
A. Pengendalian Infeksi Nosokomial	12
B. Manajemen Pelayanan Keperawatan	23
C. Karakteristik Perawat	32
D. Penilaian Keberhasilan Program	33
E. Penelitian Terkait	36
BAB III. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL	38
A. Kerangka Teori	38
B. Kerangka Konsep	39
C. Hipotesis	40
D. Definisi Operasional	40
BAB IV. METODA PENELITIAN	44
A. Desain Penelitian	44
B. Populasi dan Sampel	44
C. Etika Penelitian	44
D. Tempat dan Waktu Penelitian	45
E. Cara Pengumpulan Data	45
F. Uji Coba Instrumen	46
G. Cara Pengolahan dan Analisis Data	47
BAB V. HASIL PENELITIAN	51
BAB VI. PEMBAHASAN	63
BAB VII. SIMPULAN DAN SARAN	76
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1. Distribusi Responden Menurut Karakteristik Biografi: Usia, Lama Kerja Karu sebagai Perawat & Karu RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)	52
Tabel 5.2. Distribusi Responden Menurut Karakteristik Biografi: Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pelatihan Karu RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo....	52
Tabel 5.3. Gambaran Peran Kepala Ruang Rawat Inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)	53
Tabel 5.4. Gambaran Fungsi Kepala Ruang Rawat Inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)	54
Tabel 5.5. Distribusi Frekwensi Keberhasilan Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n =43)	54
Tabel 5.6. Hubungan Peran dan Fungsi Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)	56
Tabel 5.7. Analisis Multivariat Hubungan Peran Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)	58
Tabel 5.8. Analisis Multivariat Hubungan Fungsi Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)	59
Tabel 5.9. Hubungan Karakteristik Biografi Manajemen Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)	59
Tabel 5.10. Model Awal Uji Multivariat Hubungan Manajemen Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)	60
Tabel 5.11. Uji Multivariat Hubungan Manajemen Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)	61
Tabel 5.12. Model Akhir Uji Multivariat Hubungan Fungsi Perencanaan dan Pengarahan Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003.....	62

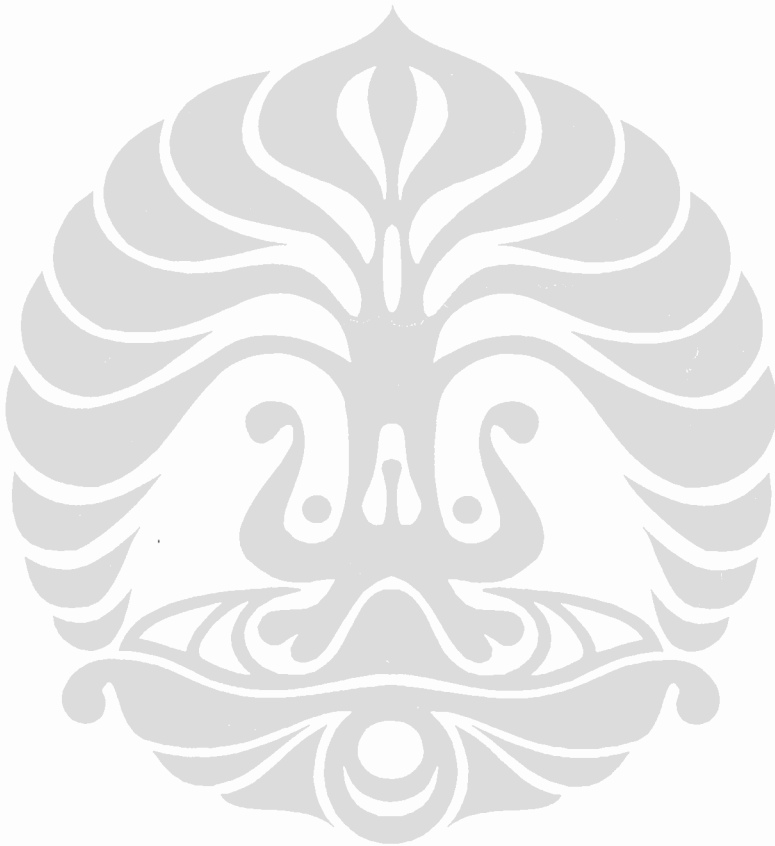
DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1. Gambaran Keberhasilan Kegiatan Pengendalian IN dinilai dari Pengetahuan Karu tentang IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n =43)	55
--	----



DAFTAR SKEMA

Skema 3.1. Kerangka Teori	38
Skema 3.2. Kerangka Konsep	39



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian

Lampiran 2. Kuesioner

Lampiran 3. Surat Ijin



RIWAYAT HIDUP PENELITI

Nama : Hanny Handiyani, S.Kp.

Tempat, Tanggal Lahir: Pangkal Pinang, 23 Desember 1972

Alamat : Kp. Pedurenan RT 012/03 no 50. Kelurahan Jati Luhur.
Kecamatan Jati Asih. Bekasi 17425

Asal Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Riwayat Pendidikan:

- o SMAN 54 Jakarta, lulus 1991
- o S1 Fakultas Ilmu Keperawatan UI, lulus 1996
- o Pasca Sarjana Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan FIK UI, 2003

Riwayat Pekerjaan:

- o RS Islam Jakarta Pusat, 1996
- o Akper Muhammad Husni Thamrin Jakarta, 1996-97
- o Fakultas Ilmu Keperawatan UI, 1997-sekarang

Penelitian:

Hubungan waktu membersihkan ruangan dengan peningkatan jumlah mikroorganisme melalui aliran udara. RSCM, Jakarta, 1999/2000

Pelatihan/ Seminar:

- o *Short Course Training Program*. Adelaide, 25 September-12 Desember 2000
- o *Advance in Infection Control and Sterilization*. Adelaide, 21 November 2000
- o Seminar Manajemen Linen RS. Jakarta, 22 September 2001

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Mutu pelayanan kesehatan, khususnya keperawatan di rumah sakit (RS) dapat dinilai dengan berbagai indikator. Salah satunya melalui penilaian terhadap upaya pengendalian infeksi nosokomial (IN). “Saat ini pengendalian IN menjadi tolok ukur mutu pelayanan suatu RS dan menjadi satu standar penilaian akreditasi” (Panitia Pengendalian Infeksi Rumah Sakit [PPIRS], 1999).

Infeksi nosokomial (*hospital acquired infection/ nosocomial infection*) adalah infeksi yang didapat penderita ketika penderita tersebut dirawat di rumah sakit (Djojosingito, 2001). Hal ini mendapat sorotan khusus berbagai pihak akhir-akhir ini, karena infeksi ini lebih sulit untuk dicegah dan diatasi, lebih tidak dapat diprediksi, dan lebih resisten bila infeksi menyebar ke masyarakat (Norton, 1986 pada Kozier, 1995).

Insiden IN semakin banyak terjadi di ruang rawat dan dapat menyebabkan kematian. Survei di USA menunjukkan bahwa IN terjadi pada 5% orang yang mendapat perawatan akut dan 8% orang yang mendapat perawatan lama di RS (Norton, 1986 dalam Kozier, 1995). Plowman (1997) dikutip dari Janet (1998) menemukan 6000 kematian di Amerika per tahun disebabkan oleh IN. Klien yang mengalami operasi mempunyai insiden yang lebih tinggi untuk IN. Tujuh puluh persen dari semua IN di RS terjadi pada klien paska operasi (Simmons, 1983 dalam Kozier, 1995).

Hasil survey pada 6 Rumah Sakit Umum Pemerintah kelas B di Indonesia didapatkan bahwa prevalensi IN sangat bervariasi di setiap RS (3.6-11.1%, rata-rata 6.1%).

Prevalensi ini hampir sama dengan angka di USA (5%). Proporsi IN tertinggi pada klien dengan lama perawatan lebih dari 14 hari dengan IN tertinggi terdapat di ruang perawatan neurologi, bedah, kebidanan dan kandungan (Surbakti, 2002).

Penyakit infeksi yang sebenarnya dapat dicegah ini merupakan masalah yang mendunia dan menimbulkan penderitaan besar. Biaya ekonomi untuk mencegah dan mengatasi infeksi sangat besar, bahkan akhir-akhir ini resistensi kuman penyebab IN ini meningkat, sehingga antibiotik pun tidak mudah memberantasnya. Misalnya resisten terhadap tuberkulosis dan *Staphylococcus aureus* (Craven & Hirnle, 2000).

Hal ini tentunya juga akan meningkatkan biaya ekonomi untuk mengatasinya.

Kerugian lainnya adalah pasien tidak merasa nyaman dengan berada di RS dalam waktu yang lama, di mana dapat menyebabkan kesulitan ekonomi dan sosial bagi seluruh keluarganya. Daftar tunggu di RS semakin panjang yang akan merugikan RS dan meningkatkan biaya RS (Pritchard & Mallet, 1992). Melihat besarnya permasalahan IN ini, maka hal ini memerlukan perhatian serius berbagai pihak.

Pengontrolan penyebaran mikroorganisme dan proteksi manusia dari penyakit menular dan infeksi dilakukan pada empat tingkat. Imunisasi dilakukan pada tingkat internasional. Secara nasional diatur transportasi makanan dan polusi antar negara. Masyarakat/ komunitas bertanggung jawab pada sanitasi lingkungannya dan individu bertanggung jawab pada kebersihan dirinya dan sekitarnya (Kozier, 1995).

Pengelola infeksi di USA adalah *Centers for Disease Control and Prevention/ CDC* dan *U.S. Occupational Safety and Health Administration/ OSHA* (Soule, Larson, & Preston, 1995). Depkes RI pun di tingkat nasional telah menetapkan petunjuk penyusunan pedoman pengendalian IN RS (Depkes RI, 1993). Hal ini sebagai kelanjutan dari upaya *universal precaution* yang ditetapkan CDC. Namun, berdasarkan pengamatan peneliti di ruang rawat selama ini menunjukkan belum optimalnya penerapan petunjuk pengendalian IN di ruang rawat. Sebagai contoh, berdasarkan komunikasi personal dengan pengelola pengendalian IN di salah satu RS melaporkan adanya ketidaksesuaian antara laporan angka kejadian IN di ruang rawat dengan angka yang dialami klien (laporan IN ke Panitia Pengendalian Infeksi RS lebih sedikit dari kejadian di ruang rawat). Hal ini disebabkan karena kekhawatiran rendahnya atau tidak baiknya penilaian atas ruang tersebut bila angka IN yang dilaporkan di ruang rawatnya tinggi.

Adanya organisasi pengontrolan infeksi yang efektif adalah tanggung jawab dari manajemen di setiap RS. Normalnya organisasi ini terdiri dari komite pengontrolan infeksi dan tim kerjanya. *Infection Control Nurse (ICN)* adalah anggota kunci dari tim ini. Hubungan kerja yang baik antara laboratorium mikrobiologi, ICN, dan spesialis lain serta pelayanan penunjang (termasuk pelayanan steril, *laundry*, farmasi, dan teknisi) penting untuk menetapkan dan mempertahankan kebijakan pengontrolan infeksi dan untuk memastikan bahwa hal ini berdasarkan rasional dan prosedur yang dianjurkan dapat dipraktikkan. (Greenwood, Slack, & Peutheren, 1997).

RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (RSCM) belum memiliki ICN. Kegiatan pengendalian IN selama ini dilakukan PPIRS. Panitia dibantu oleh tim Pengendalian IN Instalasi (PINI) dan tim pelaksana ruangan. Tim pelaksana ruangan terdiri dari penanggung jawab yaitu kepala ruangan dan anggota pelaksana yaitu Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) yang ada di instalasi tersebut, Peserta Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS), perawat, dan petugas lain yang ada di ruangan. Tugas tim pelaksana ruangan sesuai pedoman yang telah dibuat adalah melaksanakan pedoman dan petunjuk teknis pengendalian IN di ruangan, mencatat dan melaporkan kejadian IN kepada tim PINI setiap hari, dan menyarankan kepada tim PINI untuk melakukan langkah-langkah yang diperlukan untuk memperlancar tugasnya (PPIRS, 1999a).

Menurut peneliti, peran kepala ruang (**karu**) sebagai manajer terdepan (tingkat satu) di ruang rawat dan sebagai penanggung jawab tim pelaksana IN di ruangan sangat besar dalam mengendalikan IN di ruangan. Manajer tingkat satu ini secara langsung melakukan supervisi pekerjaan pelayanan langsung dan penunjang dalam organisasi pelayanan kesehatan. Pelayanan ini dilakukan oleh berbagai tingkat pendidikan dan pengalaman (Longest, 1996), sehingga peran dan fungsi karu dalam menerapkan fungsi manajemen secara terintegrasi untuk melaksanakan kegiatan pengendalian IN di ruangnya sangat diperlukan. Hal ini dapat menggantikan sebagian tugas ICN.

Fenomena sehari-hari yang ditemui peneliti di RS khususnya di ruang rawat saat membimbing mahasiswa FIK-UI adalah adanya keterbatasan pemahaman perawat tentang upaya pengendalian IN, sehingga perawat berperilaku tidak tepat dalam melakukan upaya pencegahan, seperti: memeras kapas alkohol di atas tempat kapas

Hanny Handiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

alkohol atau melanggar area steril pada saat melakukan intervensi yang memerlukan teknik steril. Hal ini tentunya mendukung terjadinya IN. Hal lainnya adalah kurangnya kesadaran perawat dalam menggunakan fasilitas kewaspadaan umum dan standar seperti sarung tangan, masker, kaca mata pelindung saat kontak dengan material yang berasal dari tubuh klien. Khusus di RS tertentu terutama di ruang perawatan kelas tiga, hal ini didukung pula dengan adanya keterbatasan fasilitas dan bahan untuk pencegahan infeksi. Umumnya tindakan mencuci tangan dilakukan bila perawat telah selesai melakukan seluruh intervensi keperawatannya, tidak dilakukan sebelum intervensi atau di antara dua intervensi pada klien yang sama atau berbeda.

Manajer RS di lain pihak, tampaknya kurang memprioritaskan hal ini sebagai salah satu upaya mencapai peningkatan mutu pelayanan RS melalui angka IN seperti angka infeksi karena jarum infus/ AIKJ, tranfusi darah/ AITD, infeksi luka operasi/ AILO, dll yang rendah (Depkes, 1998). Penelitian Lindawati, 2001 diketahui bahwa karu yang selalu melakukan supervisi di ruang rawat inap sebanyak 21,6% dan kadang-kadang melakukan supervisi sebanyak 64,7%. Padahal, hasil uji kai-kuadrat menunjukkan ada hubungan bermakna antara variabel supervisi karu dengan persepsi perawat pelaksana tentang upaya pencegahan IN (Lindawati, 2000).

Peneliti melihat bahwa kelangsungan kegiatan di ruang rawat sangat ditentukan oleh kemampuan karu mengelola semua sumber daya di ruangan dalam melakukan berbagai tindakan pengendalian IN dalam setiap aktifitasnya di ruangan. Seperti hasil penelitian Nurhayati, 1997 yang menunjukkan bahwa yang paling berperan dalam pengawasan dan pengendalian IN adalah karu (76,1%)³.

Reflita, 2001 juga telah menemukan adanya hubungan yang signifikan antara supervisi karu dengan kinerja perawat pelaksana. Hal ini mendukung perlunya karu berupaya mengoptimalkan peran serta klien, keluarga, dan tenaga kesehatan khususnya pelaksana keperawatan dalam melaksanakan program pengendalian IN sesuai dengan standar dan pedoman yang telah disepakati PPIRS.

Setiap RS memiliki kebijakan tersendiri dalam menerapkan kebijakan pengendalian IN Depkes RI. RSCM sebagai RS rujukan tertinggi di Indonesia dengan 1500 tempat tidur dan 1479 perawat (Data Bidang Keperawatan 2002) juga telah memiliki kebijakan tersendiri melalui berbagai panduan dan petunjuk teknis pengontrolan IN yang dibuat PPIRS (revisi terbaru 1999). Sejak terbentuknya PPIRS tersebut pada 1989 tampaknya belum menunjukkan keberhasilan secara optimal, seperti yang telah peneliti uraikan pada fenomena di atas.

Kesenjangan juga ditemui dengan tidak sesuainya angka IN yang tercatat dengan angka kejadian yang sebenarnya di ruang rawat. Laporan angka IN dari PPIRS, 2002 tampak tidak terlalu tinggi (0.7 % di 1999, 0.9% di 2000, dan 0.6% di 2001). Hal ini kemungkinan disebabkan dengan pelaporan yang tidak sesuai dan tingginya penggunaan anti biotika pada klien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Hasil penelitian Surbakti menunjukkan prevalensi IN di enam RS cukup tinggi namun diperkirakan masih *under reported* disebabkan catatan medis dan keperawatan kurang lengkap dan diagnosis IN hanya berdasarkan klinis, juga pemakaian antibiotika yang cukup banyak menyebabkan gejala klinis IN tidak tampak (Surbakti, 2002).

(Surbakti, 2002) Yani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

Data bidang keperawatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo 2001 menunjukkan BOR RS 56.44% dan perbandingan jumlah perawat profesional (lulusan D3 hingga S2 berbanding lulusan SPK adalah 25.2:74.8%). Menurut peneliti, terbatasnya perawat profesional ini merupakan faktor lain yang memungkinkan akan menurunkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan.

Upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan melalui peningkatan upaya pengendalian IN saat ini menjadi perhatian utama berbagai pihak yang terlibat dalam panitia pengendalian IN terutama tenaga perawat sebagai bagian terbesar dari tenaga kesehatan di RSCM. Gillies (1994) menjelaskan bahwa 40-60% pelayanan di rumah sakit (RS) atau institusi pelayanan kesehatan merupakan pelayanan keperawatan.

Perawat sangat berperan dalam upaya pengendalian infeksi, sebab perawat merupakan praktisi kesehatan yang berhubungan langsung dengan klien dan berhubungan langsung dengan material infeksius di ruang rawat. Perawat bertanggung jawab menjaga keselamatan klien di RS untuk meningkatkan keselamatannya melalui pencegahan kecelakaan, injuri, atau trauma lain, dan melalui pencegahan penyebaran infeksi (Abdellah 1960 dalam Tomey, 1994).

Karu perlu berupaya terus menerus melalui pelaksanaan peran dan fungsi manajemennya dalam membina stafnya agar program pengendalian IN berjalan sesuai kesepakatan. Namun, tampaknya belum semua karu memahami dengan tepat upaya tersebut. Ini tercermin dari belum optimalnya upaya karu dalam meningkatkan upaya pengendalian IN di ruangnya.

Peneliti tertarik untuk mengembangkan program pengendalian IN ini dengan upaya awal melalui penelitian untuk **membuktikan** dan menganalisis hubungan peran dan fungsi karu sebagai bagian dari tim PPIRS dengan faktor-faktor keberhasilan program pengendalian IN yang telah dilaksanakan di RS. Diharapkan data ini **dapat** lebih meningkatkan kesadaran perawat untuk mencegah terjadinya IN dan dapat mengoptimalkan peran karu sebagai pengganti ICN dalam melaksanakan upaya pengendalian IN secara terintegrasi dengan peran dan fungsinya sebagai karu.

B. Masalah Penelitian

Penelitian ini akan mengungkapkan **masalah penelitian**: masih tinggi dan belum tepatnya angka kejadian IN dan rendahnya pemahaman karu tentang upaya pengendalian IN serta belum diketahuinya peran dan fungsi manajer yang berhubungan dengan faktor keberhasilan pelaksanaan upaya pengendalian IN di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta.

