

**ANALISIS FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEPATUHAN PERAWAT PELAKSANA DALAM PENERAPAN  
*STANDARD PRECAUTIONS* DI RSUD BANYUMAS**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai Magister Keperawatan

Konsentrasi  
Manajemen Keperawatan

Oleh:

**Roni Purnomo**

**NIM. 22020113410012**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
2015**

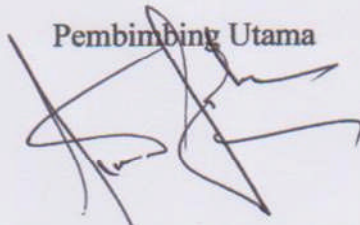
**LEMBAR PENGESAHAN**

**Analisis Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Pelaksana Dalam Penerapan *Standard Precautions* Di RSUD Banyumas**

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

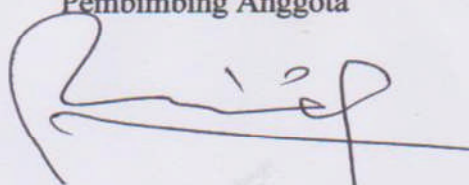
Menyetujui:

Pembimbing Utama



**Dr. dr. Andrew Johan, M.Si**  
NIP. 195804091987031002

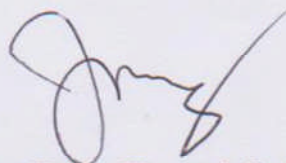
Pembimbing Anggota



**Ns. Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.**  
NIP. 197606252003121001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



**Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD-KGH**  
NIP. 195102051979011001

## PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:


**Analisis Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Pelaksana Dalam Penerapan *Standard Precautions* Di RSUD Banyumas**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama: Roni Purnomo  
NIM: 22020113410012

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 11 Nopember 2015 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji Ketua



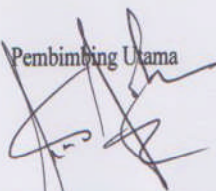
**Dr. Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep**  
NIP. 196701201988031006

Penguji Anggota



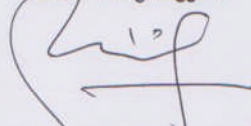
**Dr. Sri Rejeki, M.Kep., Sp., Mat**  
NIK. 0626106401

Pembimbing Utama



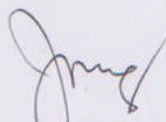
**Dr. dr. Andrew Johan, M.Si**  
NIP. 195804091987031002

Pembimbing Anggota



**Ns. Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.**  
NIP. 197606252003121001

Semarang, 12 Januari 2016  
Ketua Program Studi Magiser Keperawatan



**Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD-KGH**  
NIP. 195102051979011001

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat, rahmat dan karunia-Nya, penulisan tesis dengan judul “Analisis faktor - faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat pelaksana dalam penerapan *standard precautions* Di RSUD Banyumas”, dapat diselesaikan.

Tesis ini ditulis untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Penulisan tesis ini memperoleh bimbingan secara intensif dari para pembimbing baik materi, cara penyusunan tesis dan dalam penulisannya. Pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

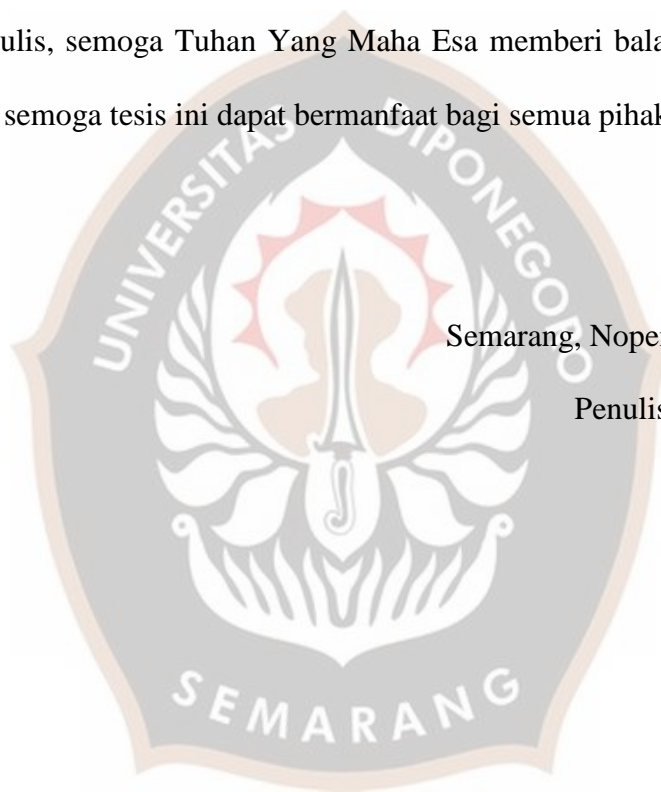
1. Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD-KGH selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
2. Dr. dr. Andrew Johan, M.Si., selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memberikan arahan sehingga tesis ini dapat tersusun.
3. Muhamad Rofi'i, S.Kp., Ners., M.Kep., selaku pembimbing anggota yang dengan penuh kesabaran memberikan bimbingan, arahan dan dukungan demi tersusunnya tesis ini.
4. Keluarga tersayang yang selalu mendukung, motivasi dan mengingatkan selama proses penyusunan tesis ini.

5. Rekan-rekan mahasiswa angkatan III Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang yang telah berbagi informasi, bantuan dan dukungan selama penyusunan tesis ini.
6. Seluruh dosen beserta civitas akademika serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Segala bimbingan dan arahan, dukungan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis, semoga Tuhan Yang Maha Esa memberi balasan yang setimpal. Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Amin.

Semarang, Nopember 2015

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR BAGAN .....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
ABSTRAK.....	xi
BAB I    PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian .....	10
D. Manfaat Penelitian .....	11
E. Keaslian Penelitian.....	12
BAB II    TINJUAN PUSTAKA.....	14
A. Tinjauan Teori.....	14
B. Kerangka Teori.....	45
C. Kerangka Konsep.....	46
D. Hipotesis.....	46
BAB III    METODE PENELITIAN.....	47
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	47
B. Populasi, dan Sampel .....	47
C. Tempat dan Waktu Penelitian .....	50
D. Variabel, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran .....	50
E. Prosedur Penelitian.....	52
F. Alat Penelitiandan Cara Pengumpulan Data.....	53
G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data .....	61
H. Etika Penelitian .....	65
BAB IV    HASIL PENELITIAN.....	68
A. Karakteristik Responden .....	68
B. Analisis Univariat.....	69
C. Analisis Bivariat.....	71
D. Analisis Multivariat .....	72
BAB V    PEMBAHASAN .....	77
A. Hubungan Iklim Keselamatan Kerja Dengan Kepatuhan Penerapan <i>Standard Precautions</i> .....	77



B. Hubungan Dukungan Kepemimpinan Dengan Kepatuhan Penerapan <i>Standard Precautions</i> .....	79
C. Hubungan Komitmen Manajemen Dengan Kepatuhan Penerapan <i>Standard Precautions</i> .....	80
D. Hubungan Pemberian Informasi Dengan Kepatuhan Penerapan <i>Standard Precautions</i> .....	83
E. Hubungan Iklim Keselamatan Kerja, Dukungan Pimpinan Komitmen Manajemen, dan Pemberian Informasi Dengan Kepatuhan Penerapan <i>Standard Precautions</i> .....	84
 BAB VI PENUTUP .....	 87
A. Kesimpulan .....	87
B. Saran.....	88

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1.1	Keaslian Penelitian	12
3.1	Daftar Proposi Jumlah Sampel Per Ruang	49
3.2	Definisi Operasional Penelitian	51
3.3	Kisi-Kisi Kuesioner Variabel Bebas	54
3.4	Kisi-Kisi Kuesioner Penerrapan <i>Standard Precautions</i>	56
4.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur dan Lama Kerja Jenis Kelamin dan Pendidikan	68
4.2	Distribusi Frekuensi Penilaian Iklim Keselamatan Kerja, Dukungan Pimpinan, Komitmen Manajemen, Pemberian Informasi, dan <i>Standard Precautions</i>	70
4.3	Hubungan Faktor-Faktor Kepatuhan Perawat dengan Penerapan <i>Standard Precautions</i>	71
4.4	Uji Normalitas Variabel Iklim Keselamatan Kerja, Dukungan Pimpinan, Komitmen Manajemen, Pemberian Informasi dan <i>Standard Precautions</i>	73
4.5	Hasil Analisis Korelasi Ganda Hubungan Iklim Keselamatan Kerja, Dukungan Pimpinan, Komitmen Manajemen, Pemberian Informasi dengan Penerapan <i>Standard Precautions</i>	74
4.6	Asil Analisis Koefisien Determinasi Summary <sup>b</sup> Variabel Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan <i>Standard Precautions</i>	75
4.7	Hasil Analisis Regresi Linier Prediksi Variabel Iklim Keselamatan Kerja, Dukungan Pimpinan, Komitmen Manajemen, Pemberian Informasi Terhadap Variabel Penerapan <i>Standard Precautions</i>	76



## DAFTAR BAGAN

<b>Nomor Bagan</b>	<b>Judul Bagan</b>	<b>Halaman</b>
2.1	Bagan Kerangka Teori Penelitian	45
2.2	Bagan Kerangka Konsep Penelitian	46



## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Nomor Lampiran</b>	<b>Keterangan</b>
1	Surat Keterangan <i>Ethical Clearance</i>
2	<i>Inform Consent</i>
3	Kuesioner Penelitian
4	Surat Keterangan Ijin Penelitian
5	Data hasil Uji Validitas



**ABSTRAK**

**Roni Purnomo**

**Analisis Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Pelaksana Dalam Penerapan *Standard Precautions* Di RSUD Banyumas**

*Standard precautions* yang merupakan bagian dari Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sangat penting untuk dilaksanakan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sebagai tempat pelayanan kesehatan disamping sebagai tolak ukur mutu pelayanan juga untuk melindungi pasien, petugas juga pengunjung dan keluarga dari resiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas dan berkunjung ke suatu rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat pelaksana dalam penerapan *standard precautions* di RSUD Banyumas.

Penelitian ini adalah penelitian *cross sectional* dengan jumlah responden sebanyak 148 orang perawat pelaksana. Teknik analisa data menggunakan analisis univariat, analisis bivariat yaitu uji korelasi *pearson* dan analisis multivariat menggunakan uji regresi linier berganda.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara iklim keselamatan kerja, dukungan pimpinan, komitmen manajemen dan pemberian informasi secara bersama-sama terhadap kepatuhan penerapan *standard precautions* dengan nilai OR 0.436, artinya 43,6% kepatuhan penerapan *standard precautions* dijelaskan oleh iklim keselamatan kerja, dukungan pimpinan, komitmen manajemen, pemberian informasi, sedangkan sisanya 56,4% dijelaskan oleh variabel lain.

Kesimpulan penelitian ini adalah ada hubungan antara iklim keselamatan kerja, dukungan pimpinan, komitmen manajemen dan pemberian informasi dengan kepatuhan penerapan *standard precautions*.

**Kata Kunci** : iklim keselamatan kerja, dukungan pimpinan, komitmen manajemen, pemberian informasi, *standard precautions*.

**Kepustakaan** : 65 (2005-2014)

**ABSTRACT**

**Roni Purnomo**

**The Analysis of Factors Related to Nurse's Adherence On the Application of Standard Precautions at Banyumas General Hospital**

Standard precautions is an important part of Infection Control and Prevention (PPI) applied in hospitals and other health - service facilities to measure the service quality and prevent patients, medical staffs, families and other visitors from infected risk because they are hospitalized, work and visit a hospital or other health-service facilities.

The purpose of this study is to find out the factors relate to implementer nurse's obedience on the application of standard precautions at RSUD Banyumas.

This is a cross-sectional research with 148 respondents of implementer nurses. The data analysis uses univariate analysis, bivariate analysis; pearson correlation test and multivariate analysis use double linear regression test.

The test result shows a correlation between work safety climate, leader support, management commitment and information to the adherence of applying standard precautions with OR value 0,436 means 43,6% of adherence of standard precautions application is affected by work safety climate, leader support, management commitment, and information. The rest 56,4% is described by other variables.

The conclusion of this study is there is a correlation between work safety climate, leader support, management commitment and information to the adherence of standard precaution application.

**Key words:** safety climate, leader support, management commitment, and provision of information, standard precautions

**Bibliography:** 65 (2005-2014)

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Kewaspadaan standar atau *standard precautions* disusun oleh *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dengan menyatukan *universal precautions* atau kewaspadaan umum terhadap darah dan cairan untuk mengurangi resiko terinfeksi patogen yang berbahaya melalui darah dan cairan tubuh lainnya dan *Body Substance Isolation* (BSI) atau isolasi terhadap cairan tubuh untuk mengurangi resiko penularan patogen yang berada didalam bahan yang berasal dari tubuh pasien yang terinfeksi<sup>1</sup>. *Centers for Disease Control and Prevention* pada tahun 2007 membuat pedoman kewaspadaan dan pencegahan transmisi penyebab infeksi di sarana layanan kesehatan dengan penambahan istilah HAIs (*Healthcare Associated Infections*) yang menggantikan istilah Infeksi nosokomial<sup>2</sup>. *Healthcare Associated Infections* merupakan masalah serius dalam pelayanan kesehatan karena menyebabkan tingginya angka kesakitan dan kematian bagi pasien rawat inap termasuk petugas kesehatan (*Health Care Workers* (HCWs))<sup>3</sup>.

