

**KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN SASARAN
KESELAMATAN PASIEN PADA PENGURANGAN RESIKO
INFEKSI DENGAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI
DI RS. ROEMANI MUHAMMADIYAH
SEMARANG**



TESIS

Untuk Memenuhi Persyaratan
Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Konsentrasi
Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Oleh

Arifianto

NIM 22020113410015

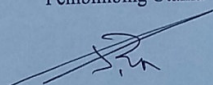
**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
JANUARI, 2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

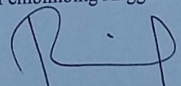
KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN SASARAN
KESELAMATAN PASIEN PADA PENGURANGAN RESIKO INFEKSI
DENGAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI DI RUMAH SAKIT
ROEMANI MUHAMMADIYAH
SEMARANG

Telah disetujui sebagai Tesis untuk memenuhi persyaratan
Pendidikan Program Studi Magister Keperawatan


Menyetujui
Pembimbing Utama


Dr. Muhamad Thohar Arifin, PhD, PA, S.p.BS(K)
NIP: 19740414 199903 1 013

Pembimbing Anggota


Rita Hadi Widyastuti, S.Kp.,Ns., M.Kep.Sp.Kom
NIP: 19791018 200312 2 001

Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan


Dr. Mediana Dwidiyanti, S.Kp., MSc
NIP. 196005151983032002

HALAMAN PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:

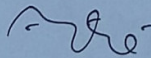
KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN SASARAN
KESELAMATAN PASIEN PADA PENGURANGAN RESIKO INFEKSI
DENGAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI DI RUMAH SAKIT
ROEMANI MUHAMMADIYAH
SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Arifianto
NIM: 22020113410015

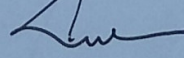
Telah diuji pada tanggal 4 Januari 2017 dinyatakan telah disahkan dan dapat
dipertahankan di hadapan tim penguji

Penguji Ketua,



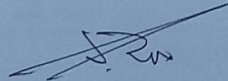
Dr. Tri Hartiti, SKM, M.Kes
NIK. 1028.06.026

Penguji Anggota,



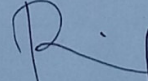
Dr. Luky Dwianto, S.Kp., M.Kep
NIP. 196701201988031006

Pembimbing Utama,



Dr. Muhamad Thohar Arifin, PhD, PA,
S.p.BS(K).
NIP: 19740414 199903 1 013

Pembimbing Anggota,



Rita Hadi Widyastuti, S.Kp.,Ns.,
M.Kep,Sp.Kom
NIP: 19791018 200312 2 001

Semarang, Januari 2017

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. Mediana Dwidiyanti, S.Kp., MSc
NIP. 196005151983032002

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISM

Dengan ini saya menyatakan bahwa penelitian yang saya lakukan adalah hasil karya sendiri. Tidak ada karya ilmiah atau sejenisnya yang diajukan untuk memperoleh gelar Magister atau sejenisnya di Perguruan Tinggi manapun seperti karya ilmiah yang saya susun.

Sepengetahuan saya juga, tidak ada karya ilmiah atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah karya ilmiah yang saya susun ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila pernyataan tersebut terbukti tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Semarang, Januari 2017



Arifianto

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Arifianto
NIM : 22020113410015
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan
No. Telp / HP : 081231585634
Email : arif.dok82@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalih formatkan penampilan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademisi diperpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip tanpa perlu meminta dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan dari semua tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan supaya dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Januari 2017


Arifianto

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Arifianto
Tempat tanggal lahir : Grobogan, 30 Januari 1982
Alamat : Perumahan Graha Mandiri Residen Blok I No.10
Jl. Talang Bengkok Kel. Patemon Kec. Gunungpati,
Kota Semarang
Email : arif.dok82@gmail.com
HP : 081231585634
Alamat Kantor : STIKES Widya Husada Semarang
Alamat : Jl.Subali Raya No 12 Krapyak Semarang
Telp : (024) 7612944

B. Riwayat Pendidikan Formal

| Riwayat Pendidikan | Lulus |
|-------------------------------|-------|
| 1. SD Negeri Pepe 01 | 1993 |
| 2. SMP Negeri 2 Tegowanu | 1999 |
| 3. SLTA Muhammadiyah Gubug | 2002 |
| 4. S1 FIKKES UNIMUS | 2006 |
| 5. Profesi Ners FIKKES UNIMUS | 2008 |
| 6. S2 Keperawatan UNDIP | 2017 |

C. Pengalaman Penelitian

| Judul Penelitian | Tahun | Peran |
|---------------------|-------|-------|
| 1. Judul penelitian | - | - |
| 2. Judul penelitian | - | - |
| 3. Dst | | |

D. Pengalaman Publikasi

| Judul Artikel / Paper | Nama Jurnal/ Konferensi/Seminar | Tahun & Nomor |
|-----------------------|------------------------------------|---------------|
| 1. Judul artikel | - | - |
| 2. Judul artikel | - | - |
| 3. Dst | - | - |

E. Pengalaman Seminar / Pelatihan


| Nama Kegiatan | Waktu | Peran |
|--|---------------------|---------|
| 1. Pertemuan Ilmiah Tahunan (PIT) IV Forum Komunikasi Komite Keperawatan Se Jawa Tengah "Peningkatan Mutu Asuhan keperawatan melalui Peran Komite Keperawatan" | 12 Juli 2012 | Peserta |
| 2. Konferen Nasional I PPNI Provinsi Jawa Tengah "Closing The GAP: Millenium Development Goals And to Increase The Quality Of Nursing Practice" | 6 Mei 2013 | Panitia |
| 3. Konferensi Nasional II "Perawat sebagai sumber kekuatan dalam implementasi jaminan kesehatan nasional" | 24 Mei 2014 | Peserta |
| 4. Pelatihan penyusunan soal "Item Development dan item review" Yang diselenggarakan AIPNI Regional Jateng | 19-20 Mei 2015 | Peserta |
| 5. "Training Of Trainer Verivikator SKP PPNI" | 20 Agustus 2016 | Peserta |
| 6. <i>Has Participated In International Nursing On "Readness of Indonesia Nursing Students And Nurses to The International Standards Through Prometric-RN Try Out" Organized By Education And Curlute Attache Embassy of The Republic of Indonesia in Manilla With</i> | 3 September 2016 | Peserta |

| | | |
|---|------------------------|---------|
| PPNI, AIPNI, AIPVIKI and APTIKES <i>Central Java</i> | | |
| 7. Update Managenent Cardiac Arrest & Penggunaan Terapi Defibrilasi Serta Interpretasi Elektrokardiografi.” | 30 Oktober 2016 | Peserta |
| 8. Workshop Penyusunan Kurikulum Program Studi Ners Stikes Widya Husada Semarang | 25-26 November 2016 | Peserta |

F. Pengalaman Organisasi

| Nama Organisasi | Kedudukan | Tahun |
|---|-------------|-------|
| 1. Persatuan Perawat Nasional Indonesia Komisariat STIKES Widya Husada Semarang | Wakil Ketua | 2013 |

Semarang, Januari 2017


(Arifianto)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “Kepatuhan Perawat dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien pada Pengurangan Resiko Infeksi dengan penggunaan AlatPelindung Diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang”. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Manajemen di Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dorongan serta doa dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. dr. Nur Kristina, DMM. M.Kes sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
2. Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes. Sebagai Ketua Jurusan Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
3. Dr. Meidiana Dwidiyanti., S.Kp.,M.Sc Sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
4. Dr. Tri Hartiti, SKM, M.Kes selaku penguji ketua yang telah memberikan bimbingan dan arahnya untuk selalu menjadi lebih baik.
5. Dr. Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep selaku penguji anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahnya untuk selalu menjadi lebih baik.
6. Dr. Muhamad Thohar Arifin, PhD., PA., S.p.BS(K), selaku pembimbing ketua yang telah memberikan bimbingan dan arahnya untuk selalu menjadi lebih baik.

7. Rita Hadi Widyastuti., S.Kp, Ns., M.Kep., Sp.Kom., selaku pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, kesabaran dan arahnya untuk selalu menjadi lebih baik.
8. Seluruh dosen dan staf akademik Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan motivasi dan memfasilitasi dalam penyusunan tesis ini.
9. Seluruh keluarga dan orang-orang tercinta yang telah memberikan dukungan doa dan motivasi untuk terselesainya tesis ini.
10. Rekan-rekan Program Studi Magister Keperawatan Manajemen Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, atas semua kekompakan, bantuan, motivasi dan kerjasama selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, penulis sangat mengharapkan masukan, saran, kritik yang bersifat membangun. Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dan mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan manajemen.

Semarang, Januari 2017

Penulis



(Arifianto)

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISM | iv |
| SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH | v |
| RIWAYAT DAFTAR HIDUP | vi |
| KATA PENGANTAR | ix |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR TABEL | xiii |
| DAFTAR GAMBAR | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| ABSTRAK INDONESIA | xvi |
| ABSTRAK INGGRIS | xvii |

BAB I : PENDAHULUAN

| | |
|--------------------------------|----|
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Perumusan Masalah | 9 |
| C. Pertanyaan Penelitian | 11 |
| D. Tujuan Penelitian | 12 |
| E. Manfaat Penelitian | 12 |
| F. Keaslian Penelitian | 13 |

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|---|----|
| A. Tinjauan Teori | 17 |
| 1. Keselamatan | 17 |
| 2. Standar Keselamatan Pasien di Rumah Sakit | 17 |
| 3. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien | 20 |
| 4. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit | 21 |
| 5. Pengurangan Resiko Infeksi | 27 |
| a. Pengertian | 27 |
| b. Rantai Penularan | 27 |
| c. Klasifikasi Infeksi Nosokomial | 30 |
| d. Jenis-Jenis Infeksi Nosokomial | 30 |
| e. Tindakan Pencegahan Infeksi | 32 |
| f. Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial | 35 |
| g. Strategi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial ... | 36 |
| h. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit | 37 |
| i. Hambatan dalam Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial | 38 |
| 6. Alat Pelindung Diri | 38 |
| a. Pengertian Alat Pelindung Diri | 38 |
| b. Tujuan Penggunaan Alat Pelindung Diri | 39 |
| c. Permasalahan Pemakaian Alat Pelindung Diri | 39 |

| | |
|--|----|
| d. Pedoman Umum Alat Pelindung Diri | 40 |
| e. Faktor-faktor penting yang harus diperhatikan dalam Penggunaan Alat Pelindung Diri | 40 |
| f. Jenis – Jenis Alat Pelindung Diri | 41 |
| 7. Kepatuhan Perawat | 46 |
| g. Pengertian Kepatuhan | 46 |
| h. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat | 47 |
| B. Kerangka Teori | 56 |
| C. Fokus Penelitian | 57 |

BAB III : METODE PENELITIAN

| | |
|---|----|
| A. Jenis dan Rancangan Penelitian | 58 |
| B. Informan Penelitian | 59 |
| C. Tempat dan Waktu Penelitian | 61 |
| D. Definisi Istilah | 62 |
| E. Alat dan Cara Pengumpulan Data | 63 |
| F. Tehnik Analisa Data | 67 |
| G. Kriteria dan Tehnik Pemeriksaan Keabsahan Data | 69 |
| H. Etika Penelitian | 71 |

BAB IV : HASIL PENELITIAN

| | |
|--|-----|
| A. Gambaran Lokasi Penelitian | 74 |
| B. Karakteristik Informan | 75 |
| C. Hasil Penelitian | 78 |
| 1. Pelaksanaan Cuci | 78 |
| 2. Pelaksanaan Pemakaian Sarung Tangan | 85 |
| 3. Pelaksanaan Pemakaian Masker | 97 |
| 4. Kepatuhan Pemakaian APD | 101 |
| 5. Sarana | 106 |
| 6. Hambatan | 110 |
| D. Keterbatasan Penelitian | 111 |

BAB V : PEMBAHASAN

| | |
|---|-----|
| A. Pelaksanaan Cuci Tangan | 113 |
| B. Pelaksanaan Pemakaian Sarung Tangan | 119 |
| C. Pelaksanaan Pemakaian Masker | 132 |
| D. Kepatuhan Perawat Dalam Penggunaan APD | 135 |
| E. Sarana | 138 |
| F. Hambatan | 140 |

BAB VI : KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|---------------------|-----|
| A. Kesimpulan | 141 |
| B. Saran | 143 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| Tabel | Halaman |
|---|---------|
| Tabel 1.1 Keaslian Penelitian | 14 |
| Tabel 3.1 Definisi Istilah | 61 |
| Tabel 4.1 Karakteristik Informan Utama | 75 |
| Tabel 4.2 Karakteristik Informan Triangulasi | 76 |
| Tabel 4.3 Kepatuhan Perawat Memakai Sarung Tangan | 105 |
| Tabel 4.4 Kepatuhan Perawat Memakai Masker..... | 106 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | Judul Gambar | Halaman |
|------------|------------------------|---------|
| Gambar 2.1 | Kerangka Teori | 56 |
| Gambar 2.2 | Fokus Penelitian | 57 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 *Ethical Clearance* Penelitian
- Lampiran 2 Surat Menyurat Perijinan Penelitian
- Lampiran 3 Lembar Penjelasan Informan
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Informan
- Lampiran 5 Pedoman Wawancara mendalam
- Lampiran 6 Lembar Observasi Pemakaian Sarung Tangan dan Masker

**Program Studi Magister Keperawatan
Konsentrasi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Departemen Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro
Januari, 2017**

ABSTRAK

Arifianto

Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien pada Pengurangan Resiko Infeksi dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang

xviii + 144 halaman + 6 tabel + 6 lampiran

Infeksi nosokomial dapat menular jika dalam penanganan perawat terhadap pasien tidak steril. Salah satu cara untuk mencegah penularan tersebut adalah dengan memakai alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) pada perawat saat memberikan tindakan terhadap pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi dengan penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan utama adalah 5 perawat pelaksana di RS Roemani Muhammadiyah Semarang. Informan triangulasi sumber adalah kepala ruang dan 2 ketua tim ruang rawat inap Ayub 2. Triangulasi teknik dilakukan melalui observasi pada perawat pelaksana. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan cuci tangan perawat di rumah sakit dikarenakan oleh pentingnya melakukan aseptik, tujuan menggunakan aseptik, jenis cairan, lama waktu, tempat cuci tangan dan masih diperlukannya cuci tangan setelah kontak pasien. Pelaksanaan pemakaian sarung tangan di rumah sakit meliputi penggunaan sarung tangan, jenis, fungsi, prosedur memakai dan melepas sarung tangan, tempat melepas dan frekuensi pemakaian sarung tangan. Pelaksanaan pemakaian masker di rumah sakit meliputi penggunaan masker, tujuan penggunaan, prosedur memakai dan melepas masker. Terkait kepatuhan perawat menggunakan APD, diketahui ada beberapa perawat yang tidak patuh memakai sarung tangan dan masker ketika akan memberikan tindakan ke pasien, perawat memakai sarung tangan tidak sesuai dengan ukuran, dan memakai sarung tangan tidak steril. Perawat beranggapan tidak semua tindakan harus memakai sarung tangan dan masker. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan perawat dalam memakai alat pelindung diri termasuk kategori tidak patuh.

