

**FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN *PHLEBITIS*
DI RUANG RAWAT INAP RSUD CENKARENG**

Tesis

Untuk memenuhi sebagian

Persyaratan dalam mencapai derajat Sarjana S-2

Program Studi

Magister Manajemen (MM)

Diajukan oleh:

Nama : EFI TRIANIZA

NIM : 2011-01-005



PROGRAM PASCASARJANA (S2)

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

JAKARTA 2013

LEMBAR PENGESAHAN PENELITIAN TESIS



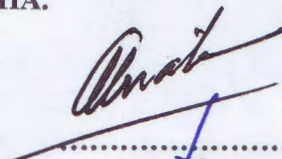
Nama Mahasiswa : **EFI TRIANIZA**
NIM : 2011-01-005
Program Studi : **MAGISTER MANAJEMEN**
Konsentrasi : **Manajemen Kesehatan Rumah Sakit**

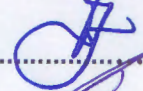
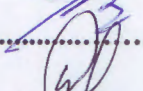
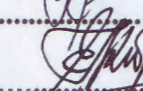

Telah dinyatakan lulus ujian Tesis pada tanggal 03 Oktober 2013 dihadapan Pembimbing dan Penguji di bawah ini.

Pembimbing,

Dr. Rokiah Kusumapraja, MHA.

Tim Penguji :

KETUA : **Ir. Alirahman, MSc., Ph.D** 

ANGGOTA : 1. **Prof.Dr. Tumari Jatileksono, MA** 
2. **Prof. Dr. Lia Amalia, SE., MM** 
3. **Dr. Rokiah Kusumapraja, MHA** 
4. **Dr. Dra. Endang Ruswanti, MM** 

Jakarta, 03 Oktober 2013

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN (S-2)

Direktur,


Ir. Alirahman, MSc., Ph.D



Universitas
Esa Unggul
Program Pascasarjana

SURAT PERNYATAAN

Dengan surat ini saya menyatakan bahwa karya tulis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Esa Unggul maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis menjadi acuan dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini dan sanksi lainnya sesuai dengan ketentuan dan aturan yang berlaku di Universitas Esa Unggul.

Jakarta,A..... Oktober 2013 ..



Efi trianiza

ABSTRAK

EFITRIANIZA *Faktor-faktor penyebab kejadian phlebitis diruang rawat inap RSUD Cengkareng (dibimbing oleh Rokiah Kusumapradja)*

Phlebitis adalah salah satu komplikasi terapi infus, yaitu peradangan dinding pembuluh darah vena pada tusukan jarum infus, akibat terapi cairan intravena. Peran perawat dalam pengendalian infeksi sangat penting karena pemasangan infus didelegasikan kepada perawat, sehingga perawat dituntut bekerja profesional. Di RSUD Cengkareng peningkatan terjadinya phlebitis cukup signifikan. Masalah ini diduga karena berbagai faktor antara lain tingkat pengetahuan dan perilaku perawat diruang rawat inap.

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk menganalisa faktor-faktor penyebab kejadian phlebitis yang berhubungan dengan peran perawat diruang rawat inap, dengan variabel faktor tingkat pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi (PPI), kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan. Penelitian ini dilaksanakan 6 bulan sejak bulan Januari sampai Juli 2013. Masalah ini dianalisa dengan menggunakan analitik descriptive correlational dengan pendekatan crosssectional yaitu variabel dependen dilakukan pengukuran sekaligus dalam waktu bersamaan. Pengambilan sampel meliputi 4 ruang rawat inap dengan total sampling yaitu 72 perawat pelaksanan dan 72 pasien yang dipasang infus. Pengumpulan data dengan kuesioner untuk variabel independen dan data sekunder untuk kejadian phlebitis atau variabel dependen.

Hasil analisis regresi logistik biner dengan aplikasi software SPSS menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat dengan kejadian phlebitis ($p=0,04$), ada hubungan kepatuhan cuci tangan dengan kejadian phlebitis ($p=0,026$) dan ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan kejadian phlebitis ($p=0,020$). Faktor yang paling dominan menyebabkan kejadian phlebitis adalah supervisi kepala ruangan. Disarankan agar kegiatan supervisi ditingkatkan untuk menurunkan angka kejadian phlebitis diruang rawat inap. Perawat pelaksana yang rata-rata berusia muda dengan kurangnya pengalaman dan pelatihan memerlukan peran supervisor atau kepala ruangan yang baik.

Kata Kunci : **Pengetahuan, Kepatuhan cuci tangan, Supervisi kepala ruangan, Phlebitis.**

ABSTRACT

EFITRIANIZA *Factors that affecting phlebitis incidence in Cengkareng District General Hospital.* (Supervised by Rokiah Kusuma pradja).

Phlebitis is one of infusion therapy complications, which is inflammation occurs on veins wall at the intravenous needle puncture, due to intravenous fluid therapy. The role of Nurse-s is very important because infusion is delegated to nurse so that nurse is required to be professional. In Cengkareng District General Hospital, the phlebitis incidence increased significant enough. This problem is suspected due to various factors such as the level of knowledge and behavior of nurses in the inpatient unit.

This research objective is to analyze the factors that cause phlebitis incidence factor in term of nurses infection control prevention knowledge (PPI), hand washing compliance, and head nurse supervision. The research was conducted within 6 months from January to July 2013. This research was analyzed by using descriptive cross-sectional analysis with correlational approach, the dependent variable was measured once at the same time. Sampling includes 4 wards with a total sampling are 72 nurses and 72 patients who fitted infusion. Data collection using questionnaires for the independent variables and using secondary data for the incidence of phlebitis or dependent variable.

The Results of binary logistic regression analysis using SPSS 21 version software applications, showed that knowledge has significant value to phlebitis incidence ($p= 0,04$), handwashing compliance to phlebitis incidence ($p= 0,026$), and headroom supervision to phlebitis incidence ($p=0,020$). The most dominant factor causes phlebitis incidence was the superior supervision. It is recommended that supervision activities to be improved to reduce the incidence of phlebitis in the inpatient ward. It is influenced by Nurse's individual characteristic that young and lack of training and experience so that nurses need be supervised in patient infusion therapy by the supervisor.

Keyword : Knowledge, Hand washing compliance, Head Nurse supervision , Phlebitis

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat, nikmat dan pertolongan-Nya penulisan tesis ini dapat diselesaikan, dengan judul “ Faktor-faktor penyebab kejadian *phlebitis* di ruang rawat inap RSUD Cengkareng “
Pada kesempatan ini penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada ;

1. Bapak Dr. Ir. Arief Kusuma A.P, MBA, sebagai Rektor Universitas Esa Unggul.
2. Bapak Dr. Ir. Alirahman MSc, sebagai Direktur Program Pascasarjana Universitas Esa Unggul
3. Bapak Prof. Dr. Tumari Jati Ieksono, MA, MSc, sebagai Ketua Program Pascasarjana sekaligus sebagai pengajar metodologi penelitian Magister Management.
4. DR Rokiah Kusuma Pradja, MHA sebagai pembimbing tesis dan pengajar Manajemen Keperawatan .
5. Seluruh Dosen pengajar Program Pascasarjana Magister Management Universitas Esa Unggul.
6. Direktur RSUD Cengkareng Jakarta Barat yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengambil data –data penelitian pada ruang rawat inap .
7. Ayah bunda, mertua, kakak, adik khususnya suami dan anak- anak tercinta yang memberimotivasi besar sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.
8. Seluruh staf sekretariat Program Pascasarjana Universitas Esa Unggul
9. Seluruh perawat di jajaran Manajemen Keperawatan ,teman teman di Instalasi Rekammedis ,dan Panitia Pencegahan Pengendalian Infeksi RSUD Cengkareng, yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.
10. Rekan-rekan MM Angkatan XLIII atas dukungan dan kekompakan selama menjalani pendidikan di kampus Universitas Esa Unggul.

