

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menurut UU No. 44 Tahun 2009 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. (1)

Rumah Sakit merupakan suatu tempat dimana banyak orang yang ingin mendapatkan perawatan yang baik dan ingin mendapatkan kesembuhan. Terkadang penyakit yang semula hanya ada satu penyebab penyakit, justru di Rumah Sakit tersebut seorang pasien bisa mendapatkan berbagai penyakit lain dikarenakan infeksi yang didapatkan dari Rumah sakit atau biasa disebut infeksi nosokomial. (2)

Nosokomial berasal dari Bahasa Yunani, dari kata *nosos* yang artinya penyakit, dan *komeo* yang artinya merawat. Nosokomial berarti tempat untuk merawat/ rumah sakit. Jadi infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di Rumah Sakit. Karena sering tidak bisa ditentukan asal infeksi, maka sekarang istilah infeksi nosokomial (*Hospital Acquired infection*) diganti dengan istilah baru yaitu "*Healthcare-associated infections*" (HAIs) dengan pengertian yang lebih luas tidak hanya di Rumah Sakit, tetapi juga di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Juga tidak terbatas infeksi pada

pasien saja, tetapi juga infeksi pada tenaga kesehatan yang didapat pada saat melakukan tindakan perawatan pasien. Khusus untuk infeksi yang terjadi atau didapat di Rumah Sakit, selanjutnya disebut sebagai infeksi rumah sakit (*Hospital Infection*). (2)

Salah satu parameter pelayanan kesehatan yang baik di rumah sakit adalah terkendalinya infeksi nosokomial. Tingginya angka infeksi nosokomial menjadi masalah yang penting di suatu rumah sakit karena dari infeksi nosokomial tersebut, kondisi pasien bisa menjadi buruk, jika kondisi pasien menjadi buruk maka lama perawatan pasien akan bertambah panjang, hal tersebut akan sangat merugikan pasien dan keluarga, karena semakin lama pasien dirawat maka akan bertambah biaya rawat dan keadaan pasien akan menjadi lebih buruk karena kondisi pasien buruk karena infeksi nosokomial. (2)

Berdasarkan Kepmenkes no. 129 tahun 2008, standar kejadian infeksi nosokomial di Rumah Sakit sebesar $\leq 1,5\%$, termasuk didalamnya pelaporan kasus infeksi nosokomial untuk melihat sejauh mana Rumah Sakit melakukan pengendalian terhadap infeksi ini. Data infeksi nosokomial dari surveilans infeksi nosokomial di setiap Rumah Sakit dapat digunakan sebagai acuan pencegahan infeksi guna meningkatkan pelayanan medis bagi pasien Izin Operasional sebuah Rumah Sakit bisa dicabut karena tingginya angka kejadian infeksi nosokomial. (3)

Survei yang dilakukan *World Health Organization* (WHO) terhadap 55 rumah sakit di 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik menunjukkan adanya infeksi nosokomial dan untuk Asia Tenggara menunjukkan 8,7% dari rumah sakit tersebut terdapat pasien dengan infeksi

nosokomial. Selain itu, survei mengatakan bahwa 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi akibat perawatan di rumah sakit. (4)

Angka kejadian infeksi nosokomial di Indonesia diambil dari 10 RSU pendidikan yang mengadakan surveilans aktif tahun 2010. Pada penelitian tersebut dilaporkan angka kejadian infeksi nosokomial cukup tinggi yaitu 6-16% dengan rata-rata 9,8%. Kejadian tersering adalah infeksi daerah operasi, infeksi saluran kemih, infeksi saluran nafas dan infeksi aliran darah. Hasil survei point prevalensi dari 11 Rumah Sakit di DKI Jakarta yang dilakukan perdalin Jaya dan Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta pada tahun 2003 didapatkan angka infeksi nosokomial untuk infeksi Luka Operasi (ILO) 18,9%, Infeksi saluran kemih (ISK) 15,1%, Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) 26,4%, Pneumonia 24,5% dan infeksi lainnya 32,1%. (5)

Penelitian yang dilakukan Rumah Sakit Surabaya mengalami kenaikan angka kejadian infeksi nosokomial pada tahun 2012 hingga 2014 yaitu pada tahun 2012 sebesar 0,05%, tahun 2013 sebesar 0,15% dan tahun 2014 sebesar 0,37%. Kejadian infeksi nosokomial pada jenis atau tipe Rumah Sakit sangat beragam. Salah satu Rumah Sakit di Magelang melakukan penelitian angka kejadian infeksi nosokomial yang selalu ditargetkan dibawah 2%. Namun pencapaiannya selalu lebih dari 2% seperti 6,7% pada bulan Oktober. Kemudian mengalami penurunan menjadi 3,7% pada bulan November dan meningkat kembali pada bulan Desember sebesar 7,14%. (6)

Hasil penelitian yang telah dilakukan Sukartik, berdasarkan data indikator mutu pelayanan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi kota Medan terhadap infeksi nosokomial sebesar 2,63% yang terdiri dari infeksi Phlebitis (jarum suntik) 1.8%, Dekubitus (tirah baring) 0,2%, Infeksi Luka Operasi (ILO) 0,6 % dan transfusi darah 0.03%. (7)

Ruang rawat inap merupakan salah satu fasilitas pelayanan Rumah Sakit. Pasien yang dirawat inap umumnya mengalami penurunan imunitas karena sakit, oleh sebab itu pihak Rumah Sakit memberikan infus sebagai nutrisi bagi pasien. Penggunaan alat intravascular, baik melalui vena atau arteri, untuk memasukkan cairan steril, obat atau makanan dan juga untuk memantau tekanan darah sentral dan fungsi hemodinamik lainnya. Setengah dari pasien rawat inap akan mendapatkan terapi intravena, menjadikan populasi besar yang berisiko infeksi baik lokal ataupun sistemik melalui aliran darah. Lama pasien dirawat memengaruhi kejadian infeksi. Pasien yang dirawat harus diperhatikan infusnya. Petugas medis harus mengganti set infus secara teratur, area pemasangan infus harus dilepas dan diganti setiap 72-96 jam atau lebih cepat jika dicurigai terjadi masalah. Semakin lama infus dipasang disatu area, maka akan semakin besar kemungkinan terjadinya infeksi. (8)

Tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dan paling lama kontak dengan pasien dalam memberikan asuhan salah satunya adalah perawat. Perawat dapat memiliki risiko pada saat berinteraksi dengan pasien yaitu tertular atau menularkan infeksi.. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan keperawatan dan melakukan prosedur keperawatan baik yang invasif

ataupun non invasif untuk memenuhi kebutuhan pasien akan kontak langsung dengan darah atau cairan tubuh pasien. Hal ini sangat berisiko terpapar infeksi yang secara potensial membahayakan jiwanya, dan menjadi tempat dimana agen infeksius dapat berkembang biak yang kemudian menularkan infeksi dari satu pasien ke pasien lain. (9)

Infeksi nosokomial yang disebabkan oleh perawat terjadi karena ketidakpatuhan dalam penerapan prinsip *standard precautions*. *Standard precautions* merupakan tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi dan didasarkan pada prinsip bahwa darah dan cairan tubuh dapat berpotensi menularkan penyakit, baik berasal dari pasien maupun tenaga kesehatan. *Standard precautions* perlu diterapkan dengan tujuan untuk mengendalikan infeksi secara konsisten, memastikan standar adekuat bagi mereka yang tidak di diagnosis atau tidak terlihat seperti berisiko, mengurangi risiko bagi tenaga kesehatan dan pasien serta asumsi bahwa risiko atau infeksi berbahaya. (10)

Penularan infeksi nosokomial di Rumah Sakit umumnya melalui beberapa cara yaitu, kontak langsung, *common vehicle*, udara, vektor dan makanan ataupun minuman. Menurut Darmadi pasien, tenaga kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien merupakan kelompok yang berisiko mendapatkan infeksi nosokomial. (2) Untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan serta

monitoring dan evaluasi. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit.