Kata Kunci : Kepatuhan, infeksi nosokomial, alat pelindung diri

Daftar Pustaka : 72 (2002 – 2015)

*Master Program in Nursing
Nursing Leadership and Management Specialty
Department of nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
January 2017*

ABSTRACT

Arifianto

Nurses' Compliance in Implementing Patient Safety Goals for Reducing Risks of Infection by the Use of Personal Protective Equipment in Roemani Muhammadiyah Hospital of Semarang

xviii + 144 pages + 6 tables + 6 appendixes

Nosocomial infections can be transmitted through any unsterile procedures or interventions performed by nurses to patients. One of the ways to prevent the infection is to use personal protective equipment (gloves and masks) during the procedures. This study aimed to identify the level of nurses' compliance in implementing the patient safety goals for reducing the risks of infection by the use of personal protective equipment in Roemani Muhammadiyah Hospital of Semarang. This study used a qualitative method with a phenomenological approach. The key informants were 5 nurses in Roemani Muhammadiyah Hospital, while the triangulation informants were a head nurse and 2 team leaders of Ayub 2 inpatient ward. The triangulation technique was carried out through observations on the staff nurses. The results showed that the implementation of hand washing for nurses at the hospital was due to the importance and the purpose of aseptic use, the type of aseptic liquid, the length of hand washing time, the place of hand washing, and the need of hand washing after a contact with patients. The implementation of the glove use in the hospital included the use of gloves, types, functions, procedures of putting on and taking off the gloves, and the place and frequency of using the gloves. The implementation of the mask use in the hospital included the use of masks, the purpose of mask use, and the procedures to use and take off the mask. In regards to the nurses' compliance in using the protective equipment, it was found that some nurses were not compliant to use the gloves and mask when giving some procedures to the patient. Furthermore, some nurses used the inappropriate size and unsterile gloves. These nurses assumed that not all procedures required them to use the gloves and masks. The results indicated that the nurses were categorized as being non-compliant in terms of using the personal protective equipment.

Keywords: *Compliance, nosocomial infections, personal protective equipment*

References: *72 (2002 - 2015)*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan layanan jasa yang memiliki peran penting dalam kehidupan masyarakat. Rumah sakit merupakan tempat yang sangat kompleks, terdapat ratusan macam obat, ratusan test dan prosedur, banyak terdapat alat teknologi, berbagai macam profesi dan non profesi yang memberikan pelayanan pasien selama 24 jam secara terus menerus, dimana keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi kejadian tidak diharapkan yang mengancam keselamatan pasien (*patient safety*).^{1,2}

Keselamatan pasien telah menjadi isu global yang paling penting saat ini dimana sekarang banyak dilaporkan tuntutan pasien atas kasus *medical error* yang terjadi pada pasien diberbagai negara. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.^{2,3}

Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab semua pihak yang berkaitan dengan pemberi pelayanan kesehatan untuk memastikan tidak ada tindakan yang membahayakan bagi pasien.⁴ Terjadinya insiden keselamatan pasien disuatu rumah sakit, akan memberikan dampak yang merugikan bagi

pasien, staf, dan pihak rumah sakit. Dampak untuk rumah sakit sendiri yaitu menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap rendahnya kualitas dan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan.⁵

Mengingat pentingnya masalah keselamatan pasien yang harus ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan regulasi tentang keselamatan pasien. Diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 1691 pada tahun 2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit, mendorong upaya pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien. Ada 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien (*patient safety*) yaitu; Ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan kewaspadaan terhadap *high alert drugs*, kepastian tepat prosedur, tepat lokasi dan tepat pasien operasi, mengurangi resiko infeksi dan mengurangi resiko pasien jatuh. Enam sasaran keselamatan pasien merupakan panduan untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit salah satunya adalah pengurangan resiko infeksi nosokomial.^{6,7}

Pengurangan resiko infeksi nosokomial menjadi tantangan diseluruh dunia karena infeksi nosokomial dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan biaya kesehatan yang disebabkan penambahan waktu pengobatan dan perawatan di rumah sakit.⁸ Rumah sakit diharapkan lebih bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan memperhatikan kepentingan pasien dengan seksama dan hati-hati. Mutu pelayanan rumah sakit dikatakan baik apabila pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dapat memuaskan setiap pasien. Pasien akan merasa puas

bila pelayanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi dari apa yang menjadi harapannya.⁹

Infeksi nosokomial atau yang sekarang disebut sebagai infeksi yang berkaitan dengan pelayanan difasilitas pelayanan kesehatan atau *Healthcare Associate Infections* (HAIs) dan infeksi yang didapat dari pekerjaan merupakan masalah penting diseluruh dunia yang terus meningkat. Sebagai bahan perbandingan, bahwa tingkat infeksi nosokomial yang terjadi di beberapa negara Eropa dan Amerika adalah rendah yaitu sekitar 1% dibandingkan dengan kejadian di Negara Asia, Amerika Latin dan Sub-Sahara Afrika yang tinggi hingga mencapai lebih dari 40%.^{10,11}

Data dari WHO tahun 2002 Infeksi nosokomial di dunia mempunyai angka kejadian yang cukup tinggi yaitu 5 % per tahun atau 9 juta dari 190 juta pasien yang dirawat di rumah sakit. Akibat Infeksi nosokomial ini angka kematian mencapai 1 juta per tahunnya. Survey yang dilakukan oleh WHO di 14 negara, dari 55 rumah sakit ditemukan 8.7 % pasien dengan infeksi nosokomial dan 1.4 juta orang diseluruh dunia menderita infeksi nosokomial yang diakibatkan perawatan di rumah sakit.¹²

Hasil survai point prevalensi tahun 2003 oleh Perdalin Jaya dan Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta, dari 11 rumah sakit di Jakarta didapatkan angka infeksi nosokomial untuk Infeksi Aliran Darah Perifer (IADP) 26.4%, Pneumonia 24.5%, Infeksi Luka Operai (ILO) 18.9%, Infeksi Saluran Kencing (ISK) 15.1%, Infeksi Saluran Napas lain

15.1% namun angka kejadian nasional infeksi nosokomial belum diketahui secara pasti.¹³

Kejadian infeksi nosokomial merupakan masalah yang sangat penting diseluruh dunia, karena perawatan yang lama dan membutuhkan dana yang cukup besar selama perawatan dan berkontribusi terhadap meningkatkan angka kesakitan dan kematian. Peningkatan angka kejadian infeksi nosokomial menunjukkan bahwa kejadian infeksi nosokomial masih cukup banyak dan perluantisipasi supaya kejadian infeksi berkurang dan bahkan tidak terjadi kembali.

Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penerima jasa pelayanan diharapkan sesuai dengan biaya perawatan yang dapat dipertanggungjawabkan. Selain biaya yang dikeluarkan dapat ditekan, pasien juga mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan harapan tanpa mendapatkan komplikasi akibat perawatan di rumah sakit. Indikator mutu fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit salah satunya adalah prosentase angka kejadian infeksi nosokomial.¹⁴

Infeksi nosokomial merupakan infeksi akibat transmisi mikroorganisme patogen ke pasien yang sebelumnya tidak terinfeksi yang berasal dari lingkungan rumah sakit.¹⁵ Resiko infeksi nosokomial selain terjadi pada pasien, dapat juga terjadi pada para petugas rumah sakit yang memungkinkan petugas yang terpajan dengan kuman yang berasal dari pasien dan ini akan berpengaruh pada mutu pelayanan rumah sakit. Infeksi nosokomial merupakan infeksi serius dan berdampak merugikan klien karena

harus menjalani perawatan di rumah sakit lebih lama, akibatnya biaya yang dikeluarkan menjadi lebih besar dan parahnya infeksi nosokomial juga dapat mengakibatkan kematian.¹⁶

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit sangat penting dilakukan karena kejadian infeksi nosokomial menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Resiko terjadinya infeksi di rumah sakit dapat diminimalkan dengan kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, monitoring dan evaluasi.¹⁷ . Tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi bisa dilakukan dengan memutus mata rantai penularan. Komponen rantai penularan infeksi yaitu mulai dari agen infeksi, reservoir, pintu keluar, cara penularan, pintu masuk dan penjamu. Perawat termasuk dalam komponen rantai penularan infeksi dan dapat dimasukkan dalam pejamu rentan dan tempat tumbuhnya agen penyebab infeksi. Seorang perawat yang dalam keadaan daya tahan tubuh menurun akan berpotensi terkena infeksi saat bekerja, sehingga perawat perlu menggunakan alat pelindung diri (APD) saat melakukan tindakan kepada pasien. Salah satu dampak dari tidak menggunakan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) saat bekerja yaitu terkena infeksi nosokomial.¹⁴

Penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) merupakan komponen kunci dalam meminimalkan penyebaran penyakit dan mempertahankan suatu lingkungan bebas dari infeksi sekaligus sebagai upaya pelindung diri oleh perawat dan pasien terhadap penularan penyakit.¹⁰ . Dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan, perawat akan selalu kontak

langsung dengan pasien sehingga berpotensi terjadi infeksi nosokomial, dengan demikian apabila tidak dilengkapi fasilitas pelindung diri dan kepatuhan perawat tidak menggunakan alat pelindung diri maka dikhawatirkan akan terjadi penularan resiko infeksi nosokomial

Perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi kemudian baru menjadi internalisasi, artinya bahwa kepatuhan merupakan suatu tahap awal perilaku, maka semua faktor yang mendukung atau mempengaruhi perilaku juga akan mempengaruhi kepatuhan.¹⁸ Kepatuhan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dalam menerapkan pengurangan resiko infeksi dengan menggunakan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) mencerminkan perilaku dari seorang perawat yang profesional, dan dapat dipengaruhi oleh faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologi.¹⁹

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rohani tahun 2009 ditemukan kepatuhan perawat dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial masih rendah, terlihat dari proporsi perawat yang tidak patuh yaitu 47,5 %. Penelitian yang dilakukan Sahara tahun 2011 perawat dan bidan memiliki tingkat ketidak patuhan dalam menerapkan kewaspadaan universal yaitu 47,6%. Penelitian yang dilakukan oleh Saragih tahun 2012 menunjukkan hasil tingkat kepatuhan perawat paling rendah pada umur >35 tahun yaitu 58,33 dan penelitian yang dilakukan oleh setyawati tahun 2008 dengan hasil perawat yang tidak patuh yang memiliki masa kerja lebih dari 10 tahun yaitu

50%. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih ada perawat yang memiliki tingkat kepatuhan kurang.^{20,21,22,23}

Hasil penelitian oleh Siburian tahun 2012 didapatkan hasil pengetahuan perawat masih rendah terhadap penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) sebanyak 36,7% dan sikap negatif perawat dalam penggunaan APD sebelum memberikan tindakan 53,30%. Penelitian Mashuri tahun 2013 didapatkan hasil terdapat pengaruh yang signifikan penggunaan sarung tangan dalam pencegahan insiden hepatitis C dengan nilai *probabilitas* sebesar $0,002 \leq 0,05$. Hasil penelitian Hayulita tahun 2014 didapatkan hasil motivasi perawat rendah dalam penggunaan APD 46,7%, Perawat yang tidak menggunakan APD 50%, tidak menggunakan masker 50% dan tidak menggunakan sarung tangan 80%, perawat yang motivasinya rendah dan tidak menggunakan APD sebesar 78,6%.^{24,25,26} Data diatas menunjukkan bahwa perawat belum menggunakan APD dengan baik dan benar.