Akhir kata dengan segala kerendahan hati, penulis menyadari memiliki banyak kekurangan dan keterbatasan. Semoga Allah SWT membalas kebaikan kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian penulisan tesis ini dan mudah mudahan tesis ini bermanfaat bagi penulis, RSUD Cengkareng dan bagi pembaca yang ada peminatan. Amin yaRobbalalamin.

Jakarta, 26 September 2013

Efitrianiza

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Identifikasi Masalah	7
1.3.Batasan Masalah.....	8
1.4. Rumusan Masalah.....	8
1.5. Tujuan Penelitian.....	9
1.6. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Kajian Literatur.....	11
2.2. Kajian penelitian terdahulu yang relevan	32
BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1. Kerangka Penelitian.....	36
3.2.Hipotesis Penelitian.....	39
3.3.Desain Penelitian	39
3.4.Definisi Operasional dan Pengukuran Variabel.....	40
3.5.Teknik Pengumpulan Data dan Pengambilan Sampel.....	44

	3.6. Uji Kualitas Data.....	47
	3.7. Metode Analisis	48
BAB IV.	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	4.1. Gambaran Umum Objek Penelitian.....	51
	4.2. Pembahasan.....	54
	4.2.1. Analisis Deskriptif.....	54
	4.2.2. Hasil Uji Kualitas Data.....	63
	4.2.3. Hasil Pengujian Hipotesis.....	66
	4.2.4. Pembahasan Hasil Penelitian.....	67
BAB V.	KESIMPULAN DAN SARAN	
	5.1. Kesimpulan.....	71
	5.2. Saran.....	72
	DAFTAR PUSTAKA.....	73
	LAMPIRAN.....	76

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Dimensi dan indikator variable pengetahuan perawat tentang PPI.....	40
Tabel 2. Dimensi dan indikator variable kepatuhan mencuci tangan.....	40
Tabel 3. Dimensi dan indikator variable supervisi atasan.....	41
Tabel 4. Dimensi dan indikator variable kejadian flebitis.....	42
Tabel 5. Angka kejadian flebitis 6 bulan terakhir.....	51
Tabel 6. Distribusi karakteristik perawat pelaksana.....	54
Tabel 7. Distribusi kejadian flebitis diruang rawat inap.....	56
Tabel 8. Hasil penilaian distribusi frekuensi pengetahuan perawat.....	57
Tabel 9. Hasil penilaian distribusi frekuensi kepatuhan cuci tangan.....	58
Tabel 10. Hasil penilaian distribusi frekuensi supervisi atasan.....	59
Tabel 11. Uji validitas variabel Pengetahuan PPI (X1).....	60
Tabel 12. Uji validitas kepatuhan cuci tangan (X2).....	62
Tabel 13. Uji validitas variabel supervisi (X3).....	63
Tabel 14. Uji reliabilitas.....	64
Tabel 15. Hasil Regresi Logistik Biner dalam Variables in the Equation.....	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.Momen mencuci tangan.....	19
Gambar 2.Langkah langkah mencuci tangan.....	..20

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.Permohonan pengisian kuesioner.....	74
Lampiran 2.Daftar angket penarikan data responden penelitian.....	75
Lampiran 3.Interpretasi nilai rata-rata jawaban responden.....	81
Lampiran 4.Distribusi jawaban responden tentang pengetahuan perawat.....	81
Lampiran 5.Distribusi jawaban responden tentang kepatuhan cuci tangan.....	82
Lampiran 6.Distribusi jawaban responden tentang super visi atasan.....	84
Lampiran 7.Uji validitas dan realibilitas kuesioner.....	86
Lampiran 8.Logistic regres sionolahan SPSS.....	87

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan diarahkan kepada peningkatan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai umur lanjut (GBHN, 1999).

Sasaran pembangunan kesehatan adalah peningkatan jumlah dan mutu tenaga kesehatan agar mampu mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi yang terus berkembang¹. Salah satu upaya pembangunan kesehatan adalah peningkatan mutu, cakupan dan efisiensi melalui perilaku penerapan dan penyempurnaan standar pelayanan, standar tenaga, standar peralatan, standar profesi dan peningkatan manajemen rumah sakit .

Pelayanan kesehatan berkualitas perlu ditunjang dengan pelayanan keperawatan yang berkuaitas ,karena pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, perawat memiliki peran yang sangat besar dalam menentukan kualitas pelayanan dan citra rumah sakit ,karena 90% pelayanan kesehatan rumah sakit diberikan oleh perawat ².

Infeksi nosokomial masih menjadi masalah utama dunia. Kejadian infeksi ini menyebabkan length of stay (LOS), mortalitas dan health care cost meningkat. Transmisinya sendiri melalui 3 cara, yaitu: flora transien dan residen dari kulit pasien itu sendiri, flora dari petugas kesehatan ke pasien, dan flora dari lingkungan rumah sakit. Petugas kesehatan mempunyai peran besar

¹.Menkes 1999 S.Kep 1333/Menkes/SK /XII/1999 tentang *standar pelayanan rumah sakit*

².Huber,D L. 2006 *Leadership and Nursing Care Management*, Thirt Edition , Philadelphia Saunders

dalam rantai transmisi infeksi ini. Cuci tangan menjadi salah satu langkah yang efektif untuk memutuskan rantai transmisi infeksi, sehingga insidensi infeksi nosokomial dapat berkurang. Menurut data Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, prevalensi nasional berperilaku benar dalam cuci tangan adalah 23,2%³

Phlebitis merupakan infeksi nosokomial yaitu infeksi oleh mikroorganisme yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit diikuti dengan manifestasi klinis yang muncul sekurang-kurangnya 3x24 jam, dan kejadian phlebitis menjadi indikator mutu pelayanan minimal rumah sakit dengan standar kejadian $\leq 1,5\%$ (Depkes RI, 2008)⁴. Phlebitis didefinisikan sebagai peradangan pada dinding pembuluh darah balik atau vena, Darmadi (2008)⁵

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit sangat penting dilakukan karena kejadian infeksi nosokomial menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi, kegiatannya meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan monitoring dan evaluasi (Depkes RI 2008)

Sejak tahun 2001 Departemen Kesehatan RI telah memasukkan pengendalian infeksi nosokomial menjadi salah satu tolok ukur dalam akreditasi rumah sakit, didalam indikator mutu layanan rumah sakit. Salah satunya adalah tingkat kejadian *phlebitis* yang dapat memberikan gambaran secara umum tentang baik maupun kurangnya mutu layanan rumah sakit

³.Suryo Putri Atrika Desi 2011 *Hand Hygiene Compliance Rate Difference Among Health Care Worker in RSUP DR Kariadi Study in the Surgery, Paediatric, and Internal Medicine wards, and ICU.*

⁴. Menkes RI no 129/Menkes/SK/II/2008 *Standar pelayanan minimal Rumah Sakit.*

⁵.Darmadi.dr(2008),*Infeksi Nosokomialproblematika dan pengendaliannya*,Salemba Indonesia

tersebut. Dari data Rumah Sakit di DKI dari hasil survey yang dilakukan Perdalim dan Rumah Prof DR.Sulianti Saroso Jakarta pada tahun 2003, didapat angka untuk infeksi nosokomial masih cukup tinggi sekitar 22,%, dan infeksi lainnya 32,1%, di ruang ICU RS Fatmawati angka kejadian infeksi nosokomial 16,02%, terutama kejadian infeksi akibat pemasangan infus / *phlebitis*.