(11)

Prinsip *standard precautions* memiliki beberapa unsur. Menurut Kemenkes tahun 2011 unsur-unsur *standard precautions* terdiri dari kebersihan tangan, alat pelindung diri, pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen, pengelolaan limbah, pengendalian lingkungan rumah sakit, kesehatan karyawan/perlindungan tenaga kesehatan, penempatan pasien, *hygiene* respirasi/etika batuk, praktek menyuntik yang aman dan praktek untuk lumbal punksi. Unsur-unsur tersebut harus diterapkan oleh tenaga kesehatan namun perawat terlibat langsung pada unsur kebersihan tangan, alat pelindung diri, pengelolaan alat kesehatan, pengelolaan limbah dan praktek menyuntik yang aman. Unsur-unsur ini diterapkan untuk semua pasien, setiap saat pada semua tempat pelayanan dalam rangka mengurangi risiko penyebaran infeksi. (3)

Kepatuhan penerapan prinsip *standard precautions* dapat dilihat menggunakan model determinan perilaku. Menurut model ini suatu perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor *enabling* (pemungkin) dan faktor *reinforcing* (penguat). Model yang dikeluarkan oleh Lawrence Green (1980) kemudian dimodifikasi oleh Mc.Govern.et.all (2000) melalui penelitiannya dan membagi faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap *standard precautions* menjadi faktor individu, faktor pekerjaan dan faktor organisasi. (12)

Faktor predisposisi/individu menggambarkan kesehatan pekerja dengan karakteristik personalnya dan pengalaman kerjanya. Faktor predisposisi merupakan faktor yang berasal dari individu sendiri seperti pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan dan masa kerja. Identifikasi karakteristik individu merupakan faktor awal yang dapat memberikan dampak langsung pada hasil tampilan pemberi jasa layanan apakah tampilan dapat diterima atau tidak. (12)

Berdasarkan data sekunder, Rumah Sakit Martha Friska Medan merupakan Rumah Sakit tipe B non pendidikan dengan visi “Kami Melayani Anda Lebih Baik”. Pada tahun 2011 Rumah Sakit Martha Friska telah terakreditasi penuh untuk 16 pelayanan. Saat ini sedang dalam tahap persiapan menuju *Joint Commission International* (JCI). Rumah Sakit Martha Friska Medan memiliki kapasitas tempat tidur rawat inap 270 bed dengan jumlah perawat sebanyak 109 orang dengan beragam kualifikasi pendidikan. Rumah Sakit Martha Friska Medan memiliki kelas perawatan yaitu VVIP, VIP, Kelas I, II, dan Kelas III dan sebagainya. (13)

Kejadian infeksi nosokomial pada tahun 2015 infeksi Phlebitis 3,8%, Infeksi Daerah Operasi (IDO) 1,3 %, infeksi Dekubitus (tirah baring) 10,9%, Infeksi Saluran Kemih (ISK) 0,5%. Pada tahun 2016 infeksi Phlebitis 4,2%, Infeksi Daerah Operasi (IDO) 0,3 % infeksi Dekubitus (tirah baring) 29,6 %, Infeksi Saluran Kemih (ISK) 0,8%. Tahun 2017 infeksi Phlebitis 0,6%, infeksi Dekubitus (Tirah baring) 20,7%. Sementara untuk kejadian infeksi nosokomial khusus perawat rawat inap tahun 2016 sebanyak 4 orang, tahun 2017 sebanyak 5 orang dan tahun 2018 kejadian infeksi nosokomial sebanyak 3 orang. (13)

Hasil wawancara dengan salah satu perawat di *nurse station* 4A mengatakan bahwa pencegahan infeksi nosokomial yang dilakukan *infection preventif control nurse* (IPCN) atau yang sering dikenal tim PPI sudah dilaksanakan, tetapi kesadaran dari perawat masih kurang jika tidak ada pengawasan dari kepala ruangan. Hasil pengamatan 3 orang perawat tidak melakukan *hand hygiene* sebelum dan sesudah kontak dengan pasien pada saat perawatan pasien dan tidak melakukan tindakan sesuai dengan SOP yang berlaku. Ketika diwawancarai, perawat mengatakan belum terbiasa dengan *hand hygiene*. Selain itu juga sarana yang disediakan masih terbatas seperti perlengkapan *handscrubs* dan perawat masih ada yang tidak menggunakan APD. Penggunaan APD ini belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik, karena dalam melakukan intervensi kepada pasien dengan penyakit ringan mereka tidak menggunakan APD yang standar seperti masker dan sarung tangan. Tetapi waktu melakukan intervensi kepada pasien dengan penyakit menular, perawat telah menggunakan APD yang telah disediakan di masing - masing ruang rawat inap. Perawat yang tidak menerapkan *hand hygiene* karena keterbatasan sarana yang disediakan dan perawat yang tidak menggunakan APD saat kontak langsung dengan pasien beresiko terkena infeksi nosokomial. (13)

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Faktor yang Berhubungan dengan Pencegahan Infeksi Nosokomial pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Martha Friska Medan tahun 2018”**.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah faktor apa saja yang berhubungan dengan pencegahan infeksi nosokomial di Rumah Sakit Martha Friska Medan tahun 2018.

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat dengan pencegahan Infeksi nosokomial di Rumah Sakit Martha Friska Medan tahun 2018.
2. Untuk mengetahui hubungan sikap perawat dengan pencegahan Infeksi nosokomial di Rumah Sakit Martha Friska Medan tahun 2018.
3. Untuk mengetahui hubungan lama kerja perawat dengan pencegahan Infeksi nosokomial di Rumah Sakit Martha Friska Medan tahun 2018.
4. Untuk mengetahui ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan dengan pencegahan Infeksi nosokomial di Rumah Sakit Martha Friska Medan tahun 2018.
5. Untuk mengetahui hubungan pelatihan (*training*) perawat dengan pencegahan Infeksi nosokomial di Rumah Sakit Martha Friska Medan tahun 2018.
6. Untuk mengetahui hubungan supervisi dengan pencegahan Infeksi nosokomial di Rumah Sakit Martha Friska Medan tahun 2018.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1.4.1. Manfaat Praktis

Memberikan masukan dan sumber informasi bagi pengelola Rumah Sakit sebagai dasar strategi dalam pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Martha Friska Medan.

1.4.2. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan memperluas ilmu pengetahuan dibidang kesehatan dan pendidikan untuk menentukan suatu kebijakan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial. Penelitian ini bisa menjadi salah satu sumber bacaan bagi peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu

Penelitian yang dilakukan oleh Liza mengenai “Analisis Tindakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perawat dalam Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh”. Jenis penelitian adalah analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Sampel penelitian adalah seluruh perawat di ICU RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh, teknik pengambilan sampel secara total populasi. Hasil uji *Chi-Square* (CI 95%, α 0,05) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap dan pelatihan dengan tindakan K3 perawat ($p = 0,027$; *Ratio Prevalence* (RP = 3,46); ($p= 0,032$; RP = 3,00) dan ($p= 0,003$; RP = 0,25). Hasil analisis data menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap dan pelatihan dengan tindakan K3 perawat dalam pengendalian infeksi nosokomial di ICU RSUDZA Banda Aceh. (14)

Penelitian yang dilakukan oleh Karmila mengenai “Pengaruh Pengetahuan, Sikap dan Kepatuhan Perawat terhadap Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Sari Mutiara Medan tahun 2014”. Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional yang bersifat analitik dengan rancangan potong lintang (*cross sectional*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan penggunaan alat pelindung diri adalah sikap ($p= 0,048$) dan

kepatuhan ($p=0,001$). Variabel yang memberikan pengaruh paling besar adalah kepatuhan dengan *Odd Ratio* (OR) 4,886. (15)

Penelitian yang dilakukan oleh Sari mengenai “Hygiene Perawat dan Bidan pada Pasien Rawat Inap serta Fasilitas Sanitasi dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Phlebitis di Rumah Sakit Ibu dan Anak X Medan tahun 2015”. Penelitian ini bersifat deskriptif. Sampel penelitian sebanyak 32 perawat dan bidan yang merupakan total populasi. Pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *hygiene* perawat dan bidan pada pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X Medan belum sesuai dengan prosedur pemasangan infus intravena oleh Koes Irianto. Kejadian infeksi nosokomial Phlebitis sebanyak 7 orang pada pasien rawat inap dari jumlah 32 pasien yang diamati. *Hygiene* perawat dan bidan dalam pemasangan infus pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Ibu dan Anak X Medan belum sesuai dengan 40 langkah prosedur pemasangan infus intravena oleh Koes Irianto. Sebanyak 15 orang (46,9%) perawat dan bidan melakukan 23 langkah pemasangan, dan 1 orang (3,1%) melakukan 29 langkah pemasangan infus. (16)

Penelitian yang dilakukan oleh Panjaitan mengenai “Perilaku Hygiene Perawat dan Fasilitas Sanitasi dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Perdagangan Kabupaten Simalungun. Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Hasil penelitian perilaku *hygiene* perawat dan fasilitas sanitasi dalam pencegahan infeksi nosokomial di Rumah Sakit didapatkan tingkat pengetahuan baik sebesar 66,66% dan tingkat pengetahuan kurang sebesar 13,34%. Penilaian sikap didapatkan kategori baik sebesar 26,64% dan kategori

kurang sebesar 10%, sedangkan untuk tindakan dengan kategori baik sebesar 20% dan kategori kurang 6,66%. Hasil observasi pada fasilitas sanitasi rumah sakit yaitu tidak dilakukan pemeriksaan kualitas bakteriologis dan kimia pada air bersih, tidak tersedia *incenerator* dan instalasi pengolahan air limbah, tidak dilakukan pengendalian serangga, tikus dan binatang pengganggu lainnya, desinfeksi dan sterilisasi tidak selalu menggunakan *autoclave* dan tenaga kesehatan tidak selalu menggunakan alat pelindung diri. (17)