Hasil studi pendahuluan dengan tehnik wawancara dan studi dokumentasi di RS Roemani Muhammadiyah Semarang kepada kapala ruang dan tim Komite Keselamatan Rumah Sakit (KKPRS) didapatkan data; pada bulan November 2016 RS. Roemani muhammadiyah akan melakukan Akreditasi rumah sakit oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan Sasaran Keselamatan Pasien (*Patient safety*) telah mendapatkan perhatian dan menjadi komitmen bersama dilingkungan rumah sakit. Sosialisasi, dan pelatihan penerapan sasaran keselamatan pasien terutama pada pengurangan resiko infeksi dengan melakukan cuci tangan, penggunaan sarung tangan dan

masker juga sudah dilakukan oleh kepala ruang, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan tim KKPRS. Evaluasi penerapan sasaran keselamatan pasien pada perawat juga sudah dilakukan oleh Tim KKPRS, dan hasil wawancara mengatakan masih ada beberapa perawat yang belum memahami penerapan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi, terlihat dari masih ada perawat saat melakukan tindakan keperawatan ada yang tidak menggunakan sarung tangan dan penggunaan masker tidak sesuai dengan semestinya dengan standar operasional prosedur dirumah sakit. Perawat juga mengatakan penggunaan sarung tangan terkadang membuat perawat tidak merasa nyaman dan sedikit merepotkan saat akan melakukan kegiatan rutinitas ke pasien. Pemakaian masker juga tidak selalu sering diganti setelah melakukan tindakan. Data jumlah tenaga keperawatan pada tahun 2016 sebanyak 297 perawat. Data perawat yang ada di Ruang Instalasi Rawat Inap berjumlah 223 perawat dengan latar belakang pendidikan DIII Kebidanan 16 orang, D III keperawatan 194 Orang, S1 keperawatan 2 Orang dan Profesi 16 orang.

Rekapitulasi hasil observasi dari tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) pada tahun 2015 didapatkan data angka kejadian dekubitus 7 kejadian (2.95%), flebitis 38 kejadian (0.84%), ISK 5 kejadian (0.64%), VAP 3 kejadian (3.32%), infeksi daerah operasi 41 kejadian (1.62%). Data Rekapitulasi pada tahun 2016 dalam tiga bulan terakhir didapatkan data angka kejadian dekubitus 6 kejadian (1%), flebitis 9 kejadian (0.9%), ISK 3 kejadian (1.2%), infeksi daerah operasi 9 kejadian (1.25%). Nilai standar

tingkat pengendalian infeksi yang ditetapkan oleh Rumah Sakit Roemani adalah kejadian dekubitus (0%), phlebitis ($\leq 1,5\%$), ISK ($\leq 2\%$), VAP ($\leq 2\%$), IDO ($\leq 1.5\%$). Apabila kejadian infeksi nosokomial ini terjadi terus berulang maka *image* rumah sakit akan jelek, akan berdampak pada tingkat kepercayaan masyarakat akan berkurang dan enggan untuk melakukan pengobatan di rumah sakit.

Insiden keselamatan pasien dalam konteks indikator mutu klinik mutu pelayanan keperawatan dan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien menjelaskan bahwa jumlah kejadian dekubitus, phlebitis, ISK, AVP, dan infeksi luka operasi merupakan suatu hal yang tidak boleh ada, karena hal ini dapat memberikan dampak negatif bagi rumah sakit seperti tingkat kepercayaan masyarakat yang kurang terhadap pelayanan kesehatan.

Berdasarkan fenomena diatas, maka diperlukan penelitian yang berupaya untuk mengetahui kepatuhan perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi dengan penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.

B. Perumusan Masalah

Patient safety merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan di rumah sakit, karena berguna untuk mengurangi tingkat kecacatan atau kesalahan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Di dalam undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, bahwa rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, oleh sebab itu rumah sakit berkewajiban menerapkan standar sasaran keselamatan pasien *patient safety*.^{27,28}

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melakukan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.¹

Hasil studi pendahuluan dengan tehnik wawancara dan studi dokumentasi di RS Roemani Muhammadiyah Semarang kepada kepala ruang dan tim Komite Keselamatan Rumah Sakit (KKPRS) didapatkan data: Sasaran Keselamatan Pasien (*Patient safety*) telah mendapatkan perhatian dan menjadi komitmen bersama dilingkungan rumah sakit. Sosialisasi, dan pelatihan penerapan sasaran keselamatan pasien terutama pada pengurangan resiko infeksi dengan melakukan cuci tangan, penggunaan sarung tangan dan masker juga sudah dilakukan oleh kepala ruang, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan tim KKPRS. Masih ada beberapa perawat yang belum memahami penerapan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi, terlihat dari masih ada perawat saat melakukan tindakan keperawatan ada yang tidak menggunakan sarung tangan dan

penggunaan masker tidak sesuai dengan semestinya dengan standar operasional prosedur dirumah sakit. Perawat juga mengatakan penggunaan sarung tangan terkadang membuat perawat tidak merasa nyaman dan sedikit merepotkan saat akan melakukan kegiatan rutinitas ke pasien. Pemakaian masker juga tidak selalu sering ganti dalam sehari.

Rekapitulasi hasil observasi oleh tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) pada tahun 2015 didapatkan data angka kejadian dekubitus 7 kejadian (2.95%), phlebitis 38 kejadian (0.84‰), ISK 5 kejadian (0.64‰), VAP 3 kejadian (3.32‰), infeksi daerah operasi 41 kejadian (1.62%). Data Rekapitulasi pada tahun 2016 dalam tiga bulan terakhir didapatkan data angka kejadian dekubitus 6 kejadian (1%), phlebitis 9 kejadian (0.9‰), ISK 3 kejadian (1.2‰), infeksi daerah operasi 9 kejadian (1.25%). Terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit, akan memberikan dampak yang merugikan bagi pasien, staf, dan pihak rumah sakit berupa menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap rendahnya kualitas dan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan.⁵

Berdasarkan fenomena diatas, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah Bagaimana kepatuhan perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi dengan penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pelaksanaan kepatuhan perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien (*patient safety*) pada pengurangan resiko infeksi dengan penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.
2. Adakah hambatan pada perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi dengan penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran secara mendalam tentang kepatuhan perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi dengan penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.
2. Tujuan Khusus
 - a. Mengetahui kepatuhan perawat dalam menerapkan pelaksanaan pengurangan resiko infeksi dengan penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.

- b. Mengetahui sarana yang mendukung pelaksanaan pengurangan resiko infeksi dengan penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.
- c. Mengetahui hambatan perawat dalam penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.

E. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi:

1. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan kajian untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan terutama dalam praktik manajemen keperawatan.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Sasaran keselamatan pasien merupakan salah satu indikator peningkatan mutu layanan rumah sakit, diharapkan hasil penelitian bisa menjadi bahan rekomendasi dalam menentukan kebijakan rumah sakit dalam menyusun rencana pengembangan untuk memberikan pelayanan yang aman, nyaman, dan bermutu tinggi, sehingga mampu bersaing dengan rumah sakit lain dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

3. Bagi Peneliti

Keselamatan pasien merupakan bidang baru didalam pelayanan rumah sakit, sehingga melalui penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan sebagai bahan kajian ilmiah dan teori yang pernah didapat serta implementasinya ditempat kerja khususnya dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian dengan judul kepatuhan perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi belum pernah dilakukan sebelumnya, tetapi penelitian yang 14hampir serupa pernah dilakukan oleh peneliti lain dan ada kemiripan dengan penelitian ini diantaranya adalah:

Tabel 1.1.
Penelitian terdahulu

| No. | Nama Peneliti | Judul dan Tahun Penelitian | Metode penelitian | Hasil penelitian |
|-----|-------------------|--|---|--|
| 1 | Asrul Parawansyah | Hubungan Faktor psikologi dengan penerapan sasaran <i>patient safety</i> oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makasar tahun 2014 | Menggunakan metode obsevasional analitik dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> | Hasil analisis menggunakan uji <i>chi square</i> dan analisis <i>kruskal wallis test</i> . Menunjukkan tidak ada hubungan sikap dan persepsi dengan penerapan sasaran <i>patient safety</i> ($p=0,987$; $p=0,215$; $p>\alpha 0,05$). Ada hubungan antara motivasi dengan penerapan sasaran <i>patient safety</i> ($p=0,048$; $p\leq\alpha 0,05$). |
| 2 | Arif Sumarianto | Hubungan pengetahuan dan motivasi terhadap kinerja perawat dalam penerapan program <i>patient safety</i> di ruang perawatan INAP | Menggunakan metode obsevasional dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> | Hasil analisis menggunakan uji <i>chi square</i> , uji <i>phi</i> serta uji <i>cramer's V</i> . Menunjukkan variabel pengetahuan berhubungan dengan kinerja perawat dalam melaksanakan <i>patient safety</i> ($p=0,000$, $\phi=0,482$). |

| | | | | |
|---|----------------------|--|---|--|
| | | RSUD Andi Makkasau Pare-pare tahun 2013 | | Motivasi juga berhubungan dengan kinerja perawat perawat dalam melaksanakan <i>patient safety</i> ($p=0,000$, $\phi=0,564$). |
| 3 | Shelly Aprilia | Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam penerapan IPSG (<i>International Patient Safety Goal</i>) pada akreditasi JCI (<i>Joint Commission International</i>) di Instalasi Rawat Inap RS swasta x tahun 2011 | Menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> | Hasil analisis menggunakan uji <i>chi square</i> , serta <i>15ogistic</i> sederhana dan analisis multivariat dengan uji regresi <i>15ogistic</i> ganda model prediksi, menunjukkan adanya variabel individu yang memiliki hubungan signifikan dengan perilaku penerapan IPSG adalah usia, status pernikahan, lama kerja di unit, lama kerja sejak lulus pendidikan, jenjang jabatan, frekuensi pelatihan dan sosialisasi. Variabel organisasi yang memiliki hubungan dengan penerapan IPSG adalah pengaruh organisasi. Variabel psikologi yg memiliki hubungan dengan penerapan IPSG adalah pengetahuan. |
| 4 | Christina Anugrahini | Hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat menerapkan pedoman <i>patient safety</i> di RSAB Harapan Kita Tahun 2010 | Menggunakan desain <i>korelasi deskriptif</i> dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> | Hasil analisis menggunakan uji <i>chi square</i> , uji <i>T</i> independen dan <i>regresi 15ogistic</i> menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara usia, tingkat pendidikan, masa kerja, kepemimpinan, struktur organisasi, desain kerja dengan kepatuhan perawat dalam penerapan pedoman <i>patient safety</i> (p value: 0,000; $OR=35897$) |
| 5 | Dian Pancaningrum | Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap dalam pencegahan infeksi nosokomial di RS. Haji Jakarta 2011 | Menggunakan rancangan penelitian observasional non eksperimental dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> | Hasil analisis menggunakan uji <i>chi square</i> didapatkan hasil tidak adanya hubungan bermakna antara faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dengan kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial. |

| | | | | |
|---|----------------------|---|--|---|
| 6 | Vera Fitra Molina | Analisis pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di Rumkittal Mintohardjo Jakarta 2012 | Menggunakan rancangan penelitian kualitatif bersifat deskriptif. Pengumpulan data menggunakan telaah dokumen, observasi, wawancara dan FGD | Hasil penelitian bahwa faktor manajemen yang terdiri dari komitmen, kepemimpinan, komunikasi dan kerjasama dalam pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial masih rendah disebabkan program tersebut belum menjadi prioritas utama dan seringnya terjadi pergantian pimpinan yang diikuti dengan perubahan kebijakan. |
|---|----------------------|---|--|---|

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Keselamatan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 1691/Menkes/per/VIII/2011. Keselamatan pasien rumah sakit adalah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi pengkajian resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden dan pencegahan penyakit infeksi, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah timbulnya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tindakan yang seharusnya dilakukan.²⁹

2. Standar Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Mengingat masalah Keselamatan Pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Standar Keselamatan Pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:^{2,7}

a. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

b. Mendidik pasien dan keluarga.

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.