Phlebitis yang ditandai daerah bengkak, kemerahan, panas dan nyeri pada kulit sekitar tempat kateter intravascular dipasang (kulit bagian luar). Jika phlebitis disertai dengan tanda-tanda infeksi lain seperti demam dan pus yang keluar dari tempat tusukan, ini digolongkan sebagai infeksi klinis bagian luar (LindaTietjen,Debora Bossemeyer,Noel McIntosh 2004).

RSUD Cengkareng merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Pertama di Jakarta Barat didirikan pada tahun 2001. Pada tahun 2012 mempunyai Kapasitas Rawat Inap berjumlah 280 TT, dengan komposisi Pelayanan Utama, Rawa Inap kelas3 ,110 TT, Kelas 2, 23 TT,kelas 2P 45 TT, Kelas 1 9 TT , KelasUtama/VIP, 6 TT ,Non Kelas 87 TT dengan BOR 81,39% , LOS 4.95. Pelayanan Utama Poliklinik 24 ruang, IGD, Kamar Operasi, kamar bersalin, ODC,ICU,NICU/Perina, Cathlab, Hemodialisa, Pelayanan Penunjang Laboratorium, Radiologi & CT Scan Apotik & Farmasi, Ambulance, Laundry, Rumah Duka pelayanan lain Guest house, Ruang Kelas, Aula, dan Helipad. Jumlah total tenaga perawat 287 orang , bidan 30 orang ,dr Spesialis 61 orang, dr umum 16 orang , apoteker 5,tenaga lainnya seperti asisten apoteker ,analisis kesehatan ,radiografer , fisioterapis tersebar pada unit layanan masing masing

Dari data 6 bulan terakhir , laporan hasil surveilans oleh Panitia PPI RSUD Cengkareng terlihat angka kejadian plebitis masih cukup tinggi diruang rawat inap ,yaitu ruang Perinatologi , ruang melon dan ruang sirsak dan manggis rata-rata 7,005% berada diatas angka standar minimum $\leq 1,5\%$, (Depkes RI 2008),bisa lihat tabel berikut.

Tabel 1
Angka kejadian phlebitis 6 bulan terakhir

No	Ruangan	Kejadian phlebitis (%)					
		Januari	Pebruari	Maret	April	Mei	Juni
1	Perina	2,62	31,80	28,24	17,13	11,67	16,19
2	Melon	2,50	1,90	2,48	4,47	11,88	6,93
3	Sirsak	1,28	0,78	1,03	0,53	0,65	0,68
4	Manggis	1,40	0,24	0,07	1,09	0,00	0,00
	Rata-rata	7,70	8,68	7,90	5,70	6,05	6,00

Sumber data Panitia PPI RSUD Cengkareng

Pada tabel kejadian phlebitis diatas ditemukan ruang rawat perina mempunyai angka phlebitis yang rata rata cukup tinggi ,diikuti ruang melon dengan angka yang jauh melebihi angka standar minimal ,hal ini kemungkinan dapat disebabkan oleh ruang rawat tersebut merawat anak –ank atau bayi sehingga untuk melakukan tindakan kepada pasien khususnya pemasangan infus lebih sulit bagi petugas dibandingkan pada perawatan orang dewasa ,hal ini berhubungan dengan kondisi fisik.anatomis tubuh. Perawat harus mempunyai keterampilan dan pengetahuan yang baik dalam melakukan perawatan.

Kompetensi pemasangan infus didelegasikan kepada perawat sehingga perawat dituntut mengetahui bagaimana memulai terapi intravena, memberikan cairan intravena dengan tepat dan mempertahankan sistem intravena ⁶. Penting adanya kepatuhan perawat yaitu perilaku perawat sebagai seorang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan, ditaati dalam hal ini melakukan prosedur pemasangan infus dengan berbagai pertimbangan yaitu pertimbangan anatomi vena, pasien dan terapi, dan dalam menyiapkan, memberikan infus harus sesuai standar .

Peran perawat dalam terapi infus terutama melakukan tugas delegasi dapat bertindak sebagai care giver,dimana mereka harus memiliki

⁶. Perry Potter 2005 *Fundamental Keperawatan konsep Proses dan Praktik*Jakarta EGC.

pengetahuan tentang bidang praktik keperawatan yang berhubungan dengan pengkajian ,perencanaan,implementasi dan evaluasi dalam perawatan terapi infus. Menurut Reey dan Potter dalam Gayatry dan Handayani (2008) bahwa pemberian terapi infus diinstruksikan oleh dokter tetapi perawatlah yang bertanggung jawab pada pemberian serta mempertahankan terapi tersebut pada pasien .Sedangkan Scales (2009) menjelaskan peran perawat pada terapi infus bukan hanya pemberian agen medikasi tetapi lebih luas meliputi pemasangan alat akses IV, perawatan, monitoring, dan yang paling penting adalah pencegahan infeksi.

Pada standar akreditasi rumah sakit ⁷ Hand hyene / kebersihan tangan ,teknik barrier dan bahan- bahan desinfeksi merupakan instrumen mendasar bagi pencegahan dan pengendalian infeksi yang benar. Rumah sakit mengidentifikasi situasi dimana masker , pelindung mata, gaun atau sarung tangan diperlukan dan melakukan pelatihan penggunaannya secara tepat dan benar. Sabun, deinfektan dan handuk atau pengering lainnya tersedia dilokasi dimana prosedur cuci tangan dan deinfektan dipersyaratkan. Pedoman hand hygiene diadopsi oleh Rumah Sakit dan ditempel di area yang tepat ,dan staf diedukasi untuk prosedur-prosedur yang benar tentang cuci tangan ,disinfeksi tangan atau disinfeksi permukaan .(Darmadi 2008).

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ada berbagai macam faktor yang mempengaruhinya, yaitu faktor individu; tingkat pendidikan, pengetahuan ketrampilan , beban kerja, pelatihan dan masa kerja.Hal ini dikarenakan bahwa banyaknya perawat melaksanakan asuhan keperawatan memiliki pendidikan, motivasi kerja, beban kerja dan pelatihan yang mendukung terciptanya kinerja mengalami masalah dalam aplikasi di lapangan.(Erlin Natsir, SKM dan Joeharno,SKM 2008). Menurut Lubis

⁷.Kemenkes RI Standar Akreditasi Ruimah Sakit 2011,*SararanKeselamatan Pasien RumahSakit (SKP)*.

(2004)⁸ keberhasilan pengendalian infeksi nosokomial baik itu pada tindakan pemasangan infus maupun tindakan invasif lainnya bukanlah ditentukan oleh canggihnya peralatan yang ada, tetapi ditentukan oleh keterampilan dan sikap perawat dalam melaksanakan perawatan klien secara benar.

Pengetahuan merupakan salah satu aspek penting yang harus dimiliki oleh seorang perawat karena dapat mempengaruhi keterampilan tertentu. Seperti yang ditegaskan oleh RCN (2005) mengatakan bahwa seorang perawat yang akan melakukan pemasangan atau pemberian terapi infus harus mempunyai pengetahuan pengertian tujuan dan indikasi terapi infus anatomi fisiologi akses vaskuler, farmakologi cairan intravena, komplikasi lokal dan sistemik, prinsip pengendalian infeksi, penggunaan peralatan terapi infus, prosedur pemasangan infus, perawatan infus, pencegahan komplikasi dan pengelolaan komplikasi. Pengetahuan ini harus diaplikasikan dalam perilaku saat perawat melakukan pemasangan dan perawatan infus⁹.

Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan *directing* dalam fungsi manajemen. Pada suatu saat supervisor akan memerlukan bantuan dalam mengambil keputusan, melalui pengamatan dalam tugas untuk menemukan metoda yang lebih baik guna melaksanakan pendelegasian tugas dalam kelompok kerja, tentu memerlukan dukungan dari anggota kelompok yang tersulit dari tugas ini adalah bagaimana membuat bawahan mengerjakan pekerjaan dengan sukanya tidak karena terpaksa atau diawasi secara ketat.¹⁰

⁸. Lubis 2004 dalam Agung Pribadi *Analisis Pengaruh faktor Pengetahuan, Motivasi, dan persepsi perawat tentang supervisi Kepala ruang terhadap pelaksanaan ndokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Kelet Jawa Tengah Jepara*.

⁹. Waluyah 2001 *Hubungan pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kejadian flebitis dan kenyamanan pasien di ruang rawat inap RSUD Kab Indoramayu*.

¹⁰. Agung Pribadi 2009, *Analisis Pengaruh faktor Pengetahuan, Motivasi, dan persepsi perawat tentang supervisi Kepala ruang terhadap pelaksanaan ndokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Kelet Jawa Tengah Jepara*.

Supervisi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan di ruang rawat dilakukan oleh kepala ruangan, supervisi dapat lebih meningkatkan efisiensi kerja, peningkatan ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta, dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan, maka sama artinya bahwa tujuan organisasi telah tercapai dengan baik. Supervisor mempunyai peranan penting dalam memotivasi staf untuk mencapai tujuan organisasi.¹¹

1.2 Identifikasi Masalah

Dari uraian latar belakang mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, dengan kejadian flebitis, dapat diidentifikasi beberapa masalah sebagai berikut:

1. Masih cukup tingginya angka kejadian flebitis yang terjadi di rumah sakit baik dari hasil survey yang dilakukan perdarin, hasil penelitian beberapa rumah sakit di DKI Jakarta, maupun di Indonesia.
2. Kesadaran petugas kesehatan untuk melakukan *universal precaution* masih kurang misalnya kesadaran dari petugas kesehatan dalam melakukan cuci tangan yang dapat menyebabkan terjadinya perpindahan mikroorganisme dari manusia ke manusia atau benda lain.
3. Kurang optimalnya kepatuhan dalam pelaksanaan SOP Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Rumah sakit, demikian juga kepatuhan terhadap prosedur Pelayanan Asuhan Keperawatan.

¹¹.Nursalam Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Salemba Medika ed 3, tahun 2011

4. Kurangnya pendidikan dan pelatihan yang diterima oleh tenaga keperawatan khususnya pelatihan PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) berdampak kurangnya pemahaman atau pengetahuan mengenai PPI.
5. Tingginya turn over tenaga perawat dirumah sakit berdampak kepada kinerja bidang keperawatan dalam pelayanan kepada pasien terutama diruang rawat inap.
6. Beban kerja yang bertambah karena jumlah kunjungan yang terus meningkat tidak sebanding dengan jumlah tenaga sehingga penurunan stamina dan kelelahan berdampak kepada kepatuhan terhadap standar prosedur yang harus dilaksanakan.
7. Masih Kurangnya fungsi pengawasan dari atasan terhadap kinerja staf dalam pelaksanaan pelayanan diruang rawat inap.

1.3 Batasan Masalah

Dari identifikasi masalah diatas ada sejumlah faktor yaitu; Pengetahuan / pemahaman PPI, Pendidikan dan Pelatihan , kepatuhan mencuci tangan, kepatuhan melaksanakan SOP dan SAK perawat, turn over perawat, beban kerja, Namun pada penelitian ini dibatasi pada, Pengaruh faktor Pengetahuan perawat tentang PPI , Kepatuhan cuci tangan, supervisi kepala ruangan” dengan kejadian phlebitis diruang rawat inap rumah sakit. Berdasarkan batasan masalah tersebut, maka tesis ini mengambil judul “ *Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian phlebitis diruang rawat inap*” .ditinjau dari pengetahuan perawat tentang PPI, Kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan batasan masalah diatas dapat disusun perumusan masalah sebagai berikut ;

1. Apakah ada pengaruh variabel Pengetahuan /pemahaman perawat tentang PPI, Kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan terhadap kejadian phlebitis diruang rawat inap RSUD Cengkareng.
2. Variabel manakah yang paling dominan antara Pengetahuanm perawat tentang PPI, Kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan mempengaruhi kejadian phlebitis diruang rawat inap RSUD Cengkareng .

1.5 Tujuan Penelitian

Sesuai perumusan masalah maka dapat ditetapkan tujuan penelitian sebagai berikut:

1. Menganalisa pengaruh Pengetahuan perawat tentang PPI, kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan dengan kejadian plebitis di ruang rawat inap .
2. Menganalisa faktor yang paling dominan diantara, pengetahuan , kepatuhan mencuci tangan dan supervisi kepala ruangan terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi dengan kejadian plebitis diruang rawat inap .

1.6 Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi Institusi Rumah Sakit
 - a). Memberikan informasi kepada seluruh sumber daya manusia pada unit pelayanan di rumah sakit tentang karakteristik perawat pelaksana dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.
 - b). Memberikan informasi kepada panitia Pencegahan dan Pengendalian Infeksi gambaran hal-hal yang mempengaruhi kejadian plebitis di ruang rawat inap rumah sakit
 - c). Memberikan informasi kepada Managemen Rumah Sakit tentang pengaruh dari pengetahuan perawat , kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan terhadap pelaksanaan pencegahan dan

pengendalian infeksi nosokomial dengan kejadian plebitis diruang rawat inap .

2. Manfaat bagi ilmu keperawatan

Memberikan informasi bagi dunia pelayanan kesehatan khususnya bidang keperawatan bagaimana pengaruh pengetahuan atau pemahaman tentang PPI, kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan/ atasan terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi dengan kejadian plebitis di ruang rawat inap.

3. Manfaat bagi peneliti

Sebagai referensi di perpustakaan yang dapat digunakan oleh peneliti yang mempunyai peminatan di bidang manajemen kesehatan khususnya yang ingin melakukan penelitian tentang pencegahan dan pengendalian infeksi dengan indikator kejadian plebitis di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Literatur

2.1.1 Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap

2.1.1.1 Phlebitis

Phlebitis adalah salah satu bentuk infeksi nosokomial yang sering muncul dirumah sakit,yaitu merupakan peradangan pada dinding vena akibat terapi cairan intravena, yang ditandai dengan nyeri, kemerahan , teraba lunak, pembengkakan dan hangat pada lokasi penusukan jarum infus.¹²

Phlebitis merupakan infeksi oleh mikroorganismen yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit diikuti dengan manifestasi klinis yang muncul sekurang-kurangnya 3x24 jam.

Phlebitis didefinisikan sebagai peradangan pada dinding pembuluh darah balik atau vena (Hingawati Setio & Rohani, 2010). Kejadian plebitis menjadi indikator mutu pelayanan minimal rumah sakit dengan standar $\leq 1,5\%$ Depkes RI, 2008.