Penelitian yang dilakukan oleh Fitri mengenai “Perilaku Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2015. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif dengan pendekatan survei. Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan hasil penelitian tentang perilaku perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial yaitu, tingkat pengetahuan baik sebesar 98,4% dan tingkat pengetahuan buruk 1,6%, penilaian sikap positif sebesar 96,8% dan sikap negatif 3,2%, sedangkan untuk keterampilan baik 93,7% dan keterampilan buruk 6,3%. Hasil analisis data menunjukkan bahwa ada pengaruh pengetahuan, sikap dan keterampilan terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. (18)

2.2. Rumah Sakit

2.2.1. Definisi Rumah Sakit

Menurut UU No. 44 Tahun 2009 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara

paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

(1)

Di Indonesia Rumah Sakit sebagai salah satu bagian sistem pelayanan kesehatan secara garis besar memberikan pelayanan untuk masyarakat berupa pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik, dan pelayanan perawatan, pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan, dan unit rawat inap. (1)

Menurut Azwar, jika ditinjau dari kemampuan yang dimiliki Rumah Sakit di Indonesia dibedakan atas 5 macam yaitu (19)

1. Rumah Sakit kelas A

Rumah Sakit kelas A adalah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis luas. Oleh Pemerintah, Rumah Sakit Kelas A ini telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*top referral hospital*) atau disebut pula sebagai Rumah Sakit Pusat.

2. Rumah Sakit kelas B

Rumah Sakit adalah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspesialis terbatas. Direncanakan Rumah Sakit kelas B didirikan di setiap ibukota Propinsi (*provincial hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari Rumah Sakit Kabupaten.

3. Rumah Sakit kelas C

Rumah Sakit kelas C adalah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas. Pada saat ini ada empat macam pelayanan spesialis ini yang disediakan yakni pelayanan penyakit dalam

pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak serta pelayanan kebidanan dan kandungan.

4. Rumah Sakit kelas D

Rumah Sakit kelas D adalah Rumah Sakit yang bersifat transisi karena pada saat akan ditingkatkan menjadi Rumah Sakit kelas C. Pada saat ini kemampuan Rumah Sakit D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi.

5. Rumah Sakit kelas E

Rumah Sakit kelas E adalah Rumah Sakit khusus (*special hospital*) yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Pada saat ini banyak Rumah Sakit kelas E yang telah ditemukan. Misalnya Rumah Sakit jiwa, Rumah Sakit kusta, Rumah Sakit paru, Rumah Sakit kanker, Rumah Sakit jantung, Rumah Sakit ibu dan anak serta sebagainya yang seperti ini. (19)

2.2.2. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap merupakan salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan secara komprehensif untuk membantu menyelesaikan masalah yang dialami oleh pasien, dimana unit rawat inap merupakan salah satu *renew center* Rumah Sakit sehingga tingkat kepuasan pelanggan atau pasien bisa dipakai sebagai salah satu indikator mutu pelayanan. (9)

Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di

ruang rawat inap pada sarana kesehatan Rumah Sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas dan rumah bersalin yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap dan mengalami tingkat transformasi, yaitu pasien sejak masuk ruang perawatan hingga pasien dinyatakan boleh pulang. (9)

2.3. Infeksi Nosokomial

2.3.1. Pengertian Infeksi Nosokomial

Nosokomial berasal dari bahasa Yunani, dari kata *nosos* yang artinya penyakit, dan *komeo* yang artinya merawat. Nosokomion berarti tempat untuk merawat atau Rumah Sakit. Jadi infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di Rumah Sakit. (2) Infeksi nosokomial Rumah Sakit disebut juga sebagai *Hospital-acquired infections* (HAI's) adalah infeksi yang didapat selama penderita di rawat di Rumah Sakit, dengan catatan pada waktu masuk Rumah Sakit masa inkubasi penyakit tidak sedang berlangsung. (2)

Infeksi nosokomial Rumah Sakit ditetapkan jika infeksi yang didapat di Rumah Sakit atau di tempat perawatan kesehatan terjadi lebih dari 72 jam sesudah saat pertama masuk Rumah Sakit atau tempat pelayanan kesehatan. Infeksi nosokomial Rumah Sakit merupakan salah satu penyebab utama kematian dan meningkatnya morbiditas penderita yang dirawat di Rumah Sakit. Infeksi nosokomial Rumah Sakit atau HAI's setiap tahunnya menyebabkan infeksi lebih dari 2 juta penderita yang sedang dirawat di Rumah Sakit, atau sekitar 5-10% penderita rawat inap dan menyebabkan sekitar 90.000 kematian setiap tahunnya. (4)

Suatu studi oleh *World Health Organization* (WHO) yang melibatkan 55 Rumah Sakit berasal dari 14 negara menunjukkan bahwa 8,7% penderita yang di rawat di Rumah Sakit mengalami infeksi nosokomial. Suatu studi antara tahun 2002-2007 yang meneliti unit perawatan *Intensive Care Unit* (ICU) di Amerika Latin, Asia, Afrika dan Eropa. Menunjukkan bahwa kejadian infeksi melalui darah, Pneumonia sesudah penggunaan ventilator, dan Infeksi Saluran Kencing (ISK) sesudah penggunaan kateter di negara yang diteliti lebih tinggi frekuensinya dengan kejadiannya di USA. (4)

2.3.2. Kriteria Infeksi Nosokomial

Menurut Septiari, suatu infeksi pada penderita baru bisa dinyatakan sebagai infeksi nosokomial apabila memenuhi beberapa kriteria atau batasan tertentu diantaranya :

1. Pada waktu penderita mulai dirawat di Rumah Sakit tidak didapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut.
2. Pada waktu penderita mulai dirawat di Rumah Sakit, tidak sedang dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut.
3. Tanda-tanda klinik infeksi tersebut timbul sekurang-kurangnya setelah 3x24 jam sejak mulai perawatan.
4. Infeksi tersebut bukan merupakan sisa dari infeksi sebelumnya. (20)

2.3.3. Cara Penularan Infeksi Nosokomial

Menurut Septiari cara penularan infeksi nosokomial adalah sebagai berikut. (20)

1. Penularan secara kontak

Penularan ini dapat terjadi secara kontak langsung maupun tidak langsung. Kontak langsung terjadi apabila sumber infeksi berhubungan langsung dengan pejamu, misalnya dari orang ke orang (*person to person*) pada penularan infeksi virus hepatitis A secara *fecal oral*. Kontak tidak langsung terjadi apabila penularan membutuhkan objek perantara (biasanya benda mati). Hal ini terjadi karena benda mati telah terkontaminasi oleh infeksi, misalnya kontaminasi peralatan medis oleh mikroorganisme.

2. Penularan melalui *common vehicle*

Penularan ini melalui benda mati yang telah terkontaminasi oleh kuman dan dapat menyebabkan penyakit pada lebih dari satu pejamu. Adapun jenis-jenis *common vehicle* adalah darah/produk darah, cairan intravena, obat-obatan dan sebagainya.

3. Penularan melalui udara dan inhalasi

Penularan ini terjadi apabila mikroorganisme mempunyai ukuran yang sangat kecil sehingga dapat mengenai pejamu dalam jarak yang cukup jauh dan melalui saluran pernapasan. Misalnya, mikroorganisme yang terdapat di sel kulit yang terlepas (*staphylococcus*) dan *tuberculosis*.

4. Penularan dengan perantara vektor

Penularan ini dapat terjadi secara eksternal maupun internal. Disebut penularan secara eksternal apabila hanya terjadi pemindahan secara mekanis dari mikroorganisme yang menempel pada tubuh vector, misalnya *shigella* dan *salmonella* oleh lalat.

2.3.4. Faktor yang Memengaruhi Terjadinya Infeksi Nosokomial

Faktor yang memengaruhi proses infeksi menurut Darmadi adalah: tenaga kesehatan, peralatan medis, lingkungan, makanan dan minuman, penderita lain, pengunjung atau keluarga. (20)

1. Tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan khususnya perawat dapat menjadi sumber utama tertapar infeksi yang dapat menularkan berbagai kuman ke pasien maupun tempat lain karena perawat rata-rata setiap harinya 7-8 jam melakukan kontak langsung dengan pasien. Salah satu upaya dalam pencegahan infeksi nosokomial yang paling penting adalah perilaku cuci tangan karena tangan merupakan sumber penularan utama yang paling efisien untuk penularan infeksi nosokomial. Perilaku mencuci tangan perawat yang kurang adekuat akan memindahkan organisme–organisme bakteri pathogen secara langsung kepada hospes yang menyebabkan infeksi nosokomial di semua jenis lingkungan pasien.