Rumah sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antara tenaga dan antar unit pelayanan.

d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

1) Pemimpin mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit“

- 2) Pemimpin menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi resiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
 - 3) Pemimpin mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - 4) Pemimpin mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal. *Transmisi* data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

3. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan kondisi pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera potensial yang akan terjadi terkait dengan pemberian pelayanan kesehatan.³⁰

Komite Keselamatan Pasien yang dibentuk Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) mencanangkan tujuh langkah keselamatan pasien yang harus dijalankan oleh rumah sakit yaitu:^{1,2}

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, terciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b. Pemimpin dan dukungan staf. Bangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
- c. Integrasi aktivitas pengelolaan resiko. Kembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko, serta lakukan identifikasi dan assesmen dan yang potensial bermasalah.
- d. Kembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS.
- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

- g. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Gunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

4. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk bisa diterapkan disemua rumah sakit yang di Akreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Penyusunan sasaran mengacu pada *Nine Life Saving Patient Safety Solutions* dari *WHO Patient Safety 2007* yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *Joint Commission International (JCI)*. Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong petuga kesehatan untuk melakukan perbaikan secara spesifik dalam menjaga keselamatan pasien. Enam sasaran keselamatan pasien (*Patient Safety*) adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut: ^{2,7}

a. Sasaran I: Identifikasi Pasien

Kesalahan Karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien dalam keadaan terbius/sedasi, disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur /kamar/lokasi di rumah sakit. Maksud dari sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali identifikasi yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau

pengobatan; kedua, untuk kesesuaian pelayanan pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis atau pemberi pengobatan atau tindakan lain. Identifikasi bisa dilakukan minimal dua cara identifikasi yaitu nama lengkap dan tanggal lahir pasien atau nomor rekam medis, gelang identitas pasien dengan *bar-code*. Nama kamar dan nama ruangan tidak boleh dipakai.

b. Sasaran II: Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi yang efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan kesalahan pasien. Komunikasi bisa dalam bentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti pelaporan hasil laboratprium klinik cito melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan/prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke computer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima

perintah membacakannya kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat, bila tidak dimungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU

c. Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High Alert*)

Bila obat-obat menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obat yang harus diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan/ kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Soun Alike/ NASA*). Obat-obat yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja. (misalnya: kalium klorida 2 meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9% dan magnesium sulfat = 50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan

proses pengelolaan obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Bijakan atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/ kurang hati-hati.

d. Sasaran IV: Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

Salah lokasi, salah prosedur, pasien salah pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien didalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Disamping itu assesmen pasien yang tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan

pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif didalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini.

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah:

- 1) Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar
- 2) Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik dan di pampang
- 3) Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan atau implant yang dibutuhkan

Tahap “sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan ditempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

e. SASARAN V: Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan

kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para professional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (seringkali dihubungkan dengan ventilasi mekanis)

Infeksi nosokomial diperoleh pasien saat dilakukan perawatan di rumah sakit, tanpa adanya tanda tanda infeksi sebelumnya, biasanya terjadi dalam waktu 3x24 jam sesudah masuk kuman. Jenis infeksi yang sering diderita oleh pasien adalah Infeksi Luka Operasi, Infeksi Saluran Kemih, dan infeksi Saluran pernapasan bawah (pneumonia)

Cara penularan infeksi nosokomial bisa ditularkan melalui kontak langsung (menyentuh klien) dan tidak langsung (benda terkontaminasi), *droplet* (batuk, bersin dan bicara), *airbone* (udara), *food* (makanan), dan *Blood borne* (darah).

Terdapat beberapa tindakan pencegahan infeksi nosokomial yaitu melakukan cuci tangan untuk menghindari infeksi silang; memakai sarung tangan bila kontak dengan cairan, darah dan bahan terkontaminasi; menggunakan alat pelindung diri seperti memakai apron, masker, pelindung mata; manajemen benda tajam secara benar; dan menjaga sanitasi lingkungan.

f. SASARAN VI: Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang

dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

5. Pengurangan Resiko Infeksi

a. Pengertian

Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang didapatkan penderita saat sedang dirawat di rumah sakit dengan ditemukan tanda-tanda klinis dan tidak sedang dalam masa inkubasi penyakit, tanda-tanda klinis infeksi yang timbul setidaknya 3x24 jam sejak dirawat dirumah sakit dengan masa perawatan pasien lebih lama.³¹ Infeksi merupakan keadaan dimana organisme parasit masuk dan bertahan hidup pada penjamu (*host*) dan menimbulkan respon inflamasi.¹⁰ *Nosocomial infection* atau yang biasa disebut *hospital acquired infection* adalah infeksi yang didapat saat klien dirawat di rumah sakit.¹⁵

b. Rantai Penularan

Rantai penularan infeksi perlu diketahui untuk mengetahui dan melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi. Apabila mata rantai dirusak atau dihilangkan maka infeksi dapat dicegah. Komponen yang bisa menyebabkan infeksi nosokomial yaitu:^{10,32}

- 1) Agen infeksi (*infectious agent*) adalah *mikroorganisme* yang dapat menyebabkan infeksi. Pada manusia *mikroorganisme* dapat disebabkan berupa bakteri, virus, jamur, rickettsia dan parasit.
- 2) *Reservoir* adalah tempat dimana agen infeksi dapat hidup, tumbuh dan berkembang biak dan siap ditularkan pada orang. *Reservoir* yang paling umum adalah manusia, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air dan bahan-bahan organik lainnya serta dapat ditularkan melalui makanan atau air yang tercemar.
- 3) Pintu Keluar (*portal of exit*) adalah jalan darimana infeksi meninggalkan *reservoir*. Pintu keluar meliputi saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, kulit dan membrane mukosa, transplasenta dan darah serta cairan tubuh lain. Setelah *mikroorganisme* meninggalkan *reservoir* harus ada lingkungan yang cocok untuk dapat hidup sampai menginfeksi orang lain.
- 4) Cara Penularan (*Transmisi*) adalah cara penularan *mikroorganisme* dari *reservoir* ke penjamu (*Host*). kontak transmisi yang paling sering terjadi pada infeksi nosokomial. Ada beberapa cara penularan yaitu: 1) *transmisi* langsung yaitu penularan langsung oleh mikroba patogen ke pintu masuk yang sesuai dari pejamu, seperti memandikan pasien, membalikkan pasien saat memberikan posisi dan menyentuh permukaan tubuh pasien. 2) *Transmisi* tidak langsung yaitu penularan mikroba

patogen yang memerlukan adanya “ media perantara “ seperti jarum, peralatan instrument yang terkontaminasi, tangan terkontaminasi tidak cuci tangan, dan pemakaian sarung tangan yang tidak diganti diantara pasien. 3) Percikan (*droplet transmission*) yaitu penularan *mikroorganismen* melalui batuk, bersin, berbicara dan saat melakukan tindakan khusus. 4) *Airbone Transmisi* (melalui udara), *transmisi* terjadi ketika menghirup udara yang mengandung *mikroorganisme* patogen. *Mikroorganisme* yang ditransmisikan melauai udara seperti *mycobacterium tuberculosis*, *rubella* dan *varicella virus*. 5) *Food Borne* (makanan), *transmisi mikroorganisme* yang ditularkan melalui makanan alat kesehatan dan peralatan yang terkontaminasi *mikroorganisme* patogen. 6) *Blood Borne* (melalui darah) infeksi dapat berasal dari HIV, hepatitis B dan C, melalui jarum suntik yang terkontaminasi.

- 5) Pintu Masuk adalah tempat dimana *agen* infeksi memasuki pejamu bisa melalui saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, selaput lender serta kulit yang tidak utuh (luka)
- 6) Pejamu (*host*) adalah orang yang tidak memiliki daya tahan tubuh yang cukup untuk melawan *agen* infeksi serta mencegah terjadinya infeksi atau penyakit.

c. Klasifikasi Infeksi Nosokomial

Beberapa klasifikasi infeksi nosokomial berdasarkan tempatnya adalah sebagai berikut:^{33,34}

1) Infeksi Silang (*cross infection*).

Infeksi yang didapatkan dari orang lain atau penderita lain yang dirawat di rumah sakit baik secara langsung maupun tidak langsung. Infeksi ditularkan dari penderita atau petugas kesehatan ke penderita lainnya.

2) Infeksi Lingkungan (*environmental infection*)

Keadaan lingkungan yang selalu dituduh sebagai penyebab infeksi nosokomial. Infeksi ini disebabkan karena kuman yang terdapat pada benda atau bahan yang bersifat tidak bernyawa dilingkungan rumah sakit seperti lingkungan kotor di rumah sakit dan alat-alat pemeriksaan kesehatan.

3) Infeksi Sendiri (*self infection, auto infection*)

Infeksi yang paling sering disebabkan oleh kuman yang terdapat pada penderita itu sendiri. Perpindahan kuman dapat terjadi secara langsung ataupun melalui benda yang dipakai sendiri oleh penderita seperti: linen (kain) dan pakaian atau gesekan tangan sendiri.

d. Jenis – Jenis Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial yang terjadi pada pasien berpedoman dengan menggunakan kriteria yang dikeluarkan oleh CDC Atlanta.¹⁵

1) Infeksi Luka Operasi (ILO)

Infeksi yang terjadi pada daerah luka operasi, terdiri dari 2 jenis infeksi yaitu infeksi *insisi superficial* yang terjadi pada daerah insisi dalam waktu 30 hari pasca bedah meliputi kulit, subkutan dan jaringan lain diatas fascia, dan infeksi *insisi profunda* yang terjadi pada daerah insisi dalam waktu 30 hari sampai dengan satu tahun pasca pembedahan meliputi jaringan lunak yang dalam dari insisi.

Proses fisiologis penyembuhan luka harus bisa dipahami oleh perawat dalam melakukan pengkajian luka berdasarkan pengetahuan integritas kulit dan pencegahan infeksi. Terjadinya infeksi luka operasi merupakan bentuk kelalaian klinik yang disebabkan oleh mikroba yang menyerang penderita yang didapat selama dirawat di rumah sakit.³⁵ Pencegahan infeksi pada pasien bedah sangat diperlukan. Salah satu upaya pencegahannya adalah pemutusan transmisi/penularan yang merupakan cara paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, tetapi hasilnya tergantung dari kepetuhan petugas dalam melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan.

Faktor ketidakpatuhan perawat dalam melakukan perawatan luka post operasi bisa ditunjukkan dengan belum menggunakan prosedur dengan benar dalam melakukan perawatan luka seperti: melakukan perawatan luka dengan satu set medikasi yang digunakan bersama-sama untuk beberapa pasien dimulai dari

perawatan luka yang steril, bersih sampai dengan luka yang kotor. Perawat tidak melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan medikasi, dan perawat tidak memperhatikan tehnik steril seperti tidak memakai hanscun dalam perawatan luka.

2) Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Infeksi yang didapat sewaktu pasien dirawat atau sesudah pasien dirawat. Saat masuk rumah sakit pasien belum mengalami infeksi atau tidak dalam masa inkubasi.

3) Infeksi Saluran Pernapasan/Pneumonia (VAP)

Infeksi saluran napas bagian bawah yang didapat penderita selama dirawat di rumah sakit. Tindakan medis yang dapat menyebabkan infeksi nosokomial yaitu pemberian *enteral feeding*, prosedur *suction* dan penggunaan alat-alat ventilator.

4) Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) / *Phlebitis*

Infeksi yang terjadi selama pasien dilakukan pemasangan infuse saat pasien dirawat di rumah sakit.

e. Tindakan Pencegahan Infeksi

Beberapa tindakan pencegahan infeksi yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:³⁶

- 1) Aseptik yaitu tindakan yang dilakukan untuk mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh yang kemungkinan besar akan mengakibatkan infeksi. Tujuannya untuk mengurangi atau menghilangkan sejumlah mikroorganisme, baik pada

permukaan benda hidup maupun benda mati agar alat-alat kesehatan dapat dengan aman digunakan.

- 2) Antiseptik yaitu upaya pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.
- 3) Dekontaminasi yaitu tindakan yang dilakukan agar benda mati dapat ditangani oleh petugas kesehatan secara aman, terutama petugas pembersihan medis sebelum pencucian dilakukan. Dekontaminasi merupakan langkah awal dan sangat penting dalam penanganan peralatan, perlengkapan, sarung tangan, dan semua benda yang terkontaminasi. Contohnya adalah meja pemeriksaan, alat-alat kesehatan, dan sarung tangan yang terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh disaat prosedur bedah/tindakan pembedahan. Tujuan dekontaminasi yaitu membuat benda-benda lebih aman saat ditangani oleh petugas pada saat dilakukan pembersihan. Benda yang sudah terkontaminasi harus segera dilakukan dekontaminasi. Pelaksanaan dekontaminasi bisa dilakukan dengan cara sesegera mungkin merendam peralatan yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5% selama kurang lebih 10 menit. Petugas kesehatan harus menggunakan alat pelindung diri yang memadai (sarung tangan tebal) untuk meminimalkan resiko pajanan

terhadap lapisan mukosa dan kontak parentral melalui bahan yang terkontaminasi.³⁷

- 4) Pencucian yaitu tindakan menghilangkan semua kotoran yang kasat mata seperti darah, cairan tubuh, atau setiap benda asing seperti debu dengan sabun atau deterjen, air dan sikat. Tujuan dari pencucian untuk membantu menurunkan *mikroorganisme* dari permukaan benda dan mempersiapkan permukaan benda untuk kontak dengan desinfektan atau bahan sterilisasi sehingga proses disinfeksi dan sterilisasi menjadi lebih efektif. Pencucian harus dilakukan dengan bersih dan teliti sehingga zat lain dan kotoran yang terkontaminasi benar hilang dari permukaan. Peralatan yang sudah diberihkan, dicuci, dibilas dan dikeringkan sebelum dilakukn proses lebih lanjut.³⁷
- 5) Sterilisasi yaitu tindakan menghilangkan semua *mikroorganisme* (bakteri, jamur, parasit, dan virus) termasuk bakteri *endospora* dari benda mati. Sterilisasi bisa dilakukan dengan menggunakan dua cara yaitu sterilisasi secara fisik dengan menggunakan pemanasan kering, uap panas berketekanan, radiasi dan filtrasi. Sterilisasi kimiawi bisa menggunakan gas etilen oksida, dan kimia cair. Sterilisasi dianggap sebagai cara yang paling mudah, efektif dan aman untuk mengelola alat kesehatan yang berhubungan langsung dengan darah atau jaringan dibawah kulit.³⁷