Pertanyaan penelitian meliputi:

1. Peran dan fungsi manajemen karu apa yang berhubungan dengan faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta
2. Peran dan fungsi manajemen karu apa yang paling berhubungan dengan faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian bertujuan memperoleh informasi hubungan peran dan fungsi manajer karu dengan faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RSCM

2. Tujuan Khusus

a. Penelitian ini akan memperoleh informasi tentang:

- karakteristik karu
- persepsi karu tentang peran manajer ruang rawat
- persepsi karu tentang fungsi manajer ruang rawat
- faktor-faktor keberhasilan kegiatan pengendalian IN

b. Penelitian ini akan memperoleh informasi tentang:

- karakteristik karu apa yang mempengaruhi hubungan peran dan fungsi manajer dengan faktor keberhasilan pengendalian IN di RSCM
- hubungan peran *interpersonal* manajer dengan faktor-faktor keberhasilan upaya pengendalian IN di RSCM
- hubungan peran *informational* manajer dengan faktor-faktor keberhasilan upaya pengendalian IN di RSCM
- hubungan peran *decisional* manajer dengan faktor-faktor keberhasilan upaya pengendalian IN di RSCM
- hubungan fungsi perencanaan dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan upaya pengendalian IN di RSCM
- hubungan fungsi pengorganisasian dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan upaya pengendalian IN di RSCM
- hubungan fungsi pengarahan dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan upaya pengendalian IN di RSCM
- hubungan fungsi pengendalian dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan upaya pengendalian IN di RSCM
- peran manajer yang paling berhubungan dengan faktor-faktor keberhasilan pengendalian IN di RSCM
- fungsi manajer yang paling berhubungan dengan faktor-faktor keberhasilan pengendalian IN di RSCM

D. Ruang Lingkup Penelitian

Luasnya masalah IN membuat peneliti harus membatasi diri untuk hanya menggali permasalahan IN di ruang rawat inap. Hal ini dengan pertimbangan bahwa di sanalah tempat yang paling lama dikunjungi klien sehingga perawat lebih lama dan lebih banyak kontak/ berinteraksi dengan klien dalam memberikan asuhan keperawatannya. Penelitian ini akan dilakukan terhadap karu sebagai manajer langsung pelaksanaan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap dengan membatasi penelitian pada analisis hubungan peran dan fungsi manajer dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di ruang rawat inap.

E. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam mengembangkan upaya pengendalian IN di RS dan bagi personil yang berperan dalam penelitian ini. Manfaat penelitian, meliputi:

1. Manfaat Aplikasi

- a. Pimpinan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta akan mendapat gambaran tentang keikutsertaan (peran dan fungsi) karu dalam upaya pengendalian IN, sehingga selanjutnya dapat lebih meningkatkan pelibatan karu dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan RS ini
- b. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi pimpinan dan manajer RS khususnya keperawatan untuk mengembangkan kegiatan pengendalian infeksi IN seperti melalui pelatihan bagi karu, menetapkan kebijakan, dan

- c. Responden karu yang mengisi kuesioner diharapkan juga mengetahui peran dan fungsinya sebagai salah satu faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN RS

2. Manfaat Akademik/ Keilmuan

- a. Penelitian ini diharapkan berdampak dalam pengembangan keilmuan manajemen IN terutama peran dan fungsi manajer keperawatan sebagai penggerak aktifitas keperawatan di ruang rawat
- b. Hasil penelitian ini juga dapat memberikan informasi bagi staf akademik dan mahasiswa dalam rangka pengembangan proses belajar mengajar khususnya dalam pengelolaan IN sesuai kondisi RS di Indonesia

3. Manfaat Metodologi

- a. Proses belajar yang dialami peneliti selama penelitian ini dapat menjadi pengalaman yang sangat berharga dalam menambah wawasan tentang proses penelitian dan pelaksanaan pengendalian IN di RS
- b. Penelitian tentang peran dan fungsi karu dalam pengendalian IN sejauh ini belum pernah dilakukan sehingga dapat menjadi data awal dalam penyelesaian masalah pangendalian IN secara objektif
- c. Penelitian deskriptif analitik ini diharapkan dapat melandasi penelitian selanjutnya tentang model program pengendalian IN yang tepat dilaksanakan di suatu RS agar menghasilkan program pengendalian IN yang efektif

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Pengendalian infeksi merupakan area utama dari pengontrolan kualitas dan manajemen risiko (Swansburg & Swansburg, 1999). Penerapan kegiatan ini memerlukan integrasi berbagai teori tentang pengendalian infeksi, manajemen keperawatan khususnya aplikasi peran dan fungsi manajer keperawatan dalam mengelola berbagai sumber daya yang ada dalam kewenangannya, pendekatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan suatu program, dan hasil penelitian yang berhubungan. Uraian tersebut juga menjadi landasan dalam merumuskan kerangka teori dan kerangka konsep, serta akan dapat membantu pembahasan dari hasil penelitian ini.

A. Pengendalian Infeksi Nosokomial (IN)

Keselamatan merupakan kepentingan setiap orang. Setiap anggota tim pelayanan kesehatan adalah pelaksana keselamatan dan pengontrolan infeksi (Brisko, 1998). Pengendalian infeksi merupakan bagian dari upaya menciptakan keselamatan, khususnya keselamatan biologik bagi klien dan pemberi pelayanan kesehatan. Hal ini memungkinkan klien kembali pulang dengan selamat tanpa komplikasi seperti adanya IN. Di lain pihak, staf RS khususnya perawat yang kontak langsung dengan klien dapat bekerja dengan aman serta bebas dari risiko penularan.

RS merupakan lingkungan yang selalu terkontaminasi, karena yang menempatinnya adalah orang-orang sakit. Hal ini menyebabkan risiko infeksi di RS lebih besar dari pada di tempat umum lainnya (NWAHS, 1999).

Hanny Händiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

Infeksi berbeda dengan kolonisasi dan inflamasi. Kolonisasi adalah adanya bakteri (pada kulit, mukosa, luka terbuka, atau dalam ekskresi atau sekresi) yang tidak menimbulkan tanda klinis adanya infeksi. Inflamasi (peradangan) adalah keadaan sebagai akibat respons jaringan terhadap cedera (*injury*) atau stimulasi oleh zat-zat non infeksius seperti bahan kimia (Djojogito, 2001).

2. Rantai Infeksi

Infeksi-khususnya IN- dapat terjadi karena bersatunya rantai infeksi. Rantai infeksi meliputi mikroorganisme (bakteri, jamur, virus, riketsia, protozoa), adanya sumber infeksi (manusia, alat-alat, air), adanya pintu keluar infeksi (sekret, kulit, droplet), metoda transmisi, adanya pintu masuk (membran mukosa, saluran pencernaan, perkemihan, pernafasan, atau kulit yang terbuka), serta *host* yang lemah (karena efek terapi, sakit, tindakan pembedahan, luka bakar atau usia lanjut) (Smeltzer & Bare, 1996).

Mikroorganisme, seperti juga manusia, beradaptasi pada setiap perubahan lingkungan untuk bersaing mempertahankan kehidupan. Pada 1940-an, staphylococcus resisten terhadap aktifitas antimikroba penisilin. Pada akhir dekade ini jumlah mikroorganisme yang resisten terhadap obat semakin meningkat. Faktor yang mempengaruhi resistensi mikroba meliputi: pemberian antibiotika yang berlebihan; penggunaan antibiotika yang tidak rasional; penggunaan antibiotik yang tidak lengkap sesuai dengan gejala; penyebaran organisme resisten oleh orang yang bebas gejala, dll (Craven & Hirnle, 2000).

Sumber infeksi adalah semua elemen di lingkungan, seperti benda mati/ alat (obat, udara, makanan, air), manusia, dan hewan. Sumber infeksi dari manusia meliputi klien lain, tenaga kesehatan, anggota keluarga, pengunjung, atau klien sendiri (Craven & Hirnle, 2000).

Metoda transmisi adalah suatu cara pergerakan mikroorganisme dari **sumber pintu keluar infeksi**. Ada lima cara transmisi utama, yaitu kontak langsung, droplet, alat, udara, dan melalui vektor (Craven & Hirnle, 2000). Hal ini perlu dipahami perawat agar dapat mencegah perpindahan mikroorganisme tersebut.

Pemutusan rantai infeksi dilakukan melalui sistem isolasi. Petunjuk isolasi untuk RS menurut CDC adalah *standard precautions* (kombinasi *universal precaution* dan *body substance isolation*) dan *transmission-based precaution*. (Djojogugito, 2001).

3. Pengendalian Infeksi Nosokomial

Pengendalian IN adalah kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan serta pembinaan dalam upaya menurunkan angka kejadian IN di RS (Depkes RI, 1993). Kegiatan pengendalian IN sangat majemuk dan menyangkut berbagai sasaran antara lain personil RS, pasien, alat/ peralatan medis, ruang perawatan, kamar bedah, dan lingkungan. Oleh karena itu kegiatan tersebut harus dilaksanakan secara terpadu oleh semua pihak termasuk semua petugas rumah sakit, baik dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya, petugas kebersihan,

petugas pemeliharaan sarana RS (PPIRS, 1989)

Priandoy Handayani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

Pengendalian IN adalah program berorientasi pada intervensi, di mana keikut-sertaan orang-orang yang terkait sangat menentukan keberhasilan program (Djojogugito, 2001). Di mana pun mereka praktik, pencegahan perpindahan mikroorganisme menjadi perhatian semua perawat (Craven & Himle, 2000).

Pengendalian IN RSCM meliputi upaya mencegah dan mengurangi kejadian IN ke tingkat serendah-rendahnya dalam batas mampu laksana. Sejak 1988 telah dibentuk panitia pengendalian IN yang bertugas antara lain melaksanakan program pengendalian IN sesuai dengan program Dep.Kes (PPIRS, 1999a).

a. Faktor Pendukung Pengendalian Infeksi Nosokomial

Terjadinya IN dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: banyaknya pasien yang dirawat yang menjadi sumber infeksi bagi lingkungan dan pasien lainnya, kontak langsung antara pasien yang menjadi sumber infeksi dengan pasien lainnya, kontak langsung antara petugas RS yang tercemar kuman dengan pasien, penggunaan alat/ peralatan medis yang tercemar oleh kuman, dan kondisi pasien yang lemah akibat penyakit yang dideritanya (PPIRS, 1999b). Faktor yang mendukung kegiatan PPIRS Dr. Cipto Mangunkusumo adalah organisasi dan tata laksana “didekatkan” pada pelaksana, komunikasi yang sinergi yang efektif dapat terlaksana, dan perilaku profesional dan mutu kehandalan SDM lebih dapat ditingkatkan (PPIRS, 1999a). Operasional kegiatan ini di ruang rawat perlu didukung dengan kemampuan kepala ruang rawat mengajak seluruh personal di ruang rawat untuk mengintegrasikan upaya pengendalian IN dalam menjalankan aktifitas di ruang rawat. Hal ini

b. Manfaat

Pengendalian IN **bermanfaat** bagi pasien dan RS antara lain mengurangi hari perawatan pasien rawat inap, mengurangi jumlah kunjungan pasien rawat jalan, dan mengurangi biaya perawatan. Pengendalian IN digunakan sebagai tolok ukur mutu pelayanan RS dan demikian tujuan pengendalian IN adalah meningkatkan mutu pelayanan pada masyarakat (PPIRS, 1999a).

Fungsi tim pengontrolan infeksi meliputi surveilans dan pengontrolan infeksi dan monitoring praktik kebersihan, menyarankan panitia pengontrolan infeksi tentang kebijakan yang berhubungan dengan pencegahan infeksi dan pendidikan semua staf dalam menampilkan keamanan mikrobiologik dari prosedur (Greenwood, 1999). Sedangkan pencegahan terhadap terjadinya IN di RS dimaksud untuk menghindari terjadinya infeksi selama pasien dirawat di RS (PPIRS, 1999b).

4. Program Pengendalian Infeksi Nosokomial

Program pengendalian IN ini merupakan program terpadu yang terdiri atas berbagai disiplin ilmu (PPIRS, 1999a). Acuan program pengendalian IN telah banyak diperkenalkan. Di antaranya CDC menetapkan program efektif meliputi empat **komponen**: (1) program surveilans untuk IN dan upaya pengontrolan, (2) adanya minimal seorang praktisi pengontrolan infeksi untuk setiap 250 tempat tidur, (3) adanya epidemiolog RS terlatih, dan (4) adanya tindak lanjut dokter bedah pada tempat luka operasi individu (Smeltzer & Bare, 1996). Hampir sepertiga dari 2.1 juta IN setiap tahun dapat dicegah dengan program

CDC telah merekomendasikan upaya pengendalian IN dalam beberapa **katagori**. Katagori **I**: mutlak, di mana rekomendasi ditunjang oleh penelitian klinis yang terencana/ terkendali dengan baik, di mana dapat dipakai dan praktis untuk semua RS. Katagori **II**: sangat dianjurkan, di mana ditunjang oleh penelitian yang secara klinis dipandang sangat mungkin dan secara teoritis adalah rasional. Praktis tapi tidak dapat dilaksanakan oleh semua RS. Katagori **III**: dianjurkan, di mana kegiatan ditunjang oleh pejabat yang berwenang tapi tidak ditunjang oleh data yang kuat/ teori (Djojogugito, 2001). Pelaksanaan upaya pencegahan IN terdiri dari kewaspadaan universal, tindakan invasif, tindakan non invasif, tindakan terhadap anak dan neonatus, sterilisasi dan desinfeksi (PPIRS 1999b).

Pengintegrasian petugas pengendalian IN berada dalam suatu susunan Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial (PPIN). Panitia ini bertugas untuk menurunkan kejadian IN di semua unit pelayanan pasien dan biasanya diketuai oleh orang yang mempunyai minat dan kemampuan khusus dalam pengendalian IN.

Komponen anggota yang penting adalah perawat pengendali infeksi (*infection control nurse/ ICN*), dokter pengendali infeksi (*infection control practitioner*) serta ahli epidemiologi RS (*hospital epidemiologist*) (Djojogugito, 2001).

Perawat sebagai komponen penting pengendali IN ini juga dikuatkan Ellis dan Hartley (1998) yang menyatakan bahwa setiap RS seharusnya memiliki petugas pengontrol infeksi. Biasanya *Registered Nurses* yang ahli untuk memberikan pengarahan pada staf dalam perencanaan prosedur pengontrolan infeksi yang sesuai dan telah mendapat pelatihan IN (Craven & Hirnle, 2000).

Banyak RS memiliki perawat pengontrol infeksi yang mengumpulkan semua laporan IN. Sumber datanya adalah laboratorium medik. Suatu aturan yang bijak untuk memberi akses kepada perawat pengontrol infeksi untuk mendapatkan semua laporan laboratorium yang positif untuk setiap penyakit infeksi. Penyakit akan dilaporkan dan selanjutnya dilakukan tindakan pencegahan penyebaran dan perkembangan. Standar yang diikuti adalah *CDC* (Swansburg&Swansburg,1999)

Kepala ruangan merupakan bagian dari tim PPIRS (biasanya berkedudukan sebagai wakil ketua). **Tugas kepala ruangan** adalah untuk mencegah IN di ruangan masing-masing sesuai petunjuk teknis pengendalian IN, mencatat setiap kejadian IN di ruangnya sesuai petunjuk teknis PPIRS, mengadakan evaluasi untuk mencari sumber infeksi dan menetapkan kuman penyebab infeksi, dan berdasarkan hasil evaluasi, jika perlu mengadakan upaya peningkatan pengendalian IN sesuai petunjuk teknis (PPIRS, 1999a).

Kegiatan utama dalam pengontrolan infeksi adalah pemberian pendidikan kesehatan, surveilans, monitoring organisme mikrobiologi tertentu, penatalaksanaan wabah, pelaporan kepada pihak yang berwenang, memberikan konsultasi, terlibat dalam kegiatan staf perawatan, mengembangkan prosedur dan kebijakan, serta terlibat dengan alat-alat desinfeksi dan sterilisasi (Burgess, 2000). Berdasarkan penelusuran peneliti, kegiatan ini aktif dilakukan pada beberapa RS di negara maju seperti Australia, sedangkan di Indonesia masih dalam upaya pengembangan ke arah itu.

Surveilans adalah kegiatan pengamatan sistematis aktif dan terus menerus terhadap timbulnya dan penyebaran IN pada suatu peristiwa yang menyebabkan meningkat atau menurunkan resiko tersebut (Depkes, 1993). Surveilans adalah kegiatan yang berlangsung terus-menerus dan sistematis dalam pengumpulan, analisis, interpretasi data medis yang penting bagi perencanaan, penerapan, evaluasi praktek-praktek pengendalian infeksi, dan mempublikasikan data tersebut pada saat yang tepat, pada pihak-pihak yang membutuhkan (Djojogugito, 2001).

Tujuan surveilans tergantung pada kebutuhan RS. RS yang baru memulai surveilans untuk pertama kalinya, data yang mula-mula dikumpulkan akan membantu menunjukkan angka IN dasar. Data yang terkumpul juga dapat membantu menentukan praktik pengendalian infeksi yang sesuai atau kebijakan-kebijakan untuk mengurangi angka infeksi. Data yang berhasil dikumpulkan kemudian dapat digunakan untuk menunjukkan kepada para tenaga medis atau administrator RS betapa pentingnya kegiatan ini (Djojogugito, 2001).

Surveilans dapat dilakukan dengan cara pasif dan aktif. RS yang terbatas sumber dayanya sering melaksanakan metoda survei pasif menunggu laporan ini. Metoda ini telah terbukti sangat tidak akurat. Survei aktif yang dilaksanakan oleh tim khusus sangatlah dianjurkan, cara ini jauh lebih sulit. Namun data tidak akurat yang dikumpulkan secara pasif dapat lebih menyulitkan dari pada tidak ada data sama sekali. (Djojogugito, 2001).

Pelaksanaan pengumpulan data surveilans IN dilaksanakan oleh perawat pelaksana, kepala ruangan, Kordinator Pengendali IN Instalasi (PINI), PPIRS, dan komite medik. **Kepala ruangan** bertugas memeriksa buku data nosokomial pada setiap operan pagi, bila ditemukan IN segera mempelajari dan mengevaluasi apakah betul terjadi IN, setelah lengkap formulir tersebut dikembalikan ke tempat atau melaporkan kepada PINI, pengumpulan data di ruangan dapat diawasi oleh pengawas ruangan dan tenaga perawat yang duduk dalam tim PINI, dan bila ada IN, kepala ruangan melaporkan kepada kordinator PINI (PPIRS, 1999b).

Cara lain dalam upaya pengendalian IN adalah upaya untuk melaksanakan kewaspadaan universal (KU) di lingkungan kita. KU adalah suatu pedoman yang ditetapkan CDC untuk mencegah penyebaran dari berbagai penyakit yang ditularkan melalui darah di lingkungan RS maupun sarana pelayanan kesehatan lainnya (PPIRS, 1999b).

Sebagai petugas kesehatan, khususnya yang bekerja di lingkungan RS sudah selayaknya menerapkan KU dalam melaksanakan tugas kita sehari-hari. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu diselenggarakan **langkah-langkah** sebagai berikut: 1) Identitas unsur-unsur yang terkait, 2) Menilai fasilitas dan kebijakan yang berlangsung, 3) Meninjau kembali kebijakan dan prosedur yang telah ada, 4) Membuat perencanaan (menyusun proposal), 5) Menjalankan rencana yang telah disusun, 6) Mengadakan pendidikan dan pelatihan, dan 7) Pemantauan dan supervisi pelaksanaan KU secara berkala (PPIRS, 1999b).