2. Lingkungan

Lingkungan Rumah Sakit yang tidak bersih juga bias menyebabkan infeksi nosokomial sebab mikroorganisme penyebab infeksi bias tumbuh dan berkembang pada lingkungan yang tidak bersih.

3. Peralatan medis

Peralatan medis yang dimaksud adalah alat yang digunakan melakukan tindakan keperawatan, misalnya jarum, kateter, kassa, instrument dan sebagainya. Bila peralatan medis tidak dikelola kebersihan dan kesterilannya maka akan menyebabkan infeksi nosokomial.

4. Makanan atau minuman

Hidangan yang disajikan setiap saat kepada penderita apakah sudah sesuai dengan standart kebersihan bahan yang layak untuk dikonsumsi bila tidak bersih itu juga akan menyebabkan infeksi terutama pada saluran pencernaan yang sedang mengalami iritasi.

5. Penderita lain

Keberadaan penderita lain dalam satu kamar atau ruangan atau bangsal perawatan dapat merupakan sumber penularan.

6. Pengunjung

Pengunjung dapat menyebarkan infeksi yang didapat dari luar ke dalam lingkungan rumah sakit, atau sebaliknya yang dapat ditularkan dari dalam rumah sakit ke luar rumah sakit.

2.3.5. Jenis Infeksi Nosokomial

1. Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Tindakan pembedahan (operasi) dalam ilmu bedah, berdasarkan pada tingkat kontaminasi/risiko infeksi dibagi menjadi empat klasifikasi secara bertingkat, yaitu: (2)

1) Operasi bersih yaitu operasi pada keadaan prabedah tanpa adanya luka atau operasi yang melibatkan luka steril dan dilakukan dengan memerhatikan prosedur aseptik dan antiseptik. Sebagai catatan, saluran pencernaan atau saluran pernafasan ataupun saluran perkemihan tidak dibuka. Contoh : hernia, tumor payudara, tumor kulit, tulang. Kemungkinan terjadinya infeksi : 2-4%.

2) Operasi bersih terkontaminasi

Operasi seperti keadaan diatas dengan daerah-daerah yang terlibat pembedahan seperti saluran napas, saluran kemih atau pemasangan drain. Contoh : prostatektomi, apendiktomi tanpa radang berat, kolesistektomi elektif. Kemungkinan terjadinya infeksi : 5-15%.

3) Operasi terkontaminasi

Operasi yang dikerjakan dengan daerah dengan luka yang telah terjadi 6-10 jam dengan atau tanpa benda asing, tidak ada tanda-tanda infeksi namun kontaminasi jelas karena saluran napas, cerna atau kemih dibuka. Contoh : operasi usus besar, operasi kulit (luka kulit akibat ruda paksa). Kemungkinan terjadinya infeksi : 16-25%.

4) Operasi kotor

Operasi kotor adalah operasi-operasi yang dikerjakan karena tindakan darurat, operasi ini melibatkan daerah dengan luka terbuka yang telah terjadi lebih dari 10 jam, luka dengan tanda-tanda klinis infeksi dan luka perforasi organ visera. Contoh : luka ruda paksa yang lama, perforasi usus. Kemungkinan terjadinya infeksi:40-70%.

2. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih dilaporkan 80% terjadi sesudah instrumentasi, terutama oleh kateterisasi. Tindakan invasif lainnya seperti sitoskopi atau tindakan operatif pada vagina.

Menurut Darmadi, bakteri masuk ke dalam kandung kemih melalui batang kateter melalui meatus uretra eksternus, lumen kateter, persambungan kateter dengan pipa penyalur urin, refluks urin dari kantong penampung urin. Kebanyakan kejadian bakteriuria karena penggunaan kateter dalam jangka pendek tidak menunjukkan gejala. Apabila gejala muncul biasanya berupa demam ringan, panas, ingin kencing terus dan nyeri. Gejala serupa mungkin terjadi pada pasien yang menggunakan kateter dalam jangka waktu lama, tetapi pasien tersebut juga akan mengalami obstruksi, batu saluran kencing, gagal ginjal dan kanker kandung kemih. Pada ISK bagian atas yaitu nyeri panggul, demam, darah dalam urine (hematuria) dan gejala-gejala khusus pada ISK kemungkinan timbul. Tetapi pasien usia lanjut dan dan lemah, tanda-tanda dan gejala-gejala khusus pada ISK kemungkinan tidak ada. (2)

Memerhatikan besarnya kemungkinan terjadi infeksi nosokomial setelah tindakan kateterisasi, maka perlu adanya upaya pencegahan infeksi dengan memerhatikan hal-hal ini :

1. Pemasangan kateter dengan memerhatikan syarat dasar aseptik
2. Kateter menetap sedapat mungkin tidak dipakai dan hanya digunakan atas dasar indikasi yang tegas
3. Aliran urine dalam kateter harus bersifat bebas hambatan dan turun bila kateter harus terpasang lama, maka diupayakan penggantian kateter setiap 2-3 hari.
4. Setiap akan melakukan tindakan kateterisasi, urine harus dibiakkan (identifikasi) terlebih dahulu.
5. Berikan antibiotik sebelum kateter dicabut untuk kasus asimptomatik yang disertai bakteri dalam urine yang menunjukkan kolonisasi.

3. Phlebitis

Vena menjadi sasaran phlebitis yaitu peradangan dinding vena yang dapat disebabkan oleh infeksi atau perlukaan. Trombophlebitis yaitu peradangan dengan komplikasi penyumbatan oleh segumpal bekuan darah, dapat merupakan akibat dari phlebitis.

Menurut Darmadi (2008), tanda-tanda phlebitis yaitu pada daerah kateter intravena terpasang, kulit tampak merah (*rubor*), bengkak (*edema*), panas (*color*) disertai nyeri (*dolor*) dan kadang ditemukan demam dengan penyebab:

1. Pemasangan kateter intravaskuler sering kali gagal dan harus diulang misalnya karena vena yang kecil dan dalam.

2. Kateter intravaskuler yang terpasang digunakan untuk beberapa hari. Kedua hal di atas memperbesar peluang masuknya mikroba patogen ke darah secara langsung.

Kontak orang ke orang juga meningkatkan risiko infeksi yang berhubungan dengan alat intravaskuler. Hal ini meliputi :

- 1) Kontaminasi silang dengan daerah terinfeksi dari tubuh pasien melalui pasien lain atau tangan petugas kesehatan.
- 2) Kontaminasi silang dari pasien terinfeksi melalui tangan petugas kesehatan
- 3) Kontaminasi silang dari pasien pada petugas sewaktu kontak dengan pasien waktu pemasangan darah, perawatan waktu pemasangan atau pencabutan kateter.
- 4) Teknik pemasangan atau mengganti balutan yang tidak baik. (2)

4. Pneumonia

Pneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveoli serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru, dan gangguan pertukaran gas setempat. Resiko infeksi pneumonia terjadi pada pasien pascaoperasi, terutama untuk mereka yang telah dilakukan bedah torakx atau abdominal. (2)

2.3.6. Pencegahan Infeksi Nosokomial

Fokus utama penanganan masalah infeksi dalam pelayanan kesehatan adalah mencegah infeksi. Salah satu upaya pencegahan infeksi nosokomial adalah menerapkan *Universal Precaution* pada tenaga kesehatan dan pelayanan tenaga

kesehatan. *Universal Precaution* adalah kewaspadaan terhadap darah dan cairan tubuh yang tidak membedakan perlakuan terhadap setiap pasien, dan tidak tergantung pada diagnosis penyakitnya. Kewaspadaan universal dimaksudkan untuk melindungi tenaga layanan kesehatan dan pasien lain terhadap penularan berbagai infeksi dalam darah dan cairan tubuh lain. (15)

Menurut WHO kewaspadaan universal diterapkan dengan cara (21)

1. Cuci tangan setelah berhubungan dengan pasien atau setelah membuka sarung tangan.
2. Segera cuci tangan setelah ada hubungan dengan cairan tubuh.
3. Pakai sarung tangan bila mungkin akan ada hubungan dengan cairan tubuh.
4. Pakai masker dan kaca mata pelindung bila mungkin ada percikan cairan tubuh.
5. Tangani dan buang jarum suntik dan alat tajam lain secara aman; yang sekali pakai tidak boleh dipakai ulang.
6. Bersihkan dan disinfeksikan tumpahan cairan tubuh dengan bahan yang cocok.
7. Patuhi standar untuk disinfeksi dan sterilisasi alat medis.
8. Tangani semua bahan yang tercemar dengan cairan tubuh sesuai dengan prosedur
9. Buang limbah sesuai prosedur.