Phlebitis merupakan inflamasi vena yang disebabkan baik oleh iritasi kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi intravena.¹³

Berdasarkan derajat keparahan, Phlebitis dapat diklasifikasikan menjadi 4 derajat phlebitis ;derajat 1 ditandai dengan eritema dengan atau tanpa rasa sakit. phlebitis derajat 2 ditandai dengan sakit, eritema, edema dengan atau ada garis

¹².Terry 1995 dalam *Flebitis infeksi nosokomial dan faktor risiko* dalam Kejadian plebitis di rumah sakit Majalaya by Deya Prastika

¹³ La Rocca (1998) ,*the Journal from e-library Stikkes factor faktor yang berhubungan dengan kejadian phlebitis* by Nani Hasanuddin

lurus tetapi tidak mengikuti garis pembuluh darah. phlebitis derajat 3 ditandai dengan sakit, eritema, edema dengan atau ada garis lurus mengikuti garis pembuluh darah. phlebitis derajat 4 ditandai dengan ditemukannya semua tanda-tanda phlebitis.¹⁴

Phlebitis dapat menyebabkan trombus yang selanjutnya menjadi trombo flebitis, perjalanan penyakit ini biasanya jinak, tapi walaupun demikian jika trombus terlepas dan kemudian diangkut ke aliran darah dan masuk jantung maka dapat menimbulkan seperti katup bola yang menyumbat atrio ventikular secara mendadak dan menimbulkan kematian. Hal ini menjadikan *phlebitis* sebagai salah satu permasalahan yang penting untuk dibahas di samping *phlebitis* juga sering ditemukan dalam proses keperawatan

Faktor faktor yang menyebabkan terjadinya *phlebitis* adalah factor kimia seperti jenis cairan obat yang digunakan, kecepatan aliran infus serta bahan kateter, faktor mekanik yaitu terjadi ketika vena trauma oleh kontak fisik, trauma fisik tersebut bisa ditimbulkan oleh ukuran kateter dan lokasi penusukan yang tidak sesuai, faktor bakterial biasanya berhubungan dengan adanya kolonisasi bakteri.

Selain ketiga faktor diatas mengemukakan bahwa faktor lain seperti usia, status gizi, penyakit yang mendasari dan jenis kelamin berpengaruh terhadap kejadian plebitis. Usia dan status gizi berpegaruh dikarenakan pertahanan tubuh seseorang terhadap infeksi dapat berubah sesuaiusia. Salah satu upaya untuk menekan kejadian *phlebitis* tersebut adalah dengan melakukan manajemen yang baik pada saat pemasangan intravena line atau infus¹⁵. Selain itu tingkat pendidikan, keterampilan serta sikap perawat juga mempunyai peran yang sangat penting dalam terjadinya kejadian *phlebitis*. Perawat merupakan front

¹⁴ Ince Maria, ErlinKurniaKepatuhan Perawat dalam melaksanakan standar prosedur Operasional Pemasangan Infus terhadap phlebitis stikes_baptisjurnal@ymail.com STIKES RS vol 5 no I 2012 BaptisKediri.

¹⁵ Maki DRinger M. *Risk Faktors for infection –related phlebitis with small peripheral venous cateter*. Available on Medline with full tex ,Ipswich MA Accessed October 2011

liner di dalam pemberi layanan di rumah sakit wajib menjaga kesehatan dan keselamatan dirinya juga orang lain yang dimaksud disini adalah klien serta bertanggung jawab sebagai pelaksana kebijakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit dimana perawat bertugas.

2.1.1.2 Ruang Rawat Inap Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, dinyatakan bahwa, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Ruang rawat inap adalah ruang tempat pasien dirawat. Ruangan ini dulunya sering hanya berupa bangsal yang dihuni oleh banyak orang sekaligus. Saat ini, ruang rawat inap di banyak rumah sakit sudah sangat mirip dengan kamar-kamar hotel. Pasien yang berobat jalan di Unit rawat jalan, akan mendapatkan surat rawat dari dokter yang merawatnya, bila pasien tersebut memerlukan perawatan di dalam rumah sakit, atau menginap di rumah sakit.

Ruang pasien rawat inap yaitu ruang untuk pasien yang memerlukan asuhan dan pelayanan keperawatan dan pengobatan secara berkesinambungan lebih dari 24 jam. Untuk tiap-tiap rumah sakit akan mempunyai ruang perawatan dengan nama sendiri-sendiri sesuai dengan tingkat pelayanan dan fasilitas yang diberikan oleh pihak rumah sakit kepada pasiennya.¹⁶

Kenyamanan dan keamanan sebuah ruang rawat inap sangat penting pada sebuah rumah sakit dalam membangun sarana prasarannya harus memperhatikan seperti ruang untuk staf, toilet, ruang perawat ruang peralatan, ruang perlengkapan, ruang panel listrik ruang dokter, ruang pantry, ruang tindakan, gudang, tangga darurat dan lain lain.

¹⁶.Sekjend Depkes RI 2006 *Pusatsarana Prasarana dan peralatan kesehatan*

Penelitian WHO dan lain lain, menemukan bahwa prevalensi infeksi nosokomial yang tertinggi pada ruang rawat inap terjadi di ruang ICU, perawatan bedah akut, dan bangsal ortopedi.¹⁷

Survey yang dilakukan WHO terhadap 55 Rumah Sakit di 14 negara menunjukkan 8,7 % dari rumah sakit tersebut terdapat pasien dengan infeksi nosokomial. Selain itu survey mengatakan bahwa 1,4 juta orang seluruh dunia menderita infeksi akibat perawatan di rumah sakit (WHO 2002), dan dari hasil penelitian WHO dan lain lain juga , menemukan bahwa prevalensi infeksi nosokomial yang tertinggi pada ruang rawat inap terjadi di ruang ICU, perawatan bedah akut, dan bangsal ortopedi..

2.1.1.3 Pengetahuan tentang PPI (Pencegahan Pengendalian Infeksi)

Menurut teori Griffiths, insiden infeksi nosokomial disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor fasilitas rumah sakit yang belum memenuhi standar, faktor kepemimpinan dan faktor tenaga kerja itu sendiri baik dokter, perawat, bidan, apoteker, fisioterapis, dan profesi kesehatan lainnya. sedangkan, menurut faktor yang berpengaruh terhadap insiden Patient Safety adalah kinerja individu perawat.¹⁸

Pengetahuan adalah bagian dari proses koqnitif seseorang yang dapat ditingkatkan melalui tingakat pendidikan . Hal ini diperkuat oleh Winslow et al dalam CHSRF and FCRSS 2005, yang menjelaskan bahwa ada hubungan antara pendidikan keperawatan dengan kebutuhan pasien. Selanjutnya dalam meningkatkan keselamatan pasien ,perawat harus meningkatkan pendidikan dan kesempatan pelatihan untuk semua aspek keperawatan.

¹⁷ Linda Tietjen, Debora Bossemeyer, Noel McIntosh. *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas*. Yayasan Bina Pustaka, JNPKKR. Jakarta. 2004.

¹⁸ Nursalam Manajemen Keperawatan *Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* Salemba Medika ed 3 , tahun 2011

Kinerja individu perawat dipengaruhi oleh 3 variabel yaitu variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Variabel individu, terdiri dari kemampuan, keterampilan, pengetahuan, demografi dan latar belakang keluarga. Variabel psikologi terdiri dari persepsi, sikap, motivasi, kepribadian dan belajar. Sedangkan, variabel organisasi terdiri dari sumber daya, imbalan, beban kerja, struktur, supervisi dan kepemimpinan.¹⁹

Pelatihan merupakan sebuah proses yang mengajarkan pengetahuan dan keahlian tertentu serta sikap agar karyawan semakin terampil dan mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan semakin baik, sesuai dengan standar. Biasanya pelatihan merujuk pada pengembangan ketrampilan bekerja (vocational) yang dapat digunakan dengan segera. Pengembangan menurut pendapat Jan Bella dalam adalah sama dengan pendidikan dan pelatihan²⁰. Pelatihan adalah setiap usaha untuk memperbaiki performansi pekerjaan pada suatu pekerjaan tertentu yang sedang menjadi tanggung jawabnya, atau suatu pekerjaan yang adakaitannya dengan pekerjaannya.