Hanny Hardiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen...FKM, 2003.

Kebijakan pelaksanaan KU adalah: 1) Semua petugas kesehatan harus rutin menggunakan sarana yang dapat mencegah kontak kulit dan selaput lendir dengan darah atau cairan tubuh lainnya dari setiap pasien yang dilayani. 2) Tangan dan bagian tubuh lainnya harus segera dicuci sebersih mungkin bila terkontaminasi oleh darah dan cairan tubuh lainnya. 3) Semua petugas harus selalu waspada terhadap kemungkinan tertusuk jarum, pisau, dan benda/alat tajam lainnya selama pelaksanaan tindakan, saat membersihkan/ mencuci peralatan, saat membuang sampah, atau ketika membenahi peralatan setelah berlangsungnya prosedur/ tindakan, 4) Walaupun air liur belum terbukti menularkan HIV, tindakan resusitasi dengan cara dari mulut ke mulut harus dihindari, 5) Petugas kesehatan yang sedang mengalami perlukaan atau ada lesi yang mengeluarkan cairan harus menghindari tugas-tugas yang bersifat kontak langsung dengan pasien atau dengan peralatan bekas pakai pasien, 6) Petugas kesehatan yang sedang hamil tidak mempunyai risiko yang lebih besar untuk tertular HIV bila dibandingkan petugas kesehatan yang tidak hamil (PPIRS, 1999b)

Upaya di atas perlu ditunjang dengan **program kesehatan karyawan**. Program ini adalah strategi untuk mencegah karyawan terinfeksi. Strategi itu mencakup imunisasi, kewaspadaan isolasi untuk pencegahan infeksi, pendidikan, dan cara penanganan setelah terinfeksi (Djojosingito, 2001).

Kendala pelaksanaan upaya pengendalian IN tidaklah sedikit. Misalnya kurangnya profesionalisme dalam pengendalian IN. Hal ini dimodifikasi dengan menggunakan organisasi perawatan sebagai tulang punggung pengendalian IN.

Penyelenggaraan pengendalian IN sehari-hari memerlukan panitia harian pengendalian IN yang ditulangi punggungi dan dimotori oleh bidang perawatan dengan seluruh jajarannya (Djojogugito, 2001).

Kepala ruangan bertanggung jawab memonitor setiap aktivitas keperawatan di ruangnya. Karu bertanggung jawab memastikan berbagai SOP dijalankan atau tidak. Misalnya SOP pengelolaan limbah padat dan limbah cair seperti yang diuraikan dalam petunjuk teknis pengendalian IN (PPIRS, 1999b).

B. Manajemen Keperawatan

Pendekatan manajemen keperawatan dapat digunakan dalam menilai keberhasilan pelaksanaan kegiatan pengendalian IN mengingat sistematisasinya sesuai dengan langkah-langkah kegiatan pengendalian IN. Peran manajer keperawatan dalam melaksanakan fungsi manajemennya secara singkat akan disampaikan berikut ini.

1. Peran Perawat Manajer

Peran adalah susunan perilaku khusus yang menyertai posisi tertentu (Longest, 1996). Perilaku yang ditunjukkan manajer ini menghasilkan sikap manajer dalam menanggapi berbagai masalah. Seperti yang dikemukakan ahli perilaku bahwa sikap seseorang merupakan hasil dari perilaku (Cohen, 2000). Fishbein dan Ajzen (1975) dalam Cohen 2000 meyakini bahwa sikap terbentuk dari hubungan dengan keyakinan-keyakinan yang dikembangkannya. Keyakinan ini tentunya bersumber dari pemahaman yang baik dari berbagai informasi yang dimilikinya.

Mintzberg (1973, 1975) dalam Longest, 1996 melihat pekerjaan manager sebagai rangkaian dari tiga katagori peran *interpersonal*, *informasional*, dan *decisional*. Setiap katagori berisi peran yang terpisah dan berbeda.

Peran interpersonal dalam pandangan Mintzberg adalah bahwa semua manajer diberikan otoritas resmi dalam organisasi yang mereka pimpin, dan otoritas ini mendasari peran interpersonal mereka sebagai *figurhead*, *leader*, dan *liason*. Peran *figurhead* dilakukan manajer khususnya manajer senior, ketika mereka berada dalam aktifitas seremonial dan simbolik seperti mengetuai pembukaan tambahan organisasi fisik (Longest, 1996).

Manajer berperan sebagai *leader* ketika mereka mencoba untuk memotivasi, memberikan inspirasi, dan memberikan contoh melalui peran mereka sendiri. Peran *liason* manajer menyertai mereka pada pertemuan formal dan informal dalam organisasi dan *stakeholder*. Tujuan manajer menjalankan peran *liaison* biasanya untuk menetapkan hubungan yang akan membantu mereka mencapai tujuan organisasi (Longest, 1996). Proses interpersonal memperantarai stress dan mempengaruhi penerimaan perilaku sehat baru (Cohen, 2000). Hubungan interpersonal yang baik akan dapat menurunkan stress karena adanya perubahan sehingga akan segera menerima perubahan tersebut sebagai perilaku barunya. Longest juga mengatakan bahwa **peran interpersonal** memberikan kesempatan bagi manajer untuk memperoleh informasi untuk mendukung menjalankan peran kedua.

Peran *informational* meliputi monitoring, disseminator, dan peran *spokeperson*. Dalam melakukan monitoring, manajer mendapat informasi dari jaringan informasinya, menyaring informasi tersebut, dan mengevaluasi untuk bertindak atau tidak dalam menanggapi informasi tersebut. Manajer memiliki banyak pilihan untuk melakukan desiminasi kepada siapa informasi diberikan baik di dalam maupun di luar organisasi. Peran sebagai *spokeperson* dilakukan dengan mengkomunikasikan posisi organisasinya di kelompok lain seperti legislatif dan orang-orang yang menjadi bagian dari organisasi sebagai bentuk pertanggungjawabannya (Longest, 1996).

Sedangkan **peran *decisional*** meliputi *interpretnership*, penatalaksanaan terhadap gangguan, *resource allocator*, dan peran negosiator. Dalam peran *interpretnership*, manajer berperan sebagai inisiator dan mendesain perubahan untuk meningkatkan kinerja dalam organisasi. Saat menjalankan peran ini, manajer berperan sebagai *change agent* (Longest, 1996).

Ketiga peran di atas seyogyanya dijalankan oleh setiap level manajer termasuk kepala ruangan sebagai *first line manager*. **Kepala ruangan** adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat (Depkes RI, 1999). Kepala ruangan (Karu) dalam menjalankan perannya melaksanakan “fungsi manajemen mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian” (Fayol dalam Marquis dan Huston (2000)).

2. Fungsi Manajemen Keperawatan

a. Perencanaan

Perencanaan merupakan fase awal dari proses manajemen dan fase yang paling kritis dari fungsi manajemen. Tanpa perencanaan yang mantap maka proses manajemen selanjutnya akan mengalami kegagalan. Perencanaan adalah suatu proses berkelanjutan yang diawali dengan merumuskan tujuan dan rencana tindakan yang akan dilaksanakan, menentukan personal, merancang proses dan hasilnya, memberikan umpan balik pada personal, dan memodifikasi rencana yang diperlukan (Swansburg, 1999).

Perencanaan dapat dipandang sebagai suatu hirarki, dengan perencanaan pada puncak hirarki mempengaruhi semua perencanaan yang mengikutinya (Marquis, 1998). Menurut Marquis hirarki perencanaan meliputi pernyataan misi, filosofi, tujuan, kebijakan, prosedur, dan peraturan-peraturan. Hal ini seyogyanya menjadi dasar dalam kegiatan pengendalian IN

Di samping sasaran-sasaran program, lima faktor lain yang harus dipertimbangkan sebelum melaksanakan suatu program (Timpe, 2000b): (1) Siapa yang harus ikut serta, (2) menyesuaikan mentor dengan orang yang dididik, (3) Jangka waktu serta pengaturan waktu program, (4) Cara dan frekuensi interaksi, dan (5) Tanggung jawab mentor

Derajat kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan (Depkes, 1999). Faktor lingkungan dan Hanny Handiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

perilaku merupakan faktor yang sangat mempengaruhi. Walaupun kadang lingkungan yang telah dipersiapkan untuk mendukung kondisi sehat klien tidak berhasil mencapai tujuan karena tidak didukung dengan baiknya perilaku dalam mencapai pengontrolan IN yang optimal.

Pengembangan staf adalah fungsi utama dari pengontrolan infeksi (Swansburg & Swansburg, 1999). Dalam perencanaan program untuk mempengaruhi perilaku pada kelompok besar manusia untuk periode waktu yang panjang, peran *Health Belief Model* (HBM) termasuk *self efficacy* harus dipertimbangkan dalam hal ini. Perubahan permanen pada perilaku jarang terjadi oleh karena mengenai sistem keyakinan. Perilaku dari kelompok besar sebagai target, intervensi pada tingkat sosial (misalnya melalui jaringan sosial, organisasi kerja, lingkungan fisik, dan undang-undang) sepanjang sesuai dengan intervensi pada tingkat individual akan terbukti lebih efektif dari pada intervensi tunggal saja (Strecher & Rosenstock, 1997).

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah satu proses mengelompokkan berbagai tanggung jawab dan kegiatan dalam kelompok, proses menentukan garis otoritas dan komunikasi serta proses pengembangan pola kordinasi antar kelompok-kelompok tersebut (Djojosedjito, 2001).

Pengorganisasian identik dengan kegiatan mengkordinasikan berbagai aktifitas untuk organisasi sehingga semua berkontribusi untuk mencapai Hanny Handiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

tujuan. Prinsip yang penting adalah adanya rantai komando, kesatuan komando, rentang kendali, dan spesialisasi. Aktifitasnya meliputi mengembangkan deskripsi tugas dan prosedur, menetapkan gambaran kinerja, dan mengkoordinasikan aktifitas (Swansburg & Swansburg, 1999).

Salah satu prinsip pengorganisasian karu adalah dalam hal pengaturan jadwal kegiatan di ruang rawat. Lowbury, 1981, dikutip dari Pritchard, 1992 menyebutkan bahwa tindakan mengganti balutan sebaiknya dilakukan 30 menit setelah kegiatan pembersihan ruangan. Jadi tidak melakukan aktivitas di ruangan sesaat setelah ruangan dibersihkan. Penelitian yang dilakukan Handiyani pada 2001 juga membuktikan adanya peningkatan yang signifikan jumlah koloni di udara sesaat setelah ruangan dibersihkan dibandingkan dengan jumlah koloni sebelum dibersihkan dan jumlah koloni pada udara setelah ruangan dibiarkan 15 menit (Handiyani, 2001).

Kendala yang dihadapi dalam mengorganisir pelaksanaan kegiatan pengendalian IN seperti komitmen pimpinan RS yang lemah dan kurangnya profesionalisme dalam pengendalian infeksi dimodifikasi dengan menggunakan organisasi perawatan sebagai tulang punggung pengendalian infeksi. Penelitian yang dilakukan (Djojogugito, 1987, 1990) menunjukkan justru surveilans yang dilaksanakan tim perawat menunjukkan spesifitas dan sensitifitas yang terbaik dibandingkan surveilans yang dilaksanakan tenaga medik lainnya (Djojogugito, 2001).

c. Pengarahan

Fase ini disebut juga sebagai mengkoordinasikan atau mengaktifkan (Marquis, 2000). Fokus pada tahap ini adalah membimbing dan meningkatkan motivasi. Upaya yang dilakukan dapat meliputi membuat sistem penghargaan; memberikan umpan balik positif; mengintegrasikan tujuan organisasi dengan individu; mengurangi ketidakpuasan kerja; mendukung lingkungan yang memotivasi staf; mendukung sumber-sumber: SDM, persediaan, dan perlengkapan; mendukung program diklat untuk mempertahankan kompetensi; konseling dan bimbingan; menghilangkan konflik; mengkomunikasikan segala hal dengan jelas, dll

Fungsi pengarahan karu pada staf dapat membentuk perilaku staf perawat secara bertahap, bukan sekaligus. Timpe (2000b) menjelaskan bahwa seseorang menguasai satu komponen, bergerak maju, mengubah tahap berikutnya, dan seterusnya, hingga semua komponen dikuasai dan sebuah perilaku baru yang kompleks “terbentuk”. Proses pelatihan dapat dibagi menjadi tiga fase yang berbeda yaitu pengenalan konsep-konsep atau teknik baru, penerimaan konsep-konsep atau teknik baru ini melalui pelatihan peserta, dan pembuatan strategi-strategi kreatif untuk melakukan konsep-konsep atau teknik baru ini di tempat kerja (Timpe, 2000b).

Timpe selanjutnya menjelaskan ada sepuluh langkah dalam proses ini, yaitu:

- (1) tampunglah proses perubahan perilaku, (2) tentukan pola-pola perilaku baru dengan rinci, (3) berikan umpan balik kepada setiap individu mengenai

prestasi mereka, (4) tanggapilah perilaku secepat mungkin, (5) gunakan penguatan (*reinforcement*) yang ampuh, (6) gunakan penguatan secara berkesinambungan, (7) gunakan beragam penguatan untuk perawatan, (8) hargailah kerja sama kelompok (*teamwork*)-bukan persaingan, (9) kaitkan semua penghargaan dengan prestasi kerja, dan (10) jangan sekali-kali melalaikan prestasi kerja yang tinggi

Alat untuk pembinaan karyawan, antara lain (Timpe, 2000b): pelatihan dan penyuluhan, penugasan sementara, berbagai pengalaman-pengalaman kerja, lokakarya-lokakarya pengembangan karir, pendidikan dan pelatihan, pemerikayaan jabatan, hubungan pengawasan bawahan yang efektif, dan pembinaan karyawan

d. Pengendalian

Fungsi terakhir dalam manajemen menurut Fayol adalah pengendalian/*controlling*. Di sini setiap hal yang terjadi diperiksa dan dievaluasi apakah sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan, memastikan bahwa panduan telah diberikan, dan sesuai dengan prinsip yang ditetapkan. Prinsip tersebut meliputi keseragaman, perbandingan, dan prinsip pengecualian. (Swansburg & Swansburg, 1999). Yang terpenting dari pengontrolan adalah dilakukan berdasarkan faktual (Swansburg & Swansburg, 1999). Ketika isu timbul, berbagai pihak yang berkepentingan segera dipertemukan untuk berpartisipasi sedini mungkin agar pada akhirnya mau bekerja sama untuk

Proses pengendalian meliputi (Swansburg & Swansburg, 1999) menetapkan standar yang diharapkan untuk semua elemen manajemen dan kriteria hasil yang dapat diukur, melaksanakan standar dengan mengumpulkan data dan aktifitas keperawatan, membandingkan standar dengan kenyataan; membuat pendekatan umpan balik yang dianggap penting; dan menjaga kelanjutan program. Sedangkan pengontrolannya dapat dilakukan dengan teknik: ronde keperawatan; mengembangkan standar instruksi operasional keperawatan; menyusun *Gantt charts* untuk melihat pencapaian tujuan; dan *Program Evaluation and Review Technique* (PERT)

Pengendalian IN yang dilakukan kepala ruangan meliputi upaya kewaspadaan pada isolasi sesuai rekomendasi CDC. Upaya pengendalian meliputi (Djojosingito, 2001): pengendalian administratif, *standard precautions*, *airbone precautions*, *droplet precautions*, dan *contact precautions*. Pengendalian administratif melalui pendidikan tentang pentingnya kewaspadaan dan tanggung jawab untuk selalu melaksanakan serta melalui evaluasi berkala tentang pelaksanaan kewaspadaan dan menggunakan bukti-bukti lapangan untuk membuat langkah-langkah perbaikan.

Standard precautions meliputi upaya cuci tangan, pakai sarung tangan, gunakan masker, pelindung mata, pelindung wajah, dan gaun, pakai peralatan perawatan pasien, pengendalian lingkungan, penanganan linen, pencegahan penularan penyakit melalui darah, dan isolasi pasien (Djojosingito, 2001).

C. Karakteristik Perawat

Robbins (1996) menuliskan ada beberapa karakteristik individu yang dapat mempengaruhi seseorang bertindak. Hal ini didukung oleh pendapat lainnya, yaitu:

- **Usia.** Produktivitas seseorang dalam melakukan sesuatu akan menurun dengan semakin tuanya usia, karena dengan bertambahnya usia maka ada penurunan kecekatan, kekuatan, koordinasi dan adanya kebosanan terhadap kepuasan terhadap pekerjaan serta kurangnya rangsangan intelektual.
- **Jenis kelamin.** Jenis kelamin tidak memberikan perbedaan antara kinerja pria dan wanita yang konsisten dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analitis, dorongan kompetitis, motivasi dan kemampuan belajar
- **Pendidikan dan pelatihan.** Marquis & Huston, 2000 mendefinisikan pelatihan sebagai suatu metoda organisasi di mana staf mendapatkan pengetahuan dan keterampilan untuk tujuan positif dan staf mendapat pengetahuan yang penting untuk penampilan kerjanya dalam hal sikap, psikomotor, dan keterampilan kognitifnya. Aktifitas pengembangan staf perawat meliputi pendidikan dan pelatihan perlu didukung oleh pimpinan bagi staf keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap (Gillies, 1994). Pendidikan formal yang lebih tinggi dapat mendukung pencapaian pengetahuan yang komprehensif tentang suatu hal sesuai dengan jenjang yang diterimanya.
- **Masa kerja.** Penelitian terhadap hubungan senioritas dengan produktivitas menunjukkan tidak ada bukti yang kuat bahwa orang-orang yang telah lebih lama berada pada suatu pekerjaan akan lebih produktif dari junior. Akan tetapi masa kerja akan mempengaruhi pengalaman seseorang, semakin lama bekerja semakin banyak pengalaman sehingga produktivitas kerja dapat meningkat.

D. Penilaian Keberhasilan Program

Perubahan tidak mudah dilakukan individu dan organisasi. Upaya pengendalian IN yang dikemukakan di pembahasan sebelumnya tidak seluruhnya dapat diterima perawat. Hal ini sesuai dengan pendapat Martin Charns yang mengatakan bahwa ada tiga lingkaran penerimaan dalam organisasi, yaitu orang yang menerima perubahan, orang yang menunggu, dan melihat pendekatan, serta orang yang menolak perubahan (Kohles, Baker, & Donaho, 1995).

Suatu program baru dapat berjalan **baik** bila tujuannya yang jelas ditentukan terlebih dahulu dan dijabarkan langkah-langkah untuk mencapainya dengan biaya yang serendah mungkin. Tujuan harus berdasarkan prioritas pengendalian infeksi RS dan sebaiknya Komite IN membuat daftar proyek dan aktifitas yang dapat dilaksanakan dalam tahun yang bersangkutan. Kemudian program surveilans dapat disesuaikan dengan aktivitas tersebut (=surveilans sesuai tujuan) (Djojogito, 2001).