Panjaitan dalam *isolation precaution* menulis tentang standar *precaution* yang harus dilaksanakan untuk semua pasien yang masuk kerumah sakit yaitu⁽²³⁾

1. Cuci Tangan

- 1) Melakukan cuci tangan dengan menggunakan antiseptik pada cuci tangan prosedur. Melakukan cuci tangan dengan menggunakan sabun biasa pada cuci tangan rutin/sosial. Pada kondisi tertentu cuci tangan dapat dilakukan dengan menggunakan "*handrubs*" (menggosok tangan).
- 2) Cuci tangan dilakukan setelah menyentuh darah, cairan tubuh, sekresi, ekresi dan peralatan yang terkontaminasi, walaupun menggunakan sarung tangan segera setelah melepas sarung tangan, jika kontak diantara satu pasien dengan pasien lainnya, diantara prosedur berbeda pada pasien yang sama sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, sebelum dan sesudah melakukan tindakan, setelah tiba di Rumah Sakit dan sebelum meninggalkan Rumah Sakit.

2. Sarung Tangan

- 1) Memakai sarung tangan bersih pada saat menyentuh darah, cairan tubuh dan peralatan yang terkontaminasi dan saat menangani peralatan yang habis dipakai.
- 2) Ganti sarung tangan diantara prosedur pada pasien yang sama.
- 3) Melepaskan sarung tangan segera setelah dipakai, sebelum menyentuh peralatan atau permukaan lingkungan yang tidak terkontaminasi dan sebelum ke pasien berikutnya.

3. Masker

- 1) Memakai masker selama melakukan tindakan atau perawatan pasien yang memungkinkan terkena percikan darah atau cairan tubuh pasien.

- 2) Melepaskan masker setelah dipakai dan segera mencuci tangan.

4. Baju pelindung

- 1) Memakai baju pelindung selama melakukan tindakan atau perawatan pasien yang memungkinkan terkena percikan darah atau cairan tubuh pasien.
- 2) Segera melepaskan baju pelindung dan mencuci tangan untuk mencegah berpindahkannya mikroorganisme ke pasien dan lingkungan.

5. Peralatan Perawatan Pasien

- 1) Segera melakukan dekontaminasi peralatan yang dipakai setelah dibersihkan dahulu dari noda darah atau cairan tubuh pasien.
- 2) Membersihkan dan memproses kembali peralatan yang dipakai ulang sesuai prosedur pembuangan limbah.

6. Pengendalian Lingkungan

- 1) Tidak melakukan “*fogging*” untuk tujuan menurunkan rate infeksi nosokomial pengendalian lingkungan.
- 2) Melakukan pembersihan dengan cairan desinfektan setiap hari atau bila perlu pada semua permukaan lingkungan seperti meja pasien, meja petugas, tempat tidur, tempat tidur pasien, standar infus, pegangan pintu.
- 3) Membersihkan dan mengepel dengan cairan desinfektan dua kali sehari bila perlu.
- 4) Membatasi jumlah pengunjung pada waktu bersamaan.
- 5) Membatasi jumlah personil pada waktu yang sama di ruang perawatan.

7. Penanganan Limbah Pemisahan limbah sesuai jenisnya diawali sejak limbah tersebut dihasilkan.

- 1) Limbah padat terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh dibuang ketempat sampah kantong plastik kuning.
- 2) Limbah padat tidak terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh dibuang ketempat sampah kantong plastik hitam.
- 3) Limbah benda tajam atau jarum dibuang ke kontainer yang berwarna kuning tahan tusuk dan tahan air (*save cup*)

8. Kesehatan karyawan dan darah yang terinfeksi pathogen.

Untuk mencegah luka tusuk benda tajam:

- 1) Berhati-hati saat menangani jarum, scapel, instrument yang tajam atau alat kesehatan lainnya dengan permukaan tajam.
- 2) Jangan pernah menutup kembali jarum bekas pakai atau memanipulasikannya dengan dua tangan.
- 3) Jangan pernah membengkokkan atau mematahkan jarum.
- 4) Buanglah benda tajam atau jarum bekas pakai kedalam wadah yang tahan tusuk dan air, dan tempatkan pada area yang mudah dijangkau dari area tindakan.
- 5) Gunakan *mouthpieces*, *resussitasi bags* atau peralatan ventilasi lain sebagai alternatif mulut ke mulut. (22)

2.4. Tinjauan Umum tentang Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia

itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas, dari aktivitas tersebut ada yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Menurut Skinner seorang ahli psikologis, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus/rangsangan dari luar.

Berdasarkan teori “S-O-R” atau Stimulus Organisme Respon dalam Notoatmodjo, perilaku manusia dapat dibedakan menjadi dua, yaitu: (12)

1. Perilaku tertutup (*Covert behavior*), respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behaviour* atau *unobservable behaviour*.
2. Perilaku terbuka (*overt behavior*), respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktik (*practice*).

Terdapat 3 ranah atau domain perilaku, yaitu sebagai berikut:

2.4.1. Pengetahuan (*Knowlegde*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi apabila seseorang telah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pendengaran, penglihatan, penciuman, perasa dan peraba. Pengetahuan ini merupakan domain yang sangat penting agar terbentuknya tindakan seseorang.

Menurut Notoatmodjo pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. (12)

1. Tahu, dapat diartikan sebagai kemampuan perawat untuk mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari berkaitan dengan tingkat kewaspadaan universal. Tingkatan ini merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah tetapi digunakan sebagai prasyarat untuk menguasai selanjutnya
2. Memahami, dapat diartikan sebagai suatu kemampuan perawat untuk menjelaskan secara benar tentang tindakan kewaspadaan universal yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar
3. Aplikasi, diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari mengenai tindakan kewaspadaan universal pada situasi dan kondisi sebenarnya.
4. Analisis, adalah suatu kemampuan perawat untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
5. Sintesis, adalah kemampuan perawat untuk meletakkan atau menghubungkan kembali bagian-bagian tentang tindakan kewaspadaan universal di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi, adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi tentang tindakan kewaspadaan universal.

2.4.2. Sikap (*Afektif*)

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas tapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap memiliki tingkatan yaitu : (12)

1. Menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan
2. Merespon (*responding*) diartikan sebagai memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas-tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap karena dengan usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan terlepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.
3. Menghargai (*valuating*) diartikan sebagai mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat ini.
4. Bertanggungjawab (*responsible*) adalah bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Semua tenaga kesehatan, baik dilihat dari jenis maupun tingkatnya, pada dasarnya adalah pendidikan kesehatan (*health education*). Ditengah-tengah masyarakat tenaga kesehatan menjadi tokoh panutan dibidang kesehatan. Untuk itu tenaga kesehatan harus mempunyai sikap dan perilaku yang sesuai dengan

nilai-nilai kesehatan, yaitu sikap dan perilaku yang positif yang merupakan pendorong atau penguat perilaku sehat. Pengendalian infeksi nosokomial bukanlah ketentuan oleh canggihnya peralatan yang ada, tetapi ditentukan oleh kesempurnaan sikap dan perilaku tenaga kesehatan dalam melaksanakan perawatan penderita secara benar (*The proper nursing care*).

2.4.3. Tindakan (*Psikomotor*)

Tindakan pencegahan infeksi nosokomial terutama dilakukan di rumah sakit, hal ini dilakukan karena bakteri nosokomial paling banyak berasal dari rumah sakit. Adapun tingkatan dari tindakan yaitu : (12)

1. Persepsi (*perseption*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang diambil.

2. Respon yang terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu dengan urutan benar sesuai dengan contoh-contoh.