6) Desinfeksi yaitu tindakan menghilangkan sebagian besar mikroorganisme penyebab penyakit dari benda mati. Desinfeksi tingkat tinggi dilakukan dengan merebus atau menggunakan larutan kimia. Tindakan ini dapat menghilangkan semua mikroorganisme, kecuali beberapa bakteri *endospora*. Beberapa faktor yang mempengaruhi efektifitas desinfeksi yaitu proses pencucian yang dilakukan, adanya zat organik, tingkat pencemaran, jenis *mikroorganisme* pada alat kesehatan, sifat dan bentuk alat, lamanya terpajan oleh desinfektan, suhu dan PH saat proses berlangsung.³⁷

Apabila sterilisasi tidak dapat dilakukan atau sterilisator tidak tersedia alternatif pengelolaan alat kesehatan bisa menggunakan Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT). Proses tersebut bisa membunuh semua *mikroorganisme* termasuk virus hepatitis B dan HIV akan tetapi tidak bisa membunuh endospora. Pelaksanaan Desinfeksi tingkat tinggi bisa dilakukan dengan merebus dalam air mendidih selama 20 menit, merendam dalam desinfektan kimia seperti *glutaraldehyd, formaldehyd 8%, DTT dengan uap (Steamer)*.³⁷

f. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial

Ada tiga program pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit yaitu:³⁸

1) Adanya sistem surveilan yang mantap. Surveilans suatu penyakit adalah tindakan pengamatan yang sistematis, dan dilakukan terus

menerus terhadap penyakit tersebut yang terjadi pada suatu populasi tertentu dengan tujuan untuk dapat melakukan pencegahan dan pengendalian. Tujuan dari survailen adalah untuk menurunkan resiko terjadinya infeksi nosokomial. Keberhasilan pengendalian infeksi nosokomial bukan ditentukan oleh canggihnya peralatan yang ada, tetapi ditentukan oleh kesempurnaan perilaku petugas dalam melaksanakan perawatan penderita secara benar.

- 2) Adanya peraturan yang jelas, dan tegas serta dapat dilaksanakan dengan tujuan untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi. Adanya peraturan yang jelas, dan tegas serta dapat dilaksanakan merupakan hal yang sangat penting untuk dipatuhi. Peraturan ini merupakan standar yang harus dijalankan setelah dimengerti semua petugas.
- 3) Adanya program pendidikan yang terus menerus bagi semua petugas rumah sakit dengan tujuan mengembalikan sikap mental yang benar dalam merawat penderita. Perubahan perilaku petugas kesehatan mempunyai peran yang sangat membantu keberhasilan dalam penerapan dan pengendalian infeksi. Perubahan perilaku seseorang memerlukan proses belajar

g. Strategi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial

Menurut Darmono Strategi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial yaitu:⁸

- 1) Meningkatkan daya tahan pejamu dengan melakukan pemberian imunisasi aktif maupun pasif dan penyuluhan kesehatan.
 - 2) Menginaktivasi agen penyebab infeksi melalui metode fisik seperti pemanasan/sterilisasi, memasak makanan seperlunya, dan melalui metode kimiawi seperti klorinasi air dan desinfeksi.
 - 3) Memutus mata rantai penularan dengan cara melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan dalam suatu "*isolation precautions*" Kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan cara penularan.
 - 4) Mengantisipasi tindakan pencegahan pasca pajanan terhadap petugas kesehatan yang berkaitan dengan pencegahan agen infeksi yang ditular melalui darah dan cairan tubuh lainnya dan luka tusuk jarum bekas pakai.
- h. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit.

Menurut Scheckler, program pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial yang efektif di rumah sakit yaitu:

- 1) Mengelola data dan informasi penting, termasuk surveilans
- 2) Mengatur dan merekomendasikan kebijakan dan prosedur
- 3) Intervensi langsung untuk memutus transmisi penularan penyakit

i. Hambatan dalam Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial.⁸

- 1) Ketidak patuhan petugas rumah sakit terhadap kebijakan dan standar operasional prosedur tentang pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial
- 2) Tidak cukup dana untuk menjamin ketersediaan sarana prasara untuk pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi
- 3) Tidak didukung oleh sumber daya manusia yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan
- 4) Kurang komitmen dari pimpinan dan seluruh anggota

6. Alat Pelindung Diri (APD) Perawat

a. Pengertian Alat Pelindung Diri (APD)

Alat Pelindung Diri (APD) adalah suatu alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang yang fungsinya mengisolasi sebagian atau seluruh tubuh dari potensi bahaya di tempat kerja.³⁹

Alat pelindung diri merupakan salah satu peralatan yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial. Melindungi penderita dari kemungkinan terjadinya infeksi dimulai dari pasien masuk, mendapatkan asuhan keperawatan dan tindakan medis sampai pasien pulang dari rumah sakit. Pemakaian alat pelindung diri dalam kegiatan sehari hari lebih banyak berfungsi untuk pelindung pasien dibanding untuk pelindung perawat.^{13,40}

b. Tujuan penggunaan alat pelindung diri

adalah untuk melindungi kulit dan selaput lendir perawat dari paparan semua cairan tubuh dari kontak langsung dengan pasien. Alat Pelindung diri meliputi sarung tangan, masker dan pelindung mata, topi, gaun dan apron. Salah satu alat pelindung diri yang digunakan untuk mencegah kontaminasi antara perawat dengan pasien saat melakukan tindakan adalah pemakaian sarung tangan dan masker.^{13,40}

c. Permasalahan Pemakaian Alat Pelindung Diri

Masalah yang sering dihadapi bagi pekerja yang menggunakan APD.⁴¹

- 1) Sering kali perawat tidak mengerti/sadar resiko yang akan terjadi jika tidak menggunakan APD
- 2) Perawat merasa panas jika menggunakan APD
- 3) Perawat menggunakan APD yang tidak sesuai dengan ukurannya sehingga merasa sesak menjadikan tidak memakainya
- 4) Merasa tidak nyaman atau tidak enak dipandang apabila memakai baju APD dengan ukuran yang besar yang tidak sesuai dengan ukuran baju
- 5) Bahan APD yang dipakai terlalu berat sehingga perawat tidak memakainya
- 6) Ketidak biasaan pemakaian APD seperti sarung tangan, masker dapat mengganggu pekerjaan

- 7) Perawat yang tidak menggunakan APD tidak ada sanksi dari pimpinan yang berpengaruh pada ketidakpatuhan perawat dalam menggunakan APD
 - 8) Tidak adanya contoh dari atasan yang membuat perawat mengikuti untuk tidak menggunakan APD.
- d. Pedoman Umum Alat Pelindung Diri
- 1) Selalu menjaga kebersihan tangan meskipun menggunakan APD
 - 2) Segera melepas dan mengganti APD yang tidak dapat digunakan kembali setelah mengetahui APD tidak berfungsi secara optimal seperti sobek atau rusak
 - 3) Sesegera mungkin melepaskan APD setelah selesai memberikan pelayanan kepada pasien dan hindari kontaminasi lingkungan diluar isolasi, para pasien atau pekerja lain, dan diri anda sendiri
 - 4) Membuang semua perlengkapan APD dengan hati-hati dan segera melakukan cuci tangan.¹⁴
- e. Faktor-faktor penting yang harus diperhatikan dalam penggunaan APD
- 1) Menggunakan APD sebelum kontak dengan pasien
 - 2) Menggunakan dengan hati-hati jangan menyebarkan kontaminasi
 - 3) Melepas dan membuang APD secara hati-hati ke tempat limbah infeksius yang telah tersedia
 - 4) Segera membersihkan tangan sesuai dengan langkah-langkah pada pedoman membersihkan tangan.¹⁴

f. Jenis – jenis Alat Pelindung Diri (APD)

1) Sarung Tangan

Sarung tangan melindungi tangan dari bahan yang dapat menularkan penyakit dan melindungi pasien dari mikroorganisme yang berada ditangan petugas kesehatan. Sarung tangan merupakan penghalang (*barrier*) fisik paling penting untuk mencegah penyebaran infeksi. Sarung tangan harus diganti antara setiap kontak dengan satu pasien ke pasien lainnya, untuk menghindari kontaminasi silang.¹⁰

Tiga saat petugas memakai sarung tangan

- a) Perlu untuk menciptakan *barrier* protektif untuk mencegah kontaminasi yang berat. Disinfeksi tangan tidak cukup untuk memblok transmisi kontak bila terkontaminasi berat. Misalnya menyentuh darah, sekresi, ekresi, mucus membrane, kulit yang tidak utuh.
- b) Dipakai untuk menghindari *transmisi* mikroba dan tangan petugas ke pada pasien saat melakukan tindakan terhadap kulit pasien yang tidak utuh atau mucus membrane
- c) Mencegah tangan petugas terkontaminasi mikroba dari pasien transmisi kepada pasien lain. Perlu kepatuhan petugas untuk memakai sarung tangan sesuai dengan standar. Memakai sarung tangan tidak menggantikan perlunya cuci tangan,

karena sarung tangan dapat berlubang walaupun kecil, tidak nampak selama melepaskannya sehingga tangan terkontaminasi.

Penggunaan sarung tangan perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut: ¹⁴

- a) Mencuci tangan dengan sabun sebelum memakai sarung tangan dan sudah menggunakan sarung tangan
- b) Mengganti sarung tangan jika berganti pasien atau sobek
- c) Segera mengganti sarung tangan setelah kontak dengan pasien atau setelah melakukan tindakan dan dibuang ditempat sampah
- d) Menggunakan sarung tangan hanya untuk satu tindakan saja
- e) Menghindari kontak dengan benda disekitar selain dalam tindakan
- f) Menghindari penggunaan atau mendaur ulang kembali sarung tangan sekali dipakai

Pemakaian sarung tangan sangat efektif untuk mencegah kontaminasi, tetapi pemakaian sarung tangan tidak menggantikan kebutuhan untuk mencuci tangan. Sebab sarung tangan bedah lateks dengan kualitas terbaikpun, mungkin mengalami kerusakan kecil yang tidak terlihat, sarung tangan mungkin robek pada saat digunakan atau tangan terkontaminasi pada saat melepas sarung tangan. ¹⁰

Pemakaian sarung tangan dilakukana saat ada kemungkinan kontak dengan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekresi, membran

mukosa atau kulit yang terlepas, saat akan melakukan prosedur medis yang bersifat *invasive* (misalnya pemasangan infuse, kateter), saat menangani bahan-bahan bekas pakai yang telah terkontaminasi atau menyentuh permukaan yang tercemar, serta memakai sarung tangan bersih atau tidak steril saat akan memasuki ruangan pasien yang telah dicurigai mengidap penyakit menular. Melepas sarung tangan sebelum meninggalkan ruangan dan segera melakukan cuci tangan untuk mencegah transfer *mikroorganisme*.^{10,14}

Sarung tangan harus digunakan untuk setiap pasien, sebagai upaya menghindari kontaminasi silang (CDC 1987). Pemakaian sarung tangan yang sama atau mencuci tangan yang masih bersarung tangan, ketika berpindah dari satu pasien ke pasien lain atau ketika melakukan perawatan dibagian tubuh yang kotor kemudian berpindah dibagian tubuh yang bersih, bukan merupakan praktik yang aman. Doebbeling Cpllaegues (1988) menemukan bakteri dalam jumlah bermakna pada tangan petugas yang hanya mencuci tangan dalam keadaan masih memakai sarung tangan dan tidak mengganti sarung tangan ketika berpindah dari satu pasien ke pasien lain.¹⁰

Reaksi alergi terhadap pemakaian sarung tangan akan muncul gejala seperti warna merah pada kulit, hidung berair dan

gatal-gatal pada mata yang mungkin berulang atau semakin parah seperti gangguan pernapasan.¹⁴

2) Masker

Masker harus cukup besar untuk menutupi hidung, mulut, bagian bawah dagu dan rambut pada wajah (jenggot). Penggunaan masker bertujuan untuk menghindari cipratan yang sewaktu petugas berbicara, batuk, atau bersin serta mencegah cairan atau percikan darah dan *mikroorganisme* memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan.¹⁰ Perawat dianjurkan untuk menggunakan masker saat melakukan tindakan kesemua pasien terutama pada pasien dengan TB. Perawat yang menggunakan masker diharapkan mampu memberikan perlindungan terhadap *transmisi* infeksi melalui udara.⁴²