Secara umum, organisasi pelayanan kesehatan dikatakan sukses dalam menyelenggarakan perubahan dengan karakteristik berikut: independen, *seek value-driven outcome*, memberikan asuhan keperawatan berpusat pada klien, dan berpartisipasi dalam perawatan berkelanjutan (Kohles, Baker, & Donaho, 1995)

Keberhasilan suatu program dapat dinilai melalui berbagai indikator. Indikator adalah suatu cara untuk menilai penampilan dari suatu kegiatan dengan menggunakan instrumen (Depkes, 1998). Keberhasilan program IN tentunya dilihat dari rendahnya angka IN, di samping penilaian selama proses pelaksanaan program.

Penilaian program difokuskan pada kegiatan pengendalian IN untuk klien di ruang rawat. Sedangkan program untuk pengunjung dan petugas kesehatan yang juga dapat terkena IN tidak dinilai sebagai keberhasilan program IN dalam penelitian ini.

Kegiatan pengendalian IN dapat dikategorikan sebagai suatu proyek kegiatan operasional. Soeharto, I. (1997) dalam bukunya yang membahas manajemen proyek mengkatagorikan kegiatan operasional sebagai kegiatan yang didasarkan pada suatu konsep mendayagunakan sistem yang telah ada, apakah berbentuk pabrik, gedung atau fasilitas yang lain, secara terus menerus dan berulang-ulang, rutin, berlangsung dalam jangka panjang.

Langkah-langkah dalam proyek pelayanan manajemen (Soeharto, 1997) ini dapat pula diterapkan dalam menelaah kegagalan dalam pengendalian IN:

- **Tahap konseptual:** mengkaji persoalan atau keperluan yang dihadapi. Jadi di sini kita berusaha manggali dan merumuskan penyebab terjadinya keadaan yang tidak efisien tersebut. Bila telah ditemukan indikasi sumber atau penyebab utama persoalan, maka ditelusuri lebih lanjut seberapa jauh akibat atau pengaruhnya terhadap sistem keseluruhan.
- **Tahap perencanaan dan pementapan (PP).** Aspek penyelesaian masalah mendapatkan perhatian sepenuhnya untuk dikaji secara mendalam di tahap ini.
- **Tahap implementasi:** segala rencana dan usulan tahap terdahulu setelah ditemukan alternatif yang dianggap terbaik, kemudian dirinci, dijabarkan, dihitung dan disusun menjadi suatu sistem yang bila direalisasikan dapat

Hal ini dituangkan dalam laporan akhir.

E. Penelitian Terkait

Penelitian terdahulu yang berhubungan langsung dengan penilaian terhadap keberhasilan program pengendalian IN belum peneliti temukan. Namun, penelitian lain yang menunjang antara lain adalah:

1. Penelitian Ramah Surbakti tentang Survei Prevalensi Infeksi Nosokomial 6 RSU Pemerintah Kelas B Indonesia, 1989 (Surbakti, 2000). **Tujuan** penelitiannya memperoleh informasi besarnya masalah IN di beberapa rumah sakit umum kelas B di ibu kota propinsi. **Hasil** penelitian menunjukkan prevalensi IN di 6 RS cukup tinggi namun diperkirakan masih *under reported* disebabkan catatan medis dan keperawatan kurang lengkap dan diagnosis IN hanya berdasarkan klinis, juga pemakaian antibiotika yang cukup banyak menyebabkan gejala klinis IN tidak tampak.

Hasil lainnya dari angka IN yang ditemui adalah: IN lebih rendah dari RS dengan jumlah tempat tidur lebih besar/ RS dengan kelas lebih tinggi. Jenis IN terbanyak: Infeksi Luka Operasi, Infeksi Saluran Kemih, IN jenis lain; IN tertinggi di ruang neurologi, bedah, kebidanan dan kandungan; Proporsi IN terbesar pada usia < 5 tahun dan > 45 tahun; dan Makin lama hari perawatan, IN makin tinggi. Selanjutnya penelitian menunjukkan pemakaian anti biotik cukup tinggi termasuk pemakaian pada pasien tanpa gejala infeksi dan tim pengendali IN belum terbentuk/ berfungsi (Surbakti, 2000).

2. Lindawati (2001) melaporkan tesisnya tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi perawat pelaksana tentang upaya pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RSSP Jakarta. Data yang dikumpulkan dari perawat pelaksana pada 23 Juni-8 Juli 2001 menghasilkan temuan bahwa faktor yang tidak berhubungan secara bermakna dengan upaya pencegahan IN adalah variabel umur, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan pencegahan IN. Sedangkan faktor yang berhubungan bermakna dengan upaya pencegahan IN adalah supervisi kepala ruangan, sarana dan fasilitas pencegahan IN, serta pengetahuan tentang SOP IN
3. IGA Nyoman (2002) telah meneliti tentang hubungan kepemimpinan efektif kepala ruangan dengan perilaku kerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RS Persahabatan Jakarta, 2002. Hasil penelitian dari 96 responden perawat pelaksana ini menunjukkan bahwa enam sub variabel kepemimpinan efektif (pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, tujuan, energi, dan tindakan) seluruhnya berhubungan secara signifikan dengan perilaku kerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial khususnya dalam mencuci tangan dan merawat infus. Variabel yang paling berhubungan adalah energi, kesadaran diri, dan tindakan kepala ruangan. Karakteristik perawat (usia, pendidikan, lama kerja, dan pelatihan) yang diprediksikan sebagai variabel pengganggu hubungan kedua variabel tersebut, ternyata tidak terbukti.

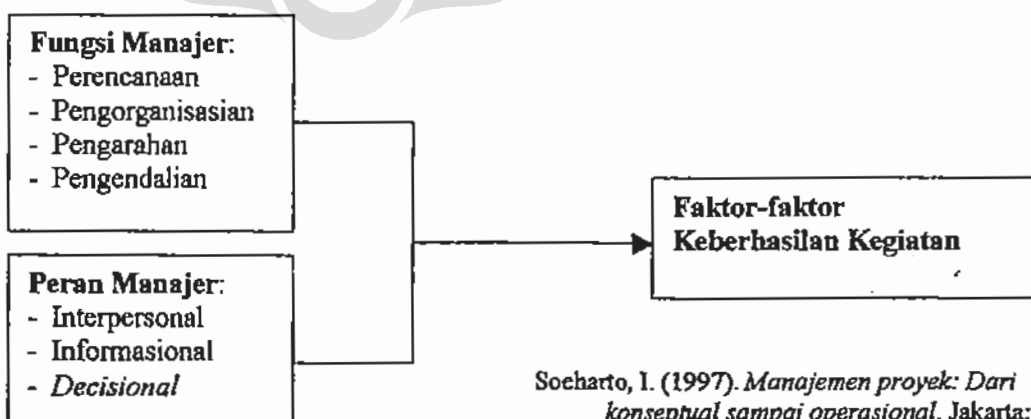
BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Teori

Uraian teori dan penelitian yang dibahas sebelumnya menggambarkan pentingnya aspek manajemen keperawatan dalam kegiatan pengendalian IN di RS. Kerangka teori yang melandasi penelitian dibangun berdasarkan teori Henry Fayol (1925) tentang fungsi manajemen dan Mintzberg Model (1973) tentang peran manajer keperawatan yang dikaitkan dengan penilaian keberhasilan suatu kegiatan/ proyek dari Soeharto, 1997 dan panduan pengendalian IN sebagai tolak ukur keberhasilan program pengendalian infeksi. Secara singkat kerangka teori dapat digambarkan sebagai berikut:

Skema 3.1
Kerangka Teori



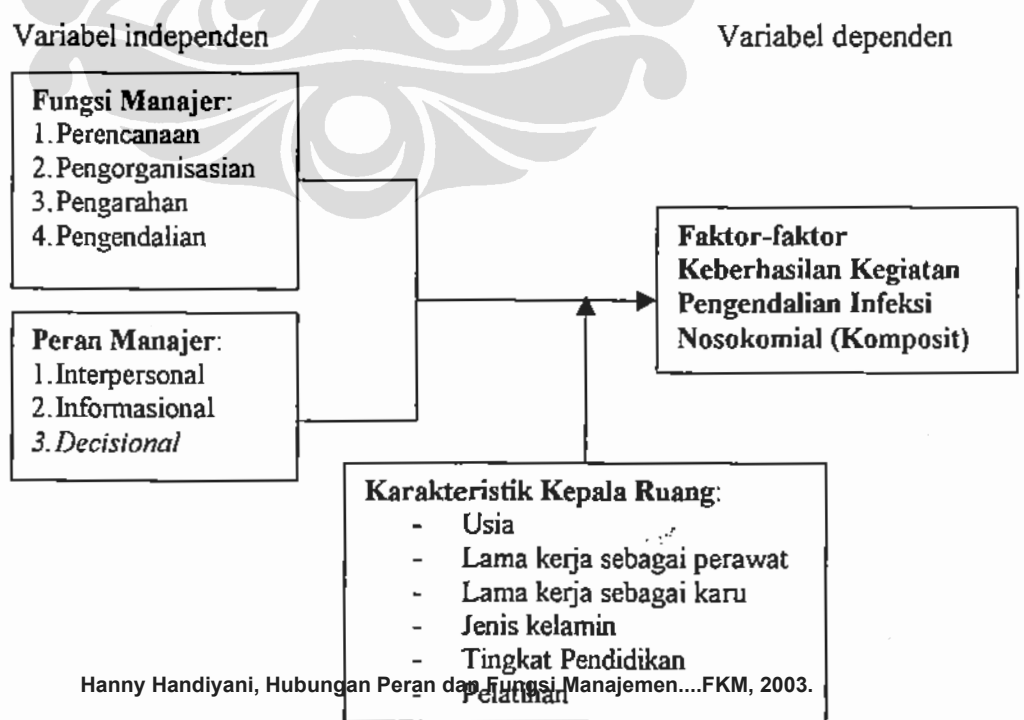
Soeharto, I. (1997). *Manajemen proyek: Dari konseptual sampai operasional*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

B. Kerangka Konsep Penelitian

Peneliti berfokus untuk melihat hubungan variabel independen dan dependen. Variabel independen meliputi peran dan fungsi manajer keperawatan yang terdiri dari sub variabel peran interpersonal, informasional, dan *decisional* serta fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengontrolan, dan pengarahan. Variabel dependen adalah faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan pengendalian IN.

Hubungan kedua varibel di atas tentunya dapat dipengaruhi dengan berbagai variabel pengganggu (*confounding*). Penelitian ini juga akan menguji pengaruh variabel *confounding* yaitu karakteristik karu (usia, lama kerja sebagai perawat, lama kerja sebagai karu, jenis kelamin, pendidikan, dan pelatihan) tersebut terhadap hubungan variabel independen dan dependen. Arah atau gambaran alur penelitian yang akan dilakukan sesuai dengan kerangka konsep seperti skema di bawah ini.

Skema 3.2
Kerangka Konsep



Hanny Handiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

C. Hipotesis

Rumusan hipotesis berdasarkan kerangka konsep penelitian adalah sebagai berikut:

1. Ada hubungan peran interpersonal manajer yang dipersepsikan kepala ruang dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RS
2. Ada hubungan peran informasional manajer yang dipersepsikan kepala ruang dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RS
3. Ada hubungan peran *decisional* manajer yang dipersepsikan kepala ruang dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RS
4. Ada hubungan antara fungsi perencanaan yang dipersepsikan kepala ruang dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RS
5. Ada hubungan antara fungsi pengorganisasian yang dipersepsikan kepala ruang dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RS
6. Ada hubungan antara fungsi pengarahan yang dipersepsikan kepala ruang dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RS
7. Ada hubungan antara fungsi pengontrolan yang dipersepsikan kepala ruang dengan faktor-faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RS
8. Ada pengaruh karakteristik perawat terhadap hubungan peran dan fungsi karu dengan keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RS
9. Ada variabel yang paling berhubungan dengan keberhasilan pengendalian IN

D. Definisi Operasional

1. Variabel Independen:

Peran manajer keperawatan adalah perilaku khusus kepala ruangan yang menyertai posisinya sebagai kepala ruangan meliputi peran interpersonal, informasional, dan *decisional*.

Fungsi manajer keperawatan adalah fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian karu dalam mempengaruhi berbagai sumber daya di ruangan untuk mencapai tujuan kegiatan di ruang rawat inap RSCM.

Sub variabel peran dan fungsi karu meliputi:

Sub Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Peran interpersonal	Persepsi karu terhadap peran interpersonal mereka sebagai <i>figurhead, leader, dan liason</i>	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner B No. 1-4	Baik bila > <i>cut of point</i> / cop Buruk bila < cop	Ordinal
Peran informational	Persepsi karu terhadap peran monitoring, disseminator, dan peran <i>spokeperson</i>	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner B No. 5-8	Baik bila > <i>cut of point</i> / cop Buruk bila < cop	Ordinal
Peran decisional	Persepsi karu terhadap peran kewirausahaan, penatalaksanaan terhadap gangguan, <i>resource allocator</i> , dan peran negosiator	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner B No. 9-15	Baik bila > <i>cut of point</i> / cop Buruk bila < cop	Ordinal
Fungsi perencanaan	Persepsi karu terhadap kegiatan merumuskan tujuan dan rencana tindakan pengendalian IN, menentukan personal yang terlibat, merancang proses dan hasilnya, memberikan umpan balik pada personal, dan memodifikasi rencana yang diperlukan	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner B No. 16-20	Baik bila > <i>cut of point</i> / cop Buruk bila < cop	Ordinal
Fungsi Pengorganisasian	Persepsi karu terhadap kegiatan mengkordinasikan berbagai aktifitas seputar pengendalian IN untuk RS sehingga semua pihak berkontribusi untuk mencapai tujuan pengendalian IN.	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner B No. 21-24	Baik bila > <i>cut of point</i> / cop Buruk bila < cop	Ordinal
Fungsi pengarahan	Persepsi karu terhadap upaya mengkordinasikan atau mengaktifkan kegiatan pengendalian IN.	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner B No. 25-29	Baik bila > <i>cut of point</i> / cop Buruk bila < cop	Ordinal
Fungsi pengendalian	Persepsi karu terhadap kegiatan memeriksa dan mengevaluasi implementasi rencana pengendalian IN, memastikan bahwa panduan telah diberikan, dan sesuai dengan prinsip yang ditetapkan.	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner B No. 30-32	Baik bila > <i>cut of point</i> / cop Buruk bila < cop	Ordinal

2. Variabel Dependen:

Keberhasilan kegiatan pengendalian IN adalah penampilan hasil kerja karu yang berhubungan dengan kegiatan pengendalian IN di ruang rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta. Keberhasilan diukur dengan menggunakan kuesioner C untuk menilai tingkat pengetahuan dan kuesioner D untuk menilai indikator lainnya. Kuesioner D (18 item) memakai skala Likert dan hasil ukur merupakan hasil rata-rata jumlah skoring dari beberapa komponen keberhasilan pengendalian IN dengan skala interval. Hasil skoring dikelompokkan dalam kategori kurang dan berhasil baik.

Sub Variabel	Definti operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Pengetahuan tentang IN	Tingkat pengetahuan karu tentang prinsip-prinsip dasar IN dan pengendalian infeksi	20Pertanyaan. Jwb br (1), salah(0)	Kuesioner C No. 1-20	Baik bila > <i>cut of point (cop)</i> Buruk bila < cop	Ordinal
Tahap Konseptual	Persepsi karu terhadap keberhasilan melewati tahap konseptual suatu program	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner D No. 1-4	Baik bila > <i>cut of point (cop)</i> Buruk bila < cop	Ordinal
Tahap perencanaan & pementapan	Persepsi karu terhadap keberhasilan tahap perencanaan dan pementapan	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner D No. 5-7	Baik bila > <i>cut of point (cop)</i> Buruk bila < cop	Ordinal
Tahap Implementasi	Persepsi karu terhadap keberhasilan tahap implementasi kegiatan	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner D No. 8-9	Baik bila > <i>cut of point (cop)</i> Buruk bila < cop	Ordinal
Tahap Utilisasi	Persepsi karu terhadap kegiatan utilisasi program	Skoring dengan Skala Likert 1-4	Kuesioner D No.10-11	Baik bila > <i>cut of point (cop)</i> Buruk bila < cop	Ordinal
Indikator keberhasilan program lainnya	Persepsi karu terhadap keberhasilan program IN dilihat dari indikator hasil secara umum	Skoring dengan skala Likert 1-4	Kuesioner D No. 12-18	Baik bila > <i>cut of point (cop)</i> Buruk bila < cop	Ordinal

3. Variabel Pengganggu (*confounding*)

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
Usia	Jumlah tahun sejak karu lahir hingga ulang tahun terakhir	Kuesioner A	Senior bila $>$ <i>cut of point (cop)</i> Yunior bila $<$ <i>cop</i>	Ordinal
Lama kerja sebagai perawat	Jumlah tahun selama yang bersangkutan menjalankan tugas sebagai perawat	Kuesioner A	Lama bila $>$ <i>cut of point (cop)</i> . Baru bila $<$ <i>cop</i>	Ordinal
Lama kerja sebagai karu	Jumlah tahun selama yang bersangkutan menjalankan tugas sebagai karu	Kuesioner A	Lama bila $>$ <i>cut of point (cop)</i> . Baru bila $<$ <i>cop</i>	Ordinal
Jenis kelamin	Gambaran karakteristik yang membedakan jenis kelamin karu	Kuesioner A	Pria Wanita	Nominal
Pendidikan	Jenis pendidikan terakhir karu	Kuesioner A	Non professional untuk lulusan SPR/SPK. Profesional untuk lulusan DIII kep., S1 kep., S1 lainnya, dan S2 Kep.	Ordinal
Pelatihan Pengendalian IN	Gambaran pernah tidaknya karu mengikuti program pelatihan pengendalian IN	Kuesioner A	Tidak pernah atau pernah (sebutkan berapa kali)	Nominal

Penentuan *cut of point (cop)* dilakukan dengan melihat kurva yang dihasilkan oleh distribusi frekuensi setiap sub variabel. Bila distribusinya normal, maka *cop* akan menggunakan mean. Bila distribusi tidak normal, maka akan menggunakan median sebagai *cop*.

Berdasarkan uji keselarasan data variabel dependen keberhasilan kegiatan pengendalian IN yang berskala ordinal dengan menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov Z didapatkan *p-value* 0.731 berarti *p-value* $>$ α (0,05) dengan mean 60.19 dan SD 6.68. Hal ini bermakna data berdistribusi normal dan *cut of point*-nya menggunakan mean.

BAB IV

METODA PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian dilakukan *cross sectional*, di mana pengukuran (variabel dependen) yaitu indikator keberhasilan pelaksanaan pengendalian infeksi nosokomial (IN) dilakukan bersama variabel independen yang meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian keperawatan serta peran manajer kepara ruangan. Penelitian menggunakan desain deskriptif-analitis, yaitu "... penelitian ditujukan untuk menguji hipotesa-hipotesa dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan-hubungan" (Nazir, 1999).

B. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian adalah kepala ruang (karu) rawat inap di RSCM. **Sampel** responden penelitian ini menggunakan total populasi berjumlah 47 (3 cuti dan 1 sedang masa peralihan), sehingga responden berjumlah 43 karu rawat inap. Hal ini diambil mengingat karu merupakan manajer operasional terdepan sebagai ujung tombak penggerak upaya pengendalian IN di setiap ruangan.