*World health organization* memperkirakan dalam waktu tertentu 1.4 juta penduduk dunia akan terkena *Healthcare Associated Infections*<sup>4</sup>. *Healthcare Associated Infections* dapat diminimalkan dengan menerapkan dan mengembangkan suatu standar pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit untuk semua pasien, pengunjung serta petugas kesehatan yang

ada<sup>5</sup>. *Healthcare Associated Infections* (HAIs) adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lain yang tidak ditemukan dan tidak dalam masa inkubasi saat pasien masuk rumah sakit<sup>1</sup>.

*Standard precautions* yang merupakan bagian dari Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sangat penting untuk dilaksanakan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sebagai tempat pelayanan kesehatan disamping sebagai tolak ukur mutu pelayanan juga untuk melindungi pasien, petugas juga pengunjung dan keluarga dari resiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas dan berkunjung ke suatu rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit merupakan kegiatan perencanaan, pembinaan, pendidikan serta evaluasi. Keberhasilan program di Rumah Sakit perlu keterlibatan lintas profesional, dokter, perawat, laboratorium, kesehatan keselamatan kerja dan lingkungan, farmasi, gizi, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit, sanitasi dan *house keeping*<sup>6</sup>.

Lingkungan pekerjaan di rumah sakit dapat menimbulkan resiko bagi kesehatan maupun kemungkinan terjadinya cedera. Masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pengunjung di rumah sakit dihadapkan pada resiko terjadinya infeksi nosokomial yang dikenal dengan istilah *Health Care Associated Infections* (HAIs)<sup>7</sup>.

Infeksi rumah sakit merupakan masalah penting yang terus meningkat dan merupakan masalah utama bagi seluruh rumah sakit. Orang-



orang yang berada di lingkungan rumah sakit seperti pasien, petugas kesehatan, penunggu / pengunjung juga sangat berisiko terinfeksi. Maka jika tidak dikendalikan dan dicegah dengan sungguh-sungguh, maka infeksi bisa mengakibatkan meningkatnya kesakitan dan kematian. Badan kesehatan dunia memperkirakan bahwa dalam waktu tertentu 1,4 juta penduduk dunia akan terkena HAIs<sup>4</sup>.

*Standard precautions* diterapkan dengan tujuan untuk mengendalikan infeksi secara konsisten serta mencegah penularan bagi petugas kesehatan, pasien dan keluarga serta pengunjung di rumah sakit. Studi menunjukan bahwa penerapan *standard precautions* diantara petugas kesehatan masih rendah<sup>8</sup>, di Indonesia kepatuhan terhadap pelaksanaan *standard precautions* masih rendah. Hal ini disebabkan karena keterbatasan fasilitas dalam pencegahan dan pengendalian infeksi, ketersediaan cuci tangan diruang rawat inap hanya sedikit yang tersedia, jika tersedia kadang tanpa adanya sabun dan handuk. Ketersediaan air mengalir sebagai sarana cuci tangan juga tidak tersedia, pembersih tangan berbasis alkohol tidak tersedia secara luas dan sering adanya kekuarangan sarung tangan, gaun dan masker. Di banyak rumah sakit, kontainer untuk pembuangan beda tajam juga tidak tersedia<sup>9</sup>.

Kepatuhan terhadap *standard precautions* terkait dengan perilaku kesehatan. Penerapan *standard precautions* dapat dilihat dari tiga level : individu, tugas dan dimanika pekerjaan, dan konteks organisasi. Tingkat pertama menggambarkan kesehatan dengan karakteristik personalnya dan pengalaman kerjanya. Pada tingkat kedua menggambarkan tugas

pekerjaannya dan dinamika kesehatan kerjanya, dimana tuntutan petugas kesehatan untuk merawat pasien bersaing dengan keselamatan pribadinya. Tingkat ketiga menggambarkan konteks organisasi, dimana organisasi tersebut mungkin mempunyai nilai budaya keselamatan dan dukungan pimpinan untuk mendukung penerapan *standard precautions*. Penelitian menunjukan bahwa tingkat kepatuhan tidak memuaskan, misalnya alat pelindung diri digunakan tidak selektif, tidak mencukupi, tindakan *standard precautions* dianggap mengganggu kinerja. Profesi kesehatan merasa bahwa mereka kehilangan ketangkasan karena menggunakan sarung tangan selama prosedur invasif<sup>10</sup>.

Perawat memiliki peranan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit yaitu memberikan praktik dan promosi *hand hygiene*, menggunakan *standard precaution*, melakukan teknik aseptik, praktik *cleansing and disinfection*, pengkajian pasien, penyuluhan kesehatan, penggunaan alat yang aman dan membuang sampah limbah<sup>11</sup>. Penelitian oleh Cardoso pada perawat di rumah sakit di Negara Brazil menunjukkan hasil bahwa rata-rata kepatuhan terhadap tindakan *standard precautions* meliputi mencuci tangan sebelum tindakan prosedur sebanyak 27,9%, penggunaan sarung tangan sebanyak 41,4%, pembuangan instrumen benda tajam secara tepat sebanyak 88,8%<sup>12</sup>.

Sebanyak 421 petugas kesehatan di Nigeria, mayoritas (77,9%) dengan benar menggambarkan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi sebagai tindakan pencegahan standar untuk pengendalian infeksi.

Sebanyak 70,1% memakai sarung tangan sebelum menangani pasien atau pasien, 12,6% melaporkan mencuci tangan sebelum memakai sarung tangan, 10,7% mencuci tangan setelah melepaskan sarung tangan, dan 72,4% mengganti sarung tangan setelah tindakan pada setiap pasien yang berbeda. Hanya 3,3% memiliki sistem pembuangan benda tajam di tempat kerja. Mayoritas (98,6%) dari responden melaporkan bahwa alasan utama dari ketidakpatuhan adalah ketidaklengkapan dari peralatan<sup>3</sup>.

Kepatuhan perawat dalam penerapan *standard precautions* dipengaruhi oleh komitmen manajemen, dukungan kepemimpinan, pemberian informasi secara berulang tentang keselamatan kerja serta pelatihan<sup>13</sup>. Penelitian Lee didapatkan hasil bahwa kepatuhan perawat terhadap penendalian infeksi yang dapat mencelakai perawat dan pasien berhubungan dengan tingkat pendidikan, pengalaman kerja, pelatihan, pemberian informasi secara berulang dan sikap<sup>14</sup>. Komitmen manajemen harus dapat dibuktikan dengan kebijakan tertulis berupa standar prosedur dan standar asuhan keperawatan, komunikasi efektif dan model praktik yang mendukung dalam pencapaian penerapan *standard precautions*.

Komitmen manajemen merupakan tanggung jawab manajemen untuk menetapkan tujuan yang strategis. Manajemen rumah sakit mempunyai peranan yang sangat penting dalam tercapainya penerapan *standard precautions* program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit<sup>15</sup>. Sehubungan dengan tingkat cedera yang dilaporkan, lebih dari separuh responden (54%) melaporkan tidak ada cedera pasien. Sebagian besar

responden (75%) melaporkan tidak mengalami cedera yang berhubungan dengan pekerjaan. Terdapat 79% dari staf melaporkan tidak ada insiden yang bisa menyakiti staf dan 75% tidak adanya insiden yang bisa menyakiti pasien, dalam 12 bulan terakhir. Dari hasil analisa regresi menunjukkan bahwa komitmen manajemen mempengaruhi secara signifikan terhadap pencapaian semua sasaran keselamatan pasien. Berdasarkan temuan ini, disarankan agar organisasi kesehatan perlu memastikan komitmen manajerial yang kuat untuk mencapai tingkat keselamatan yang diinginkan<sup>16</sup>.

Dukungan pimpinan berfungsi sebagai model dalam penerapan keselamatan dan menetapkan aturan, memperkuat norma-norma dan sikap yang berkaitan dengan praktik keselamatan kerja bagi perawat<sup>17</sup>. Hasil penelitian Grace tentang fungsi manajemen keperawatan terkait pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit mengatakan bahwa keberhasilan fungsi dukungan pimpinan, dalam hal ini adalah fungsi pengarahan yang dilakukan dapat dilihat dari peningkatan kepatuhan perawat dalam melakukan standard precaution. Dari hasil penelitian ini didapatkan fenomena bahwa perawat pelaksana belum melaksanakan *standard precautions* terkait dengan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS), belum adanya dukungan fasilitas di ruang keperawatan dalam penerapan standard precautions, kepala ruang belum melakukan supervisi terkait dengan PPIRS, serta belum mendapatkan pendidikan dan pelatihan terkait dengan PPIRS<sup>18</sup>.

Komite pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit mempunyai peranan dalam memberikan pendidikan dan pelatihan terhadap

staf, evaluasi berkala terhadap efektivitas dan tindakan pengendalian infeksi serta kejadian infeksi di rumah sakit<sup>15</sup>. Di 55 rumah sakit di 14 negara, ditemukan bahwa 8,7% pasien mendapatkan infeksi di rumah sakit. Perawat yang tertusuk dengan benda tajam yang berpotensi terkontaminasi dengan darah yang terinfeksi sebanyak 80,6%<sup>19</sup>. Penelitian yang dilakukan di RSUD Cianjur menyebutkan bahwa jumlah perawat yang mengalami luka tertusuk jarum sebanyak 61,34%<sup>20</sup>. Kejadian tertusuk jarum di RSUD Kabupaten Banyumas pada rentang waktu Januari sampai dengan Mei 2015 sebanyak 2 perawat.

Berdasarkan wawancara dengan komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS) di rumah sakit umum daerah kabupaten Banyumas selaku penanggung jawab terhadap penerapan *standard precautions* mengatakan bahwa setiap sumber daya manusia yang ada di rumah sakit sudah terpapar dengan informasi penerapan *standard precautions*. Informasi diberikan dengan cara sosialisasi yang diberikan bukan hanya pada tenaga medis dan keperawatan tetapi juga semua sumber daya manusia yang ada di rumah sakit. Komite PPIRS juga mengatakan bahwa setiap karyawan baru serta mahasiswa praktik harus mengikuti sosialisasi tentang *standard precautions*.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan didapatkan bahwa monitoring dan evaluasi terhadap penerapan *standard precautions* belum dilaksanakan secara berkelanjutan. Sudah ada kebijakan dan pedoman berupa standar prosedur operasional tentang *standard precautions*. Sarana prasarana dalam



upaya penerapan *standard precautions* belum terdistribusi secara merata di lingkungan rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat berpendapat bahwa selama ini mereka menerapkan *standard precautions* hanya pada saat merawat pasien yang mereka anggap mempunyai penyakit menular.

*Standard precautions* bertujuan untuk pencegahan dan pengendalian infeksi dirumah sakit yang merupakan suatu upaya penting dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Dampak penerapan *standard precautions* menurunnya infeksi rumah sakit, menurunnya lama masa rawat, penurunan angka kematian, penurunan biaya perawatan dan pengobatan yang membebani rumah sakit maupun pasien. Berdasarkan data dari bagian keperawatan RSUD Kabupaten Banyumas, lama rawat inap atau *Length Of Stay* (LOS) dari tahun tahun 2012 sampai dengan 2015 yaitu tahun 2012 selama 6,6 hari, tahun 2013 selama 6,2 hari, tahun 2014 selama 5 hari, dan tahun 2015 pada periode Januari – Mei selama 5 hari. Prevalensi angka kejadian HAIs tahun 2015 periode Januari – Mei dari 22047 pasien yang dirawat terdapat 3 kejadian Hospital Acquired Pneumonia, dari 5597 pasien dengan pemasangan Urine Cateter terdapat 24 kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK), dari 29 pasien dengan tindakan Central Vena Line tidak terdapat kejadian infeksi aliran darah primer, dari 252 pasien dengan tindakan Endo Trachea Tube terdapat 7 kejadian Ventilator Associated Pneumonia, dan dari 21860 pasien dengan tindakan Intra Vena Line terdapat 498 kejadian plebitis.



Berdasarkan latar belakang diatas menunjukkan bahwa pelayanan keperawatan yang menerapkan budaya keselamatan kerja yang salah satunya dengan penerapan *standard precautions* membutuhkan peran serta perawat secara optimal, sehingga keselamatan pasien, keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan bisa tercapai. Penerapan *standard precautions* merupakan suatu hal yang sangat kompleks dan dapat dipegaruhi oleh banyak faktor. Hal ini berhubungan dengan karakteristik pemberi pelayanan kesehatan dan keperawatan, sifat pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan dan faktor faktor lain yang berkontribusi dalam penerapan *standard precautions*. Hal tersebut yang perlu diantisipasi sehingga peran perawat dalam penerapan *standard precautions* lebih optimal.

## **B. Perumusan Masalah**

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas belum dilaksanakannya evaluasi berkaitan dengan perilaku penerapan *standard precautions*. Dari hasil wawancara dengan dua kepala ruang rawat inap di dapatkan hasil bahwa kepatuhan perawat pelaksanaan dalam cuci tangan sebelum tindakan lebih rendah dari pada kepatuhan cuci tangan setelah tindakan kepada pasien. Berdasarkan hal tersebut peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian yang mengupas tentang analisa faktor – faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pelaksanaan *standard precautions* oleh perawat pelaksana. Berdasarkan penjelasan tersebut maka

perumusan masalah dalam penelitian ini adalah : Apakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat pelaksana dalam penerapan *standard precautions* di RSUD Banyumas.

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat pelaksana dalam penerapan *standard precautions* di RSUD Banyumas.

#### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

- a. Untuk mengetahui hubungan iklim keselamatan kerja dengan kepatuhan penerapan *standard precautions* oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas.
- b. Untuk mengetahui hubungan komitmen manajemen dengan kepatuhan penerapan *standard precautions* oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas.
- c. Untuk mengetahui hubungan dukungan manajemen dengan kepatuhan penerapan *standard precautions* oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas.
- d. Untuk mengetahui hubungan pemberian informasi dengan kepatuhan penerapan *standard precautions* oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas.

- e. Untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan penerapan *standard precautions* oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Rumah Sakit**

Hasil yang ditemukan dapat diketahui faktor-faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kepatuhan penerapan *standard precautions*, memberikan masukan dan gambaran perkembangan penerapan *standard precautions* oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas.

##### **2. Bagi ilmu keperawatan**

Hasil yang ditemukan dapat bermanfaat dalam meningkatkan keilmuan sebagai sumber pustaka tentang analisa faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dalam penerapan *standard precautions* oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas.

##### **3. Bagi Peneliti**

Hasil temuan penelitian ini bermanfaat dalam meningkatkan keilmuan, sebagai sumber pustaka analisa tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penerapan *standard precautions* oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas dan menjadi bahan tambahan dalam penelitian selanjutnya untuk mengembangkan metode dalam pencapaian *standard precautions*.

## E. Keaslian Penelitian

**Tabel. 1.1 Keaslian Penelitian**

<b>Nama Peneliti</b>	<b>Judul penelitian</b>	<b>Desain Penelitian</b>	<b>Variabel Penelitian</b>	<b>Hasil Penelitian</b>
Sukriani	Hubungan faktor organisasi dengan pelaksanaan kewaspadaan universal oleh perawat di rawat inap	<i>Cross sectional.</i> Jumlah sampel sebanyak 124 responden teknik analisa data menggunakan uji <i>chi square</i>	<u>Variabel independent:</u> Faktor organisasi  <u>Variabel dependent:</u> Kewaspadaan universal	Adanya hubungan antar kepemimpinan (p=0,039), supervisi (p=0,042) dengan pelaksanaan kespadaan universal
Dian Pancaning rum	Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial	<i>Cross sectional.</i> Jumlah sampel sebanyak 110 responden teknik analisa data menggunakan uji <i>chi square</i>	<u>Variabel independent:</u> Fakor faktor yang mempengaruhi kinerja perawat  <u>Variabel dependent:</u> Pencegahan infeksi nisokomial	Hasil analisa hubungan antara variabel independen tidak ada hubungan bermakna dengan faktor faktor yang mempengaruhi kinerja
Nani Rohani	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap di RSUD Kota Bekasi	<i>Cross sectional.</i> Jumlah sampel sebanyak 80 responden teknik analisa data menggunakan uji <i>chi square</i>	<u>Variabel independent:</u> Pendidikan, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan pedoman, lama kerja, pelatihan dan supervisi  <u>Variabel dependent:</u> Kepatuhan perawata dalam pencegahan infeksi nosokomial	Ketersediaan sarana sebagai faktor yang paling dominan berhupungan dengan perilaku kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial dengan p value = 0.008

Perbedaan penelitian yang akan dilaksanakan dengan penelitian sebelumnya adalah pada variabel independen yaitu iklim keselamatan kerja, dukungan pimpinan, komitmen manajemen, dan pemberian informasi dan variabel dependen yaitu *standard precautions*, instrument penelitian, dan analisa data.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

Pencegahan dan penendalian infeksi merupakan bagian dari sasaran penerapan keselamatan pasien (*patient safety*), yaitu pada sasaran ke lima dalam upaya pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Pedoman dasar yang membantu keberhasilan suatu program pencegahan dan pengendalian infeksi mencakup: 1) Kebijakan dan prosedur tertulis untuk menangani situasi dimana terjadi paparan risiko infeksi; 2) Melakukan orientasi staf sebelum kebijakan, anjuran atau prosedur baru dimulai dan memberikan tindak lanjut pelatihan; 3) Memastikan suplai peralatan dan fasilitas yang memadai; 4) Melakukan kajian ulang secara berkala untuk memastikan cakupan perubahan dan pemecahan masalah<sup>21</sup>.

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya merupakan suatu standar mutu pelayanan dan penting bagi pasien, petugas kesehatan maupun pengunjung rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Pengendalian infeksi harus dilaksanakan oleh semua rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk melindungi pasien, petugas kesehatan dan pengunjung dari kejadian infeksi dengan memperhatikan *cost effectiveness*.



Tujuannya meningkatkan mutu layanan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya melalui pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, yang dilaksanakan oleh semua departemen/unit di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, meliputi kualitas pelayanan, manajemen risiko, *clinical governance*, serta kesehatan dan keselamatan kerja.<sup>7</sup>

Strategi pencegahan dan pengendalian infeksi disusun dalam suatu "*Isolation precautions* (kewaspadaan isolasi). Kewaspadaan isolasi dirancang untuk mengurangi risiko terinfeksi penyakit menular pada petugas kesehatan dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak di ketahui. *Isolation precautions* terdiri dari dua tindakan yaitu *Standard Precautions* (kewaspadaan standar) dan *transmission-based precautions*" (kewaspadaan berdasarkan cara penularan).

a. *Standard Precautions*

*Standard precautions* di rumah sakit bermula pada tahun 1970 dengan dikeluarkannya pedoman *Isolation techniques for use in hospital*. Pada tahun ini diperkenalkan tujuh kategori *isolation precautions* dengan *color-coded cards*: *strict*, *respiratory*, pelindung, *enteric*, kulit dan luka, *discharge*, dan darah. Pada tahun 1975, kembali dikeluarkan edisi kedua dari *Isolation techniques for use in hospital* yang memiliki konsep kerangka kerja yang sama dengan edisi pertama. Pada tahun 1983 CDC mengeluarkan pedoman *Isolation Precautions* di rumah sakit. Pada pedoman tersebut ada dua sistem untuk isolasi yaitu

kategori khusus dan penyakit khusus. Selain itu, *protective isolation* dieliminasi dan kewaspadaan darah diperluas mencakup cairan tubuh. Kategorinya meliputi *strict, respiratory, enteric, drainage/secretions, blood and body fluid*<sup>2</sup>.

Istilah *standard precautions* sudah digunakan untuk mendeskripsikan tindakan perlindungan terhadap panjangan pada petugas kesehatan dan pasien. Penerapan *standard precautions* diharapkan dapat menurunkan resiko penularan patogen melalui darah dan cairan tubuh lain dari sumber yang diketahui maupun tidak diketahui. Penerapan ini merupakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang harus rutin dilaksanakan terhadap semua pasien dan di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

*Standard precautions* adalah praktek pencegahan infeksi minimum yang berlaku untuk semua perawatan pasien, terlepas dari status pasien yang teridentifikasi mengalami infeksi maupun baru dicurigai status infeksi dari pasien. *Standard precautions* ini dirancang untuk melindungi pemberi pelayanan kesehatan dan mencegah dari penyebaran infeksi di antara pasien. *Standard precautions* termasuk: 1) kebersihan tangan, 2) penggunaan alat pelindung diri (misalnya, sarung tangan, baju, masker), 3) praktek injeksi yang aman, 4) penanganan yang aman dari peralatan atau permukaan di lingkungan pasien yang berpotensi terkontaminasi, dan 5) kebersihan pernapasan /

etika batuk. Masing-masing elemen *standard precautions* dijelaskan dalam bagian berikut<sup>22</sup>.

#### 1) Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan merupakan hal yang penting untuk mengurangi penularan agen infeksius selama perawatan. Kebersihan tangan yang baik, termasuk penggunaan antiseptik berbasis alkohol dan cuci tangan dengan sabun dan air, sangat penting untuk mengurangi resiko penyebaran infeksi dalam perawatan pasien. Penggunaan antiseptik berbasis alkohol sebagai bagian utama kebersihan tangan dalam pelayanan kesehatan yang direkomendasikan oleh CDC dan *World health organization* (WHO) karena efektif terhadap patogen dengan spektrum yang luas, dibandingkan dengan sabun dan air<sup>22</sup>.

Penggunaan antiseptik berbasis alkohol dalam pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan pelaksanaan kebersihan tangan dikarenakan memerlukan sedikit waktu, dan fasilitas kebersihan tangan dapat ditempatkan di samping tempat tidur pasien. Untuk alasan ini, antiseptik berbasis alkohol adalah metode yang disukai untuk kebersihan tangan kecuali ketika tangan terlihat kotor (misalnya, kotoran, darah, cairan tubuh), atau setelah merawat pasien dengan diare karena infeksi yang diketahui atau dicurigai (misalnya, *clostridium difficile*, norovirus), di mana sabun dan air harus digunakan<sup>32</sup>. Alkohol untuk untuk desinfeksi

tangan lebih baik daripada sabun antimikroba kulit dan mempengaruhi kenyamanan<sup>23</sup>.

## 2) Alat Pelindung Diri

Alat Pelindung Diri (APD) mengacu pada peralatan yang dimaksudkan untuk melindungi pemberi pelayanan kesehatan dari paparan atau kontak dengan agen infeksi. Contohnya termasuk sarung tangan, baju, masker wajah, respirator, kacamata dan pelindung wajah. Pemilihan alat pelindung diri didasarkan pada sifat interaksi pasien dan potensi terkena darah, cairan tubuh atau agen infeksius. Penggunaan yang tepat dari APD untuk kepatuhan terhadap *standard precautions* meliputi: penggunaan sarung tangan dalam situasi yang kemungkinan kontak dengan darah atau cairan tubuh, selaput lendir, kulit yang tidak utuh atau bahan yang berpotensi menular; menggunakan gaun untuk melindungi kulit dan pakaian selama prosedur atau kegiatan di mana kontak dengan darah atau cairan tubuh; penggunaan pelindung mulut, hidung dan pelindung mata selama prosedur yang mungkin menimbulkan percikan darah atau cairan tubuh lainnya. Kebersihan tangan merupakan langkah terakhir setelah menghapus dan membuang alat pelindung diri.

Setiap rawat jalan atau pun rawat inap harus mengevaluasi layanan yang mereka berikan untuk menentukan kebutuhan spesifik dan untuk memastikan bahwa alat pelindung diri yang memadai dan

tepat tersedia untuk kepatuhan terhadap pelaksanaan *standard precautions*. Semua pemberi pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan harus dididik mengenai pilihan yang tepat dalam penggunaan APD<sup>22</sup>.

### 3) Keselamatan Injeksi

Keamanan suntikan termasuk praktek dimaksudkan untuk mencegah penularan penyakit menular antara satu pasien dan yang lain, atau antara pasien dan penyedia layanan kesehatan selama persiapan dan pemberian obat parenteral. Keselamatan injeksi membantu meningkatkan perlindungan pemberi pelayanan kesehatan dari paparan darah dan benda tajam<sup>22</sup>.

Perhatian lebih lanjut untuk perlindungan pasien juga diperlukan. Praktik yang tidak aman yang dapat menyebabkan kerugian pasien termasuk 1) penggunaan jarum suntik tunggal, dengan atau tanpa jarum yang sama, untuk mengelola obat untuk beberapa pasien; 2) penggunaan dari jarum suntik bekas, dengan atau tanpa jarum yang sama, ke dalam botol obat untuk mendapatkan obat tambahan untuk pasien tunggal dan kemudian menggunakan botol untuk pasien berikutnya; 3) penyusunan obat di dekat perlengkapan atau peralatan yang terkontaminasi<sup>22</sup>.

### 4) Kebersihan Lingkungan

Fasilitas perawatan harus menetapkan kebijakan dan prosedur untuk pembersihan rutin dan disinfeksi permukaan lingkungan

sebagai bagian dari rencana pencegahan infeksi mereka. Pembersihan lingkungan mengacu pada kotoran yang terlihat dan kontaminasi organik dari perangkat atau permukaan lingkungan menggunakan tindakan fisik menggosok dengan surfaktan atau deterjen dan air, atau proses berbasis energi (misalnya, pembersih ultrasonik) dengan bahan kimia yang sesuai. Proses ini menghilangkan sejumlah besar mikroorganisme dari permukaan. Penekanan untuk pembersihan dan disinfeksi harus ditempatkan pada permukaan yang paling mungkin terjadinya terkontaminasi dengan patogen, termasuk di dekat pasien (misalnya, *bedtralis*) dan permukaan yang sering disentuh dalam lingkungan perawatan pasien (misalnya, gagang pintu). Kebijakan dan prosedur juga harus memfasilitasi upaya mengatasi dekontaminasi tumpahan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya yang cepat dan tepat<sup>22</sup>.

Tanggung jawab untuk pembersihan rutin dan disinfeksi permukaan lingkungan harus diserahkan kepada pemberi pelayanan kesehatan yang terlatih. Prosedur pembersihan dapat dipantau secara berkala atau dinilai untuk memastikan bahwa mereka secara konsisten dan benar melakukan kegiatan kebersihan lingkungan pasien. Semua peralatan medis yang dapat digunakan kembali harus dibersihkan dan dipelihara sesuai dengan instruksi dari pabriknya untuk mencegah penularan pasien ke pasien dari



agen infeksi. Tingkat disinfeksi atau sterilisasi diperlukan untuk perangkat medis dapat digunakan kembali, berdasarkan tingkat risiko untuk transmisi infeksi jika perangkat terkontaminasi pada saat digunakan. 1) Item *critical* (misalnya, instrumen bedah) adalah obyek yang masuk jaringan steril atau sistem pembuluh darah dan harus steril sebelum digunakan; 2) Item *Semi-critical* (misalnya, endoskopi digunakan untuk endoskopi atas dan kolonoskopi) kontak membran mukosa atau kulit yang tidak utuh dan memerlukan, disinfeksi tingkat tinggi sebelum menggunakan kembali; 3) Item *noncritical* (misalnya, manset tekanan darah) adalah yang mungkin kontak dengan kulit utuh bukan selaput lendir dan harus menjalani desinfeksi tergantung pada sifat dan tingkat kontaminasi<sup>22</sup>.