Masker terbuat dari berbagai bahan seperti katun ringan, kain kasa, kertas dan bahan sintetik yang beberapa lainnya tahan cairan. Masker yang terbuat dari katun atau kertas sangat nyaman tetapi tidak dapat menahan cairan atau efektif sebagai *filter*. Masker yang terbuat dari bahan sintetik dapat memberikan perlindungan dari tetesan partikel berukuran besar yang tersebar melalui batuk atau bersin ke orang yang berada didekat pasien (kurang dari 1 meter). Fungsi masker akan terganggu / tidak efektif apabila tidak dapat melekat pada wajah secara sempurna, seperti adanya janggut, cambang atau rambut yang tumbuh pada wajah

bagian bawah atau adanya gagang kacamata, ketiadaan satu atau dua gigi pada kedua sisi dapat mempengaruhi perlekatan bagian wajah masker, apabila klip hidung dari logam dipencet/ dijepit, karena akan menyebabkan kobocoran. Ratakan klip tersebut diatas hidung setelah memasang masker, menggunakan kedua telunjuk dengan cara menekan dan menyusuri bagian atas masker, jika mungkin, dianjurkan *fit test* dilakukan setiap saat sebelum memakai masker.¹⁰ Masker harus terpasang erat di wajah menutupi hidung dan mulut pemakai dan harus segera dibuang setelah dipakai. Bila masker tersebut basah atau kotor terkena skret, masker tersebut harus segera diganti.⁴³

Beberapa hal yang perlu diperhatikan saat menggunakan masker yaitu:⁴⁴

- a) Memasang masker sebelum memasang sarung tangan
- b) Tidak diperbolehkan/dianjurkan menyentuh masker ketika menggunakannya
- c) Melepas masker dilakukan setelah melepas sarung tangan dan cuci tangan
- d) Tidak membiarkan masker menggantung pada leher
- e) Segera melepas masker jika sudah tidak digunakan kembali
- f) Penggunaan masker sekali pakai sehingga tidak dianjurkan kembali menggunakan masker yang sudah dipakai

7. Kepatuhan Perawat

a. Pengertian Kepatuhan

Patuh adalah sikap positif individu yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Ketidak patuhan adalah suatu kondisi pada perawat yang sebenarnya mau melakukannya, akan tetapi ada faktor faktor yang menghalangi ketaatan untuk melakukan tindakan. Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat terhadap suatu tindakan, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati.⁴⁵

Menurut Sacket Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku perawat sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan. Perilaku yang disiplin merupakan perilaku yang taat dan patuh dalam peraturan.⁴⁶ Kepatuhan merupakan suatu tahap awal perilaku, maka semua faktor yang mendukung atau mempengaruhi perilaku juga akan mempengaruhi kepatuhan.¹⁸

Perilaku adalah keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas antara faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya.⁴⁵

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Perawat.

Perubahan sikap dan perilaku dimulai dari kepatuhan, identifikasi, kemudian internalisasi. Menurut Gibson ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja seseorang yaitu: Faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologi.⁴⁷

1) Faktor Individu

Faktor individu merupakan faktor yang memiliki dampak langsung pada kinerja petugas kesehatan. Hal ini didukung oleh Gibson, yang menyatakan bahwa variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografi. Variabel kemampuan dan keterampilan meliputi: fisik, mental (EQ) dan intelegensi (IQ). Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan individu. Sub variabel demografi mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Karakteristik demografi meliputi usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, masa kerja dan status perkawinan.

a) Usia

Usia berkaitan dengan kematangan, kedewasaan, dan kemampuan seseorang dalam bekerja. Semakin bertambah usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin sepat berfikir rasional, mampu untuk menentukan keputusan,

semakin bijaksana, mampu mengontrol emosi, taat terhadap aturan dan norma dan komitmen terhadap pekerjaan. Seseorang yang semakin bertambah usia, akan semakin terlihat berpengalaman, pengambilan keputusan dengan penuh pertimbangan, bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan mempunyai etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu.⁴⁸

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan perempuan secara umum tidak menunjukkan perbedaan yang berarti dalam melaksanakan pekerjaan. Teori psikologi menjumpai bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinan daripada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses, meskipun perbedaan ini kecil. Wanita yang berumah tangga memiliki tugas tambahan sehingga kemangkiran lebih sering daripada pria.⁴⁸

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan akan berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam bekerja. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diasumsikan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik dalam kemampuan menyelesaikan pekerjaan. Tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Tenaga keperawatan yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah

memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas, dapat memberikan saran atau masukan yang bermanfaat terhadap manajer keperawatan dalam meningkatkan kinerja keperawatan.⁴⁹

d) Masa Kerja

Masa kerja berkaitan dengan lama seseorang bekerja menjalankan pekerjaan tertentu. Perawat yang bekerja lebih lama diharapkan lebih berpengalaman dan senior. Senioritas dan produktivitas pekerjaan berkaitan secara positif. Perawat yang bekerja lebih lama akan lebih berpengalaman dalam melakukan pekerjaannya dan semakin rendah keinginan perawat untuk meninggalkan pekerjaannya.⁵⁰

e) Status Perkawinan

Status perkawinan seseorang berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam bekerja. Karyawan yang menikah lebih sedikit absensinya, lebih puas dengan pekerjaannya dibandingkan dengan temannya yang belum menikah. Status perkawinan merupakan salah faktor seseorang yang mempengaruhi kinerja seseorang perawat. Perkawinan membuat seseorang menjadi mempunyai rasa tanggung jawab, *Steady* dalam pekerjaan menjadi lebih berharga dan penting.⁴⁸ Ada suatu yang berbeda dalam memaknai suatu pekerjaan. Seseorang perawat yang sudah menikah menilai pekerjaan sangat penting karena sudah

memiliki sejumlah tanggung jawab sebagai keluarga dibandingkan dengan yang belum menikah.⁵⁰

a. Faktor Psikologi

1) Sikap

Menurut Gibson menjelaskan sikap sebagai perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur melalui pengamatan yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, obyek ataupun keadaan.⁵¹

Sikap adalah determinan perilaku yang berkaitan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sikap merupakan keadaan siap mental yang dipelajari dari pengalaman, dan mempengaruhi reaksi seseorang dalam berinteraksi. Sikap dalam pelayanan keperawatan sangat memegang peranan penting karena dapat berubah dan dibentuk sehingga dapat mempengaruhi perilaku pekerja perawat.⁵²

Sikap merupakan suatu sikap tertutup dari seseorang untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.⁴⁵

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu.⁴⁵

- a) Menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)

- b) Merespon (*responding*) memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap.
- c) Menghargai (*valuing*) mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- d) Bertanggung jawab (*responsible*) bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

2) Motivasi

Faktor yang menyebabkan seseorang mau bekerja adalah motivasi. Motivasi berasal dari aneka kebutuhan manusia untuk memenuhi kebutuhannya. Maslow mengembangkan teori kebutuhan kedalam suatu bentuk hierarki yang dikenal dengan hierarki kebutuhan maslow. Menurut Maslow bila suatu kebutuhan telah tercapai oleh individu, maka kebutuhan yang tinggi akan segera menjadi kebutuhan baru yang harus dicapai.⁵¹

Maslow memandang motivasi manusia sebagai hierarki Piramida lima macam kebutuhan manusia yaitu:⁵¹

- a) Kebutuhan fisiologis. Tingkat kebutuhan yang pertama dan yang paling penting adalah suatu yang sifatnya biologis dan fisiologis yang perlu dijaga keberlangsungannya. Seperti:

bernapas, makan dan minum, buang air besar, sandang, pangan dan papan.

- b) Kebutuhan perlindungan rasa aman. Ketika kebutuhan yang pertama sudah terpenuhi, tingkat kebutuhan yang tinggi muncul berperan, kebutuhan itu antara lain, bebas dari rasa takut, bahaya, ancaman dan sebagainya. Jika menghadapi kebijakan tertentu yang menimbulkan rasa takut dan tidak pasti, maka kebutuhan yang mungkin terjadi motivator yang paling dominan.
- c) Kebutuhan rasa memiliki dan sosial. Ketika seseorang tidak lagi merasa takut pada dua tingkat kebutuhan yang terdahulu, kebutuhan sosial akan muncul dipermukaan. Kebutuhan dan keterikatan serta menerima kawan sebaya sangat penting, yaitu mau memberi dan menerima bentuk persahabatan dan memiliki keluarga.
- d) Kebutuhan penghargaan dan status. Setiap orang memiliki dua kategori kebutuhan akan penghargaan yaitu harga diri seperti menghargai diri sendiri, orang lain, prestasi. dan penghargaan dari orang lain seperti: status pengakuan, dan perhatian.
- e) Kebutuhan aktualisasi diri. Merupakan kebutuhan tertinggi dari hierarki maslow. Kebutuhan naluri pada manusia untuk melakukan yang terbaik dari yang dia bisa. Tingkatan tertinggi dari perkembangan psikologis yang bisa dicapai bila semua

kebutuhan dasar terpenuhi dan pengaktualisasian seluruh potensi dirinya mulai dilakukan, seperti mempunyai kepribadian multidimensi yang matang, dan tidak tergantung secara penuh pada opini orang lain.

3) Persepsi

Persepsi merupakan proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh individu, oleh karena itu setiap individu akan memberikan arti kepada stimulus secara berbeda meskipun objeknya sama.⁴⁷ Persepsi merupakan proses kognitif dimana seseorang individu memberikan arti terhadap lingkungan. Persepsi juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor situasional, kebutuhan, keinginan dan emosi.⁵²

Persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang didalam memahami tentang lingkungan, baik melalui penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman. Persepsi merupakan penafsiran yang unik terhadap situasi.⁵³

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah sebagai berikut.⁵³

- a) Faktor internal meliputi, perasaan, sikap, kepribadian individu, prasangka atau harapan, perhatian, proses belajar, motivasi, gangguan jiwa dll

b) Faktor eksternal meliputi, latar belakang keluarga, informasi yang diperoleh, pengetahuan dan kebutuhan sekitar, intensitas, hal-hal baru dan familiar atau ketidak asingan suatu objek.

b. Faktor Organisasi

Organisasi adalah suatu sistem perserikatan formal dari dua orang atau lebih yang bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu.⁵⁴

Karakteristik organisasi yang mempengaruhi perilaku dan kinerja seseorang yaitu sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan.⁴⁷

1) Sumber daya

Pada sistem organisasi di rumah sakit ada dua sumber daya yaitu: sumber daya manusia terdiri dari tenaga professional, non professional, staf administrasi dan pasien. Sumber daya alam antara lain: uang, metode, peralatan, dan bahan-bahan.

2) Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah kemampuan untuk mempengaruhi orang lain. Kepemimpinan terletak pada kemampuan untuk mempengaruhi aktivitas orang lain atau kelompok melalui komunikasi untuk mencapai tujuan organisasi atau prestasi.⁴⁹

3) Imbalan

Imbalan atau kompensasi mengandung makna pembayaran atau imbalan baik langsung maupun tidak langsung yang diterima karyawan sebagai hasil kinerja. Kinerja seseorang akan meningkat

apabila dia dilakukan secara adil baik antar pekerja maupun pemberian imbalan atau penghargaan. Pemberian imbalan yang baik akan mendorong karyawan bekerja secara produktif.

4) Desain pekerjaan

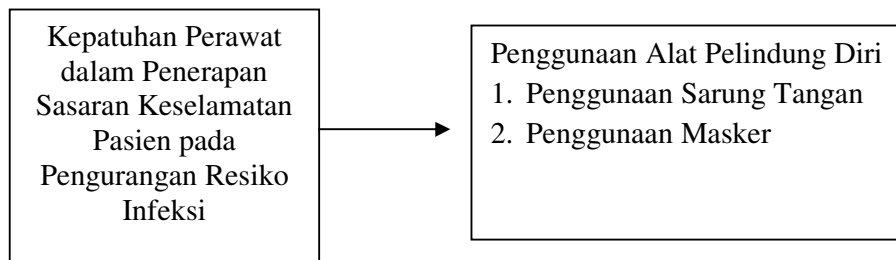
Desain pekerjaan merupakan upaya seseorang manajer mengklasifikasikan tugas dan tanggung jawab dari masing-masing individu. Pekerjaan yang dirancang dengan baik akan meningkatkan motivasi yang merupakan faktor penentu produktivitas seseorang maupun organisasi.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien pada Pengurangan Resiko Infeksi dengan Penggunaan APD.^{1,2,10,47}

C. Fokus Penelitian



Gambar 2.2. Fokus Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian kualitatif berusaha mengungkapkan berbagai keunikan yang terdapat dalam individu, kelompok, masyarakat atau organisasi dalam kehidupan sehari-hari secara menyeluruh, rinci, dalam dan dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah.⁵⁵

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi dimana pendekatan ini diartikan sebagai pengalaman subjektif dan kesadaran perspektif seseorang dari berbagai jenis dan tipe subjek yang ditemui.⁵⁶ Tujuan penelitian fenomenologi adalah menjelaskan pengalaman-pengalaman apa yang dialami oleh seseorang didalam kehidupan ini, termasuk interaksi dengan orang lain.⁵⁶

Penelitian ini bertujuan untuk menggali mengeksplorasi serta mendiskripsikan kepatuhan perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi dengan menggunakan alat pelindung diri (sarung tangan dan masker) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.

B. Informan Penelitian

Istilah sampel dalam penelitian kualitatif diganti dengan sebutan partisipan atau informan.⁵⁷ Pemilihan partisipan atau informan dalam penelitian kualitatif umumnya penentuan subjek atau sumber data diarahkan tidak pada sampel yang terlalu besar, akan tetapi ditentukan berdasarkan kasus-kasus tipikal yang sesuai dengan masalah penelitian, serta tidak ditentukan secara tegas diawal penelitian dan dapat berubah dalam hal jumlah dan karakteristik sampel. Beberapa peneliti menyarankan untuk lebih mementingkan tercapainya titik jenuh.⁵⁷ Penentuan ukuran sampel dalam penelitian kualitatif tidak perlu terlalu besar, karena akan mempersulit dalam mengekstrak data yang terlalu banyak. Akan tetapi, jumlah sampel yang terlalu kecil juga akan sulit dalam mencapai saturasi data, saturasi teoritis dan kelebihan informasi.⁵⁸

Informan dalam penelitian ini terdiri dari dua macam informan, yaitu informan utama dan informan triangulasi.