C. Etika Penelitian

Hak subjek riset untuk melindungi integritas dirinya harus dihormati. Harus dilakukan setiap upaya pencegahan untuk mengormati kebebasan pribadi subyek dan memperkecil pengaruh riset atas integritas fisik dan mental serta atas kepribadiannya (Oemijati, 1994). Untuk itulah maka penelitian akan dilaksanakan setelah mendapat

ijin direktur melalui banglit dan bidang keperawatan RSCM Jakarta.

Hanny Handiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

“Dalam setiap riset pada manusia, setiap calon subyek harus diberi penjelasan secukupnya tentang tujuan, cara, manfaat yang diharapkan, bahaya yang mungkin dihadapinya serta keadaan kurang menyenangkan yang mungkin timbul” (Oemijati, 1994). Hak responden berupa jaminan kerahasiaan identitas serta informasi yang bersifat pribadi juga disampaikan. Bila responden telah memahaminya, maka kesediaan responden didokumentasikan dengan menandatangani surat “pemberian izin atas dasar pengertian (*inform consent*)” (Tjokronegoro, Utomo, Rukmono, 1981) yang menunjukkan persetujuannya sebagai responden (lampiran 1).

D. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian berlangsung di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta dengan pertimbangan RS ini sebagai pusat pengendalian IN. Pengumpulan data melalui kuesioner diambil dua minggu dalam lima hari kerja. Proses penelitian sejak persiapan sampai desiminasi sekitar lima bulan (September 2002-Februari 2003).

E. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri melalui pengumpulan data primer yang diperoleh dari pengisian kuesioner oleh karu rawat inap yang menjadi sampel dengan menerapkan aspek etika penelitian di atas. Penjelasan penelitian telah disampaikan dalam pertemuan kepala ruangan yang diselenggarakan bidang keperawatan. Kepada responden secara individual dibagikan kuesioner, diminta kesediaannya untuk mempelajarinya terlebih dahulu, dijelaskan bila ada pertanyaan, dianjurkan untuk mulai mengisi sampai selesai, dan dikumpulkan untuk dianalisis.

F. Uji Coba Instrumen

Instrumen penelitian berupa kuesioner yang terdiri dari empat bagian. Bagian A tentang data kepala ruangan. Instrumen B tentang peran dan fungsi manajer kepala ruang rawat, serta bagian C dan D tentang tingkat keberhasilan kegiatan pengendalian IN di mana pengetahuan karu tentang IN lebih digali melalui kuesioner C. Instrumen dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan teori yang telah diuraikan.

Uji instrumen dilakukan pada seluruh karu rawat inap RSUP Persahabatan, Jakarta (N= 22) yang diperkirakan memiliki karakteristik yang sama dengan responden penelitian sebenarnya. Perbaikan instrumen dilakukan sebelum pengumpulan data. Tujuan uji coba instrumen adalah untuk mengkaji pemahaman responden terhadap isi kalimat, dan mengukur reliabilitas serta validitas kuesioner. "Instrumen yang baik harus memenuhi dua persyaratan penting yaitu valid dan realibel" (Arikunto, 1998).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan uji *Cronbach's Alpha*. Uji validitas dengan cara membandingkan r hasil dengan r tabel. Jika r hasil positif dan $> r$ tabel maka butir/ variabel tersebut valid. Bila ada pernyataan/ item yang tidak valid maka butir tersebut dikeluarkan dan proses analisis diulang untuk butir yang valid saja. Uji reliabilitas diperoleh dengan membandingkan r alpha dengan r tabel. Jika r alpha positif dan $> r$ tabel maka butir/ variabel tersebut reliabel (Santoso, 2000). Pagano dan Gauvreaux (1992) menuliskan nilai r 0-0.25 berarti reliabilitas lemah, 0.26 – 0.50 reliabilitas sedang, 0.51 – 0.75 reliabilitas kuat, dan 0.76 – 1.00 reliabilitas sangat kuat.

Hasil uji coba kuesioner adalah sebagai berikut:

1. **Kuesioner A** tentang data kepala ruangan cukup jelas dan tak ada perubahan
2. **Kuesioner B** tentang peran dan fungsi karu sebanyak 40 item pertanyaan didapatkan r hasil (berkisar 0.467-0.835) lebih besar dari r tabel (0.423).

Kuesioner yang memenuhi syarat ada 32 (Item no 2, 6, 9, 11, 13, 18, 20, 27 tidak valid). Hasil uji coba kuesioner dengan *Alpha Cronbahch* untuk uji konsistensi instrumen (reliabilitas) diperoleh nilai $\alpha = 0.599-0.862$, yang artinya kuesioner memiliki reliabilitas kuat sampai sangat kuat.

3. **Kuesioner C** yaitu keberhasilan pelaksanaan IN berisi 27 item pernyataan, di mana r hasil (0.464) lebih besar dari r tabel (0,423). Kuesioner variabel yang memenuhi syarat ada 18 item (Item nomor 8-14, 20, dan 22 tidak valid). Hasil uji coba kuesioner dengan *Alpha Cronbahch* untuk uji reliabilitas diperoleh nilai $\alpha = 0,825$ yang artinya kuesioner memiliki konsistensi yang sangat kuat. Item pernyataan yang tidak valid tidak dimasukkan sehingga hanya dipakai 18 item.
4. **Kuesioner D** tentang tingkat pengetahuan karu semula 24 item dikurangi menjadi 20 item dengan memilih 4 item yang tidak dipahami karu (44% karu memiliki pengetahuan kurang dari mean).

G. Cara Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisa data menggunakan program komputer melalui tahapan:

1. Pengolahan Data

a. Editing Data

Setiap kuesioner diedit kelengkapan pengisian dan kejelasan hasil pengisian.

“Mengedit juga berarti melihat apakah data konsisten atau tidak” (Nazir, 1999).

b. Koding Data

Setiap informasi yang telah terkumpul pada setiap pertanyaan dalam kuesioner diberi kode. "Pemberian kode kepada jawaban sangat penting artinya, jika pengolahan data dilakukan dengan komputer" (Nazir, 1999).

c. Penetapan Skor

Penetapan skor dibagi dua yaitu: penetapan skor untuk karakteristik kepala ruangan dibuat dalam distribusi frekuensi untuk data kategorikal ditambah nilai tengah untuk data kontinyu serta penetapan skor untuk tiap variabel yang akan diteliti. Penetapan skor untuk jawaban kuesioner (kisaran 1-4). Penetapan jawaban kuesioner dibagi dua yaitu: untuk jawaban yang positif dan jawaban yang negatif.

Untuk pertanyaan positif:

- Bila menjawab selalu, artinya **kegiatan dalam pernyataan tersebut selalu dilaksanakan**, dan diberi nilai 4
- Bila menjawab sering, artinya **pernyataan tersebut lebih banyak dilaksanakan dari pada tidak dilaksanakan**, diberi nilai 3
- Bila menjawab kadang-kadang, artinya **pernyataan tersebut lebih banyak tidak dilaksanakan dari pada dilaksanakan**, diberi nilai 2
- Bila menjawab tidak pernah, artinya **pernyataan tersebut tidak dilaksanakan sama sekali**, diberi nilai 1

Untuk jawaban kuesioner pertanyaan negatif, akan mendapatkan nilai:

Selalu (= 1), Sering (= 2), Kadang-kadang (= 3), Tidak pernah (= 4)

2. Analisis data

Hasil pengolahan data dianalisis dengan menggunakan program komputer.

Analisis data dilakukan dalam tiga tahap yaitu:

a. Analisis Univariat

Analisis dilakukan dengan membuat distribusi frekuensi dari karakteristik karu serta dari tiap variabel independen dan dependen. Setiap kategori jawaban pada variabel independen dan variabel dependen ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dan selanjutnya dilakukan analisis data statistik deskriptif terhadap tampilan data tersebut.

b. Analisis Bivariat

“Dalam ilmu statistik, teknik korelasi digunakan untuk menggambarkan besar dan arah suatu hubungan antara dua variabel atau lebih (Tjokronegoro, dkk.,1981). Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

Analisis menggunakan komputer dengan membandingkan dua variabel yaitu variabel dependen dan variabel independen. Uji yang digunakan adalah *regression binary logistic* dengan menggunakan derajat kepercayaan 95% dan H_0 : tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Bila $p \text{ value} < 0.05$, hipotesis ditolak berarti ada hubungan antara variabel independen dan dependen. Begitu pun sebaliknya.

c. Analisis Multivariat

Uji regresi logistik dilakukan untuk mengetahui variabel independen mana yang paling berhubungan dengan variabel dependen yaitu faktor-faktor keberhasilan kegiatan pengendalian IN (komposit). Uji ini juga digunakan untuk melihat variabel *confounding* karakteristik karu mana yang mempengaruhi hubungan variabel independen dan variabel dependen. Hal ini diperoleh dengan melihat *p value* terkecil dengan tingkat kepercayaan 95%.



BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian hubungan peran dan fungsi kepala ruangan (karu) rawat inap dengan faktor keberhasilan program pengendalian Infeksi Nosokomial (IN) di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo merupakan Pusat Perhimpunan Pengendalian IN Jakarta. Hal ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi RS lain dalam menelaah peran dan fungsi karu dalam kegiatan pengendalian IN. Penyajian meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

A. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan menjelaskan/ mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2001). Analisis meliputi nilai tengah (mean, median, modus) dan distribusi frekuensi variabel karakteristik biografi karu, peran dan fungsi karu, serta keberhasilan kegiatan pengendalian IN di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

1. Gambaran Karakteristik Biografi Kepala Ruangan Rawat Inap

Gambaran karakteristik biografi karu meliputi usia, lama kerja sebagai perawat, lama kerja sebagai karu, jenis kelamin, pendidikan, dan keikutsertaan dalam pelatihan IN. Rata-rata usia karu rawat inap 46.26 tahun, usia termuda 33 tahun, dan tertua 55 tahun. Rata-rata lama kerja karu sebagai perawat 23.88 tahun (lama kerja antara 5-35 tahun) dan lama kerja sebagai karu 6.28 tahun, dengan lama kerja sebagai karu berkisar antara 1 tahun dan paling lama 25 tahun (tabel 5.1.).

Hanny Handiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....PKM, 2003.

Tabel 5.1.

Distribusi Responden Menurut Karakteristik Biografi: Usia, Lama Kerja Karu sebagai Perawat & Karu RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)

No	Karakteristik	Median	Mean	Frek	%	Min	Maks
1.	Usia	47 th	46.26 th			33 th	55 th
	- Yuniior (< 47 tahun)			18	41.9		
	- Senior (> = 47 tahun)			25	58.1		
2.	Lama kerja sbg perawat	25 th	23.88 th			5 th	35 th
	- Baru (<25 tahun)			21	48.8		
	- Lama (>=25 tahun)			22	51.2		
3.	Lama kerja sbg karu	4 th	6.28 th			1 th	25 th
	- Baru (< 4 tahun)			19	44.2		
	- Lama (>= 4 tahun)			24	55.8		

Tabel di atas menunjukkan bahwa lebih dari separuh (58.1%) karu berada pada kelompok senior (usia > 47 tahun), lebih dari separuh (51.2 %) bekerja >25 tahun sebagai perawat, dan 55.8 % telah lebih dari 4 tahun bekerja sebagai karu.

Tabel 5.2.

Distribusi Responden Menurut Karakteristik Biografi: Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pelatihan Karu RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)

No	Karakteristik Biografi	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Jenis kelamin:		
	- Laki-laki	3	7.0
	- Perempuan	40	93.0
2.	Pendidikan:		
	- SPK/SPR	7	16.3
	- D 3 Keperawatan	26	60.5
	- S1 Keperawatan	7	16.3
	- S1 FKM	2	4.7
	- S2 Keperawatan	1	2.3
3.	Pelatihan:		
	- Pernah	26	60.5
	- Tidak pernah	17	39.5

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi frekuensi dari variabel jenis kelamin,

pendidikan, dan keikutsertaan dalam pelatihan IN. Jenis kelamin relatif homogen.

Mayoritas kepala ruang rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo adalah perempuan (93%). Tingkat pendidikan D III Keperawatan lebih dominan (60.5%) dan sebagian besar karu rawat inap pernah mengikuti pelatihan IN (60.5%) sebanyak rata-rata satu kali.

2. Gambaran Peran Karu Rawat Inap

Gambaran peran karu rawat inap meliputi: peran interpersonal, informasional, dan *decisional*/ pengambil keputusan yang merupakan variabel independen dalam penelitian ini. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3

Gambaran Peran Kepala Ruang Rawat Inap
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)

No	Peran Karu	Rentang	Min-Mak	Median	S D	Mean	Modus
1.	Interpersonal	4-16	11-16	15	1.52	14.33	15.00
2.	Informasional	4-16	10-16	14	1.68	13.72	14.00
3.	<i>Decisional</i>	7-28	15-27	21	3.30	21.37	21.00

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa pencapaian nilai rata-rata peran kepala ruangan di setiap variabel baik. Hal ini ditunjukkan dengan nilai responden terbanyak (modus) yang lebih tinggi dari nilai mean untuk peran interpersonal dan informasional dan mendekati mean untuk peran *decisional*.

3. Gambaran Fungsi Karu Rawat Inap

Gambaran fungsi karu rawat inap meliputi: fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian yang merupakan variabel independen dalam penelitian ini. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4

Gambaran Fungsi Kepala Ruang Rawat Inap
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)

No	Peran Karu	Rentang	Min-Mak	Median	S D	Mean	Modus
1.	Perencanaan	5-20	13-20	17	2.11	16.65	17.00
2.	Pengorganisasian	4-16	12-16	15	1.28	14.72	15.00
3.	Pengarahan	5-20	14-20	18	1.77	18.09	18.00
4.	Pengendalian	3-12	8-12	10	1.39	10.51	10.00

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa pencapaian nilai rata-rata fungsi karu di setiap di variabel baik. Hal ini ditunjukkan dengan nilai tersering karu (modus) lebih tinggi dari rata-rata mean, khususnya di peran perencanaan dan pengorganisasian.

4. Distribusi Frekuensi Keberhasilan Kegiatan Pengendalian IN

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Keberhasilan Kegiatan Pengendalian IN
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n =43)

No	Keberhasilan	Kelompok	f	%
1.	Tahap Konseptual	- Baik	21	48.8
		- Buruk	22	51.2
2.	Tahap Perencanaan & Pengembangan	- Baik	19	44.2
		- Buruk	24	55.8
3.	Tahap Implementasi	- Baik	21	48.8
		- Buruk	22	51.2
4.	Tahap Utilisasi	- Baik	13	30.2
		- Buruk	30	69.8
5.	Program IN lain	- Baik	43	100
		- Buruk	0	0
6.	Komposit	- Baik	20	46.5
		- Buruk	23	53.5

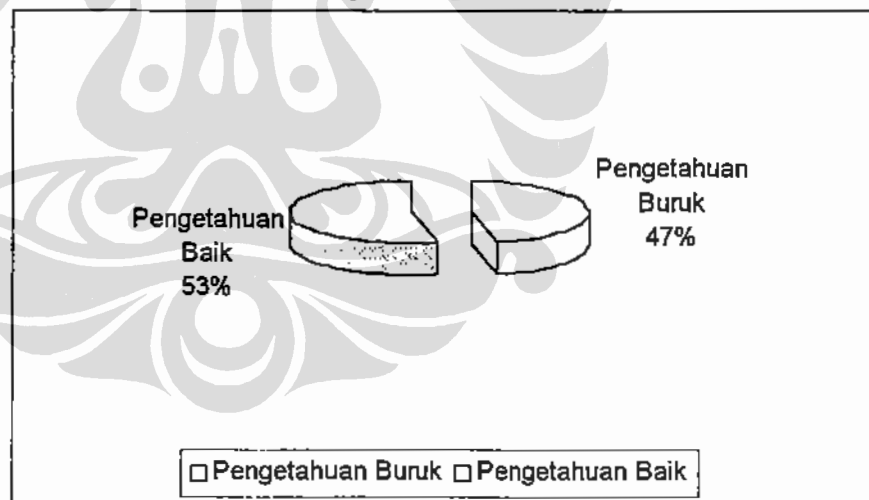
Tabel 5.5 menunjukkan tingkat keberhasilan di tiap-tiap tahap kegiatan pengendalian IN lebih dari 50% buruk. Kriteria baik dan buruk menggunakan *cut of point* mean, karena variabel tingkat keberhasilan berdistribusi normal. Hal ini juga didukung dengan penilaian sub variabel keberhasilan tersebut secara

komposit menunjukkan 53.5% tingkat keberhasilannya buruk. Namun, bila penilaian menggunakan indikator program lainnya sesuai dengan tugas karu dalam petunjuk teknis pengendalian IN RSCM menunjukkan 100% tingkat keberhasilannya baik.

Penilaian tingkat keberhasilan juga dilihat dari tingkat pengetahuan karu akan IN dan kegiatan pengendalian IN. Hal ini diharapkan dapat menunjang penilaian tingkat keberhasilan yang dinilai di setiap tahap. Adapun tingkat keberhasilan bila dinilai dari pengetahuan kepala ruang akan kegiatan pengendalian IN meliputi hasil berikut.

Grafik 5.1.

Gambaran Keberhasilan Kegiatan Pengendalian IN dinilai dari Pengetahuan Karu tentang IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n =43)



Grafik 5.1 di atas menunjukkan bahwa 53.5% karu memiliki pengetahuan IN yang baik. Nilai mean dan median mempunyai perbedaan yang relatif kecil, sehingga dapat diasumsikan nilai pengetahuan karu tentang IN berada pada distribusi normal.

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel-variabel independen dan dependen yang diteliti. Analisis bivariat peran dan fungsi karu yang berupa data katagorik untuk setiap variabel memakai uji *regression binary logistic*.

Hubungan antara peran (interpersonal, informasional, *decisional*) dan fungsi (perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian) karu dengan keberhasilan kegiatan pengendalian IN dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6.

Hubungan Peran dan Fungsi Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)

No	Variabel	Wald	Sig. (p value)	OR	CI 95%	
					Lower	Upper
1.	Peran Interpersonal	4.997	0.025*	4.286	1.196	15.352
2.	Peran Informasional	0.566	0.452	1.589	0.475	5.310
3.	Peran <i>Decisional</i>	1.927	0.165	2.400	0.697	8.259
4.	Peran (Komposit)	7.105	0.008*	1.232	1.057	1.436
5.	Fungsi Perencanaan	10.929	0.001*	10.880	2.643	44.794
6.	Fungsi Pengorganisasian	4.060	0.044*	3.840	1.037	14.213
7.	Fungsi Pengarahan	10.955	0.001*	11.333	2.692	47.718
8.	Fungsi Pengendalian	6.361	0.012*	5.357	1.454	19.742
9.	Fungsi (Komposit)	14.174	0.000*	19.123	4.115	88.865

Tabel di atas menunjukkan setiap sub variabel peran dan fungsi kepala ruangan mempunyai p value < 0.05 (kecuali peran informasional dan *decisional*). Jadi, hipotesis ditolak, berarti ada hubungan antara peran interpersonal dan fungsi (perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian) kepala ruangan dengan faktor keberhasilan pelaksanaan pengendalian IN. Namun, tidak ada hubungan peran informasional dan *decisional* dengan faktor keberhasilan kegiatan pengendalian IN.