Meningkatkan pengetahuan dengan cara pelatihan PPI sangat berguna untuk meningkatkan kemampuan tenaga medis rumah sakit. Seperti di ketahui infeksi adalah kolonisasi yang dilakukan oleh spesies asing terhadap organisme inang, dan bersifat pialang membahayakan inang. Organisme penginfeksi, atau patogen, menggunakan sarana yang dimiliki inang untuk dapat memperbanyak diri, yang pada akhirnya merugikan inang. Patogen mengganggu fungsi normal inang dan dapat berakibat pada luka kronik, *gangrene*, kehilangan organ tubuh, dan bahkan kematian. (Journal BMD Hospital Training and Consulting <http://training.rumahsakit.com>).

¹⁹ Gibson, JK, et al, *Perilaku-Struktur-Proses*, Jilid I Edisi Kedelapan, Adiamin (Alih Bahasa), Bina Rupa Aksara, Jakarta. 1996.

²⁰ Hasibuan S. P 2007 *Manajemen Sumber Daya Manusia* ED revisi Jakarta Bumi Aksara

Disamping menambah ilmu pengetahuan , pelatihan PPI diadakan salah satunya bertujuan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang dapat ditularkan diantara pasien, staf, tenaga professional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa dan pengunjung Rumah Sakit, menurut .Agus Marwoto Bady, Hari Kusnanto, Dwi Handono 2007 , ada hubungan antara pelatihan/ pemahaman dengan kinerja SDM Perawat dalam pengendalian infeksi di Rumah sakit.²¹

Dalam upaya penerapan akreditasi JCI keberadaan unit/bagian pelatihan di RS memegang peranan penting, bahkan kegiatan dan program pelatihan menjadi prasyarat yang harus dipenuhi, seperti disebutkan dalam salah satu standar dalam akreditasi JCI, yaitu standar GLD (Governance, Leadership, and Direction) yang menyebutkan bahwa; kepala departemen menyediakan orientasi dan pelatihan untuk semua staf mengenai tugas dan tanggung jawab mereka kepada departemen atau instalasi di mana mereka ditugaskan.

Meningkatkan kualitas pelayanan dan pengetahuan serta keterampilan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dirumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya biasanya didapatkan dari pelatihan. Perawat harus memahami penyebab terjadinya infeksi, bagaimana cara penularannya , memperhatikan teknik aseptik , melakukan hand hygiene yang benar, memakai alat pelindung diri dalam bekerja dan mengerti dengan teknis dan operasional dalam melakukan tindakan dalam pelayanan kepada pasien seperti cara melakukan pemasangan infus , penusukan jarum infus pada pasien,monitor aliran cairan infus ,melihat tanda tanda terjadinya peradangan akibat luka jarum infus dan bagaimanamana penanganannya.²²

2.1.1.4. Kepatuhan Cuci Tangan

²¹ Depkes RI IlmuKesehatan Anak FK UI RS DR.Cipto Mangunkusumo” *Update in Neonatal Infections* “ ed I 2005.

²² BMD Hospital Training and Consulting Journal 2013 , *Training Pencegahan dan pengendalian infeksi* , <http://training.rumahsakit.com>.

Kepatuhan merupakan bagian dari perilaku individu yang bersangkutan untuk mentaati atau mematuhi sesuatu. Kepatuhan adalah sifat patuh, suka menurut, taat pada perintah, aturan, berdisiplin (Departemen Pendidikan Nasional, 2003). Kepatuhan adalah ketaatan menerima instruksi, koreksi, penyediaan dan perlindungan dari pimpinan (Oak 1992), perilaku yang disiplin merupakan perilaku yang taat dan patuh dalam peraturan.

Pittet dkk mendapatkan angka persentase kepatuhan mencuci tangan sebanyak 48%. Angka kepatuhan ini lebih tinggi pada perawat dibanding pada dokter. Kepatuhan mencuci tangan dapat diperbaiki dengan mengurangi hambatan-hambatan yang ada, serta dalam mempromosikan kepatuhan mencuci tangan, menetapkan peraturan-peraturan khusus seperti jangan memakai kuku palsu, atau perhiasan tangan yang dapat menyebarkan infeksi.

Mencuci tangan adalah cara yang paling sederhana dan merupakan tindakan utama dalam pengendalian infeksi nosokomial, tetapi kepatuhan dalam melaksanakannya sangat sulit mungkin dikarenakan iritasi kulit, sarana yang kurang, adanya sarung tangan, terlalu sibuk, tidak ada kesadaran untuk kebersihan tangan. (Dep IKA FKUI 2005)

Pada standar akreditasi rumah sakit,²³ Hand hygiene, teknik barrier dan bahan-bahan desinfeksi merupakan instrumen mendasar bagi pencegahan dan pengendalian infeksi yang benar. Rumah sakit mengidentifikasi situasi dimana masker, pelindung mata, gaun atau sarung tangan diperlukan dan melakukan pelatihan penggunaannya secara tepat dan benar. Sabun, deinfektan dan handuk atau pengering lainnya tersedia dilokasi dimana prosedur cuci tangan dan deinfektan

²³ Kemenkes RI 2011, *Standar Akreditasi Rumah Sakit, Saran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SKP)*.

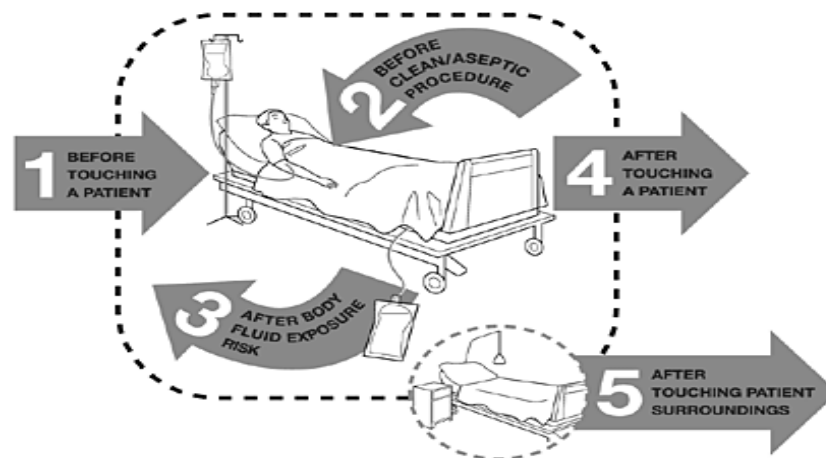
dipersyaratkan . Pedoman hand hygiene diadopsi oleh Rumah Sakit dan ditempel di area yang tepat ,dan staf diedukasi untuk prosedur yang benar tentang cuci tangan desinfeksi permukaan (Darmadi 2008) ²⁴

a). Momen mencuci tangan menurut WHO

1. Sebelum berkontak dengan pasien
2. Sebelum prosedur bersih /aseptik)
3. Setelah terpapar /risiko cairan tubuh pasien
4. Setelah berkontak dengan pasien
5. Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien

Gambar 1.

Momen mencuci tangan



²⁴. Darmadi 2008 *Infeksi Nosokomial Problematika dan Pengendaliannya* Jakarta Salemba

b). Langkah-langkah mencuci tangan (WHO)

WHO pada tahun 2005 mengeluarkan pesan kesehatan untuk mencuci tangan dengan 7 langkah. Bisa dilihat pada gambar untuk lebih jelasnya.

1. Basahi kedua telapak tangan dengan air mengalir, lalu taruh sabun ke usap dan gosok dengan lembut pada kedua telapak tangan.
2. Gosok masing- masing punggung tangan secara bergantian.
3. Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari.
4. Gosokan ujung jari (buku-buku) dengan mengatupkan jari tangan kanan terus gosokkan ke telapak tangan kiri bergantian.
5. Gosok dan putar ibu jari secara bergantian.
6. Gosokkan ujung kuku pada telapak tangan secara bergantian.
7. Menggosok kedua pergelangan tangan dengan cara diputar dengan telapak tangan secara bergantian setelah itu bilas dengan menggunakan air bersih dan mengalir, lalu keringkan.