3. Mekanisme (*mechanisme*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis sesuatu itu telah menjadi kebiasaan.

4. Adaptasi (*adaptation*)

Tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan tersebut sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Faktor perilaku ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor (Lawrence Green, 1991; Bahar, 2016), yaitu sebagai berikut :

1. Faktor- faktor predisposisi (*predisposing factors*) adalah faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisikan terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor- faktor pemungkin (*enabling factors*) adalah faktor pemungkin yang terwujud dalam lingkungan fisik, termasuk didalamnya adalah berbagai macam sarana dan prasarana, misalnya: dana, transportasi, fasilitas, kebijakan pemerintah, informasi kesehatan, pendidikan dan lain sebagainya.
3. Faktor faktor Pendorong (*reinforcing factors*) adalah faktor yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku baik para individu maupun pada masyarakat. Adapun faktor-faktor ini meliputi faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku petugas termasuk tenaga kesehatan, undang- undang peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait daerah yang terkait dengan kesehatan. (12)

2.5. Masa Kerja

Masa kerja ada karena adanya hubungan kerja, oleh karenanya perhitungan masa kerja dihitung sejak terjadinya hubungan kerja antara pekerja dan pengusaha atau sejak pekerja pertama kali mulai bekerja di perusahaan tertentu dengan berdasarkan pada perjanjian kerja (psl. 50 UU ketenagakerjaan). (23)

Masa kerja pekerja dihitung dari tanggal masuknya pekerja sesuai jenis status dalam perjanjian kerja. Masa kerja adalah jangka waktu yang telah dilalui seseorang sejak menekuni pekerjaan. Masa kerja dapat menggambarkan pengalamannya dalam menguasai bidang tugasnya. Semakin lama seseorang

bekerja pada suatu organisasi maka akan semakin berpengalaman orang tersebut sehingga kecakapan kerjanya semakin baik. (23)

Masa kerja pekerja dihitung dari tanggal masuknya pekerja sesuai jenis status dalam perjanjian kerja. Masa kerja adalah jangka waktu yang telah dilalui seseorang sejak menekuni pekerjaan. Masa kerja dapat menggambarkan pengalamannya dalam menguasai bidang tugasnya. Semakin lama seseorang bekerja pada suatu organisasi maka akan semakin berpengalaman orang tersebut sehingga kecakapan kerjanya semakin baik. (23)

Klasifikasi Masa kerja dikategorikan menjadi 2 yaitu:

- 1). Masa kerja kategori baru ≤ 3 tahun
- 2). Masa kerja kategori lama > 3 tahun (23)

2.6. Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Pencegahan

Menurut Teori Green dalam PRECEDE Model, perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor pemungkin seperti ketersediaan sumber daya (sarana dan fasilitas) yang memadai. Perawat cenderung lebih patuh dalam menerapkan kewaspadaan universal jika tersedia Alat Pelindung Diri (APD) yang memadai. Selain itu ketersediaan dan kemudahan dalam mendapatkan Alat Pelindung Diri (APD) memegang peranan penting dalam kepatuhan terhadap penerapan kewaspadaan standar. (12)

2.7. Pelatihan (*Training*)

Pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan sumber daya manusia, terutama untuk mengembangkan kemampuan intelektual dan

kepribadian. Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau kelompok orang. Pelatihan merupakan proses membantu para tenaga kerja untuk memperoleh efektifitas dalam pekerjaan mereka yang sekarang atau yang akan datang melalui pengembangan kebiasaan tentang pikiran, tindakan, kecakapan, pengetahuan dan sikap yang baik. (24)

Tujuan pelatihan yaitu :

1. Meningkatkan produktivitas kerja, peningkatan produktivitas kerja terjadi disebabkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan staf selalu diperbaharui dan disesuaikan dengan standar.
2. Meningkatkan mutu kerja, pelatihan memberikan informasi tentang standar kerja yang harus dilaksanakan oleh perawat.
3. Meningkatkan ketepatan dalam perencanaan sumber daya manusia khususnya perawat.
4. Meningkatkan kemampuan intelektual dan keterampilan. peningkatan kemampuan intelektual dan keterampilan dapat terjadi apabila materi pelatihan berkaitan langsung dengan peran dan tugas yang harus dikerjakan staff. (24)

2.8. Supervisi (Pengawasan)

Supervisi merupakan suatu bentuk dari kegiatan manajemen keperawatan yang bertujuan pada pemenuhan dan peningkatan pelayanan pada klien dan keluarga yang berfokus pada kebutuhan, keterampilan, dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tugas. Kunci supervisi menurut Nursalam meliputi pra (

menetapkan kegiatan, tujuan dan kompetensi yang akan dinilai), pelaksanaan (menilai kinerja, mengklarifikasi permasalahan, melakukan tanya jawab dan pembinaan) serta pasca supervisi 3F (F-fair yaitu memberikan penilaian, feedback atau memberikan umpan balik dan klarifikasi, reinforcement yaitu memberikan penghargaan atau follow up perbaikan). (25)

Manfaat supervisi bagi perawat :

1. Timbul perasaan dihargai dan dapat meningkatkan rasa percaya diri.
2. Supervisi mendorong praktek keperawatan yang aman dan mencerminkan pelayanan perawatan pada pasien hal ini dapat meningkatkan kinerja perawat.(26)

2.9. Landasan Teori

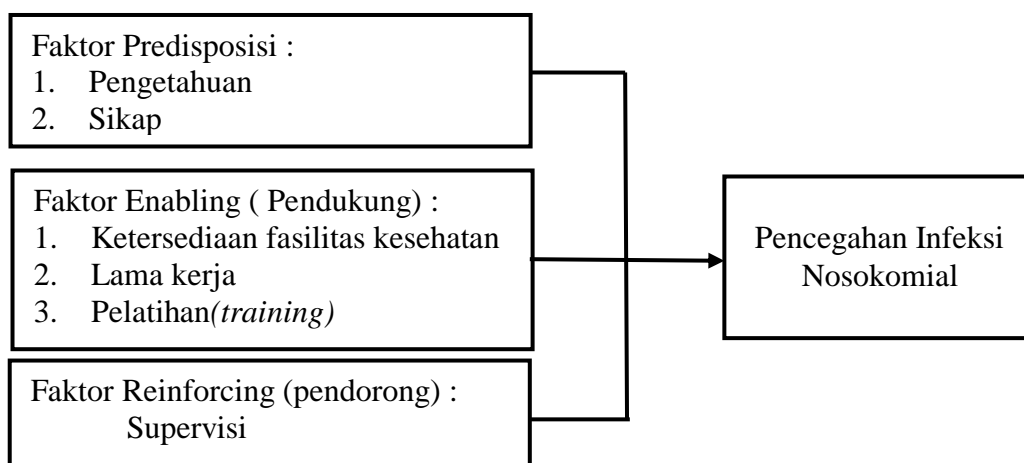
Landasan teori dalam penelitian ini menggunakan L.Green dan Niven. Perilaku adalah apa saja yang dikerjakan oleh makhluk hidup baik yang diamati secara langsung maupun tidak langsung perilaku manusia terdiri dari 3 aspek yaitu : aspek psikis, aspek fisik dan aspek sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti motivasi, pengetahuan, sikap, persepsi dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya. Bahkan kegiatan internal seperti berpikir, berpersepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia. (12)

Lawrence Green menganalisis bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu :

- a. Faktor Perilaku (*Behavior Causes*)
- b. Faktor diluar perilaku (*Non Behavioral Causes*)

Faktor perilaku sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor (Lawrence Green, 1991; Bahar, 2016), yaitu sebagai berikut :

1. Faktor- faktor predisposisi (*predisposing factors*) adalah faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisikan terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor- faktor pemungkin (*enabling factors*) adalah faktor pemungkin yang terwujud dalam lingkungan fisik, termasuk didalamnya adalah berbagai macam sarana dan prasarana, misalnya: dana, transportasi, fasilitas, kebijakan pemerintah, informasi kesehatan, pendidikan dan lain sebagainya.
3. Faktor faktor Penguat (*reinforcing factors*) adalah faktor yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku baik para individu maupun pada masyarakat. Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku petugas termasuk tenaga kesehatan, undang- undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait daerah yang terkait dengan kesehatan faktor yang berhubungan dengan pencegahan infeksi nosokomial pada perawat di Rumah Sakit Martha Friska Medan.



Gambar 2.1. Landasan Teori (Teori Lawreen Green)

2.10. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan pencegahan infeksi nosokomial pada perawat rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan.
2. Ada hubungan antara sikap dengan pencegahan infeksi nosokomial pada perawat rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan.
3. Ada hubungan antara lama kerja dengan pencegahan infeksi nosokomial pada perawat rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan.
4. Ada hubungan antara pelatihan (*training*) dengan pencegahan infeksi nosokomial pada perawat rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan.
5. Ada hubungan antara supervisi (pengawasan) dengan pencegahan infeksi nosokomial pada perawat rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan.
6. Ada hubungan antara ketersediaan sarana dengan pencegahan infeksi nosokomial pada perawat rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang dilakukan adalah penelitian survey analitik yaitu desain penelitian untuk mengetahui hubungan sebab akibat antara variabel secara observasional dengan rancangan potonglintang (*cross sectional*) dimana cara pengambilan data variabel independen dan dependen dilakukan pada waktu bersamaan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan pencegahan infeksi nosokomial pada perawat diruang rawat inap. Variabel yang diteliti yaitu meliputi pengetahuan, sikap, lama kerja, pelatihan (*training*), ketersediaan sarana dan fasilitas dan supervisi (pengawasan) pada perawat di ruang rawat inap. Variabel terikat adalah tindakan perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Martha Friska Medan. Pemilihan lokasi ini dikarenakan perilaku perawat yang masih kurang dalam melakukan tindakan sesuai SOP dan ketersediaan alat pelindung diri (APD) yang dibutuhkan perawat untuk melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien rawat inap Rumah Sakit Umum Martha Friska Pulo Brayon Medan belum memadai, hal ini berdampak terhadap penyebaran infeksi nosokomial baik dari pasien terhadap perawat maupun dari perawat kepada pasien.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan mulai dari bulan Mei sampai bulan Agustus tahun 2018 yaitu dimulai dari survey awal, pengajuan judul, bimbingan proposal, penelitian, pengolahan data, bimbingan penelitian dan sidang hasil.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subjek atau objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang ada di ruangan rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan sebanyak 109 orang yang terdiri dari :