Permukaan lingkungan (misalnya, lantai, dinding) umumnya tidak berhubungan langsung dengan pasien selama pemberian perawatan. Pembersihan permukaan lingkungan diperlukan untuk kebersihan lingkungan itu sendiri dengan menggunakan desinfeksi yang sesuai dengan kondisi permukaan lingkungan. Pembersih untuk menghilangkan bahan organik harus selalu mendahului disinfeksi atau sterilisasi karena sisa-sisa bahan organik mengurangi efektivitas desinfeksi dan proses sterilisasi<sup>22</sup>.

Fasilitas kesehatan harus menetapkan kebijakan dan prosedur untuk pengangkutan dan penanganan peralatan yang mungkin

terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh. Hal harus tersedia dan digunakan untuk menetapkan kebijakan dan prosedur yang jelas dan tepat. Instruksi harus dipasang ditempat dimana peralatan daur ulang dilakukan. Tanggungjawab untuk pembersihan, desinfeksi atau sterilisasi peralatan medis diserahkan kepada pemberi pelayanan kesehatan yang terlatih dalam langkah-langkah pemrosesan kembali dan menggunakan alat pelindung diri yang tepat untuk penanganan peralatan yang terkontaminasi<sup>22</sup>.

5) Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk

Etika batuk adalah unsur Standard precautions yang menyoroti kebutuhan untuk pelaksanaan tindakan pencegahan infeksi pada titik pertama pertemuan dengan fasilitas pelayanan kesehatan (misalnya, penerimaan dan daerah triase). Strategi ini difokuskan terutama pada pasien dan anggota keluarga dengan infeksi pernapasan menular yang tidak terdiagnosis, dan berlaku untuk setiap orang dengan tanda-tanda penyakit termasuk batuk, rhinorrhea, atau peningkatan produksi sekresi pernapasan ketika memasuki fasilitas kesehatan<sup>22</sup>.

Siapapun dengan tanda tanda dan gejala infeksi pernafasan, terlepas dari penyebabnya, harus diinstruksikan untuk mengikuti kebersihan pernapasan dan etika batuk sebagai berikut<sup>24</sup>.

- a) Tutup hidung atau mulut dengan masker sekali pakai saat batuk, bersin, dan saat membersihkan

- b) Memakai masker
- c) Membuang masker dalam tempat sampah terdekat setelah digunakan
- d) Jika tidak ada masker yang tersedia, batuk atau bersin dihadapkan ke siku bagian dalam pada tangan
- e) Praktik kebersihan tangan setelah kontak dengan sekret pernapasan dan benda-benda atau bahan terkontaminasi
- f) Jauhkan tangan yang terkontaminasi dari selaput lendir mata dan hidung

b. *Transmission-based Precautions*

*Transmission-based precautions* dibutuhkan untuk memutus mata rantai transmisi mikroba penyebab infeksi dibuat untuk diterapkan terhadap pasien yang diketahui maupun dugaan terinfeksi atau terkolonisasi patogen yang dapat ditransmisikan lewat udara, droplet, kontak dengan kulit atau permukaan terkontaminasi. Jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi (*transmission-based precautions*) meliputi<sup>1</sup>:

1) Kewaspadaan transmisi kontak

Cara transmisi yang terpenting dan tersering menimbulkan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari kontak langsung dan tidak langsung. Kontak langsung meliputi kontak permukaan kulit terluka/abrasi orang yang rentan/petugas dengan kulit pasien terinfeksi atau kolonisasi. Transmisi kontak tidak langsung terjadi

kontak antara orang yang rentan dengan benda yang terkontaminasi mikroba infeksius di lingkungan, instrumen, melalui mainan anak. Hal ini diterapkan terhadap pasien dengan infeksi atau terkolonisasi (ada mikroba pada atau dalam pasien tanpa gejala klinis infeksi)

2) Kewaspadaan transmisi droplet

Diterapkan sebagai tambahan kewaspadaan standar terhadap pasien dengan infeksi diketahui atau suspek mengidap mikroba yang dapat ditransmisikan melalui droplet ( $>5 \mu\text{m}$ ). Droplet yang besar terlalu berat untuk melayang di udara dan akan jatuh dalam jarak 1-2m dari sumber (misal: *commoncold*, *Respiratory Syncytial Virus (RSV)*). Dapat terjadi saat pasien terinfeksi batuk, bersin, bicara, batuk akibat induksi fisioterapi dada, resusitasi kardiopulmoner.

3) Kewaspadaan transmisi melalui udara (*Airborne precautions*)

Kewaspadaan transmisi melalui udara diterapkan sebagai tambahan kewaspadaan standar. misalnya transmisi partikel terinhalasi (*varicella zoster*, *Mycobacterium tuberculosis*) langsung melalui udara. Ditujukan untuk menurunkan risiko transmisi udara. Mikroba penyebab infeksi baik yang ditransmisikan berupa droplet nuklei (sisa partikel kecil  $< 5 \mu\text{m}$  evaporasi dari droplet yang bertahan lama di udara) atau partikel debu yang mengandung mikroba penyebab infeksi. Mikroba tersebut dapat terbawa aliran udara  $> 2\text{m}$  dari sumber, dapat terinhalasi oleh individu rentan di

ruang yang sama dan jauh dari pasien sumber mikroba, tergantung pada faktor lingkungan, misal penanganan udara dan ventilasi yang penting dalam pencegahan transmisi melalui udara.

## 2. Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penerapan *Standard Precautions*

*Standard precautions* merupakan seperangkat pedoman yang direkomendasikan untuk diterapkan dalam setiap aktivitas praktik pemberian perawatan kepada pasien untuk melindungi petugas kesehatan dan pasien dari panjangan penyakit infeksi yang menular. Kepatuhan penerapan *standard precautions* dipengaruhi oleh Iklim keselamatan kerja (*safety climate*), dukungan kepemimpinan, komitmen manajemen dalam program pelatihan *standard precautions*, dan frekuensi pemberian informasi<sup>10,13</sup>.

### 1) Iklim keselamatan kerja

Iklim keselamatan kerja merupakan persepsi mengenai kebijakan, prosedur dan tindakan-tindakan yang diambil terkait dengan keselamatan kerja<sup>25</sup>. Konsensus dari *International Health Worker Safety Center* mengatakan bahwa meningkatkan keselamatan perawat terhadap resiko cedera benda tajam berupa upaya peningkatan keselamatan dengan pengaturan benda tajam, pengendalian dan mengurangi resiko, mengikutsertakan petugas kesehatan dalam melakukan seleksi perangkat yang aman dan mengadakan pendidikan atau pelatihan<sup>26</sup>. Keselamatan perawat

juga dapat disebabkan oleh hubungan sosial budaya dengan etika perawat. Praktik keselamatan yang dilakukan mempunyai pengaruh signifikan dengan sosial budaya dan etika yang merupakan komponen dari keselamatan praktik keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara iklim keselamatan kerja dengan kepatuhan<sup>27</sup>. Keselamatan perawat harus dibudayakan supaya dijadikan kebiasaan dalam mengubah perilaku. Budaya kesehatan merupakan sistem yang melibatkan tindakan individu dan organisasi. Perawat sebagai anggota organisasi harus menunjukkan komunikasi yang baik dalam upaya memperbaiki budaya keselamatan<sup>28</sup>. Penting bagi manajer untuk mengetahui emosional organisasinya dalam mengatur sistem keselamatan perawat yang profesional dan akan memberikan kontribusi dalam peningkatan keselamatan perawat dan pasien dalam mengurangi bahaya di tempat kerja<sup>29</sup>.

## 2) Dukungan kepemimpinan

Kinerja seseorang tergantung pada dukungan organisasi dalam menyediakan sarana dan prasarana kerja, bagaimana organisasi dapat menciptakan lingkungan kerja yang nyaman, serta pemberian jaminan kesehatan dan keselamatan kerja bagi pegawainya. Mangkunegara mengatakan bahwa keselamatan kerja ditunjukkan melalui kondisi yang aman atau selamat dari pederitaan, kerusakan atau kerugian di tempat kerja. Keadaan ini



sering dihubungkan dengan peralatan atau perlengkapan perusahaan atau lingkungan fisik yang dapat mencakup tugas kerja yang membutuhkan pemeliharaan dan latihan. Kesehatan kerja menunjukkan pada kondisi bebas dari gangguan fisik, mental, emosi atau rasa sakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja<sup>30</sup>. Dalam hubungannya dengan *standard precautions*, sarana prasarana kerja adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi, seperti sarana dan peralatan yang dibutuhkan untuk mencuci tangan, perlindungan diri, melaksanakan dekontaminasi alat-alat kesehatan dan untuk mengelola limbah yang ada di ruang perawatan. Agar perawat dapat bekerja secara maksimal pimpinan harus bertanggung jawab atas penyediaan dan pemeliharaan sarana klinis dan non klinis yang dibutuhkan untuk pelaksanaan *standard precautions*, misalnya menyediakan sarana kebersihan tangan.

### 3) Komitmen manajemen

Keberhasilan pengelolaan organisasi sangatlah ditentukan oleh keberhasilan dalam mengelola SDM. Dalam studi manajemen sumber daya manusia, komitmen organisasional sebagai salah satu aspek yang mempengaruhi perilaku manusia dalam organisasi telah menjadi hal penting yang telah banyak didiskusikan dan diteliti. Alasannya sangat sederhana, contohnya sebaik apapun visi, misi, dan tujuan organisasi, tidak akan

tercapai jika tidak ada komitmen dari anggota organisasinya. Seberapa jauh komitmen karyawan terhadap organisasi tempat mereka bekerja sangatlah menentukan organisasi itu dalam mencapai tujuannya.

Penerapan dan prosedur yang telah diterapkan di rumah sakit merupakan sistem nilai-nilai, keyakinan dan kebiasaan bersama dalam organisasi yang berinteraksi dengan struktur formal untuk menghasilkan struktur perilaku. Budaya organisasi meliputi nilai-nilai atau keyakinan (*core value*) yang berfungsi sebagai perekat organisasi yang dijadikan dasar dalam bentuk perilaku setiap individu dalam organisasi, dalam rangka mencapai visi organisasi. Manajemen mencakup perencanaan, pendanaan, penyusunan staf, pengendalian dan pemecahan masalah serta evaluasi. Para manajer bertanggung jawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan disepakati bersama ditingkat pelayanan masing-masing<sup>22</sup>.

Komitmen manajemen dilakukan oleh atasan langsung dengan melakukan supervisi terhadap stafnya. Supervisi adalah proses yang memacu anggota organisasi untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi dapat tercapai. Supervisi dalam keperawatan dilakukan untuk memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan visi, misi, dan tujuan organisasi serta sesuai dengan standar yang telah ditetapkan<sup>31</sup>. Aktivitas pada supervisi adalah

mengajarkan, membimbing, mengobservasi, dan mengevaluasi secara terus menerus dengan adil, sabar, serta bijaksana sehingga setiap perawat pelaksana dapat memberikan asuhan keperawatan dengan baik, terampil, aman, cepat, tepat secara menyeluruh sesuai dengan standar. Supervisi bertujuan untuk mengorientasikan, melatih kerja, memimpin, memberikan arahan, dan mengembangkan kemampuan perawat pelaksana<sup>32</sup>.

#### 4) Pemberian Informasi

Kepemimpinan merupakan inti manajemen. Sebagai inti manajemen kepemimpinan sangat berpengaruh terhadap efektivitas sistem informasi yang digunakan dalam organisasi, sebagaimana pengaruhnya terhadap efektivitas berbagai sistem lain di dalam organisasi. Salah satu alasan utamanya karena salah satu peranan dari orang-orang yang menduduki jabatan pimpinan dalam organisasi ialah peranan informasional. Ditinjau dari segi informasi, struktur organisasi dapat disoroti dari dua segi yaitu adanya berbagai satuan kerja dalam organisasi untuk melaksanakan program kerja rutin dan adanya satuan kerja yang bertugas memecahkan berbagai masalah yang dihadapi oleh organisasi<sup>33</sup>.

### 3. Pendekatan Manajemen dalam Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

Komitmen dan dukungan yang baik dari pihak pimpinan rumah sakit dan seluruh karyawan menjadi penting. Dukungan yang penting adalah dukungan dari orang-orang yang berpengaruh, misalnya pimpinan rumah sakit yang dengan mudah mengerakan stafnya untuk melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.

Pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit ditinjau dari dua hal yaitu manajemen dan organisasi

a. Manajemen

Pendekatan manajemen dapat menilai keberhasilan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit karena sistematkanya sesuai dengan langkah-langkah kegiatan yang ada pada program pencegahan dan pengendalian infeksi. Faktor monev antara lain komitmen, kepemimpinan, komunikasi dan kerja sama

1) Komitmen

Komitmen bagi pemimpin yang efektif yaitu pemimpin yang mampu menunjukkan keyakinannya. Dalam melaksanakan kepemimpinannya, pemimpin yang baik harus memiliki tanggung jawab yang merupakan salah satu bentuk manifestasi dari kewenangan yang diberikan anggota kepada pemimpinnya. Tanggung jawab seorang pemimpin dalam melaksanakan komitmennya adalah: 1) Bersama staf mendefinisikan pekerjaan, pertemuan dilakukan untuk mengembangkan deskripsi tugas dari

parah stafnya; 2) Menetapkan prioritas tanggung jawab, prioritas mencerminkan pentingnya sebuah kegiatan bagi unit kerja organisasi. Pimpinan harus menyatakan dengan jelas apa yang diharapkan agar dapat dimengerti oleh para stafnya; 3) Menjelaskan jangkauan kewenangan stafnya, tanggung jawab dan tugas yang dibebankan kepada stafnya<sup>34</sup>.

## 2) Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah ketampilan dan kemampuan seseorang dalam mempengaruhi perilaku orang lain dalam berpikir dan bertindak agar perilaku individualistik dan egosentrik menjadi perilaku organisasi<sup>34</sup>. Pemimpin berperan sebagai pendorong anggota beraktifitas serta memberi dukungan dan motivasi agar tujuan dapat tercapai. Peran yang perlu ditampilkan pemimpin adalah: mencetuskan ide, memberi informasi, sebagai seorang perencana, pemberi dukungan, mengaktifkan anggota, mengawasi kegiatan, menciptakan rasa aman dan sebagai ahli dalam bidang yang dipimpinnya<sup>35</sup>.

## 3) Komunikasi

Komunikasi dalam organisasi merupakan fungsi manajemen. Komunikasi harus sistematis, mempunyai kontinuitas dan integrasi penuh kedalam struktur organisasi dengan mendorong pertukaran pandangan dan gagasan. Komunikasi merupakan pertukaran yang kompleks antar pikiran, gagasan, atau informasi,

komunikasi diperlukan untuk mengambil keputusan yang bersifat informasi<sup>36</sup>.

#### 4) Kerja sama

Kerjasama merupakan sarana yang sangat baik dalam menggabungkan berbagai talenta dan dapat memberikan solusi inovatif. Kerja sama akan memudahkan manajemen dalam mendelegasikan tugas-tugas organisasi. Untuk membentuk sebuah tim yang solid dibutuhkan komitmen tinggi dari manajemen<sup>37</sup>. Kerjasama tim merupakan suatu sumber daya yang perlu dikembangkan serta dibina. Proses pembentukan, pemeliharaan dan pembinaan kerjasama tim dilakukan atas dasar kesadaran sehingga segala sesuatu dapat berjalan secara normal sebagai suatu aktivitas sebagaimana kerjasama tim.

#### b. Organisasi

##### 1) Struktur Organisasi

Struktur organisasi adalah bagaimana sebuah pekerjaan dikoordinasikan, dikelompokkan, dan dibagi secara formal. Struktur organisasi merupakan suatu susunan dan hubungan antara tiap bagian yang ada dalam menjalin kegiatan operasional dalam mencapai suatu tujuan<sup>38</sup>.

##### 2) Uraian Tugas

Uraian tugas merupakan uraian tertulis tentang apa yang menjadi kontribusi tiap pemegang jabatan kepada organisasi. Uraian



tugas harus menguraikan fungsi, tugas-tugas, tanggung jawab, wewenang, kondisi kerja dan aspek aspek pekerjaan tertentu lainnya serta menguraikan apa yang dilakukan pekerjaan atau profil suatu pekerjaan.

### 3) Program Kerja

Program pencegahan dan pengendalian rumah sakit adalah kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan serta pembinaan dalam upaya menurunkan angka kejadian infeksi rumah sakit. Program pencegahan dan pengendalian infeksi dicapai melalui kegiatan surveilans, penerapan kewaspadaan, pendidikan dan pelatihan, mengembangkan kebijakan prosedur. Hal ini perlu ditunjang oleh perencana secara rinci dalam membuat strategi dan langkah yang memerlukan koordinasi antara individu, bagian maupun unit pelayanan disarana kesehatan. program harus dijabarkan secara tertulis dan menjadi dasar perencanaan serta memuat unsur-unsur standar dan juga ketentuan yang berlaku<sup>6</sup>.

## 4. Keselamatan Pasien

### a. Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) merupakan suatu sistem yang dibuat oleh rumah sakit untuk membuat asuhan keperawatan lebih aman. Sistem ini meliputi pengkajian risiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan menindaklanjuti

insiden serta implementasi solusi untuk mengurangi dan meminimalkan timbulnya risiko<sup>39</sup>. Keselamatan pasien merupakan upaya mengurangi dan meringankan tindakan-tindakan yang tidak aman dalam sistem pelayanan kesehatan dengan sebaik mungkin melalui penggunaan penampilan praktik yang baik untuk mengoptimalkan kesembuhan pasien<sup>40</sup>.

Lumenta menyatakan penerapan keselamatan pasien dipengaruhi oleh 5 faktor yaitu 1) faktor individu dan kinerja, 2) faktor lingkungan kerja, 3) faktor pasien, 4) faktor organisasional dan 5) faktor eksternal. Faktor-faktor ini merupakan hal yang berpengaruh terhadap kemampuan organisasi untuk meningkatkan mutu melalui aspek keselamatan pasien<sup>41</sup>. Pengembangan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dalam organisasi dapat juga dilakukan dengan menggunakan pendekatan transaksional dan transformasional untuk organisasi agar dapat lebih menjamin keberhasilan penerapan keselamatan pasien<sup>42</sup>. Aspek tersebut meliputi:

#### 1) Lingkungan eksternal

Salah satu kekuatan yang dapat dan mampu mengubah orientasi organisasi adalah dorongan yang bersumber dari lingkungan eksternal. Dalam konteks organisasi kesehatan, tekanan eksternal dapat bersumber dari tuntutan penerapan mutu keselamatan pasien (akreditasi), kompetisi dalam pelayanan, semakin meningkatnya kesadaran masyarakat, dan tuntutan hukum. Lingkungan eksternal

merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan agar organisasi dapat memiliki komitmen tinggi dalam menerapkan mutu melalui keselamatan pasien.

## 2) Kepemimpinan

Pemimpin harus mampu memahami bahwa tekanan eksternal adalah peluang untuk berubah dalam konteks menuju kearah penerapan keselamatan pasien yang lebih baik. Pemimpin mempunyai tugas untuk membangun visi misi, mengkomunikasikan ide-ide perubahan, dan membentuk strategi serta membentuk pengerak perubahan. Tanpa dukungan yang kuat dari pimpinan maka keselamatan pasien tidak akan tercapai. Perawat yang mampu berperan dalam merubah kepemimpinan untuk menerapkan keselamatan pasien akan mempengaruhi perubahan dalam tatanan organisasi yang diharapkan lebih efektif untuk menerapkan keselamatan pasien<sup>43</sup>.

## 3) Budaya organisasi

Budaya keselamatan pasien merupakan fondasi yang mengubah budaya keselamatan pasien dari budaya menyalahkan (*blaming culture*) menjadi budaya keselamatan (*safety culture*) merupakan kunci dalam meningkatkan mutu dalam penerapan keselamatan pasien. Strategi untuk mengembangkan budaya keselamatan adalah dengan melibatkan staf dalam perencanaan dan pengembangan budaya keselamatan. Dalam teori perubahan individu, kelompok

dan organisasi akan mengalami perubahan atau tidak tergantung pada kekuatan tekanan dan faktor keenganan. Perubahan baru akan terjadi jika kekuatan tekanan melebihi kekuatan keenganan. Tangung jawab yang diperlukan dalam pemberian pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien mengarah pada kedua faktor di atas dalam menciptakan budaya keselamatan yang diharapkan<sup>44</sup>.

#### 4) Praktik manajemen

Manajer bertanggung jawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan disepakati bersama terkait keselamatan pasien pada unit pelayanan. Manajer keperawatan bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien yang berhubungan dengan tugas keperawatan. Dukungan manajer keperawatan terhadap pelaksanaan keselamatan pasien merupakan hal positif yang berperan dalam keberhasilan program keselamatan pasien<sup>36</sup>.

#### 5) Stuktur dan sistem

Rumah sakit membentuk stuktur organisasi tim keselamatan pasien rumah sakit yang disertai dengan kelompok kerja. Ada tiga prinsip perancangan sistem keselamatan pasien yaitu: (1) cara mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat, (2) bagaimana merancang sistem agar suatu kesalahan dapat dikurangi, dan (3) bagaimana merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan. Rumah sakit mengakomodasi sistem tersebut agar dapat diimplementasikan secara optimal. Secara nasional kebijakan di Indonesia telah secara

jelas mengatur kedudukan dan peran sistem berupa adanya komite keselamatan pasien, begitu juga di rumah sakit terbentuk komite keselamatan pasien<sup>45</sup>.

#### 6) Pengetahuan dan ketrampilan individu

Pengetahuan tenaga kesehatan merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien melalui manajemen perubahan terhadap sumber daya manusia. Pengetahuan individu diperoleh melalui pelatihan dalam pekerjaannya termasuk dalam upaya pengembangan yang bermakna terhadap tingkat kebutuhan akan pengetahuan<sup>36</sup>. Pengetahuan dalam konteks keselamatan pasien berkaitan dengan kemampuan individu untuk memahami tugas yang berada dalam konteks keselamatan pasien<sup>46</sup>. Penguatan sistem kognitif yang baik diharapkan secara bermakna dapat mengurangi kesalahan yang mengancam keselamatan pasien<sup>42</sup>.

#### 7) Lingkungan kerja

Lingkungan kerja yang kondusif akan mempermudah implementasi keselamatan pasien. Lingkungan kerja yang memenuhi kriteria dalam standar prosedur operasional yang berlaku di Rumah sakit. Lingkungan kerja harus dirancang agar meminimalkan kelelahan fisik dan mental dengan upaya memperhatikan jam kerja, beban kerja, rasio staf dan jadwal rotasi kerja. Lingkungan kerja yang kondusif juga dapat dilakukan dengan mengantisipasi peralatan

yang mempunyai risiko kecelakaan kerja dan keelamatan pasien serta menjamin berjalannya komunikasi dengan baik<sup>47</sup>.

b. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien wajib diterapkan di semua rumah sakit, penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine life-saving patient safety solutions* dari WHO. Sasaran keselamatan pasien ini merupakan pedoman pada setiap rumah sakit untuk menerapkan standar keselamatan pasien yang bertujuan untuk perbaikan secara spesifik dalam keselamatan pasien<sup>48</sup>.

Sasaran keselamatan pasien menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti dan solusi atas permasalahan tersebut. Desain sistem yang baik bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bernutu tinggi, sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh. Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut.

1) Ketepatan Identifikasi Pasien

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki dan meningkatkan ketelitian indentifikasi pasien. Kesalahan karena kekeliruan identifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien dalam keadaan tersedasi atau terbius, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/



lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan pada individu tersebut. Kebijakan atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya untuk identifikasi pada pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Sedikitnya ada dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*. Nomor kamar atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk pada pasien tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan untuk dapat diatasi.

## 2) Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan. Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami

oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan adalah pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon, kesalahan lain yang mudah terjadi adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui telepon ke unit pelayanan. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk; mencatat atau memasukan ke dalam komputer, perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah, kemudian penerima perintah membacakan kembali perintah atau hasil pemeriksaan, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang sudah akurat. Kebijakan atau prosedur juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali bila tidak memungkinkan seperti kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

### 3) Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-*

*alert medicatio*s) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obatan yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*). Obat-obatan yang sering dimasukkan 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 yang 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 pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi atau sebaliknya. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti 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 atau kurang hati-hati.

4) Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

Kesalahan lokasi, prosedur, pasien salah pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini diakibatkan dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang atau tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis 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 kontribusi yang sering terjadi. Rumah sakit perlu secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah ini. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktural (jari

tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang). Tujuan proses verifikasi praoperatif adalah untuk (1) memverifikasi lokasi, prosedur dan pasue yang benar, (2) memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik dan dipampang, (3) melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus atau implant yang dibutuhkan. Tahap “Sebelum insisi” (*time out*) memungkinkan 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.