Hubungan peran dan fungsi karu dengan faktor keberhasilan pelaksanaan kegiatan pengendalian FN dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Karu yang berperan interpersonal baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 4,286 kali dibandingkan karu yang berperan interpersonal kurang baik
- b. Karu yang berperan informasional baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 1,589 kali dibandingkan karu yang berperan informasional kurang baik
- c. Karu yang berperan *decisional* baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 2,400 kali dibandingkan karu yang berperan *decisional* kurang baik
- d. Karu yang berperan baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 1,232 kali dibandingkan karu yang berperan kurang baik
- e. Karu yang mempunyai fungsi perencanaan yang baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 10,880 kali dibandingkan karu yang berfungsi kurang baik
- f. Karu yang mempunyai fungsi pengorganisasian baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 3,840 kali dibandingkan karu yang berfungsi kurang baik
- g. Karu yang mempunyai fungsi pengarahan yang baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 11,333 kali dibandingkan karu yang berfungsi kurang baik
- h. Karu yang mempunyai fungsi pengendalian baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 5,357 kali dibandingkan karu yang berfungsi kurang baik
- i. Karu yang berfungsi baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 19,123 kali dibandingkan karu yang berfungsi kurang baik

C. Analisis Multivariat

Tujuan analisis multivariat adalah untuk memperoleh variabel yang paling signifikan dengan keberhasilan kegiatan pengendalian IN. Selain itu juga untuk melihat apakah variabel *confounding* berperan dalam mempengaruhi hubungan variabel independen dan dependen melalui uji regresi logistik.

Tahap awal adalah dengan melakukan uji logistik sederhana untuk mendapatkan kandidat untuk uji regresi logistik ganda. Selanjutnya variabel yang memenuhi syarat diuji dengan regresi logistik ganda metoda *enter*, yaitu pengujian di mana variabel yang *p waldnya* tidak signifikan (paling besar) dikeluarkan dari model. Proses ini berlanjut hingga didapatkan variabel yang *p waldnya* kurang dari alpha (0.05). Hasil uji variabel peran dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.7.

Analisis Multivariat Hubungan Peran Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)

No	Variabel	Wald	Sig. (p value)	OR	CI 95%	
					Lower	Upper
1.	Peran Interpersonal	1.506	0.220*	2.604	0.565	12.008
2.	Peran Informasional	0.009	0.926	0.936	0.233	3.760
3.	Peran <i>Decisional</i>	1.189	0.276	2.066	0.561	7.617

Bila dilakukan analisis secara terpisah, maka hanya peran interpersonal yang paling signifikan atau mempunyai *p-wald* < 0.25 sehingga dapat masuk sebagai kandidat.

Oleh karena itu untuk analisis selanjutnya yaitu pada saat menganalisis *confounding* digunakanlah peran komposit.

Variabel *confounding* kandidat secara bersama diuji pengaruhnya terhadap hubungan variabel komposit peran dan fungsi kepala ruangan dengan faktor keberhasilan program pengendalian IN komposit pula. Uji dilakukan dengan logistik ganda metoda *enter* yang bertujuan untuk mendapatkan variabel yang paling berkontribusi berpengaruh terhadap hubungan peran dan fungsi kepala ruangan dengan keberhasilan pelaksanaan program pengendalian infeksi nosokomial.

Hasil pengujian didapatkan model awal (dengan *p-value* model 0,000 dan r 20,649%) seperti pada table 5.10. Pengujian ini dengan menggunakan *force model* karena berdasarkan tinjauan teoritis kepala ruangan dalam mengelola ruang rawat sebaiknya menjalankan peran dan fungsi manajemennya.

Tabel 5.10.

Model Awal Uji Multivariat Hubungan Manajer Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)

No	Variabel	B	Wald	Sig. (<i>p-value</i>)	Exp (B)	CI 95%	
						Lower	Upper
1.	Peran Karu	0.267	0.086	0.770	1.307	0.218	7.829
2.	Fungsi Karu	3.082	10.153	0.001	21.806	3.275	145.191
3.	Usia Karu	1.471	1.333	0.248	4.352	0.358	52.856
4.	Lama Kerja sbg Perawat	0.234	0.058	0.809	1.263	0.189	8.446
5.	Lama Kerja sbg Karu	0.859	0.728	0.394	2.360	0.328	16.965
6.	Konstanta	-2.992	6.059	0.014	0.050		

Hasil analisis terhadap variabel *confounding* di lihat sub variabel karakteristik karu yang mempunyai delta OR yang >10%, dengan membandingkannya pada *pv* peran 1,307 dan fungsi 21,806. Maka diperoleh sub variabel karakteristik karu yang tetap menjadi variabel *confounding* adalah variabel usia dan lama kerja sebagai kepala ruangan.

Uji interaksi didapatkan keseluruhan sub variabel karakteristik karu usia dan lama kerja sebagai karu yang diinteraksikan dengan peran dan fungsi karu mempunyai $p > 0.25$, yaitu 0.378-0.996 (Tabel tidak ditampilkan). Hal ini berarti tidak ada interaksi. Hasil uji regresi logistik hubungan peran dan fungsi (komposit) kepala ruangan bila dinilai dengan *force model* adalah sebagai berikut:

Tabel 5.11.

Uji Multivariat Hubungan Peran dan Fungsi (komposit) Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)

No	Variabel	B	Wald	Sig. (p-value)	OR	CI 95%	
						Lower	Upper
1.	Peran Karu	0.296	0.107	0.744	1.344	0.228	7.919
2.	Fungsi Karu	3.075	10.145	0.001	21.645	3.263	143.566
3.	Usia Karu	1.577	1.730	0.188	4.839	0.462	50.706
4.	Lama Kerja sbg Karu	0.916	0.885	0.347	2.499	0.371	16.861
5.	Konstanta	-3.002	6.103	0.013	0.050		

Analisis multivariat peran dan fungsi karu secara terpisah tanpa menggunakan *force model*, maka didapatkan bahwa hanya sub variabel fungsi perencanaan dan fungsi pengarahan yang signifikan berhubungan dengan keberhasilan program pengendalian IN. Oleh karena itu sebagai model akhir uji multivariat secara spesifik dengan hanya menghubungkan fungsi perencanaan dan pengarahan dengan keberhasilan program pengendalian IN dengan dikontrol oleh variabel *confounding*, maka didapatkan hasil sesuai dengan tabel 5.12.

Tabel 5.12.

Model Akhir Uji Multivariat Hubungan Fungsi Perencanaan dan Pengarahan Karu dengan Indikator Keberhasilan (Komposit) Kegiatan Pengendalian IN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2003 (n=43)

No	Variabel	B	Wald	Sig. (p-value)	OR	CI 95%	
						Lower	Upper
1.	Fungsi Perencanaan	2.197	5.385	0.020	8.997	1.407	57.535
2.	Fungsi Pengarahan	3.064	7.462	0.006	21.411	2.376	192.934
3.	Usia Karu	2.491	3.044	0.081	12.068	0.735	198.045
5.	Lama Kerja sbg Karu	1.145	1.108	0.293	3.142	0.373	26.485
6.	Konstanta	-4.834	6.867	0.009	0.008		

Hosmer and Lemeshow Test: $r = 1.163$ dan $p\text{-value} = 0.992$

Hal ini berarti:

1. Karu yang menjalankan fungsi perencanaan dengan baik berpeluang meningkatkan keberhasilan pengendalian infeksi nosokomial sebesar 8,997 kali dibandingkan dengan karu yang menjalankan fungsi perencanaan kurang baik setelah dikontrol oleh usia dan masa kerja sebagai karu.
2. Karu yang menjalankan fungsi pengarahan baik berpeluang meningkatkan keberhasilan pengendalian infeksi nosokomial sebesar 21,411 kali dibandingkan dengan karu yang menjalankan fungsi pengarahan kurang baik setelah dikontrol oleh usia dan masa kerja sebagai karu.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian ini mengintegrasikan hasil penelitian dengan konsep terkait dan hasil penelitian terdahulu. Pembahasan akan diawali dengan uraian keterbatasan penelitian sebagai bahan pertimbangan dalam menelaah penelitian ini lebih dalam lagi.

A. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam proses penelitian ini adalah:

1. Rancangan penelitian

Rancangan penelitian ini adalah *cross sectional*, yaitu semua variabel (variabel independen dan dependen) diukur hanya pada saat yang bersamaan. Kelemahan dari rancangan ini adalah tidak dapat mengetahui hubungan sebab akibat secara langsung dan hanya dapat menggambarkan hubungan antara variabel dependen dan variabel independen saja. Walaupun demikian, hasil penelitian ini dapat dijadikan landasan dalam mengembangkan penelitian serupa dengan desain yang berbeda menggunakan pengamatan secara terus menerus.

2. Instrumen Penelitian

Peneliti menyusun sendiri instrumen penelitian ini berdasarkan teori dalam buku sumber dengan menggunakan bahasa yang dimengerti oleh responden, karena peneliti tidak menemukan instrumen baku untuk penelitian ini. Walaupun validitas dan reliabilitas instrumen telah diuji coba pada populasi uji coba dan penelitian dengan hasil yang baik, namun untuk responden penelitian lainnya perlu diuji kembali validitas dan reliabilitasnya.

3. Data Penelitian

Jumlah data penelitian sangat terbatas (43 responden), walaupun telah menggunakan total populasi. Hal ini memungkinkan kurang validnya hasil penelitian, terutama analisis multivariat yang sebaiknya menggunakan responden lebih banyak lagi.

Data penelitian sangat tergantung dari kejujuran, keterbukaan, dan persepsi responden dalam menjawab kuesioner. Untuk meningkatkan ketepatan dalam menjawab kuesioner (terutama kuesioner B dan D yang menggunakan skala Likert), sebaiknya data kuesioner didukung dengan hasil observasi terhadap peran dan fungsi karu yang dijalankannya saat itu. Pengumpulan data melalui kuesioner juga cenderung memberikan informasi yang terbatas dan belum tentu menggambarkan situasi yang dialami responden sebenarnya. Oleh karenanya peneliti mencoba membangun instrumen penelitian yang diharapkan telah sesuai dengan data yang ingin didapatkan.

4. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta saja, sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasi untuk populasi lain. Jadi, penelitian ini sangat terbatas dalam memberikan solusi bagi rumah sakit lain yang mempunyai karakteristik kepala ruangan dan situasi yang berbeda.

B. Pembahasan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui sejauh mana hubungan peran dan fungsi manajer yang dipersepsikan kepala ruangan dengan faktor keberhasilan pelaksanaan program pengendalian IN di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

Jakarta. Pembahasan penelitian ini berfokus pada peran dan fungsi kepala ruangan dan hubungannya dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan IN, serta pengaruh karakteristik biografi individu kepala ruangan terhadap hubungan di atas.

1. Peran dan Fungsi Kepala Ruangan

Ada beberapa pendekatan dalam menjelaskan pekerjaan seorang manajer. Tiga pendekatan di antaranya adalah fungsi, keterampilan, dan peran manajer (Longest, 1996). Penelitian ini hanya menilai peran dan fungsi kepala ruangan.

Hasil analisis bivariat uji statistik *regression binary logistic* untuk menilai hubungan peran dan fungsi kepala ruangan dengan keberhasilan pelaksanaan upaya pengendalian IN adalah *p-value* 0.008 untuk peran dan 0.000 untuk fungsi, bila dinilai secara komposit (*p-value* < α 0.05). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara peran dan fungsi kepala ruangan dengan keberhasilan kegiatan pengendalian IN.

Bila melihat lebih dalam lagi dengan menelaah hubungan sub variabel peran dan fungsi kepala ruangan secara terpisah, maka didapatkan bahwa sub variabel peran informasional (*p-value* 0.452) dan peran *decisional* (*p-value* 0.165) yang $>\alpha$ 0.05, sehingga variabel tersebut tidak berhubungan dengan faktor keberhasilan upaya pengendalian IN. Peran interpersonal karu (pv 0,025) menunjukkan berhubungan dengan keberhasilan program IN. Untuk masing-masing fungsi kepala ruangan masih berhubungan dengan faktor keberhasilan upaya pengendalian IN ($\alpha = 0.001 - 0.044$).

Hasil penelitian ini beberapa hal sesuai dengan salah satu studi yang dilakukan Henry Mintzberg pada 1973-1975 yang mengobservasi apa yang dilakukan manajer pada beberapa waktu tertentu. Hasil penelitian disimpulkan bahwa ada tiga katagori peran yang saling berhubungan yang dimainkan oleh semua manajer (Longest, 1996). Ia melihat bahwa kerja manajer sebagai suatu seri dari tiga katagori peran-interpersonal, informasional, dan *decisional*. Jadi ketiga peran tersebut dilakukan secara terintegrasi oleh manajer dalam menjalankan pekerjaannya, tidak dilakukan secara terpisah. Sebagai akibatnya bila dilakukan penilaian secara terpisah, maka ada beberapa peran (peran informasional dan *decisional*) yang tidak berhubungan dengan kegiatan manajer, seperti kegiatan upaya pengendalian IN.

Penelitian Heryati (2002) sebelumnya juga mendukung penelitian di atas. Heryati menemukan bahwa peran kepala ruangan (interpersonal, informasional, dan pengambilan keputusan) semuanya berhubungan secara bermakna dengan prestasi kerja perawat pelaksana. Namun berbeda untuk faktor yang paling berhubungan, di mana Heryati menemukan peran interpersonal dan informasi kepala ruangan yang paling berhubungan dengan prestasi kerja. Hal ini mungkin berbeda karena sampel yang digunakan adalah pelaksana perawatan yang mempersepsikan peran interpersonal dan informasional yang paling berhubungan dengan prestasi kerjanya.

Longest (1996) juga menekankan adanya saling ketergantungan antara fungsi manajemen karena kegiatan manajemen dapat dilihat dari fungsi tersebut.

Masalah akan muncul bila proses manajemen dilihat sebagai seri yang terpisah. Namun Longest juga melihat bahwa tidak semua kasus demikian. Pada praktiknya, seorang manajer menampilkan setiap fungsi tersebut secara simultan dan sebagai bagian dari mozaik fungsi yang saling berhubungan. Pemisahan fungsi manajemen ini penting untuk dikaji lebih lanjut (Longest, 1996).

Gambaran fungsi karu rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo yang terdapat pada analisis univariat sebelumnya juga dapat melihat persepsi kepala ruangan terhadap fungsi manajemen keperawatan secara terpisah. Rata-rata tertinggi dari pelaksanaan fungsi manajemen adalah pada fungsi pengarahan (mean 18.09 atau 90.45% dari semua komponen pengarahan dengan modus 18.00). Sedangkan terendah pada fungsi pengorganisasian (mean 14.72 atau 92% dari semua komponen pengorganisasian dengan modus 15.00).

Hal ini dapat dijelaskan melalui penjelasan berikut. Pengorganisasian merupakan pengelompokan kegiatan untuk mencapai tujuan, melalui penugasan pada setiap pengelompokan agar manajer dengan otoritasnya dapat melakukan supervisi pada kelompok, mengkoordinasi aktivitas yang sesuai dengan unit lainnya, baik secara horizontal dan vertikal (Swansburg, 1999). Hal ini tentunya tidak terlepas dari berbagai kendala, karena hal ini berkaitan dengan berbagai pihak yang diatur dalam pengorganisasian kegiatan. Kendala ini tentunya lebih berat dari fungsi pengarahan yang berhadapan langsung hanya dengan staf yang diberikan pengarahan.

Kendala yang dihadapi dalam mengorganisir pelaksanaan kegiatan pengendalian IN seperti komitmen pimpinan RS yang lemah dan kurangnya profesionalisme dalam pengendalian infeksi dimodifikasi dengan menggunakan organisasi perawat sebagai tulang punggung pengendalian infeksi (Djojosingito, 2001).

2. Keberhasilan Kegiatan Pengendalian IN

Keberhasilan kegiatan pengendalian IN bila dilihat dari proses melalui setiap komponen kegiatan secara komposit menunjukkan 53.5% tingkat keberhasilannya buruk, di mana prosentase terburuk pada tahap utilisasi (69.8%). Tahap utilisasi di sini ditekankan pada adanya upaya pembuatan laporan kegiatan dan pembahasan laporan akhir untuk menentukan direalisasikan atau tidaknya usulan yang dimuat dalam laporan tersebut. Bila direalisasikan maka laporan dapat digunakan sebagai pedoman untuk pelaksanaan. Hal ini sesuai dengan keterbatasan perawat yang masih memandang negatif upaya pelaporan sebagai bagian dari dokumentasi keperawatan, seperti masih adanya perawat yang benci “kertas kerja” dan pola dokumentasi saat ini. Hal ini dapat berdampak kekecewaan perawat akan banyaknya catatan dan menganggap dokumentasi terlalu berlebihan, sehingga sulit menerima tanggung jawab dokumentasi (Fleischbach, 1991). Padahal Marreli (1997) mengemukakan fungsi dari pencatatan tersebut sebagai bukti nyata sebagai dasar dalam membuat keputusan selanjutnya. Penilaian terhadap proses kegiatan sangat diperlukan, selain penilaian pada hasil yang dicapai. Dengan diketahui adanya ketidaksesuaian pada proses, maka perbaikan dapat segera dilakukan.

Keberhasilan upaya pengendalian IN dilihat dari **pengetahuan karu** akan IN menunjukkan 53.5% karu memiliki pengetahuan tentang IN yang baik. Hal ini lebih baik bila dibandingkan dengan pengetahuan perawat pelaksana tentang IN yang dilihat oleh Lindawati (2001), di mana hanya 24% perawat yang memiliki tingkat pengetahuan IN yang tinggi dan hal ini berhubungan dengan persepsi perawat pelaksana tentang upaya pencegahan IN dengan *p-value* 0.038. Hal ini tentunya disebabkan karena berbedanya instrumen pertanyaan yang diberikan. Selanjutnya peneliti tidak menghubungkan pengetahuan itu dengan upaya pengendalian IN, namun pengetahuan dijadikan sebagai salah satu faktor/ indikator keberhasilan upaya pengendalian IN.

Perilaku pengendalian IN yang didukung pengetahuan yang memadai tentunya akan menunjang keberhasilan kegiatan upaya pengendalian IN. Bila dikaitkan dengan teori Green (1980) dalam Lindawati (2001), maka tingkat pengetahuan merupakan faktor predisposisi dalam perilaku positif, karena dengan pengetahuan, seseorang akan mulai mengenal dan mencoba atau melakukan suatu tindakan. Soule, dkk (1995) menekankan bahwa pengetahuan sendiri tidak cukup untuk memotivasi seseorang berperilaku sehat. Faktor predisposisi lain adalah sikap, opini, keyakinan, dan lingkungan psikologik yang mempengaruhi motivasi dan keinginan untuk merubah perilaku. Hal ini berarti bahwa tingkat pengetahuan IN hanya sebagai salah satu indikator keberhasilan kegiatan pengendalian IN dengan asumsi dengan pengetahuan yang baik tentunya akan mendukung perilaku pengendalian IN. Hal ini tentunya tidak menjadi satu-

Manajer keperawatan memiliki posisi tanggung jawab yang kompleks dalam organisasi pelayanan kesehatan (Tappen, 1998). Oleh karena itu petunjuk yang jelas dan bersifat operasional akan hal-hal yang harus dilakukannya sangat diperlukan sebagai panduan dalam menjalankan tugasnya sehari-hari melalui peran interpersonal, informasional, *decisional*.