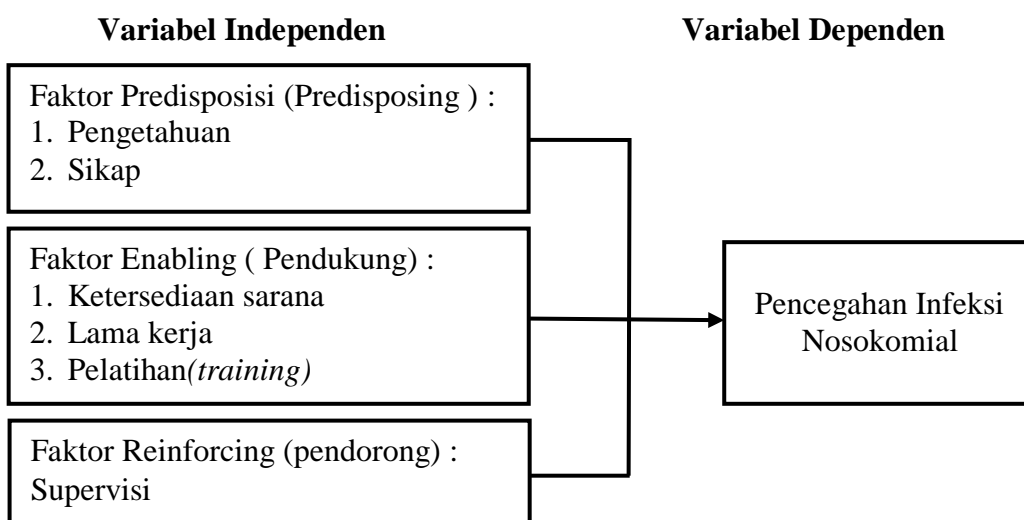
- 1) Nurse Station 1D sebanyak 17 orang
- 2) Nurse Station 3A sebanyak 15 orang
- 3) Nurse Station 3C sebanyak 16 orang
- 4) Nurse Station 4A sebanyak 17 orang
- 5) Nurse Station 5A sebanyak 14 orang
- 6) Nurse Station 5C sebanyak 15 orang
- 7) Nurse Station 6A sebanyak 15 orang

3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi yang diambil sebagai sumber data. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang ada di ruangan rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan yaitu 109 orang (*total population*)

3.4. Kerangka Konsep

Berdasarkan latar belakang dari permasalahan di atas, maka dikembangkan kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

3.5. Definisi Operasional dan Aspek Pengukuran

3.5.1. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah batasan yang digunakan untuk mendefinisikan variabel-variabel atau faktor-faktor yang diteliti. Berikut adalah variabel-variabel dari faktor-faktor yang berhubungan dengan pencegahan infeksi nosokomial (INOS) pada perawat di ruang rawat inap yaitu :

1. Pengetahuan adalah kemampuan responden dalam hal pemahaman dalam pencegahan infeksi nosokomial antara lain definisi, penyebab, dampak, sumber dan pencegahannya di ruang rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan.

2. Sikap adalah kecenderungan memberi pendapat atau tanggapan oleh responden dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Rumah Sakit Martha Friska Medan
3. Lama kerja adalah semua perhitungan jumlah tahun lama kerja yang dapat menambah pengetahuan dan pengalaman agar lebih terampil dalam bekerja. Semakin lama seseorang bekerja disuatu tempat, maka semakin banyak pengalaman dan pengetahuan yang dia dapat dibagian tempat ia bekerja tersebut.
4. Ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan merupakan pernyataan responden mengenai tersedia atau tidak sarana dan fasilitas pencegahan infeksi nosokomial di tempat kerja(seperti APD dan sarana *Hand Hygiene*) yang mendukung penerapan kewaspadaan universal.
5. Pelatihan (*Training*) yaitu apakah perawat pernah mengikuti pelatihan pencegahan infeksi nosokomial di tempat kerja, baik pelatihan mengenai kewaspadaan universal maupun pelatihan Alat Pelindung Diri (APD)
6. Supervisi adalah pengawasan dari manajemen Rumah sakit untuk melihat kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial.

3.5.2. Aspek Pengukuran

Tabel 3.1. Aspek Pengukuran Variabel Penelitian

No	Variabel penelitian	Jumlah pernyataan	Cara Dan alat ukur	Skala pengukuran	Value	Jenis skala ukur
INDEPENDEN						
1	Pengetahuan	11	Menghitung skor pengetahuan (skor max = 11)	Skor 6-11 Skor 0-5	Baik (1) Kurang (0)	Ordinal
2	Sikap	10	Menghitung skor sikap (skor max = 30)	Skor 20 - 30 Skor 10-19	Positif (1) Negatif (0)	Ordinal
3	Lama Kerja				1 = \geq 3 Tahun 0 = < 3 Tahun	Ordinal
4	Ketersediaan sarana	7	Menghitung skor ketersediaan sarana (skor max = 7)	Skor 4 - 7 Skor 0 - 3	1 = baik 0 = Kurang	Ordinal
5	Supervisi	4	Menghitung skor supervisi	Skor 3-4 Skor 0-2	1 = baik 0 = kurang	Ordinal
6	Pelatihan (<i>training</i>)	1	Menghitung skor pelatihan (<i>training</i>)		1=pernah 0=tidak pernah	Ordinal
DEPENDEN						
1	Pencegahan Infeksi Nosokomial	10	Menghitung skor pencegahan infeksi (skor max = 30)	Skor 20 - 30 Skor 10-19	1= Baik 0= Kurang	Ordinal

3.6. Metode Pengumpulan Data

3.6.1. Jenis Data

1. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti. Data primer pada penelitian ini diperoleh mulai survey langsung dengan metode wawancara kepada responden. (26)

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari data bagian Administrasi Rumah Sakit Martha Friska Medan

3. Data Tersier

Data tersier adalah data yang diperoleh dari berbagai referensi yang valid.

3.6.2. Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh secara langsung terkait data tentang faktor yang berhubungan dengan pencegahan infeksi nosokomial pada perawat rawat inap. (26)

2. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang telah dikumpulkan dan didokumentasi oleh pihak lainnya terdiri dari penelitian terdahulu, profil Rumah Sakit Umum Martha Friska Pulo Brayan Medan Tahun 2018.

3. Data Tersier

Data tersier adalah data riset yang sudah dipublikasikan secara resmi seperti jurnal dan laporan penelitian (*report*), misalnya : WHO (<http://who.int/gho/publications/en>).

3.6.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan keandalan atau kesahihan suatu alat ukur dengan kata lain sejauh mana dari kaca mata suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Untuk mengetahui validitas suatu instrument (dalam kuesioner) dengan cara melakukan korelasi antar skor r masing-masing pertanyaan dengan skor totalnya dalam suatu variabel. Untuk penelitian ini uji validitas dilakukan di Rumah Sakit Umum Mitra Sejati dengan jumlah responden sebanyak 30 orang perawat di ruang rawat inap.

Teknik korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment*, dengan bantuan SPSS.(27)

$$r_{xy} = \frac{N\sum YX - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\}\{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

X : Skor dari butir instrumen

Y : Skor total dari butir instrumen

$\sum X$: Jumlah skor dari butir instrumen

$\sum Y$: Jumlah skor total dari butir instrumen

$\sum XY$: Jumlah produk dari skor butir dan skor total butir instrumen

$\sum X^2$: Jumlah dari kuadrat skor butir instrumen

$\sum Y^2$: Jumlah dari kuadrat skor total butir instrument

Uji validitas dilakukan pada 30 responden dengan ketentuan bahwa jika r hitung $>$ r tabel, maka dinyatakan valid atau sebaliknya, atau jika:

1. Nilai r hitung \geq 0,361 dinyatakan valid.
2. Nilai r hitung $<$ 0,361 dinyatakan tidak valid.

Maka nilai r hitung dapat diperoleh melalui r tabel *product moment test person* dengan batas signifikan 5% dari koefisien korelasi dari r tabel (r hitung $>$ r tabel).