##### 5) Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan meningkatkan biaya untk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan masalah besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayaan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pnemonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari

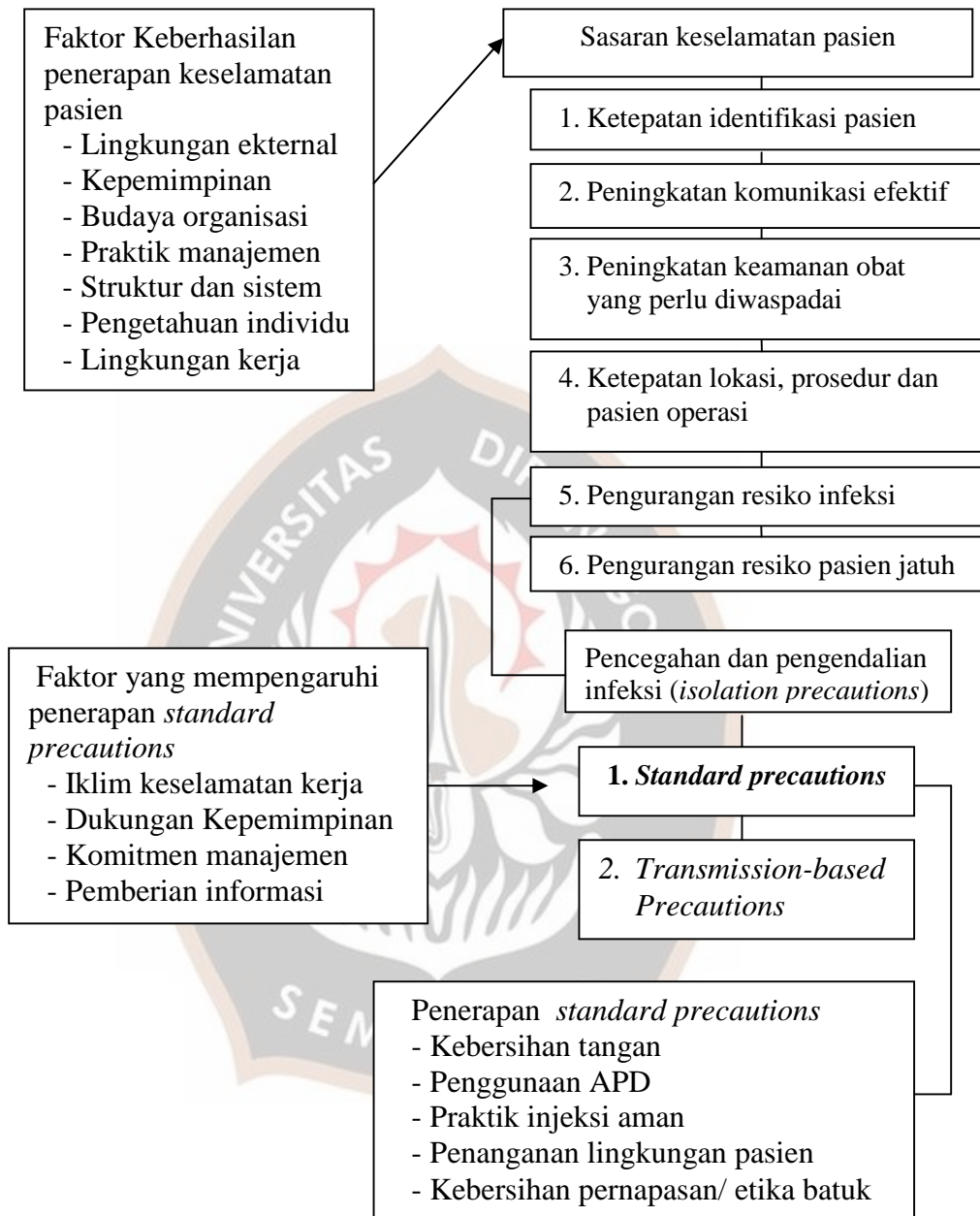
eliminasi infeksi ini maupun infeksi yang lain adalah cuci tangan (*hands hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hands hygiene* yang diterima secara umum dan untuk diimplementasikan petunjuk itu dirumah sakit.

#### 6) Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera akibat jatuh. Jumlah kasus pasien jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai pasien jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi obat, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini harus diterapkan di rumah sakit.

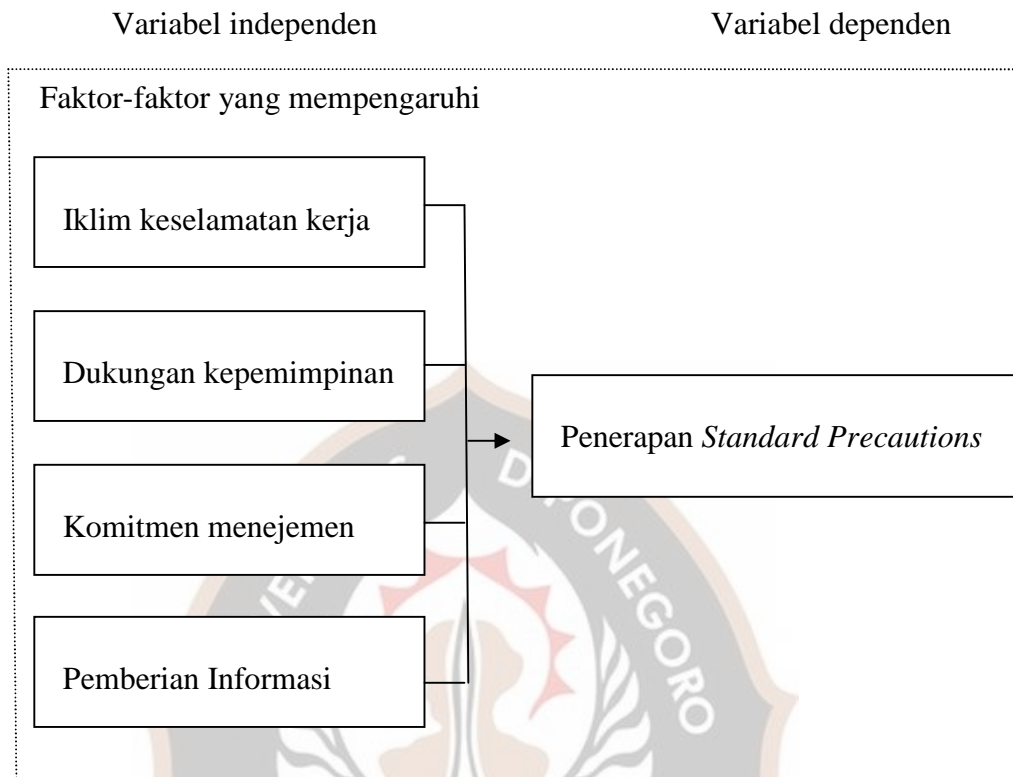


## B. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori Penelitian<sup>1, 10, 13, 27, 42, 48</sup>

### C. Kerangka Konsep



Bagan 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

### D. Hipotesis

1. Ada hubungan iklim keselamatan kerja dengan kepatuhan penerapan *standard precautions* di RSUD Banyumas
2. Ada hubungan dukungan kepemimpinan dengan kepatuhan penerapan *standard precautions* di RSUD Banyumas
3. Ada hubungan komitmen manajemen dengan kepatuhan penerapan *standard precautions* di RSUD Banyumas
4. Ada hubungan pemberian informasi dengan kepatuhan penerapan *standard precautions* di RSUD Banyumas

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik yang bertujuan menganalisa hubungan antar variabel yang diteliti. Rancangan penelitian yang digunakan yaitu *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* dan variabel *dependent* diidentifikasi pada satu satuan waktu<sup>49,50</sup>. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan penerapan *standard precautions* di RSUD Banyumas.

#### **B. Populasi dan Sampel Penelitian**

##### 1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya<sup>51</sup>. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana di RSUD Banyumas yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi:

Kriteria inklusi

- a. Perawat ruang rawat inap
- b. Bersedia menjadi responden
- c. Lama kerja minimal 1 tahun

d. Pendidikan minimal D III keperawatan

Kriteria eksklusi

- a. Perawat yang sedang cuti atau izin belajar pada saat pelaksanaan penelitian
- b. Kepala ruang

Jadi jumlah populasi yang memenuhi kriteria sebanyak 236 orang.

## 2. Besar Sampel

Penghitungan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Slovin, dimana jumlah sampel untuk populasi yang kurang dari 10.000, menggunakan rumus:<sup>52</sup>

$$= \frac{N}{1 + ( )}$$

Keterangan:

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = tingkat penyimpangan yang diinginkan (0.05)

Jumlah populasi penelitian yang ada di instalasi rawat inap adalah 236 orang yang terbagi di 21 ruang rawat inap. Perhitungan jumlah sampel adalah sebagai berikut.

$$= \frac{N}{1 + ( )}$$

$$= \frac{236}{1 + 236 (0.05 )}$$

n = 148

Berdasarkan perhitungan dengan rumus tersebut maka diperoleh jumlah sampel sebanyak 148 responden.

### 3. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti<sup>53</sup>. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan teknik *probability sampling* dengan bentuk *proportional simple random sampling* dengan cara membagi proporsi jumlah responden setiap ruangan kemudian diambil secara acak sesuai dengan jumlah sampel yang dibutuhkan.<sup>49</sup>

**Tabel 3.1**  
**Daftar Proporsi Jumlah Sampel Per Ruangan**

No.	Ruangan	Jumlah perawat pelaksana	Proporsi sampel
1	Anggrek	10	6
2	Baugenville	12	8
3	Cempaka	12	8
4	Dahlia	11	7
5	Edelwais	12	8
6	Flamboyan	10	6
7	Gradena	11	7
8	Thalasemia	5	3
9	Kanthil	11	7
10	Melati	10	6
11	Permata hati	11	7
12	Teratai	11	7
13	Wijayakusuma I	10	6
14	Wijayakusuma II	14	9
15	Arjuna	12	8
16	Bima	10	6
17	Nakula	10	6
18	Sadewa	11	7
19	Unit stroke	10	6
20	ICU	15	9
21	Perina	18	11
Total		236	148

### C. Tempat dan Waktu Penelitian

#### 1. Tempat penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Peneliti memilih Sakit Umum Daerah Banyumas sebagai tempat penelitian karena RSUD Banyumas telah menerapkan *standard precautions* sebagai bagian dari program pencegahan dan pengendalian infeksi

#### 2. Waktu penelitian

Pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 11 – 25 September 2015

### D. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

#### 1. Variabel penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut kemudian ditarik kesimpulannya<sup>51</sup>. Variabel dalam penelitian ini adalah:

##### a. Variabel bebas

Variabel bebas yaitu variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen<sup>51</sup>. Variabel bebas penelitian ini adalah iklim keselamatan kerja, dukungan kepemimpinan, komitmen manajemen dan pemberian informasi.



b. Variabel terikat.

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas<sup>51</sup>. Variabel terikat penelitian ini adalah penerapan *standard precautions*.

2. Definisi operasional penelitian

**Tabel 3.2**  
**Definisi Operasional Penelitian**

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
<b>Variabel independen</b>				
Iklm Keselamatan kerja	Persepsi perawat mengenai kebijakan, prosedur dan tindakan-tindakan yang diambil terkait dengan keselamatan kerja selama memberikan perawatan pada pasien	Kuesioner B yang terdiri dari 9 item soal menggunakan skala likert dengan alternatif jawaban sangat sering, sering, kadang-kadang, tidak pernah	Baik apabila perolehan nilai mean responden > 28 Tidak baik apabila perolehan nilai mean responden ≤ 28	Interval
Dukungan kepemimpinan	Dukungan yang diberikan oleh pimpinan rumah sakit dalam menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung penerapan <i>standard precautions</i>	Kuesioner C yang terdiri dari 9 item soal menggunakan skala likert dengan alternatif jawaban sangat sering, sering, kadang-kadang, tidak pernah	Baik apabila perolehan nilai mean responden > 31 Tidak baik apabila perolehan nilai mean responden ≤ 31	Interval
Komitmen Manajemen	Kesadaran dan kesediaan manajemen untuk melakukan supervisi atau pengawasan secara berkesinambungan tentang penerapan <i>standard precautions</i> di rumah sakit	Kuesioner D yang terdiri dari 8 item soal menggunakan skala likert dengan alternatif jawaban sangat sering, sering, kadang-kadang, tidak pernah	Baik apabila perolehan nilai mean responden > 25 Tidak baik apabila perolehan	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Pemberian informasia	Penyampaian informasi baru maupun <i>review</i> materi tentang penerapan penerapan <i>standard precautions</i> yang diberikan oleh pimpinan	Kuesioner E yang terdiri dari 8 item soal menggunakan skala likert dengan alternatif jawaban sangat sering, sering, kadang-kadang, tidak pernah	nilai mean responden $\leq$ 25 Baik apabila perolehan nilai mean responden $>$ 25 Tidak baik apabila perolehan nilai mean responden $\leq$ 25	Interval
<b>Variabel dependen</b>				
Penerapan standar precaution	Tindakan pencegahan infeksi minimum yang berlaku untuk semua perawatan pasien, terlepas dari status pasien yang teridentifikasi mengalami infeksi maupun baru dicurigai status infeksi dari pasien tersebut meliputi kebersihan tangan, alat pelindung diri, keselamatan injeksi, kebersihan lingkungan dan kebersihan pernapasan	Kuesioner F yang terdiri dari 30 item soal menggunakan skala likert dengan alternatif jawaban sangat sering, sering, kadang-kadang, tidak pernah	Sesuai standar apabila perolehan nilai mean responden $>$ 98 Tidak sesuai standar apabila perolehan nilai mean responden $\leq$ 98	Interval

### E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitan mempunyai beberapa tahap, yaitu: prosedur administratif dan teknis. Prosedur administratif dimulai dari pengajuan uji etik penelitian pada Komite Etik Universitas Diponegoro, untuk uji disetujui pada tanggal 6 Agustus 2015. Peneliti mengajukan surat penelitan yang dikeluarkan oleh Universitas Diponegoro ditujukan kepada Kesbang-polimas Kabupaten

Banyumas dan RSUD Banyumas. Peneliti menyampaikan surat ijin penelitian dari Universitas Diponegoro dan surat rekomendasi penelitian dari Kesbang-polimas Kabupaten Banyumas kepada Direktur RSUD Banyumas melalui Kepala Diklat RSUD Banyumas.

Prosedur teknis dimulai dari presentasi tentang gambaran penelitian di RSUD Banyumas yang dilakukan pada tanggal 2 September 2015, setelah mendapatkan ijin penelitian. Peneliti menyampaikan ijin penelitian kepada kepala ruang rawat inap dan mengadakan kerjasama untuk memilih dan menentukan perawat pelaksana ruang rawat inap yang akan dijadikan sebagai responden.