1. Informan utama

Informan dalam penelitian ini sebanyak lima perawat pelaksana, yang bertugas diruang Ayub 2 rawat inap Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang. Penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi cenderung menggunakan sampel yang ideal adalah tiga sampai sepuluh orang. Penentuan jumlah sampel 5 informan dianggap telah memadai karena telah sampai kepada taraf saturasi data.⁵⁹

Teknik penentuan Informan dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu suatu metode penentuan informan yang sesuai dengan tujuan penelitian dan memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subjek agar dapat diikutsertakan ke dalam penelitian.⁶⁰

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Perawat pelaksana yang berdinasi di ruang rawat inap Ayub 2 RS. Roemani Muhammadiyah Semarang.
- b. Perawat yang pernah mendapatkan sosialisasi atau pelatihan *patient safety*
- c. Perawat yang mempunyai pengalaman dalam menggunakan APD (sarung tangan dan masker)
- d. Perawat yang mampu berkomunikasi dengan baik atau kooperatif
- e. Perawat yang bersedia menjadi informan penelitian

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah

- a. Perawat yang saat pengambilan data tidak ada ditempat
- b. Perawat yang baru melaksanakan orientasi ruangan

Jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak 5 informan dengan data yang dibutuhkan peneliti, apabila perbandingan karakteristik data yang diperoleh dari informan sudah terdapat banyak kesamaan maka dianggap mewakili saturasi data tercapai.

2. Informan Triangulasi

Penelitian ini menggunakan dua informan triangulasi yaitu triangulasi sumber dan triangulasi tehnik observasi tersamar

- a. Informan triangulasi sumber digunakan untuk menjaga validasi data penelitian, dengan tujuan memvalidasi data yang diperoleh dari informan dan memperluas cakupan data yang diperoleh. Adapun informan triangulasi sumber ada 3 orang yaitu 1 Ketua Tim dan 2 Kepala Ruang
- b. Informan triangulasi tehnik observasi tersamar digunakan untuk menemukan hal-hal yang tidak terungkap oleh informan saat wawancara, sehingga peneliti memperoleh gambaran yang komprehensif. Adapun informan triangulasi tehnik observasi tersamar adalah perawat pelaksana di ruang Ayub 2 rumah sakit Roemani yang sedang melakukan tindakan keperawatan terhadap pasien yang dilakukan observasi oleh peneliti.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan diruang rawat inap Ayub 2 Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang

2. Waktu penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan 5 – 23 November 2016

D. Definisi Istilah

Tabel 3.1
Definisi Istilah

| Istilah | Definisi |
|---|--|
| Keselamatan | Bebas dari bahaya atau resiko (hazard) |
| Keselamatan Pasien (<i>Patient safety</i>) | Sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dan meminimalkan timbulnya resiko |
| Infeksi Nosokomial | Infeksi yang didapatkan oleh pasien saat dirawat di rumah sakit |
| Agen infeksi | Mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi |
| Reservoir | Tempat dimana mikroorganisme dapat hidup, tumbuh dan berkembang biak dan siap ditularkan pada orang |
| Pintu keluar | Jalan darimana infeksi meninggalkan reservoir |
| Transmisi /penularan | Cara penularan mikroorganisme dari reservoir ke pejamu (<i>Host</i>) |
| Pejamu (<i>host</i>) | Orang yang tidak memiliki daya tahan tubuh yang cukup untuk melawan agen infeksi serta mencegah terjadinya infeksi |
| Infeksi silang | Infeksi yang didapatkan dari orang lain atau penderita lain yang dirawat di rumah sakit baik secara langsung maupun tidak langsung. |
| Infeksi Lingkungan | Infeksi yang disebabkan karena kuman yang terdapat pada benda atau bahan yang bersifat tidak bernyawa dilingkungan rumah sakit. |
| Infeksi Sendiri | Infeksi yang paling sering disebabkan oleh kuman yang terdapat pada penderita itu sendiri |
| Aseptik | Tindakan yang dilakukan untuk mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh yang kemungkinan besar akan mengakibatkan infeksi |
| Antiseptik | Upaya pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit dan jaringan tubuh lainnya |
| Alat Pelindung Diri | Suatu alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang yang fungsinya mengisolasi sebagian atau seluruh tubuh dari potensi bahaya di tempat kerja |
| Sarung Tangan | Melindungi tangan dari bahan yang dapat menularkan penyakit dan melindungi pasien dari mikroorganisme yang berada ditangan petugas kesehatan |
| Masker | Memberikan perlindungan terhadap transmisi infeksi melalui udara dan menghindari cipratan sewaktu petugas berbicara, batuk, atau bersin serta mencegah cairan atau |

| | |
|-------------------|--|
| | percikan darah dan mikroorganisme memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan |
| Kepatuhan perawat | Perilaku perawat terhadap suatu tindakan, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditati |

E. Alat dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data pada dasarnya adalah peneliti sendiri sebagai instrument langsung. Alat yang digunakan dalam pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Pedoman Wawancara, pedoman wawancara dibuat untuk membantu peneliti dalam menggali informasi pada saat melakukan wawancara mendalam yang terstruktur. Pedoman wawancara tersebut berisi sejumlah pertanyaan terbuka yang sebelumnya sudah disusun dan didasarkan atas masalah dalam rancangan penelitian.⁵⁶ Peneliti melakukan uji coba instrument untuk mengetahui validitas instrument saat melakukan pengumpulan data melalui wawancara. Uji coba instrument ini dilakukan pada satu orang informan yang memiliki karakteristik sama dengan informan yang dijadikan subyek penelitian. Uji coba tersebut bertujuan untuk menguji kemampuan peneliti dalam melakukan proses wawancara, memberikan pertanyaan yang mengarah pada tujuan, mengetahui pemahaman informan terhadap pertanyaan.

- b. Alat Perekam, alat perekam suara ini berupa *recorder /HP* digunakan oleh peneliti untuk merekam suara saat berlangsungnya kegiatan wawancara mendalam antara peneliti dengan informan. Tujuan menggunakan alat perekam tersebut supaya data yang disampaikan oleh informan bisa akurat didapatkan, membantu analisis data dan sebagai bukti keabsahan data.
- c. Buku Catatan dan Alat Tulis ini digunakan untuk mencatat informasi penting yang disampaikan oleh informan saat melakukan wawancara

2. Tehnik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan tehnik wawancara atau (*indepth interview*) dan Observasi terhadap informan.

a. Wawancara mendalam

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan wawancara mendalam atau *indepth interview* terhadap informan. Wawancara mendalam merupakan tehnik pengumpulan data untuk mendapatkan informasi yang digali dari informan langsung melalui percakapan atau tanya jawab sehingga peneliti menemukan permasalahan secara lebih terbuka dan jelas dari informan

b. Observasi

Pengumpulan data juga dilakukan dengan melakukan observasi terus terang atau tersamar. Peneliti dalam mengumpulkan data menyatakan terus terang kepada informan bahwa sedang melakukan penelitian, tetapi dalam melakukan observasi peneliti

juga tidak terungkap atau tersamar dalam melakukan observasi. Dengan observasi peneliti dapat melihat kekurangan atau tidak diamati orang lain karena dianggap biasa, dan menemukan hal-hal yang tidak terungkap saat wawancara, sehingga peneliti memperoleh gambaran yang lebih komprehensif.⁶¹

3. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan beberapa tahap sebagai berikut:

a. Tahap Persiapan

Peneliti melakukan persiapan mengajukan ijin penelitian dengan mengurus sebagai berikut:

- 1) Peneliti mengajukan persetujuan *Ethical Clearance* di Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dan RSUP dr. Kariadi Semarang.
- 2) Mengajukan ijin penelitian kepada Direktur RS. Roemani Muhammadiyah Semarang.
- 3) Setelah direktur menyetujui, peneliti menghadap Kepala Bidang Keperawatan untuk menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian dan berkoordinasi berkaitan pelaksanaan penelitian.
- 4) Menghubungi informan yang sesuai dengan kriteria menjadi responden atau informan.

- 5) Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada informan.
- 6) Peneliti mengajukan permohonan penelitian kepada informan untuk menjadi responden atau informan dalam penelitian dan memberikan lembar *informed consent*. Apabila informan bersedia terlibat dalam penelitian ini, maka diminta untuk mengisi lembar *informed consent* sebagai bukti persetujuan menjadi informan dalam penelitian.

b. Tahap Pelaksanaan

Setelah informan setuju dan siap untuk terlibat dalam penelitian ini, peneliti melakukan kontrak waktu kepada informan untuk menyetujui dilakukannya proses wawancara. Proses wawancara didasari sepenuhnya pada perkembangan pertanyaan secara spontan dan alami. Wawancara dilakukan secara mendalam dan terbuka dengan menggunakan panduan wawancara yang sudah disusun agar informan dapat mengeksplor banyak informasi dan pengalamannya. Bersamaan dengan pelaksanaan wawancara bersama informan, peneliti juga menggunakan catatan lapangan (*field note*) untuk mencatat komunikasi atau respon non verbal yang ditampilkan oleh informan dan beberapa kondisi yang mungkin mempengaruhi proses wawancara. Proses wawancara terhadap informan dilakukan selama 30 menit dan pembatasan waktu maksimal satu jam dengan pertimbangan agar informan tidak jenuh

dengan pertanyaan mengenai informasi yang peneliti butuhkan dan informan tetap dapat berkonsentrasi serta memberikan informasinya dengan baik. Data wawancara dengan informan dilengkapi dengan melakukan observasi sesuai dengan lembar observasi yang sudah disiapkan.

c. Tahap Terminasi

Pada tahap ini peneliti mengakhiri proses wawancara dengan memberikan *reward* kepada informan atas sikap kooperatifnya selama wawancara. Wawancara dilakukan kembali kepada informan karena masih ada informasi yang belum dipahami atau dibutuhkan oleh peneliti. Peneliti melakukan pengecekan keabsahan data dan kualitas data yang sudah diperoleh

F. Tehnik Analisa Data

Analisa data dilakukan setelah proses pengumpulan data dari masing-masing informan selesai. Beberapa tahapan analisa data yang akan dilakukan yaitu:

1. Reduksi Data

Data yang sudah diperoleh dari informal dilakukan analisa melalui reduksi data. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok dan memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya sehingga data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang jelas.⁶²

2. Penyajian Data (*data display*)

Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *Flowchart* dan sejenisnya. Penyajian data juga memudahkan untuk memahami apa yang sedang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami. Data berkembang saat kita memasuki lapangan dan berlangsung lama di lapangan, karena peneliti menguji apa yang telah ditemukan pada saat memasuki lapangan.⁶²

3. Verifikasi (*condusion drawing/verification*)

Langkah ketiga dalam analisa data adalah menarik kesimpulan atau verifikasi. Kesimpulan merupakan temuan baru berupa deskripsi atau gambaran suatu obyek. Peneliti juga menerima masukan data dari peneliti lain dan pembimbing.⁶²

Pada penelitian ini, peneliti melakukan analisa data secara manual berdasarkan tahapan dari Colaizzi adalah.⁶³

- a. Membuat deskripsi fenomena berdasarkan informasi yang disampaikan informan dalam bentuk transkrip hasil dari wawancara.
- b. Membaca kembali deskripsi informasi dari informan untuk mendapatkan pemahaman terkait pengalaman yang informan sampaikan melalui wawancara.
- c. Membaca kembali hasil transkrip secara keseluruhan dan utuh untuk mendapatkan kata kunci yang signifikan dengan tujuan penelitian.

- d. Menguraikan makna dari masing-masing pernyataan yang signifikan. Peneliti membaca kembali tiap-tiap kata kunci yang terpilih untuk menemukan makna yang dimaksud dari kata kunci tersebut.
- e. Mengorganisasi arti-arti yang telah teridentifikasi dalam beberapa kelompok tema. Setelah tema-tema terorganisir, peneliti memvalidasi kembali kelompok tema tersebut
- f. Mengintegrasikan semua hasil penelitian ke dalam suatu narasi yang menarik dan mendalam sesuai dengan topik.

G. Kriteria dan Tehnik Pemeriksaan Keabsahan data

Terdapat empat kriteria penting dalam menentukan kualitas penelitian kualitatif yaitu:

1. *Credibility* (derajat kepercayaan)

Credibility mengandung makna aktivitas yang memungkinkan temuan hasil penelitian dapat dipercaya. *Credibility* dimaksudkan juga sebagai cara membuktikan hasil penelitian dapat dipercaya melalui pengakuan dari informan terhadap temuan dalam penelitian sebagai pengalaman informan yang sebenarnya. Artinya hasil penelitian harus dapat dipercaya oleh semua pembaca dan informan.⁶²

Derajat kepercayaan ini dilakukan oleh peneliti untuk melakukan konfirmasi ke pada informan, bahwa data yang didapatkan sudah sesuai dengan pengakuan informan yang diperkuat dengan lembar persetujuan.