3. Faktor Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan Pengendalian IN

Faktor keberhasilan suatu kegiatan dapat dinilai dengan berbagai pendekatan baik dengan melihat hasil akhir maupun dengan mengidentifikasi proses melalui tahapan kegiatan pengendalian IN. Penilaian keberhasilan melalui indikator hasil berupa angka IN di setiap ruang rawat tidak dapat dijamin kevalidannya karena proses pengumpulan angka tersebut yang tidak sesuai, di samping faktor lainnya seperti penggunaan antibiotika yang tidak rasional sehingga angka IN menjadi *under reported*. Oleh karena itulah digunakan penilaian proses melalui tahapan kegiatan pengendalian IN.

Dari analisis bivariat juga dapat dilihat bahwa karu yang berperan interpersonal baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 4,286 kali dibandingkan yang berperan interpersonal kurang baik. Peran interpersonal yang baik ini akan memberikan kesempatan bagi manajer untuk memperoleh informasi untuk menjalankan peran informasional (Longest, 1996).

Karu yang berperan informasional baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 1,589 kali dibandingkan karu yang berperan informasional kurang baik.

Peningkatan ini kurang besar bila dibandingkan dengan penelitian Heryati, 2002 yang menemukan bahwa peran informasional yang dipersepsikan baik akan memberikan peluang sebesar 6 kali terhadap perawat pelaksana untuk berprestasi kerja yang tinggi dibandingkan dengan perawat pelaksana yang mempersepsikan peran informasional karu yang kurang baik. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan peran informasional karu di RSCM ini tidak berhubungan dengan upaya pengendalian IN. Hal ini perlu ditingkatkan lagi mengingat peran informasional mengutamakan komunikasi yang baik dari segala arah baik horizontal, vertikal, maupun diagonal. Selanjutnya Vestal, 1987 menekankan hal ini dengan menyatakan bahwa kunci sukses seorang kepala ruangan dalam mengelola unit kerjanya adalah komunikasi yang efektif dengan staf.

Karu yang berperan *decisional* baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 2,400 kali dibandingkan karu yang berperan *decisional* kurang baik, walaupun berdasarkan *p-value* peran *decisional* karu RSCM ini juga tidak berhubungan dengan keberhasilan program pengendalian IN. Kemampuan karu mengambil keputusan ini tampaknya belum dijalankan secara optimal. Hal ini dapat dilihat dari rendahnya kemampuan *interprenership*, upaya mengatasi gangguan, *resource allocator*, dan negosiator (Longest, 1996). Kemungkinan besar hal ini disebabkan karena lingkungan kerja di RS pemerintah yang tidak terlalu memfasilitasi adanya perubahan (cenderung menunggu kebijakan dari atas).

Hasil analisis secara statistik melalui analisis multivariat didapatkan bahwa peran karu tidak berhubungan secara bermakna dengan keberhasilan program

pengendalian IN (*p-value* 0,744). Walaupun didapatkan karu yang berperan baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 1,344 kali dibandingkan karu yang berperan kurang baik. Hal ini tidak sesuai dengan konsep peran seorang manajer yang harus menerapkan perannya secara utuh dalam melaksanakan setiap aktivitas fungsi manajemennya. Oleh karena itu dalam analisis statistik ini peneliti menggunakan *force model* sehingga didapatkan peran (komposit) dan fungsi (komposit) kepala ruangan berhubungan dengan faktor keberhasilan upaya kegiatan pengendalian IN. Semakin baik peran dan fungsi karu maka akan semakin meningkat keberhasilan pengendalian IN.

Fungsi manajer kepala ruangan secara umum dengan menggunakan *force model* berhubungan secara bermakna dengan keberhasilan program pengendalian IN (*p-value* 0,001). Karu yang berfungsi baik akan meningkatkan keberhasilan sebesar 21,645 kali dibandingkan karu yang berfungsi kurang baik. Hal ini mungkin saja disebabkan karena tahapan keberhasilan program IN ini sebenarnya tidak jauh berbeda dengan kelompok aktivitas manajer dalam menjalankan fungsinya.

Adanya peningkatan nilai keberhasilan di atas tidak cukup bermakna. Hal ini dapat pula dilihat dari signifikansi hubungan peran dan fungsi karu dengan faktor keberhasilan upaya pengendalian IN, di mana peran informasional dan *decisional* tidak berhubungan dengan keberhasilan upaya pengendalian IN.

Penelaahan selanjutnya adalah dengan menilai hasil analisis multivariat tanpa menggunakan *force model* yang dijadikan acuan sebagai akhir penelitian ini.
Hanhy Handiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

Model ini digunakan mengingat dalam penelitian ini tampak peran karu tidak berhubungan secara bermakna dengan keberhasilan program kegiatan pengendalian IN. Jadi secara khusus penelitian ini pada akhirnya hanya menghubungkan fungsi perencanaan dan pengarahan dengan keberhasilan kegiatan pengendalian IN, di mana fungsi pengarahan ($p=0.006$) yang paling berhubungan dengan keberhasilan program kegiatan pengendalian IN (tingkat keberhasilannya 21,411 kali bila dibandingkan dengan karu yang tidak menjalankan fungsi pengarahan dengan baik).

Kemungkinan ketidakberhasilan kegiatan pengendalian IN dari segi proses penerapan peran informasional dan *decisional* kepala ruang rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo karena hal-hal dibawah ini:

- a. Belum meratanya sosialisasi panduan dan petunjuk teknis kegiatan pengendalian IN di setiap ruang rawat. Sehingga pemberian informasi karu tentang upaya pengendalian IN kurang optimal.
- b. Masih adanya kekhawatiran tidak baiknya mutu pelayanan bila melaporkan angka IN yang tinggi. Hal ini menunjukkan rendahnya upaya pengambilan keputusan karu dalam menanggapi permasalahan. Hal ini perlu diatasi dengan diperkenalkan bentuk penilaian keberhasilan suatu program melalui penilaian proses.

- c. Belum adanya kesepakatan kolaborasi perawat dengan tenaga lainnya di RS sehingga menjadikan upaya pengendalian IN ini sebagai upaya bersama. Hal ini tentunya dapat mempersulit kepala ruangan dalam memutuskan alternatif kegiatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian IN di ruangan yang terdiri dari berbagai bidang keilmuan.

Kesenjangan hasil penelitian ini dengan teori sebelumnya antara lain dikarenakan terbatasnya responden penelitian sehingga tidak cukup banyak untuk dilakukan analisis multivariat. Penelitian ini juga menggunakan rancangan *cross sectional* yaitu pengumpulan data dilakukan sesaat, sehingga data yang diperoleh belum menggambarkan seluruh aspek kegiatan kepala ruang rawat inap dalam setahun. Selain itu, aspek perencanaan dan kebijakan bukan merupakan kegiatan rutin setiap hari yang dilakukan oleh kepala ruang rawat inap, dengan demikian kemungkinan aspek-aspek yang bukan merupakan kegiatan rutin tidak teramati dalam kurun waktu pengumpulan data selama lima hari kerja untuk masing-masing kepala ruang rawat inap.

4. Karakteristik Biografi Individu

Pengujian terhadap variabel *confounding* atau pengganggu hubungan peran dan fungsi kepala ruangan dengan keberhasilan kegiatan pengendalian IN melalui analisis multivariat didapatkan bahwa variabel *confounding* adalah usia dan lama kerja sebagai kepala ruangan saja, sedangkan jenis kelamin, lama kerja sebagai perawat, pendidikan, dan pelatihan tidak menjadi variabel pengganggu.

Hal ini berbeda dengan penelitian Heryati (2002) yang mendapatkan bahwa Hanny Handiyani, Hubungan Peran dan Fungsi Manajemen....FKM, 2003.

variabel *confounding* (usia, pendidikan, lama kerja, jenis kelamin, status perkawinan) tidak ada yang berhubungan secara bermakna dengan prestasi kerja perawat pelaksana. Nyoman, 2002 juga menemukan bahwa karakteristik perawat yang diteliti berupa usia, pendidikan, lama kerja, dan pelatihan semuanya tidak berhubungan dengan perilaku kerja perawat dalam pencegahan IN di RSP Persahabatan, Jakarta. Hal ini menunjukkan bahwa variabel *confounding* tidak secara konsisten berhubungan dan mempengaruhi hubungan variabel independen dan dependen.

Sub variabel tingkat pendidikan dan keikutsertaan dalam pelatihan tampaknya tidak menjadi variabel pengganggu dalam penelitian ini. Hal ini berarti ada atau tidaknya peningkatan pengetahuan perawat melalui pendidikan dan pelatihan tidak mempengaruhi hubungan peran dan fungsi kepala ruangan dengan tingkat keberhasilan kegiatan pengendalian IN. Tidak adanya hubungan ini kemungkinan disebabkan karena kurang efektifnya program tersebut, di mana peningkatan pendidikan dan pelatihan hanya dimaksudkan untuk meningkatkan gelar dan pengalaman perawat tanpa adanya perubahan perilaku yang bermakna dari peningkatan gelar dan pengalaman yang didapatkannya. Untuk itulah perlu sekali diadakan suatu program lanjutan berupa bimbingan secara terus menerus seperti berupa mentoring dari berbagai pihak yang berhubungan seperti bidang keperawatan, bagian pendidikan dan pelatihan, dan sebagainya.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan hasil penelitian berdasarkan tujuan penelitian, rumusan hipotesis, dan uraian hasil penelitian adalah sebagai berikut:

1. Peran interpersonal dan fungsi manajer (perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian) yang dipersepsikan kepala ruangan berhubungan dengan keberhasilan kegiatan upaya pengendalian infeksi nosokomial (IN) dengan *p-value* 0.000-0.044.
2. Peran informasional dan *decisional* tidak berhubungan secara bermakna dengan keberhasilan upaya pengendalian IN dengan *p-value* 0.452 dan 0.165.
3. Analisis multivariat akhir tanpa menggunakan *force model* menunjukkan hanya fungsi perencanaan dan pengarahan yang berhubungan dengan keberhasilan program kegiatan pengendalian IN.
4. Pengetahuan tentang IN karu 53% dalam katagori baik. Hal ini tentunya belum terlalu memuaskan mengingat pengetahuan ini penting untuk mendukung seseorang menjalankan perilaku yang sesuai dengan pengetahuannya. Bila hal ini dapat ditingkatkan lagi tentunya akan mendukung keberhasilan program pengendalian IN, walaupun masih ada faktor lainnya yang mempengaruhi keberhasilan program pengendalian IN ini.

5. Kepala ruangan (karu) yang menjalankan fungsi perencanaan dengan baik berpeluang meningkatkan keberhasilan pengendalian infeksi nosokomial sebesar 8,997 kali dibandingkan dengan karu yang menjalankan fungsi perencanaan kurang baik setelah dikontrol oleh usia dan masa kerja sebagai karu.
6. Karu menjalankan fungsi pengarah dengan baik berpeluang meningkatkan keberhasilan pengendalian infeksi nosokomial sebesar 21,411 kali dibandingkan dengan karu yang menjalankan fungsi pengarah kurang baik setelah dikontrol oleh usia dan masa kerja sebagai karu.
7. Karakteristik kepala ruang rawat inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo yang terbukti sebagai variabel *confounding* hubungan fungsi perencanaan dan pengarah kepala ruangan dengan keberhasilan upaya pengendalian IN adalah usia dan lama kerja sebagai kepala ruangan.

B. Saran

1. Kepada jajaran Direktur RSCM diharapkan tetap mendukung seluruh kegiatan pengembangan keperawatan di RSCM yang dikordinasikan oleh bidang perawatan, khususnya pengembangan sumber daya keperawatan mulai dari tingkat manajer sampai pelaksana keperawatan melalui kebijakan pengembangan seluas-luasnya pendidikan berkelanjutan di RSCM. Pengembangan dapat dimulai dari peningkatan kemampuan manajer, khususnya manajer ruang rawat inap dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagai kepala ruang rawat inap. RSCM sebaiknya juga membentuk adanya *Infection Control Nurse (ICN)* sebagai pengelola IN di RSCM yang lebih komprehensif lagi.

2. Kepada Bidang Keperawatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

Saran pada Bidang Keperawatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo (urutan menunjukkan prioritas yang sebaiknya dilakukan), adalah:

- a. Peran dan fungsi kepala ruangan yang dipersepsikan oleh karu sebagai faktor yang berhubungan dengan keberhasilan kegiatan pengendalian IN perlu ditingkatkan agar lebih baik dan kondusif dalam upaya mengendalikan IN di ruang rawatnya masing-masing. Selama proses penelitian, peneliti mengamati tampaknya karu belum mengetahui secara jelas apa saja peran dan fungsinya sebagai kepala ruangan khususnya yang terkait dengan kegiatan pengendalian IN. Peningkatan ini dapat dilakukan dengan cara:
 - 1) Sosialisasi peran dan fungsi kepala ruangan dalam pengendalian IN secara terus menerus sebagai upaya yang berkesinambungan baik melalui pertemuan rutin (rapat kepala ruangan) maupun pelatihan/ seminar manajemen kepala ruangan
 - 2) Memberikan dukungan kebijakan tertulis tentang peran dan fungsi karu yang berkaitan dengan upaya pengendalian IN secara terintegrasi dengan peran dan fungsi karu lainnya. Hal ini perlu pula didukung oleh *reward* dan sanksi bagi karu yang menjalankan upaya tersebut maupun tidak.
- b. Petunjuk teknis tentang operasionalisasi peran dan fungsi manajer karu sebagai manajer terdepan dalam melaksanakan kegiatan di ruang rawat dalam kegiatan pengendalian IN di ruang rawat perlu dijabarkan dengan jelas. Hal ini merupakan suatu proses yang baik dalam upaya mengendalikan IN di ruangan.

- c. Dukungan Bidang Keperawatan pada karu untuk menjalankan upaya pengendalian IN berupa bimbingan terus menerus perlu ditingkatkan. Bimbingan dapat berupa pelatihan bagi karu yang belum pernah mendapat pelatihan IN (39,5%) dan program peningkatan pengetahuan karu tentang IN bagi 47% karu yang memiliki pengetahuan tentang IN yang masih buruk. Dukungan ini dapat juga diberikan melalui koordinasi yang baik dengan Panitia Pengendalian Infeksi Rumah Sakit khususnya yang terkait dengan operasionalisasi buku petunjuk teknis pengendalian IN dan melakukan kegiatan evaluasi terhadap efektifitas program pengendalian IN secara bersama-sama.
- d. Hasil penelitian ini menunjukkan usia dan lama kerja sebagai karu menjadi faktor yang mengganggu hubungan fungsi perencanaan dan pengarahan kepala ruangan dengan keberhasilan kegiatan pengendalian IN. Oleh karena itu peneliti mengharapkan adanya kebijakan yang mengatur secara jelas batas usia terlama yang diperkenankan bagi seseorang menjadi kepala ruangan. Hal ini mengingat kemungkinan akan adanya penurunan produktifitas karu bila sampai 25 tahun (usia terlama yang ditemui pada penelitian ini) bekerja sebagai kepala ruangan.
- e. Penelitian tentang IN di keperawatan perlu selalu dikembangkan agar dapat ditemukan pola pengendalian IN yang sesuai dengan kondisi RS dan standar.
3. Kepada Panitia Pengendalian Infeksi RSCM sebaiknya dapat menggunakan data penelitian ini sebagai data awal untuk pengembangan upaya pengendalian IN di

RSCM melalui penelitian lanjutan dan sosialisasi program PPIRS lainnya. PPIRS perlu segera mengupayakan adanya ICN dan mengembangkan struktur baru yang lebih banyak mengikutsertakan manajer ruangan dan ICN dalam kegiatannya.

4. Untuk Kepentingan Keilmuan

RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta merupakan pusat panitia pengendalian IN di Jakarta. Hal ini merupakan peluang baik untuk mengembangkan informasi tentang upaya pengendalian IN bagi RS lain. Pengembangan informasi itu tentunya akan lebih mendukung perkembangan upaya keperawatan dalam pengendalian IN. Panduan pengendalian IN perlu juga selalu direvisi berdasarkan adanya perkembangan yang ada dan disebarluaskan secara merata pada pihak-pihak yang berkepentingan.

5. Untuk Kepentingan Penelitian Lanjutan

- a. Hasil penelitian merupakan data dasar untuk peneliti selanjutnya. Penelitian lain yang dapat dikembangkan dalam upaya mencari bentuk model pengendalian IN yang sesuai dengan kondisi keperawatan dan RS Indonesia
- b. Kuesioner sebagai instrumen penelitian perlu dikembangkan secara rinci agar mudah dipahami dan tidak terjadi perbedaan persepsi dari kepala ruang rawat inap terhadap item kuesioner. Pengambilan data juga perlu didukung dengan observasi langsung kegiatan pengendalian IN dan penambahan jumlah responden sehingga diperoleh data yang lebih tepat.
- c. Penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan data kualitatif agar lebih menelaah secara dalam tentang upaya pengendalian IN yang sesuai.