## **F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data**

### **1. Alat Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data penelitian menggunakan kuesioner yang disusun oleh peneliti berdasarkan teori masing-masing variabel penelitian dan responden memilih alternatif jawaban yang dianggap paling sesuai, meliputi:

#### **a. Kuesioner identitas responden**

Kuesioner identitas responden terdiri dari usia, jenis kelamin, lama kerja, pendidikan.

b. Kuesioner Variabel Bebas

Variabel bebas penelitian ini adalah iklim keselamatan kerja, dukungan kepemimpinan, komitmen manajemen dan pemberian informasi.

**Tabel 3.3**  
**Kisi-kisi Kuesioner Variabel Bebas**

Variabel	Item Soal		Jumlah
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Iklim keselamatan kerja	1,5,7,9	2,3,5,6,8	9
Dukungan kepemimpinan	1,2,6,8	3,4,5,7,9	9
Komitmen manajemen	3,4,5,7,8	1,2,6	8
Pemberian informasi	1,4,5,8	2,3,6,7	8
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>34</b>

Kuesioner tentang iklim keselamatan kerja terdiri dari 9 item soal menggunakan skala likert. Pernyataan *favorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 4, sering diberi skor 3, kadang-kadang diberi skor 2 dan tidak pernah diberi skor 1. Pernyataan *unfavorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 1, sering diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 3 dan tidak pernah diberi skor 4.

Skor total yang diperoleh dari hasil penjumlahan nilai responden menunjukkan iklim keselamatan kerja di RSUD Banyumas. Semakin tinggi skor yang diperoleh berarti iklim keselamatan kerja semakin baik, sebaliknya semakin rendah skor yang diperoleh maka iklim keselamatan kerja semakin kurang baik.

Kuesioner tentang dukungan kepemimpinan terdiri dari 9 item soal menggunakan skala likert. Pernyataan *favorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 4, sering diberi skor 3, kadang-kadang diberi skor 2 dan tidak pernah diberi skor 1. Pernyataan *unfavorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 1, sering diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 3 dan tidak pernah diberi skor 4.

Skor total yang diperoleh dari hasil penjumlahan nilai responden menunjukkan dukungan kepemimpinan di RSUD Banyumas. Semakin tinggi skor yang diperoleh berarti dukungan kepemimpinan semakin baik, sebaliknya semakin rendah skor yang diperoleh maka dukungan kepemimpinan semakin kurang baik.

Kuesioner tentang komitmen manajemen terdiri dari 8 item soal menggunakan skala likert. Pernyataan *favorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 4, sering diberi skor 3, kadang-kadang diberi skor 2 dan tidak pernah diberi skor 1. Pernyataan *unfavorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 1, sering diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 3 dan tidak pernah diberi skor 4.

Skor total yang diperoleh dari hasil penjumlahan nilai responden menunjukkan komitmen manajemen di RSUD Banyumas. Semakin tinggi skor yang diperoleh berarti komitmen manajemen semakin baik, sebaliknya semakin rendah skor yang diperoleh maka komitmen manajemen semakin kurang baik.

Kuesioner tentang pemberian informasi terdiri dari 8 item soal menggunakan skala likert. Pernyataan *favorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 4, sering diberi skor 3, kadang-kadang diberi skor 2 dan tidak pernah diberi skor 1. Pernyataan *unfavorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 1, sering diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 3 dan tidak pernah diberi skor 4.

Skor total yang diperoleh dari hasil penjumlahan nilai responden menunjukkan pemberian informasi di RSUD Banyumas. Semakin tinggi skor yang diperoleh berarti pemberian informasi semakin baik, sebaliknya semakin rendah skor yang diperoleh maka pemberian informasi semakin kurang baik.

c. Kuesioner Variabel Terikat

Kuesioner variabel terikat tentang penerapan *standard precautions* meliputi kebersihan tangan, alat pelindung diri, keselamatan injeksi, kebersihan lingkungan dan kebersihan pernapasan.

**Tabel 3.4**  
**Kisi-kisi Kuesioner Penerapan *Standard Precautions***

Aspek-aspek	Item Soal		Jumlah
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Kebersihan Tangan	1,2,4,5,7	3,6	7
Alat pelindung diri	9,10,12,14	8,11,13,15	8
Pengendalian lingkungan	16,19,21	17,18,20	6
Hygiene Respirasi	22,23,24,25,26	-	5
Praktik menyuntik yang aman	27,29	28,30	4
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>30</b>



Variabel tentang penerapan *standard precautions* terdiri dari 30 item soal dengan menggunakan skala likert yaitu skala 1 sampai 4. Pernyataan *favorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 4, sering diberi skor 3, kadang-kadang diberi skor 2 dan tidak pernah diberi skor 1. Pernyataan *unfavorable* apabila jawaban sangat sering diberi skor 1, sering diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 3 dan tidak pernah diberi skor 4.

Skor total yang diperoleh dari hasil penjumlahan nilai responden menunjukkan penerapan *standard precautions* di RSUD Banyumas. Semakin tinggi skor yang diperoleh berarti penerapan *standard precautions* sesuai standar, semakin rendah skor yang diperoleh maka penerapan *standard precautions* semakin tidak sesuai standar.

## 2. Uji Coba Kuesioner

Uji instrumen mencakup pengkajian pemahaman responden terhadap isi kalimat, mengukur reliabilitas dan validitas kuesioner. Reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen penelitian konsisten dalam memberikan penilaian atas apa yang diukur sehingga dapat dipercaya. Validitas menunjukkan pada ketepatan alat ukur yang berarti instrumen penelitian itu benar-benar mengukur apa yang seharusnya diukur<sup>54</sup>.

### a. Uji validitas

Uji validitas instrumen penelitian menggunakan korelasi *product moment*, yaitu teknik korelasi yang digunakan untuk mencari

hubungan setiap item soal. Uji validitas instrumen penelitian di laksanakan di RSUD Banyumas dengan jumlah responden sebanyak 30 orang. Instrumen dinyatakan valid apabila nilai  $r$  hitung lebih besar  $r$  tabel *product moment* (0.368).<sup>50,55</sup>

Hasil uji validitas yang telah dilakukan pada tanggal 2 – 5 September 2015 di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas diketahui bahwa:

- 1) Instrumen B atau variabel iklim keselamatan kerja terdapat 1 item soal yang tidak valid yaitu soal nomor 4 ( $r$  hitung  $0.266 < 0.368$ ). Item soal tersebut tidak digunakan dalam instrumen penelitian, sehingga jumlah item soal yang valid yaitu 9 item soal.
- 2) Instrumen C atau variabel dukungan kepemimpinan terdapat 1 item soal yang tidak valid yaitu soal nomor 7 ( $r$  hitung  $0.222 < 0.368$ ). Soal yang tidak valid tersebut tidak digunakan pada penelitian ini, sehingga jumlah item soal sebanyak 9 item soal.
- 3) Instrumen D atau variabel komitmen manajemen terdapat 2 item soal yang tidak valid yaitu soal nomor 4 ( $r$  hitung  $0.141 < 0.368$ ) dan soal nomor 10 ( $r$  hitung  $0.184 < 0.368$ ). Soal yang tidak valid tersebut tidak digunakan, sehingga jumlah item soal variabel ini sebanyak 8 item soal.
- 4) Instrumen E atau variabel pemberian informasi dari 8 item soal dinyatakan valid karena dari hasil perhitungan didapatkan  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel

5) Instrumen F atau variabel *standard precautions* terdapat 2 item soal yang tidak valid yaitu soal nomor 27 ( $r$  hitung  $0.342 < 0.368$ ) dan soal nomor 32 ( $r$  hitung  $0.275 < 0.368$ ). Soal yang tidak valid tersebut tidak digunakan, sehingga jumlah item soal variabel ini sebanyak 30 item soal.

b. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas menggunakan rumus *alpha cronbach* dengan nilai 0.7. Instrumen dinyatakan reliabel apabila  $r$  hitung *alpha cronbach* lebih besar dari  $r$  tabel *alpha cronbach* 0.7.<sup>55,56</sup>

Hasil uji reliabilitas instrumen penelitian diketahui bahwa:

- 1) Instrumen B setelah item soal yang tidak valid dikeluarkan diperoleh nilai  $r$  hitung sebesar 0.843 dimana nilai tersebut lebih besar dari  $r$  hitung *alpha cronbach* yaitu 0.7 berarti instrumen B tentang iklim keselamatan kerja dinyatakan reliabel.
- 2) Instrumen C setelah item soal yang tidak valid dikeluarkan diperoleh nilai  $r$  hitung sebesar 0.817 dimana nilai tersebut lebih besar dari  $r$  hitung *alpha cronbach* yaitu 0.7 berarti instrument C tentang dukungan kepemimpinan dinyatakan reliabel.
- 3) Instrumen D setelah item soal yang tidak valid dikeluarkan diperoleh nilai  $r$  hitung sebesar 0.815 dimana nilai tersebut lebih besar dari  $r$  hitung *alpha cronbach* yaitu 0.7 berarti instrument D tentang komitmen manajemen dinyatakan reliabel.

- 4) Instrumen E setelah item soal yang tidak valid dikeluarkan diperoleh nilai  $r$  hitung sebesar 0.871 dimana nilai tersebut lebih besar dari  $r$  hitung *alpha cronbach* yaitu 0.7 berarti instrument D tentang pemberian informasi dinyatakan reliabel.
- 5) Instrumen F setelah item soal yang tidak valid dikeluarkan diperoleh nilai  $r$  hitung sebesar 0.937 dimana nilai tersebut lebih besar dari  $r$  hitung *alpha cronbach* yaitu 0.7 berarti instrument D tentang *standard precautions* dinyatakan reliabel

### 3. Cara pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dalam beberapa tahap yaitu:

#### a. Persiapan instrumen

Tahap ini peneliti mempersiapkan instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data berupa kuisioner yang disusun sesuai dengan variabel penelitian.

#### b. Persiapan administrasi dan Perizinan

Tahap ini peneliti mengurus perijinan tempat penelitian dengan mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, yang ditujukan ke Direktur RSUD Banyumas dan mendapat balasan persetujuan penelitian.

#### c. Tahap Pelaksanaan/Teknis Penyebaran Kuesioner

Peneliti menyebarkan kuesioner kepada perawat pelaksana dimasing-masing ruang perawatan dengan didampingi perawat Supervisor/Kepala Ruangan yang membantu secara teknis penyebaran

kuesioner kepada seluruh responden pada tanggal 11 - 15 September 2015. Peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan tentang kuesioner yang akan diisi oleh responden sebelum memberikan *informed consent*/persetujuan menjadi responden penelitian. Peneliti memberikan penjelasan pada responden yang berdinis pagi dan sore, namun untuk responden yang dinis malam, informasi pengisian dititipkan kepada responden yang menjadi teman satu ruangan.

Peneliti tidak mendampingi responden dalam mengisi kuesioner dengan alasan memberikan keluangan waktu sehingga tidak mengganggu jam dinas responden. Peneliti juga memasukkan berkas kuesioner yang terdiri dari lembar penjelasan penelitian, lembar *informed consent* dan kuesioner (kuesioner A, B, C, D, E, F) dalam sampul amplop tertutup dengan tujuan menjaga kerahasiaan jawaban responden. Pengambilan kuesioner peneliti lakukan sendiri sesuai dengan kode responden dimasing-masing ruang perawatan.

## **G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data**

### **1. Teknik pengolahan data**

Pengolahan data dilakukan untuk menghasilkan informasi yang benar sesuai dengan tujuan penelitian. Tahapan kegiatan yang dilakukan dalam pengolahan data, yaitu:<sup>53</sup>

#### **1) *Editing***

Peneliti melakukan *editing* dengan memeriksa daftar pernyataan dalam

kuesioner yang telah diserahkan oleh responden. Peneliti kemudian mencermati kelengkapan jawaban, keterbacaan penulisan, kejelasan makna jawaban, kesesuaian jawaban dengan pernyataan, relevansi jawaban, dan keseragaman satuan data. Peneliti mendapatkan semua daftar isian identitas responden pada kuesioner A dan daftar pernyataan pada kuesioner B, C, D, E dan F diisi lengkap oleh responden. Tujuan *editing* yang peneliti lakukan untuk mengurangi kesalahan atau kekurangan yang ada didalam daftar pernyataan yang sudah disusun.

### 2) *Scoring*

Peneliti memberikan skor terhadap jawaban yang telah diberikan oleh responden untuk masing-masing kuesioner penelitian. Pernyataan *favorable* apabila jawaban selalu diberi skor 4, jarang diberi skor 3, kadang-kadang diberi skor 2 dan tidak pernah diberi skor 1. Pernyataan *unfavorable* apabila jawaban selalu diberi skor 1, jarang diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 3 dan tidak pernah diberi skor 4

### 3) *Coding*

Peneliti melakukan *coding* dengan mengklasifikasikan jawaban responden ke dalam kategori-kategori. Pengklasifikasian peneliti lakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban responden. Variabel penerapan standar precaution apabila sesuai standar diberi koding 1, tidak sesuai standar diberi koding 0. Variabel iklim keselamatan kerja, dukungan



kepemimpinan, komitmen manajemen dan pemberian informasi, apabila baik diberi koding 1 dan kurang baik diberi koding 0.