Tabel 3.2. Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan dengan Pencegahan Infeksi Nosokomial pada Tenaga Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap

No	r- hitung	r-tabel	Keterangan
1	0,215	0,361	Invalid
2	0,068	0,361	Invalid
3	0,383	0,361	Valid
4	0,363	0,361	Valid
5	0,414	0,361	Valid
6	0,443	0,361	Valid
7	0,408	0,361	Valid
8	0,370	0,361	Valid
9	0,447	0,361	Valid
10	0,201	0,361	Invalid
11	0,405	0,361	Valid
12	0,433	0,361	Valid
13	0,447	0,361	Valid
14	0,180	0,361	Invalid
15	0,363	0,361	Valid

Berdasarkan tabel 3.2. diatas hasil uji validitas pengetahuan dengan pencegahan Infeksi Nosokomial pada tenaga kerja perawat ruang rawat inap dari 15 pertanyaan terdapat 11 pernyataan dinyatakan valid dengan nilai r hitung $>$

0,361(r tabel), sedangkan 4 pertanyaan tidak valid dan harus dibuang karena nilai r hitung $< 0,361$ (r tabel)

Tabel 3.3. Uji Validitas Kuesioner Sikap dengan Pencegahan Infeksi Nosokomial pada Tenaga Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap

No	r- hitung	r-tabel	Keterangan
1	0,390	0,361	Valid
2	0,195	0,361	Invalid
3	0,364	0,361	Valid
4	0,371	0,361	Valid
5	0,456	0,361	Valid
6	0,162	0,361	Invalid
7	0,460	0,361	Valid
8	0,421	0,361	Valid
9	0,399	0,361	Valid
10	0,192	0,361	Invalid
11	0,121	0,361	Invalid
12	0,456	0,361	Valid
13	0,389	0,361	Valid
14	0,202	0,361	Invalid
15	0,399	0,361	Valid

Dari tabel 3.3. diatas hasil uji validitas sikap dengan pencegahan Infeksi Nosokomial pada tenaga kerja perawat ruang rawat inapdari 15 pernyataan terdapat 10 pernyataan dinyatakan valid dengan nilai r hitung $> 0,361$ (r tabel), sedangkan 5 pernyataan dinyatakan tidak valid dan harus dibuang karena nilai r hitung $< 0,361$ (r tabel).

Tabel 3.4. Uji Validitas Kuesioner Ketersediaan Sarana dengan Pencegahan Infeksi Nosokomial pada Tenaga Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap

No	r- hitung	r-tabel	Keterangan
1	0,364	0,361	Valid
2	0,442	0,361	Valid
3	0,420	0,361	Valid
4	0,375	0,361	Valid
5	0,331	0,361	Invalid
6	0,375	0,361	Valid
7	0,247	0,361	Invalid
8	0,401	0,361	Valid
9	0,401	0,361	Valid
10	0,150	0,361	Invalid

Berdasarkan tabel 3.4 diatas hasil uji validitas ketersediaan sarana dengan pencegahan Infeksi Nosokomial pada tenaga kerja perawat ruang rawat inap dari 10 pertanyaan terdapat 7 pertanyaan dinyatakan valid dengan nilai r hitung > 0,361 (r tabel), sedangkan 3 pertanyaan dinyatakan tidak valid dan harus dibuang karena mempunyai nilai r hitung < 0,361 (r tabel).

Tabel 3.5. Uji Validitas Kuesioner Supervisi dengan Pencegahan Infeksi Nosokomial pada Tenaga Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap

No	r- hitung	r-tabel	Keterangan
1	0,375	0,361	Valid
2	0,432	0,361	Valid
3	0,364	0,361	Valid
4	0,398	0,361	Valid

Dari tabel 3.5. diatas hasil uji validitas supervisi dengan pencegahan Infeksi Nosokomial pada tenaga kerja perawat ruang rawat inap dari 4 pertanyaan, semua pertanyaan dinyatakan valid karena r hitung > 0,361 (r tabel).

Tabel 3.6. Uji Validitas Kuesioner Tindakan dengan Pencegahan Infeksi Nosokomial pada Tenaga Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap

No	r- hitung	r-tabel	Keterangan
1	0,446	0,361	Valid
2	0,425	0,361	Valid
3	0,369	0,361	Valid
4	0,176	0,361	Invalid
5	0,322	0,361	Invalid
6	0,440	0,361	Valid
7	0,462	0,361	Valid
8	0,237	0,361	Invalid
9	0,363	0,361	Valid
10	0,170	0,361	Invalid
11	0,435	0,361	Valid
12	0,446	0,361	Valid
13	0,398	0,361	Valid
14	0,366	0,361	Valid
15	0,058	0,361	Invalid

Berdasarkan tabel 3.6. diatas hasil uji validitas tindakan dengan pencegahan Infeksi Nosokomial pada tenaga kerja perawat ruang rawat inapdari 15 pernyataan, terdapat 10 pernyataan dinyatakan valid karena nilai r hitung $>$ 0,361 (r tabel), sedangkan 5 pernyataan dinyatakan tidak valid dan harus dibuang karena mempunyai nilai r hitung $<$ 0,361 (r tabel).

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas merupakan suatu indeks untuk menentukan derajat konsistinsi dari instrument penelitian berbentuk kuesioner. Tingkat reliabilitas dapat dilakukan dengan menggunakan SPSS melalui uji *Cronbach's Alpha* yang dibandingkan dengan tabel r. Nilai *Cronbach's Alpha* (Reliabilitas) yang diperoleh kemudian dibandingkan dengan tabel r *product moment* dengan ketentuan jika r hitung $>$ r tabel maka tes tersebut reliable.

Tabel 3.7. Hasil Uji Reliabilitas dengan Pencegahan Infeksi Nosokomial pada Tenaga Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap

No	Variabel	r- hitung	r-tabel	Keterangan
1	Pengetahuan	0,723	0,361	Reliabel
2	Sikap	0,652	0,361	Reliabel
3	Ketersediaan sarana	0,813	0,361	Reliabel
4	Supervisi	0,380	0,361	Reliabel
5	Tindakan	0,651	0,361	Reliabel

Berdasarkan tabel di atas bahwa hasil uji reliabilitas variabel pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, supervisi dan tindakan memiliki nilai yang lebih tinggi dibandingkan batas ketentuan nilai r tabel yaitu 0,361, untuk variabel pengetahuan diperoleh nilai sebesar 0,723 sehingga variabel dikatakan reliabel, variabel sikap diperoleh nilai sebesar 0,652 sehingga variabel dikatakan reliabel, variabel ketersediaan sarana diperoleh nilai sebesar 0,813 sehingga variabel dikatakan reliabel, variabel supervisi diperoleh nilai sebesar 0,380 sehingga variabel dikatakan reliabel, variabel tindakan diperoleh nilai sebesar 0,651 sehingga variabel dikatakan reliabel.

3.7. Metode Pengolahan Data

Menurut Iman (2016), data yang terkumpul diolah dengan cara komputerisasi dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. *Collecting*

Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner, angket maupun observasi.

2. *Checking*

Dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner atau lembar observasi dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid dan reliabel, dan terhindar dari bias.

3. *Coding*

Pada langkah ini penulis melakukan pemberian kode pada variabel-variabel yang diteliti, misalnya nama responden dirubah menjadi 1,2,3,4.....,42.

4. *Entering*

Data entry,yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk “kode”(angka atau huruf) dimasukkan kedalam aplikasi SPSS.

5. *Data Processing*

Semua data yang telah di input ke dalam aplikasi komputer akan di olah sesuai dengan kebutuhan dari penelitian.

3.8. Teknik Analisis Data

Data yang dikumpulkan,diolah dengan komputer. Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat,bivariat dan multivariat. Berikut adalah penjelasannya.

3.8.1. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang menggambarkan distribusi frekuensi dari masing-masing jawaban kuesioner variabel bebas dan variabel terikat.

3.8.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat yaitu pencegahan infeksi nosokomial. Untuk membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat digunakan analisis *Chi-Square*, pada batas kemaknaan perhitungan statistik *p value* (0,05) maka dikatakan (H_0) ditolak, artinya kedua

variabel secara statistik mempunyai hubungan yang signifikan. Kemudian untuk menjelaskan adanya asosiasi (hubungan) antara variabel terikat dengan variabel bebas digunakan analisis tabulasi silang.

3.8.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat kemaknaan korelasi antara variabel bebas (*independent variabel*) dengan variabel terikat (*dependent variabel*) di lokasi penelitian secara simultan dan sekaligus menentukan faktor-faktor yang lebih dominan berpengaruh. Bila hasil uji mempunyai nilai $p < 0,025$ maka variabel tersebut masuk dalam model multivariat dengan menggunakan uji statistik *binary* logistik berganda. Binary logistic berganda pada batas kemaknaan 95 % dengan perhitungan statistik $\alpha = 0,05$ persamaan regresi yang digunakan.