Gambar 2

Langkah-langkah mencuci tangan

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



c). Cairan Pencuci Tangan

Staf rumah sakit dapat mencuci tangan dengan menggunakan larutan cuci tangan antiseptik sebelum memeriksa pasien dan larutan pembilas sebelum memegang pasien lain. Jenis cairan Chlorhexidine gluconate, providone iodine dan alkohol merupakan desinfektan yang cukup baik sebagai antiseptik.

Sabun dan deterjen produk pembersih (berbentuk batangan cair, sebaran, atau bubuk) yang menurunkan tegangan permukaan sehingga membantu membuang kotoran, debu dan mikroorganisme sementara dari kedua belah tangan. Sabun biasa membutuhkan friksi (penggosokan) untuk membuang mikroorganisme secara mekanik, sedangkan sabun antiseptik juga membunuh atau menghambat pertumbuhan sebagian besar mikroorganisme.²⁵ Larutan penggosok antiseptik berbasis alkohol tanpa air atau penggosok antiseptik. Penggosok tangan antiseptik beraksi cepat yang tidak harus menggunakan air, dapat menghilangkan flora sementara dan mengurangi mikroorganisme tetap serta melindungi kulit. Sebagian besar mengandung alkohol 60-90%, emulsi, dan sering ditambahkan antiseptik lain (misalnya klorheksidin glukonat 2-4%) yang mempunyai aksi sisa/residual. Karena penggosok antiseptik tidak menghilangkan kotoran atau zat organik, apabila kedua tangan terlihat kotor atau terkontaminasi darah atau tubuh, maka pertama-tama harus dilakukan cuci tangan dengan sabun dan air.

²⁵.Linda Tietjen, Debora Bossemeyer, Noel McIntosh. *Panduan Pencegahan Infeksi untuk fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan sumber daya terbatas*, Yayasan Bina Pustaka JNPKKR Jakarta 2004.

d). Metode mencuci tangan /macam –macam cara cuci tangan .²⁶

1. Cuci tangan ,bertujuan menghilangkan tanah dan transient microorganism ,metode pencucian dengan memakai sabun atau deterjen selama 10 – 15 detik.
2. Hand antisepsis ,bertujuan menghilangkan dan menghancurkan transient, metodenya dengan memakai sabun atau deterjen yang bersifat antimikroba atau alcohol based handsrub selama minimal 10-15 detik.
3. Surgical hand scrub, bertujuan menghilangkan dan menghancurkan transient microorganism dan mengurangi kuman tetap (flora kolonisasi) .metodenya memakai sabun atau deterjen antimikroba dengan menggunakan sikat selama minimal 120 detik atau alcohol based preparation selama minimal 20 detik .

Berdasarkan teori diatas dapat disimpulkan bahwa mencuci tangan adalah cara yang paling sederhana dan merupakan tindakan utama dalam pengendalian infeksi nosokomial ,tetapi kepatuhan dalam melaksanakannya sulit terlaksana ,banyak faktor yang dapat menyebabkan kepatuhan cuci tangan ini tidak dilakukan misalkan iritasi kulit, sarana dan peralatan cuci tangan yang kurang dll.²⁷ . Dalam melakukan cuci tangan yang benar sesuai standar perawat harus paham tujuan melakukan cuci tangan, kapan harus mencuci tangan , tahap tahap dalam melakukan cuci tangan sebelum melakukan kontak kepada pasien, macam macam metode cuci tangan dan

²⁶.FK UI Dep Ilmu Kesehatan Anak RSUP Ciptomangunkusumo,2005 *Update in Neonatal Infection combined in larson EL APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care setting* .AM J Infect Control 1995

²⁷. Linda Tietjen, Debora Bossemeyer, Noel McIntosh.*Panduan Pencegahan Infeksi untuk fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan sumber daya terbatas* ,Yayasan Bina Pustaka JNPKKR Jakarta 2004.

teknik cuci tangan sesuai serta sarana yang dibutuhkan sesuai standar mencuci tangan WHO.

2.1.1.5. Supervisi Kepala Ruangan

1. Supervisi

Supervisi adalah proses dimana pimpinan ingin mengetahui apakah hasil pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan bawahannya sesuai dengan rencana, perintah, tujuan/kebijakan yang telah ditentukan . Selain itu Swansburg 1999 juga mendefinisikan supervisi sebagai segala usaha untuk mengetahui dan menilai kenyataan yang sebenarnya mengenai pelaksanaan tugas, dimana dalam pelaksanaannya ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu menghargai potensi tiap individu, mengembangkan potensi tiap individu, dan menerima tiap perbedaan.²⁸

Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan directing dalam fungsi manajemen. Pada suatu saat supervisor akan memerlukan bantuan dalam mengambil keputusan melalui pengamalan dalam tugas untuk menemukan metoda yang lebih baik guna melaksanakan pendelegasian tugas dalam kelompok kerja, tentu memerlukan dukungan dari anggota kelompok yang tersulit dari tugas ini adalah bagai mana membuat bawahan mengerjakan pekerjaan dengan suka hati tidak karena terpaksa atau diawasi secara ketat .

Sukar seorang manajer keperawatan untuk mempertahankan mutu asuhan keperawatan tanpa melakukan supervisi, karena masalah masalah yang terjadi di unit keperawatan tidak seluruhnya dapat diketahui oleh

²⁸ Oechay on the blog *Manajemen Keperawatan Supervisi* html 2011

manajer keperawatan melalui informasi yang diberikan oleh staf keperawatan yang mungkin sangat terbatas tanpa melakukan supervisi keperawatan²⁹.

Walaupun supervisor memperhatikan kondisi dan hasil kerja, tetapi perhatian utama ialah manusianya, untuk itu harus mengenal tiap individu dan mampu merangsang agar tiap pelaksana mau meningkatkan diri. Salah satu tujuan utama dari supervisi adalah orientasi, latihan dan bimbingan individu, berdasarkan kebutuhan individu dan mengarah pada pemanfaatan kemampuan dan pengembangan ketrampilan yang baru.

Supervisi keperawatan mempunyai pengertian yang sangat luas, yaitu meliputi segala bantuan dari pemimpin/penanggung jawab kepada perawat yang ditujukan untuk perkembangan para perawat dan staf lainnya dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan. Kegiatan supervisi semacam ini merupakan dorongan, bimbingan dan kesempatan bagi pertumbuhan, perkembangan keahlian dan kecakapan perawat. Selain itu, supervisi juga diartikan sebagai pengamatan atau pengawasan secara langsung terhadap pelaksanaan pekerjaan yang sifatnya rutin (Suyanto, 2008). Dalam pelaksanaan supervisi, supervisor membuat suatu keputusan tentang suatu pekerjaan yang akan dilaksanakan, kemudian siapa yang akan melaksanakan. Untuk itu supervisor perlu memberikan penjelasan dalam bentuk arahan kepada para pelaksana.

Manfaat Supervisi

Apabila supervisi langsung adalah dilakukan secara langsung kepada obyek yang disupervisi, akan diperoleh banyak manfaat, diantaranya adalah sebagai berikut; Dapat lebih meningkatkan efektifitas kerja, peningkatan ini erat kaitannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan,

²⁹.Blog spot com 2010 <http://sukardjos.kmmkes.blogspot.com/2010/10/supervisi-dalam-menejemen-keperawatan.html> *Supervisi dalam manajemen keperawatan.*

serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.³⁰. Apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan, maka sama artinya bahwa tujuan organisasi telah tercapai dengan baik.