4) *Entry Data*

Kegiatan *entry* data dalam pengolahan data yang peneliti lakukan dengan cara memasukan data dari kuesioner ke paket program komputer dengan tujuan agar data yang sudah dimasukan dapat dianalisis.

5) *Cleaning*

Kegiatan *cleaning* peneliti lakukan dengan mengecek kembali data yang sudah dimasukan untuk melihat apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat peneliti melakukan pemasukan data ke program komputer. Peneliti melakukan proses *cleaning* dengan cara mengetahui adanya *missing*/data tidak masuk, mengetahui variasi data, dan mengetahui konsistensi data.

2. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji:

a. Analisis univariat

Analisis univariat yaitu dengan mendeskripsikan atau memaparkan hasil penelitian yang disajikan dengan deskriptif frekuensi (persentase). Analisis univariat bertujuan untuk melihat distribusi frekuensi dan prosentase tiap variabel yang diteliti menggunakan rumus persentase<sup>57</sup>.

Tujuan analisis univariat pada penelitian ini yaitu memberikan gambaran tentang penerapan *standard precautions*, iklim keselamatan kerja, dukungan kepemimpinan, komitmen manajemen dan pemberian informasi.

b. Analisis bivariat

Uji asumsi dilakukan sebelum analisis data bivariat dan multivariat yaitu uji normalitas dan uji linieritas.<sup>58</sup>

1) Ujin normalitas

Uji normalitas menggunakan uji *Kolmogorov Smirnof* karena jumlah responden lebih dari 50. Uji normalitas digunakan untuk mengetahui apakah model regresi berdistribusi normal dengan membandingkan nilai probabilitas dengan nilai kritisnya yaitu 0.05.

2) Uji linieritas

Uji linieritas dilakukan untuk mengetahui apakah variabel yang dianalisis korelasinya mempunyai hubungan linier. Pedoman yang digunakan untuk menguji signifikansi nilai F. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa uji normalitas dan uji linieritas telah terpenuhi.

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk menghubungkan antara variabel bebas dan variabel terikat. Uji hipotesis variabel menggunakan nilai signifikansi atau *p-value* 0.05. Apabila  $p\text{-value} \leq 0.05$  maka hipotesis  $H_a$  diterima dan  $H_o$  ditolak dan

apabila nilai  $p\text{-value} > 0.05$  maka hipotesis  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak.<sup>59</sup>

c. Analisis multivariat

Setelah syarat normalitas dan linieritas terpenuhi maka langkah selanjutnya adalah analisis multivariat menggunakan regresi linier berganda yang bertujuan untuk mencari korelasi antara kriterium model regresi dinyatakan signifikan jika koefisien korelasinya  $p \leq 0.05$  dan apabila koefisien  $p > 0.05$  maka model regresi dinyatakan tidak signifikan<sup>53</sup>. Analisis regresi yang dilakukan dalam penelitian ini bertujuan untuk (a) mencari koefisien korelasi antara variabel iklim keselamatan kerja, dukungan kepemimpinan, komitmen manajemen dan pemberian informasi dengan penerapan *standard precautions*; (b) menguji apakah variabel iklim keselamatan kerja, dukungan kepemimpinan, komitmen manajemen dan pemberian informasi secara bersama-sama dengan penerapan *standard precautions* tersebut signifikan atau tidak; (c) mencari persamaan garis regresinya; (d) menemukan sumbangan relatif dan sumbangan efektif antara iklim keselamatan kerja, dukungan kepemimpinan, komitmen manajemen dan pemberian informasi terhadap penerapan *standard precautions*.

## H. Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan aspek-aspek etika. Aspek-aspek etika ini bertujuan untuk melindungi subyek penelitian.

Aspek-aspek yang harus dipertimbangkan antara lain; *self determination*, *privacy*, *anonimity*, *protection from discomfort* dan keadilan (*justice*):<sup>60</sup>

1. Kebebasan Membuat Keputusan (*Self determination*)

Peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik tanpa paksaan untuk berpartisipasi dan tidak berpartisipasi dalam penelitian ini atau keluar dari penelitian ini. Penawaran sebagai responden dilakukan setelah perawat diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur selama penelitian. Perawat atau subyek penelitian yang bersedia menjadi responden secara sadar dan tanpa paksaan, untuk selanjutnya menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

2. Kerahasiaan (*Privacy*)

Selama penelitian, peneliti menjaga kerahasiaan dari informasi yang diperoleh selama penelitian. Informasi yang diperoleh dari responden hanya untuk kepentingan penelitian.

3. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Selama kegiatan penelitian, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada kuesioner tetapi peneliti hanya menggunakan nomor atau kode. Hal ini untuk menjaga kerahasiaan responden dan mencegah kekeliruan peneliti dalam memasukkan data.

4. Menjaga Rasa Tidak Nyaman (*Protection from discomfort*)

Selaa kegiatan penelitian, peneliti menjaga responden dari rasa tidak nyaman atau merasa tidak aman. Peneliti juga memberikan hak kepada

responden untuk menentukan waktu pengisian kuesioner untuk memberikan rasa nyaman kepada responden.

5. Keadilan (*Justice*)

Peneliti memperhatikan prinsip keadilan, memperlakukan setiap orang dengan moral yang benar dan pantas serta memberikan hak kepada setiap orang. Peneliti memberikan penjelasan yang sama tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian pada semua responden.



**DAFTAR PUSTAKA**

1. Komite PPIRS RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo. Buku pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo., Jakarta. 2011
2. *Centers for Disease Control and Prevention*. Preventing transmission of infection agents in health care setting. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>. 2007
3. Amoran, O.E., Onwube, O.O. Infection control and partice of standard precautions among healthcare workers in northern nigeria. *Journal of Global Infectious Diseases/Oct-Dec 2013/Vol-5/Issue-4*. 2013
4. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. *Global patient safety challenge 2005-2006: Clean care is safer care*. World Health Organization, Geneva. 2005
5. Ward, D. Attitudes towards the infection prevention and control nurse: an interview stady. *Journal Of Manajement*, 20(5), 648-658. Doi:10.1111/j.1365-2834.2012.011354.x. 2012
6. Depkes RI. Pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya. Jakarta: Depkes. 2008
7. Depkes RI. Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya. Jakarta: Depkes. 2007
8. *Metha, A. Intervetions to reduce needlenstick injuries at a tertary care centre. Indian Journal of Medical Microbiology*, 1 (28): 17-20. 2010
9. *Duerink, D.O. Preventing nosocomial infections: improving compliance with standard precautions in an Indonesia teaching hospital. Journal of Hospital Infection (64): 36-43. 2006*
10. Maria, M.B., Tamara, I.C. Psychosocial and organizational factors relating to adherence to standard precautions. *Rev Saude Publica*, 43 (9): 1-10. 2009



11. Benson, S., Powers, J. *Your role in infection prevention: Nursig made incredible easy. United State of America: Lippicott Williams & Wilkins. 2011*
12. Caedoso., De Figueiredo. Biological risk in nursing care provided in family health units. *Revista Latino-Americana De Efermagem*, 18(3), 368-372. 2010
13. Kimberly, D.M., Susan E.B, et al. *Monitoring adherence to Standard Precautions. AJIC Volume 29, Number 1. 2011*
14. Lee, W.C. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Services Researsch*, 10, 234-234. 2010
15. WHO. *Prevention of hospital-acquired infections a practical guide 2nd edition.* departement of communicable disease, surveilance and response. [www.who.int/research/en/emc](http://www.who.int/research/en/emc). 2012
16. Cakil, A., Rhona F., Kathryn M. *Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. Journal of Safety Research.* (45). 95-101. 2013
17. Feng, X. Q. *The relationship between msnsgement safety commitent and patient safety culture. International Nursing Review*, 58(2) 249-254. 2011
18. Grace, S.H. *Fungsi manajemen terkait pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Nursing Current Vol. 1 No 2 Juli 2013 – Desember 2013.*
19. Yang Luo., Gou Ping H., Jijian Wei Z., et al. *Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. International Journal of Infectious Diseases.* (14) e1106=1114. 2010
20. Hermana. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya luka tusuk jarum atau benda tajam lainnya pada perawat di rumah sakit umum daerah Cianjur. Universitas Indonesia.* 2009
21. Depkes RI. *Panduan pencegahan infeksi untuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan sumber daya terbatas. Jakarta, 2005*

22. *Centers for Disease Control and Prevention*. Guide To Infection Prevention For Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care. <http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevent-pubs.html>. 2014
23. Siegel, JD, Rhinehart E, Jackson M et al (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee). Guideline for Isolations Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Setting. United States Centers for Disease and Prevention. 2007
24. NHMRC. Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare. <http://www.nhmrc.gov.au/node/30290>. 2010
25. Benedetto. What causes an improved safety climate among staff of a dialysis unit? Report of an evaluation in a large network. *JNEPHROL*, 34 (05): 604-612. 2011
26. International Health Worker Safety Center. Moving the sharp safety agenda forward in the United States: consensus statement and call to action. [www.virginia.edu/](http://www.virginia.edu/). 2010
27. Ribeiro P.H., Brevidegli M.M., et al. Organizational Safety Climate and Adherence to Standard Precautions Among Dentists. *Acta Paul Enferm*, 26 (2): 192-7. 2013
28. Groves, P.S., Meisenbach R.J. & Scott-Cawiezell J. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structural theory of safety culture. *Journal Of Advanced Nursing* 67(8), 1846-1855. 2011
29. Smith P. Pearson P.H. & Ross. Emotions at work: what is the link to patient and staff safety? Implications for nurse managers in the NHS. *Journal of Nursing Management* 17, 230-237. 2007
30. Mangkunegara, P.A.A. Manajemen sumber daya manusia. Cetakan kesembilan. Bandung : Remaja Rodakarya. 2009
31. Keliat, B.A. Modul model praktek keperawatan profesional jiwa. Jakarta: Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia dan WHO Indonesia. 2006
32. Swansburg, R., C. Management and leadership for nurse manager. United States of America: Jones and Bartlett. 2008

33. Siagian, Sondang P.. Sistem informasi manajemen. Jakarta: Bumi Aksara. 2008
34. Siagian, Sondang P. Manajemen sumber daya manusia. Jakarta: Bumi Aksara 2008
35. Rivai, Viethzal. Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi. Penerbit PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta: 2006
36. *Marquis, B.L. C.J. Leadership roles and management fuctions in nursing: theory and application. (5<sup>th</sup> Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins. 2006*
37. Helmi, S. Teamwork, Disampaikan pada pelatihan kepemimpinan Stikes Helvetia Medan. <http://konten.detikpertama.com/article/stikes-helvetia> . 2006
38. Robbins, S. P. Perilaku Organisasi: Konsep, Kontroversi, Aplikasi. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta: Prenhallindo. 2008
39. Depkes RI. *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety) utamakan keselamatan pasien. Edisi 2. Jakarta: Depkes RI. 2008*
40. *Canadian Nurses Associations. Position statement patient safety: Ottawa: 2009.*  
[http://www.enaiic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS102\\_patient\\_safety\\_e.pdf](http://www.enaiic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS102_patient_safety_e.pdf)
41. *Lumenta, State of the art patient safety. Disampaikan Pada Workshop Keelamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinis di RSAB Harapan Kita Pada tanggal 1-13 April 2008. Jakarta: tidak dipublikasikan. 2008*
42. *Cahyono, S.B, Membangu budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran. Yogyakarta. Kanisius. 2008*
43. *Hughes, G.H, Patient safety and quality: an evidence based handbook for nurs. Volume 1. [www.prorequest.com](http://www.prorequest.com). 2008*
44. *Flemming, M. Patient Safety Culture: Sharing and Larning From Each Other. Spring. <http://www.capch.org/patient-safety-culture>. 2006*

45. Depkes RI. *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*. Jakarta. 2008
46. Amstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. *Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predicator of patient safety climate*. *Journal of Nursing Care Quality*, 24 (1). 55-62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>. 2009
47. Vincent, C. *Understanding and respondig to Adverse Event*. *N.Eng J Med*. 348: 1051-56. 2005
48. WHO. *Nine Life Saving Patient Safety Solution*. 2007. <http://www.who.int>
49. Dharma, K.K. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media. 2011
50. Notoatmodjo, S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: RinekaCipta. 2012
51. Sugiyono. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta. 2012
52. Suyanto dan Salamah, U. *Riset Keperawatan: Metode dan Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2011
53. Nursalam. *Konsepdan Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. 2008
54. Azwar, S. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2010
55. Hastono, S.P. *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2007
56. Riwidikdo. *Statistik Kesehatan: Belajar Mudah Teknik Analisis Data dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press. 2013
57. Arikunto, S. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: PT. RinekaCipta. 2012

58. Dahlan, S. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika. 2012
59. Creswell, J.W. Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2013
60. Polit & Hungler. Nursing Reseach: Principles and Methods. Ed 6. Philadelphia: Lippincort Williams & Wilkins. 2005
61. Rohani, Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap di RSUD Kota Bekasi. Universitas Indonesia, 2009
62. Huber D.L, Leadership and nursing care management (4rd ed), Pennsylvania: Sauders Elsevier. 2010
63. Sitorus R. & Panjaitan R. Manajemen keperawatan di ruang rawat. Jakarta: CV Sagung Seto. 2011
64. Notoatmodjo, S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakrta: Rineka Cipta. 2007
65. Aprilia S. Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam penerapan IPSPG (*International Patient Safety Goal*) pada akreditasi JCI di intalasi rawat inap di RS Swasta X. Universitas Indonesia. 2011