2. *Transferability* (keteralihan)

Keteralihan merupakan kemampuan hasil dari penelitian untuk dapat diterapkan pada tempat atau kelompok lain dengan kriteria yang serupa dengan penelitian tersebut. Keteralihan dilakukan peneliti untuk memberikan gambaran yang jelas pada informan untuk dapat memahami seluruh pemaparan hasil penelitian yang telah peneliti susun secara lengkap, terperinci, jelas, detail dan sistematis kepada informan.⁶²

Hasil temuan yang didapatkan dalam penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran secara lengkap, terperinci, jelas dan detail yang hasil penelitian akan diberikan kepada rumah sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.

3. *Dependability* (keberuntungan)

Dependability merupakan bentuk kestabilan data yang dilakukan dengan cara melakukan proses audit yang dilaksanakan oleh orang yang berkompeten untuk secara cermat meneliti data-data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian. Kriteria yang digunakan untuk menilai apakah proses penelitian ini bermutu atau tidak dengan mengecek apakah peneliti sudah cukup hati-hati, apakah membuat kesalahan dalam mengkonseptualkan rencana penelitiannya, pengumpulan data dan interpretasinya.⁶²

Peneliti telah mengupayakan pencapaian *Dependability* dengan melakukan konsultasi kepada pembimbing tesis untuk memberikan audit dan menganalisis hasil penelitian pada perawat yang melakukan

tindakan dengan menggunakan APD pada penggunaan sarung tangan dan masker.

4. *Confirmability* (kepastian)

Confirmability mengandung makna apakah hasil penelitian dapat dibuktikan kebenarannya dimana hasilnya sudah sesuai dengan temuan yang ada dilapangan. Konsep objektivitas ini menunjukkan kesediaan peneliti untuk mengungkapkan proses dan elemen-elemen penelitian secara terbuka, sehingga peneliti lain memberikan penilaian dan memiliki kesamaan pandangan dan pendapat terkait topik yang diteliti.⁶⁴ Untuk mencapai/ memenuhi *Confirmability* (kepastian) penelitian ini, peneliti melibatkan pembimbing tesis dalam proses konsultasi dan mempresentasikan hasil temuan pada sidang hasil penelitian, sehingga pada akhirnya ditemukan kesamaan pandangan dan pendapat mengenai hasil penelitian.

H. Etika Penelitian

Mempertimbangkan etika penelitian sangat penting sebelum proses penelitian dilakukan, karena peneliti sebagai instrument pengumpul data akan berlangsung dengan informan. Beberapa persoalan etik mungkin akan muncul bila peneliti tidak menghormati, tidak mematuhi dan tidak mengindahkan nilai-nilai yang melekat pada informan tersebut. Penting bagi peneliti untuk bisa menyesuaikan diri dan sejenak melupakan nilai dan budaya diri sendiri.⁵⁶

Beberapa prinsip etik penelitian yang dilakukan untuk memperlancar penelitian agar bisa berjalan dengan baik yaitu menggunakan prinsip *informed and voluntary consent*, otonomi, kerahasiaan informasi dan anonimitas partisipan, serta tidak merugikan partisipan, *beneficence* dan resiprokal (adanya timbal balik):⁶⁴

1. Peneliti melakukan pengurusan perijinan sesuai dengan prosedur peraturan di rumah sakit yang akan diteliti.
2. Peneliti menghargai, menghormati dan patuh terhadap peraturan dan norma yang ada ditempat penelitian dengan melakukan penelitian disaat informan bebas dari jam kerja dan dilakukan di ruangan yang tidak mengganggu pekerjaan di rumah sakit.
3. Menghormati hak informan dalam keikutsertaan dalam penelitian dan bukan merupakan keterpkasaan. Partisipasi informan dalam penelitian ini bersifat sukarela (*voluntary consent*) dan secara otonomi mempunyai hak untuk menolak atau menerima untuk berpartisipasi dalam penelitian.
4. Menempatkan informan bukan sebagai objek melainkan sebagai subjek atau orang yang sederajat sama dengan peneliti
5. Peneliti akan memilih informan terlebih dahulu dengan memberikan *informed consent*, yaitu memberitahu secara jujur maksud dan tujuan terkait dengan penelitian yang dilakukan pada partisipan dengan jelas.
6. Peneliti menjamin kerahasiswaan informasi yang disampaikan oleh informan dan tidak mencantumkan nama identitas informan dalam verbatim hasil penelitian, namun cukup dengan menggunakan nama

samaran dan menggunakan kode untuk membedakan identitas hasil penelitian antar informan (*anonimity*).

7. Peneliti menjaga prinsip yang tidak merugikan informan yaitu dengan menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian, serta menjaga kerahasiaan informasi informan.
8. Peneliti diharapkan menghargai dan mengganti rugi atas waktu dan usaha yang telah dilakukan informan untuk keterlibatan dalam penelitian.
9. Peneliti menerapkan prinsip resiprokal yaitu menghargai dan mengganti rugi atas waktu dan usaha yang telah dilakukan informan untuk terlibat dalam penelitian (adanya timbal balik).

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta: Depkes RI. 2008.
2. Kemenkes RI. *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Edisi III. Jakarta. 2015.
3. Depkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1691/Menkes/Per/VIII/2011, tentang Keselamatan pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI. 2011
4. Ballard, K.A. *Patient Safety: A Shared Responsibility*. *Online Journal of Issue In Nursing*. Vol 8 No.3. 2003.
5. Cahyono, JB. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius. 2008.
6. Kemenkes RI. *Standar Akreditasi Rumah Sakit edisi 1*. Jakarta. 2011.
7. Permenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011. Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta. 2011.
8. Molina, Vera Fitra. *Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Nosokomial Di Rumkital Dr. Mintohardjo* Jakarta; FKM UI. 2012.
9. Pohan, I.S. *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan. Dasar-Dasar Pengertian*. Bekasi: Kasaint Blanc. 2003.
10. Kemenkes RI. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya. Kesiapan menghadapi Emerging Infectious Disease*. Jakarta. 2011
11. Depkes RI. *Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial Merupakan Unsur Patient Safety*. Jakarta. 2011.
12. Pancaningrum, Dian. *Faktor-faktor yang mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di RS Haji Jakarta*. FIK UI. 2011.

13. Depkes R.I. *Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lain*. 2008
14. Depkes RI. *Pedoman pencegahan an pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya*. Cetakan kedua. 2009.
15. Pancaningrum, D. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Di RS Haji Jakarta*. Depok: FIK UI. 2011.
16. Sofyati, Ardita. *Persepsi Perawat tentang pemenuhan Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat di Intensive Car Unit (ICU) RS MH Thamrin Salemba*. Depok: FKM UI. 2012.
17. Depkes RI. *Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Ininfeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan kesehatan lainnya*. 2008.
18. Unarajan D. *Manajemen Disiplin*. Jakarta: PT Grasindo. 2003.
19. Gibson, J.L. *Organisasi; Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta; Erlangga. 2007.
20. Saragih, Rosita. *Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Perawat melakukan Cuci Tangan di RS Colombua Asia Medan*. 2012
21. Setiyawati, Wiwik. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku Kepatuhan Perawat dalam Mencegah Infeksi Luka Operasi di Ruang rawat Inap RSUD dr. Moewardi Surakarta*. 2008
22. Rohani, Nanik. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi*. FKUI.2009.
23. Sahara, Ayu. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dan Bidan dalam Menerapkan Kewaspaan Universal di RS Palang Merah Bogor*. FKM UI. 2011
24. Siburian, Apriliani. *Gambaran Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) terhadap Keselamatan Kerja Perawat di IGD RSUD Pasar Rebo*. FIKUI.2012

25. Mashuri, dkk. *Pengaruh Penerapan Universal Precaution (hand hygiene dan APD) dalam mencegah Insiden Hepatitis C pada Pasien Hemodialisa di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta*. UMY.2013
26. Hayulita, Sri. Frenky Paija. *Hubungan Motivasi dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSI Ibnu Sina*. LPPM Stikes Yarsi.2014
27. Depkes RI. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta. 2009.
28. KKPRS. *Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident report)*. Jakarta. 2015.
29. Depkes. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1691/Menkes/Per/VIII/2011*. Jakarta: Depkes RI. 2011.
30. KKP-RS. *Sembilan Solusi Live Saving Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. 2007. <http://www.inapatsafety-persi.or.id>. diunduh januari 2016.
31. Depkes. *Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta. 2002.
32. Patricia, Potter. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan edisi 4*. Jakarta: EGC. 2005.
33. Ahmad, Kartini. *Kunci pengendalian Infeksi Nosokomial*. Padang: Angkasa Raya. 2002.
34. Green Wood David. *Medical Microbiology*. Jakarta: EGC. 2003.
35. Moya J. Morrison. *A Colour Guide to The Nursing management Of Wounds (manajemen Keperawatan Luka)*. Jakarta: EGC. 2004
36. Hidayat,A..Aziz Alimun & Uliyah, Musrifatul. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Buku 1, edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika. 2014.
37. Direktorat Jenderal P2MPL. *Pedoman Pelaksanaan Universal di Pelayanan Kesehatan*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2010.
38. Septiari, B.B. *Infeksi Nosokomial*.Yogyakarta: Nuha Medika. 2012.
39. Permen Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor Per.08/MEN/VII/2010 *Tentang Alat Pelindung Diri*.2010

40. Darmadi. *Infeksi Nosokomial Problematika dan Pengendaliannya* . Jakarta; Salemba Medik. 2008
41. Rudi Suardi. *Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Jakarta. PPM. 2005
42. Depkes RI. *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan. 2003
43. WHO. *Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yang Cenderung Menjadi Epidemik dan Pandemi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. 2007
44. WHO. *Practical Guidelines For Infection Control in Health Care Facility India: WHO Regional Office South East Asia*. 2004
45. Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta. 2007.
46. Nevin, Neil. *Psikologi Kesehatan dan pengantar untuk Perawat dan Professional Kesehatan lain*. Jakarta: EGC. 2002.
47. Gibson, J.L. Ivancevich, J.M, & Donnelly, J.H. *Organisasi: Perilaku, Struktur, Proses, Jilid 1*, Jakarta: Binarupa Aksara Publisher. 2003.
48. Robbins, S.P & Judge, TA. *Perilaku Organisasi*, Edisi 12. Jakarta: Salemba Empat. 2008.
49. Siagian, S.P. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara. 1999.
50. Sopiah. *Perilaku Organisasional*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta. 2009.
51. Umam, Khoirul. *Perilaku Organisasi*. Bandung: Pustaka Setia. 2010.
52. Winardi. *Manajemen Perilaku Organisasi*. Jakarta: Prenada Media. 2004.
53. Thoha, M. *Perilaku Organisasi Konsep Dasar dan Aplikasinya* Edisi 1. Jakarta: Rajawali Pers. 2012.
54. Hasibuan, S.P. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi revisi. Jakarta: Bumi Aksara. 2007.

55. Basrowi, S. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT Rineka Cipta. 2008.
56. Moleong, L. *Metode Penelitian Kualitatif edisi revisi*. Bandung: PT Remaja Rosda Karya. 2011.
57. Poerwandari, EK. *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. 2009.
58. Onwuegbuzie A.J dan Leech, N.L. *Sampling Desain in Qualitative Research: Making the Sampling Process More Public*. The Qualitative Report. 2007.
59. Bungin B. *Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Kencana. 2007.
60. Wasis. *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.2008.
61. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan & D*: CV. Alfabeta. 2013
62. Sugiyono. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV.Alfabeta. 2013.
63. Creswel JW. *Research Design Pendekatan Kualitatif dan Mixed edisi 3*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2013.
64. Ramadhaniyati,. *Studi Kualitatif tentang adaptasi remaja terhadap penyakit kanker yang diderita*. Jakarta: Universitas Indonesia. 2012.
65. Akyol, Asiye D. *Hand Hygiene among nurse in Turkey: opinions and practices*. 2005
66. Potter & Patricia. *Buku Ajar Fundamental keperawata: Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta .EGC. 2010
67. Karabay, Oguz dkk. *Compliance and Effecacy of Hand Rubbing During In Hospital Practice*. (2005). Di unduh dari <http://web.ebscohost.com> (22 januari 2015)
68. Pangetuti E.P. & Ulfa. *Evaluasi Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada Perawat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II* .2012

69. Annishia, Fristi B. *Analisis Tidak Aman Pekerja Kontruksi PT.PP (Persero) di Proyek pembangunan Tiffani Apartemen Jakarta Selatan*. FKIK. UIN. Jakarta. 2011
70. Halimah, Siti. *Faktor-Faktor yang mempengaruhi Perilaku Aman Karyawan di PT Sim Plant Tambun II*. UIN. Syahid Jakarta. 2010
71. Dirjen Dikdasmen Dekdikbud. *Manajemen peraatan preventif sarana dan prasarana Pendidikan*. Jakarta. Depdikbud. 2001
72. Listy, Kiay Demak D. *Analisis Penyebab Perilaku Aman Bekerja Pada Perawat di RS Islam Asshobirin Tangerang Selatan*. FKIK. UIN Syarif Hidayatullah. Jakarta. 2013