KEPUSTAKAAN

- Arikunto, S. (1998). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktek*. (edisi revisi IV). Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Brinsko, V. & Brinsko, J.D. (1998). Physical & biological safety. Dalam Leahy, J.M. & Kizilay, P.E. (ed.). *Foundation of nursing practice: A nursing process approach* (p. 388-437). USA: W.B. Saunders Company
- Burgess, J. (2000). *Infection control*. Makalah tidak dipublikasikan. Adelaide: The Queen Elizabeth Hospital
- Cohen, J.A. & Weich, L.M. (2000). Attitude, belief, values, & culture as mediators of stress. Dalam Rice, V.H. (ed). *Handbook of stress, coping, & health: Implication for nursing research, theory, & practice*. USA: Sage Publication, Inc.
- Craven, R.F. & Hirnle, C. J., (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function*. (third edition). Philadelphia: Lippincott.
- Depkes RI-Dirjen Yanmed. (1993). *Petunjuk penyusunan pedoman pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit*. Jakarta: Depkes RI
- Depkes RI-Dirjen Yanmed. (1998). *Petunjuk pelaksanaan indikator mutu pelayanan rumah sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Dep. Kesehatan RI.
- Depkes RI (1999). *Pedoman uraian tugas tenaga keperawatan di rumah sakit*. Cetakan kedua. Jakarta: Depkes RI
- Depkes RI (1999). *Indonesia sehat 2010: Visi baru, misi, kebijakan, dan strategi pembangunan kesehatan*. Jakarta: Depkes RI
- Djojosugito, M.A., Roeshadi, D., Puspongoro, A.D., & Supardi, I. (2001). *Buku manual pengendalian infeksi nosokomial RS*. Jakarta: Johnson&Johnson Medical Indonesia.
- Ellis, J.R. & Hartley, C.L. (1998). *Nursing in today's world: Challenges, issues, and trends*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott
- Erwin (2002). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan produktivitas waktu kerja kepala ruang rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta tahun 2002*. Tesis master tidak dipublikasikan.
- Flichbach, F.T. (1991). *Documenting care: Communication, the nursing process & documentation standards*. Philadelphia: F.A. Davis Company

- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: A systems approach*. (third edition). Philadelphia: W.B. Saunders
- Greenwood, D., Slack, RCB., & Peutheren, J. (1997). *Medical microbiology: A guide to microbial infections: Pathogenesis, Immunity, laboratory, diagnosis, and control*. (15 ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Handiyani, H. (2001). Hubungan antara waktu membersihkan ruangan dengan peningkatan jumlah mikroorganisme melalui aliran udara. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, V (2), hal 44-49
- Hastono, S.P. (2001). *Manajemen dan analisa data penelitian kesehatan*. Modul pelatihan. Tidak diterbitkan
- Heryati (2002). *Hubungan penampilan peran kepala ruangan dengan prestasi kerja perawat pelaksanaan di instalasi rawat inap RSUP Persahabatan Jakarta, 2002*. Tesis master tidak dipublikasikan. FIK-UI
- Janet, M.C. (1998). Report hospital-acquired infection. *Nursing standard*. Vol 13 (3), 33-35. Dikutip dari <http://www.google.com> pada 23 Januari 2001
- Kohles, M.K., Baker, W.G., & Donaho, B.A., (1995). *Transformational leadership: Renewing fundamental values and achieving new relationships in health care*. USA: American Hospital Publishing, Inc.
- Kozier, B., Erb, G. & Oliveri, R. (1995). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process & Practice*. (4nd ed.). California: Addison-Wesley Publishing Co.
- Lindawati. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi perawat pelaksana tentang upaya pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RSSP Jakarta*. Tesis master tidak dipublikasikan. FIK-UI
- Longest, B.B. (1996). *Health professionals in management*. USA: A Simon & Schuster Company
- Loveridge, C.E. & Cumming, S.H. (1996). *Nursing management in the new paradigm*. Maryland: AN ASPEN Publication
- Marrelli, T.M. (1997). *The nurse manager's survival guide: Practical answer to everyday problems*. (second edition). St. Louis: Mosby
- Marquis, B.L. & Huston C., J. (1998). *Management decision making for nurses: 124 case studies*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott
- Marquis, B.L. & Huston C., J. (2000). *Leadership roles and management function in nursing: Theory and application*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott

- Nazir, M. (1999). *Metode penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- NWAHS (1999). *Sterilization technology foundation*. Adelaide: The Queen Elizabeth Hospital Campus
- 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, 1997*. Tesis master tidak dipublikasikan. FKM-UI
- Nyoman, IGA (2002). *Hubungan kepemimpinan efektif kepala ruangan dengan perilaku kerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RS Persahabatan Jakarta, 2002*. Tesis master tidak dipublikasikan. FIK-UI
- Oemijati, S., Setiabudy, R., & Budijanto, A. (1987). *Pedoman etik penelitian kedokteran Indonesia*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Pagano, M. & Gauvreau, K., (1992). *Principles of biostatistics*. California: An Imprint of Wadsworth Publishing Company.
- Panitia Pengendalian Infeksi Rumah Sakit. (1999a). *Pedoman pengendalian infeksi nosokomial RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo*. (edisi 2). Jakarta: RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
- Panitia Pengendalian Infeksi Rumah Sakit. (1999b). *Petunjuk teknis pengendalian infeksi nosokomial RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo*. (edisi 2). Jakarta: RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
- Panitia Pengendalian Infeksi Rumah Sakit. (1989). *Petunjuk teknis pengendalian infeksi nosokomial RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo*. Jakarta: RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
- Pritchard, A.P. & Mallet, J. (ed). (1992). *Manual of clinical nursing procedures*. (third edition). Cambridge: The University Press.
- Reflita (2001). *Hubungan supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di unit rawat inap RSUP Dr. M. Djamil Padang*. Tesis master tidak dipublikasikan. FIK-UI
- Robbins, S.P. (1996). *Perilaku organisasi: Konsep, kontroversi, dan aplikasi*. Pujaatmaka, H. (Terj.). Jakarta: Prenhallindo. Buku asli 1996.
- Santoso, S. (2000). *Buku latihan SPSS statistik parametrik*. Jakarta: Gramedia.
- Santoso, S. (2001). *SPSS versi 10: Mengolah data statistik secara profesional*. Jakarta: Gramedia.

- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (1996). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical Nursing*. (8th ed). Philadelphia: Lippincott Raven Publishers.
- Soeharto, I. (1997). *Manajemen proyek dan konseptual sampai operasional*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Soule, B.M., Larson, E.L., & Preston, G.A., (1995). *Infections & practice prevention & control*. St. Louis: Mosby.
- Strecher, V.J. & Rosenstoc, I.M. (1997). The health belief model. Dalam Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (ed). *Health behavior & health education: Theory, research, & practice* (second edition). San Fransisco: Jossey-Boss Publisher.
- Surbakti, R. (Mei-Juli 2002). Survei prevalensi infeksi nosokomial di rumah sakit umum pemerintah kelas B Indonesia 1989. *Majalah keperawatan bina sehat*, 3, 15-18
- Swansburg, R.C. & Swansburg, R.J., (1999). *Introductory management and leadership for nurses*. (second edition). Boston: Jones & Bartlet Publishers.
- Timpe, A.D. (2000a). *Seri manajemen sumber daya manusia: Kinerja*. Cikmat, S (terj.). Jakarta: PT Elex Media Komputindo untuk Gramedia Asri Media. Buku asli 1987
- Timpe, A.D. (2000b). *Seri manajemen sumber daya manusia: Memimpin manusia*. Cikmat, S (terj.). Jakarta: PT Elex Media Komputindo untuk Gramedia Asri Media. Buku asli 1987
- Tjokronegoro, A., Utomo, B., & Rukmono, B. (1981). *Dasar-dasar metodologi riset ilmu kedokteran*. Jakarta: Departemen pendidikan dan kebudayaan konsorsium ilmu kedokteran.
- Tomey, M. (1994). *Nursing theorist and their work*. (third edition). St. Louis: Mosby
- Vestal, K.W. (1987). *Management concepts for the new nurse*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company

PENJELASAN PENELITIAN

Saya, **Hanny Handiyani** (mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan UL NPM 7300014185) bermaksud meneliti “hubungan peran dan fungsi manajer kepala ruangan dengan keberhasilan program pengendalian infeksi nosokomial (IN) di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta.” Hasil penelitian akan direkomendasikan sebagai dasar dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui pengendalian IN.

Peneliti menjamin penelitian ini tidak berdampak negatif bagi responden. Identitas dan data responden akan dirahasiakan. Keikutsertaan responden bersifat sukarela, sehingga responden berhak pula untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Peneliti amat mengharapkan kesediaan saudara berperan dalam penelitian dengan menjawab semua pertanyaan dalam kuesioner ini. Terima kasih atas kesediaannya.

Peneliti

Ket: Info lebih lanjut ke Hanny di 0812 961 8972 atau (021) 9233764

PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya memahami bahwa penelitian ini akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden berdasarkan penjelasan penelitian di atas. Keikutsertaan saya dalam penelitian ini menurut saya juga tidak berdampak negatif bagi saya bahkan sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta.

Saya bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian dengan turut menandatangani lembar persetujuan ini dan akan menjawab kuesioner dengan sebenarnya. Semoga bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, ... Pebruari 2003

Kode:

**HUBUNGAN PERAN DAN FUNGSI MANAJEMEN KEPALA RUANGAN
DENGAN FAKTOR-FAKTOR KEBERHASILAN
PELAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL (IN)
DI RS PERJAN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO, JAKARTA**

(Hanny Handiyani)

KUESIONER A. DATA KEPALA RUANGAN

Petunjuk Pengisian Kuesioner

- Bacalah pertanyaan tentang data pribadi saudara berikut ini dengan seksama
- Tuliskan tanda cek (V) pada pilihan jawaban anda yang paling tepat sesuai kolom yang disediakan dan isilah titik-titik dengan jawaban singkat

- Tanggal Pengisian : ... Pebruari 2003
- Instalasi :
- Usia : ... tahun
- Lama kerja : ... tahun ... bulan
- Lama kerja sebagai kepala ruang (karu): ... tahun ... bulan
- Jenis kelamin : laki-laki perempuan
- Pendidikan : SPK/SPR D III Kep. S-1 FIK S1 FKM
 S1 lainnya S-2 Keperawatan
- Pelatihan Pengendalian IN: tidak pernah dapat pernah, yaitu kali

KUESIONER B. PERAN DAN FUNGSI MANAJER KEPALA RUANGAN KEPERAWATAN

Pernyataan pada kuesioner di bawah ini mempunyai 4 tingkat kriteria jawaban, yaitu:

- Selalu, bila hal tersebut selalu dilakukan
- Sering, bila hal tersebut lebih sering dilakukan dari pada tidak
- Jarang, bila hal tersebut lebih sering tidak dilakukan dari pada dilakukan
- Tidak pernah, bila hal tersebut tidak pernah dilakukan

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1.	Saya memberi contoh cara mencegah IN (seper ti mencuci tangan yang benar) pada staf saya				
2.	Saya dapat mengatur semua personil yang ada di bawah kepemimpinan saya				
3.	Anjuran saya untuk selalu menjaga kebersihan di ruang rawat diikuti dengan baik oleh semua personil di ruang rawat inap (ranap) baik tenaga kesehatan maupun klien				
4.	Hubungan informal saya dengan staf sebaik hubungan formal saya sebagai karu				
5.	Saya menyampaikan keluhan staf saya pada pihak yang berwenang, bila saya tidak dapat menyelesaikannya sendiri				
6.	Saya menseleksi informasi yang perlu diketahui staf saya				
7.	Saya menyampaikan hasil pelatihan/ informasi baru yang saya ikuti pada seluruh staf saya				
8.	Staf dapat menerima informasi tentang hasil rapat yang saya ikuti dalam waktu satu hari setelah saya rapat				
9.	Saya dapat merealisasikan rencana kegiatan pengembangan staf saya				
10.	Saya menyediakan waktu untuk mengatasi keluhan klien di ruang rawat saya				
11.	Saya membantu mengurangi hambatan staf saya dalam bekerja				
12.	Saya menyusun rencana anggaran ruangan/ th				
13.	Rencana anggaran disampaikan pada direksi				
14.	Saya puas dengan hasil negoisasi saya dengan pihak luar				
15.	Diskusi yang saya pimpin menghasilkan jalan keluar terhadap masalah yang ada di ruangan				
16.	Saya dapat merumuskan tujuan kegiatan pengendalian IN				
17.	Saya telah membuat perencanaan kegiatan pencegahan IN di ruang rawat saya				

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
18.	Saya telah menentukan orang-orang yang terlibat dalam program pengendalian IN				
19.	Saya telah membuat rencana evaluasi program kegiatan pengendalian IN				
20.	Saya telah memodifikasi kegiatan pengendalian IN yang tidak berhasil				
21.	Saya ikut merawat klien bila staf saya tidak mampu menanganinya karena beban kerja yang berlebihan/ kegiatan di ruangan sangat sibuk.				
22.	Pedoman RS tentang pengendalian IN saya sampaikan pada staf saya.				
23.	Saya dapat mengkoordinir kegiatan di ruangan				
24.	Saya membuat deskripsi tugas masing-masing staf saya				
25.	Saya membimbing staf saya yang kurang kemampuannya dalam bekerja				
26.	Saya memberikan umpan balik kepada semua staf saya atas pekerjaannya				
27.	Saya memfasilitasi staf saya bekerja sesuai visi dan misi RS				
28.	Saya memberikan kesempatan pada staf mengikuti pendidikan berkelanjutan				
29.	Saya memberikan pujian pada staf saya yang berprestasi				
30.	Saya melakukan ronde keperawatan bersama staf saya				
31.	Saya mengingatkan staf saya yang melanggar prinsip pencegahan infeksi.				
32.	Saya mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pengendalian IN di ruangan				

KUESIONER C. KEBERHASILAN KEGIATAN PENGENDALIAN IN

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1.	Saya tahu penyebab tidak berjalannya kegiatan pengendalian IN di ruang rawat saya				
2.	Seluruh personil yang ada di ruang rawat saya tahu penyebab tidak berjalannya kegiatan pengendalian IN				
3.	Saya mengetahui akibat dari tidak dilaksanakannya kegiatan pengendalian IN				
4.	Seluruh personil di ruangan mengetahui akibat dari tidak dilaksanakannya kegiatan pengendalian IN				
5.	Saya tahu alat apa saja yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan pengendalian IN di ruangan				
6.	Upaya penyelesaian masalah IN telah diketahui seluruh personil yang ada di ruang rawat saya				
7.	Saya membuat jadwal kegiatan pengendalian IN di ruang rawat saya				
8.	Laporan kegiatan pengendalian IN telah saya buat				
9.	Staf saya dapat bekerja sama dalam melakukan kegiatan pengendalian IN				
10.	Laporan kegiatan IN dapat menjadi sumber informasi untuk kegiatan pengendalian IN selanjutnya				
11.	Staf saya mengetahui standar keberhasilan program pengendalian IN				
12.	Saya merasa aman bekerja di ruangan dari tertularnya IN dari ruang rawat saya				
13.	Permasalahan pencegahan IN dibahas bersama staf dalam pertemuan rutin di ruangan				
14.	Buku data nosokomial diperiksa pada setiap operan pagi				
15.	Kejadian/ laporan IN di ruangan segera saya pelajari				
16.	Kejadian/ laporan IN di ruangan segera saya tindaklanjuti				
17.	Laporan data IN yang telah lengkap dilaporkan ke Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial Instalasi				
18.	Pengumpulan data kejadian IN di ruangan dilakukan oleh saya sendiri				

KUESIONER D. PENGETAHUAN TENTANG UPAYA PENGENDALIAN IN

Lingkari pilihan jawaban yang paling sesuai dengan pendapat saudara.

- Hal berikut ini merupakan kriteria IN, yaitu:
 - IN mempunyai masa inkubasi saat klien masuk RS
 - IN didapat dan berkembang selama klien dirawat di RS
 - Tanda klinis IN tidak dapat dilihat setelah klien keluar dari RS
 - Tanda klinis IN dapat dilihat pada saat klien mulai dirawat di RS
- Angka IN dapat digunakan untuk menilai hal berikut, kecuali:
 - Standar penilaian baiknya pelayanan di ruang rawat, sehingga harus dilaporkan kecil
 - Alat ukur keberhasilan upaya pengendalian IN
 - Bagian dari standar penilaian akreditasi RS
 - Tolok ukur mutu pelayanan suatu RS
- IN lebih sering terjadi pada ruangan:
 - Rawat Inap
 - Rawat Jalan
 - IGD
 - ICU
- IN lebih banyak terjadi pada kondisi:
 - Gawat darurat
 - Paska operasi
 - Rehabilitasi
 - Kritis
- IN menjadi masalah yang mendunia karena faktor berikut ini:
 - IN sulit dicegah dan diatasi bila klien telah keluar dari RS
 - Upaya pengendalian IN berada pada tingkat internasional
 - Kerugian IN meliputi klien dan pengelola RS
 - IN menyebabkan kematian
- Infeksi pada neonatus dikategorikan sebagai IN, karena:
 - Infeksi didapat karena menular lewat plasenta
 - Infeksi timbul sebelum 48 jam paska persalinan
 - Infeksi timbul karena sisa infeksi pada ibu sebelumnya
 - Infeksi di dapat dari ibunya saat persalinan atau selama dirawat di RS.
- Pernyataan berikut benar, kecuali:
 - Kolonisasi adalah tanda klinis IN
 - Gejala infeksi didukung dengan hasil tes laboratorium
 - Adanya peradangan tidak harus disebabkan oleh infeksi
 - Adanya bakteri pada luka terbuka selalu menimbulkan tanda-tanda infeksi
- Rantai infeksi meliputi hal berikut, kecuali:
 - Mikroorganisme
 - Metoda transmisi
 - Sumber infeksi
 - Klien
- Pintu masuk infeksi dapat melalui:
 - Sekret
 - Kulit
 - Droplet
 - Saluran pencernaan

10. Pemutusan rantai infeksi melalui sistem isolasi telah dikembangkan oleh *Centers for Disease Control & Preventions*. Sistem isolasi yang paling baru dikembangkan adalah:
- Univesal Precaution*
 - Standart Precaution*
 - Body substance isolation*
 - Transmission based precaution*
11. Pengendalian IN dapat bermanfaat untuk:
- Meningkatkan kunjungan klien rawat jalan
 - Mengurangi hari perawatan klien rawat inap
 - Meningkatkan biaya perawatan
 - Meningkatkan angka kematian klien
12. Kebijakan kewaspadaan universal meliputi hal berikut, kecuali:
- Kegiatan kontak langsung dengan klien boleh dilakukan petugas yang sedang luka
 - Petugas kesehatan yang sedang hamil tidak mempunyai risiko yang lebih besar untuk tertular HIV bila dibandingkan petugas kesehatan yang tidak hamil
 - Semua petugas harus selalu waspada terhadap kemungkinan tertusuk jarum
 - Tangan harus segera dicuci sebersih mungkin bila terkontaminasi darah
13. Cara penyebaran IN dapat berasal dari:
- Klien
 - Petugas
 - Pengunjung
 - Semua benar
14. Karu merupakan bagian dari tim pengenalan IN di ruangan, di mana berkedudukan sebagai
- Ketua
 - Wakil ketua
 - Kordinator
 - Pelaksana
15. Upaya pengendalian IN secara resmi telah dimulai di RSPP sejak:
- 1988
 - 1989
 - 1998
 - Tidak tahu
16. Faktor pendukung kegiatan pengendalian IN di RS adalah hal berikut, kecuali:
- Komunikasi yang sinergi dan efektif
 - Perilaku professional
 - Peningkatan kesadaran SDM
 - Pelaksanaan di tingkat struktural
17. Sesuai petunjuk CDC, seorang praktisi pengontrolan infeksi sebaiknya paling banyak membawahi:
- 100 Tempat Tidur (TT)
 - 150 TT
 - 200 TT
 - 250 TT
18. Upaya pengendalian IN yang mutlak dijalankan termasuk katagori:
- I
 - II
 - III
 - IV
19. Kegiatan utama pada awal kegiatan pengendalian IN di suatu RS adalah:
- Pendidikan kesehatan
 - Surveilans
 - Lapor pada pihak berwenang
 - Terlibat dalam kegiatan staf perawatan
20. Tugas karu dalam upaya pengendalian IN adalah hal berikut, kecuali:
- Memeriksa data nosokomial setiap operan pagi
 - Mengevaluasi kebenaran adanya IN pada klien
 - Melaporkan IN pada kordinator PPIRS
 - Melaporkan IN pada kordinator PINI



Nomor : DL.01.09.09. 482
Lampiran : ----
Perihal : Izin Uji Instrumen Penelitian

Jakarta, 3 Februari 2003

Kepada Yth.

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Jl. Salemba Raya 4
Jakarta 10430

Membalas surat Saudara Nomor : 2002.PT.02.H6.FIKI/2002 tanggal 25 Nopember 2002 perihal Permohonan Uji Instrumen Penelitian an. : Sdr. Henny Handiyani NPM. 73000144185, dapat kami setujui.

Proses selanjutnya kami harapkan Peneliti dapat menghubungi Bidang Diklit Perjan RS Persahabatan sebelum pelaksanaan dimulai dan hasil dari penelitian tersebut Perjan RS Persahabatan agar dikirim 1 bundel melalui Bidang Rediklat.

Diinformasikan bahwa penelitian tersebut tidak dikenakan biaya administrasi, dan menyerahkan pas foto ukuran 2 x 3 sebanyak 2 lembar.

Demikian harap maklum, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.



DEPARTEMEN KES. PERSAHABATAN
75
Direktur Penunjang.

Suseno Sutarjo, M.Kes
NIP. 140 159 092

Tembusan Kepada Yth.

1. Ka. Sid. Perawatan Perjan RS Persahabatan
2. Manajer IRIN A, B, C Perjan RS Persahabatan
3. Yang bersangkutan
4. Arsip