Agar supervisi dapat dijalankan dengan baik maka seorang supervisor harus memahami prinsip-prinsip supervisi dalam keperawatan sebagai berikut, Supervisi dilakukan langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung. Cara supervisi ini ditujukan untuk bimbingan dan arahan serta mencegah dan memperbaiki kesalahan yang terjadi. Supervisi Tidak Langsung dilakukan melalui laporan tertulis, seperti laporan pasien dan catatan asuhan keperawatan dan dapat juga dilakukan dengan menggunakan laporan lisan seperti saat timbang terima dan ronde keperawatan. Pada supervisi tidak langsung dapat terjadi kesenjangan fakta, karena supervisor tidak melihat langsung kejadian dilapangan. Oleh karena itu agar masalah dapat diselesaikan, perlu klarifikasi dan umpan balik dari supervisor dan staf.

2. Prinsip Supervisi

Prinsip-prinsip harus memenuhi syarat antara lain:

- 1).Didasarkan hubungan profesional bukan hubungan pribadi.
- 2).Kegiatan yang harus direncanakan secara matang ,bersifat edukatif ,memberikan perasaan aman pada perawat pelaksana dan harus mampu membentuk suasana kerja yang demokratis.(3).dilakukan secara obyektif dan mampu memacu terjadinya penilaian diri (self evaluation) .(4). Bersifat progresif ,inovatif dan fleksibel serta dapat mengembangkan potensi atau kelebihan masing-masing orang yang terlibat.(5), Bersifat konstruktif dan kreatif dalam mengembangkan diri disesuaikan dengan kebutuhan (6), dapat

³⁰. Nursalam Manajemen Keperawatan*Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* SalembaMedika ed 3 , tahun 2011

meningkatkan kinerja bawahan dan kepuasan kerja perawat dalam peningkatan kualitas asuhan keperawatan.³¹

3. Supervisi yang efektif

Ciri-ciri supervisi efektif yang dilakukan oleh seorang pimpinan adalah :

a). Delegasi

Seorang manajer, supervisor atau pimpinan unit, harus bisa membawahi timnya ke target yang telah ditetapkan. Dengan keterbatasan waktu dan tenaga, akan lebih efektif jika kita mendelegasikan sebagian tugas-tugas, terutama yang bersifat teknis lapangan kepada anak buah. Jadi tugas-tugas lapangan lainnya perlu didelegasikan kepada bawahan. Dalam *break down* target ini diharapkan harus SMART (*Specific, Measurable, Agree, Realistic, Time limit*). Target dan rencana harus disampaikan secara spesifik, anggota tim jelas dan gamblang pada level di bawahnya, Spesifik misalnya rencana asuhan keperawatan sudah harus terdokumentasi dalam waktu 20 menit sejak pasien masuk ruang rawat inap. *Measurable* artinya harus punya formula yang jelas untuk menghitung pencapaian, biasanya dalam bentuk satuan yang dapat diukur seperti produktivitas dalam satuan persen. *Agree* yang dimaksud bahwa target dan rencana tersebut disepakati oleh pembuat target dan penerima target, disinilah terjadi transaksi yang sangat alot antara supervisor dan staff. *Realistic*, supervisor harus mampu meyakinkan bawahan bahwa mereka mampu mencapainya dan mereka akan mendapat bimbingan dari supervisor. *Time limit* berarti ada target waktu selesai. Supervisor juga harus mampu memberikan pengarahan tentang strategi pencapaian. Supervisor harus mampu berkomunikasi dengan bawahannya untuk memastikan bahwa sasaran dan penugasan telah dipahami dengan baik.

b). Keseimbangan.

³¹.Widyanto P. *Pengaruh Pelatihan supervisi terhadap penerapan supervisi klinis kepala ruangan dan peningkatan kualitas tindakan perawat di ruang rawat inap* Depok 2012.

Seorang pimpinan diberikan otoritas untuk mengambil keputusan dan memberikan tugas kepada orang-orang di bawah tanggung jawabnya. Otoritas ini harus digunakan dengan tepat, artinya manajer atau supervisor harus menyeimbangkan penggunaan otoritas tersebut. Ia perlu tahu kapan harus menggunakan otoritas ini, dan kapan harus menahan diri dan membiarkan anak buah bekerja dengan mengoptimalkan kreativitas mereka. Keseimbangan juga mengacu pada sikap yang diambil oleh seorang pemimpin, kapan harus bersikap tegas, dan kapan harus memberi kesempatan pada anak buah untuk menyampaikan pendapat.

c). Contoh. 3

"Example is the best policy".Mungkin prinsip inilah yang penting untuk diterapkan dalam melakukan tindakan supervisi.Seringkali kata-kata saja kurang efektif sulit untuk dimengerti, maka dalam kondisi seperti ini tindakan yang paling tepat adalah dengan memberikan contoh konkret bagaimana bersikap dan bagaimana melakukan suatu tugas. Kepala ruangan sebagai seorang supervisor juga harus menyadari bahwa anak buah akan melihat dan mengamati tingkah laku pimpinan mereka sebagai pedoman tingkah laku di tempat kerja. Jadi jika pimpinan atau supervisor menginginkan anak buah untuk disiplin dalam waktu, sang pimpinan pun harus memperlihatkan contoh konkret dalam menerapkan disiplin waktu,misalnya tidak datang terlambat, menyelesaikan tugas sesuai deadline,atau jika mungkin sebelum deadline.

d). Jembatan.

Seorang supervisor pimpinan merupakan jembatan antara staf yang mereka pimpin dengan manajemen di atasnya. Jadi ia harus bisa menyampaikan keinginan, usulan karyawan pada pihak manajemen sebaliknya, ia pun harus bisa menyampaikan visi dan misi yang telah ditetapkan, serta keputusan-keputusan lain yang telah dibuat oleh manajemen

puncak untuk diketahui oleh para karyawan yang menjadi anggota timnya. Kondisi seperti ini sering memojokkan sang supervisor, baik dari segi karyawan maupun manajemen di atasnya. Untuk itu, manajer atau supervisor harus bisa menerapkan prinsip keseimbangan dalam bersikap dan mengambil keputusan agar adil dan bisa menemukan kepentingan staf dan juga pimpinan atau manajemen puncak.

e). Komunikasi.

Ciri lain yang sangat penting dalam melakukan supervisi efektif adalah kemampuan komunikasi. Komunikasi di sini bukanlah komunikasi satu arah (memberikan tugas-tugas saja), tetapi yang terlebih utama adalah komunikasi multi arah, yang juga mencakup kemampuan mendengarkan keluhan, masukan, dan pertanyaan dari karyawan. Dalam mengkomunikasikan tugas-tugas, supervisor perlu menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh orang yang harus melaksanakan tugas tersebut, bahasa yang sejajar dengan kemampuan dan cara berpikir anak buah.

f).. Menindak lanjuti dan Memberikan umpan balik.

Setelah melakukan penugasan, supervisor juga harus menindaklanjuti penugasan, tindak lanjut ini hendaknya dilakukan secara teratur dan terjadwal. Pada saat menindaklanjuti supervisor dapat berkomunikasi dua arah dan memberikan saran atau inisiatif terhadap suatu langkah peningkatan atau perbaikan.

4. Persepsi

Persepsi adalah sumber pengetahuan kita tentang dunia yang didefinisikan sebagai proses menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, mengartikan, menguji dan memberikan reaksi kepada rangsangan panca indera atau data. Dari definisi tersebut dapat diketahui bahwa terjadinya persepsi pada seseorang melalui serangkaian proses yang

bertahap.³² Seseorang memberikan reaksi atau tanggapan sesuai dengan persepsi dirinya terhadap dunianya daripada kondisi-kondisi obyektif dimana mereka sebenarnya berada. Seseorang hanya bias menggunakan sebagian kecil rangsangan kesadaran (*sensory stimuli*) yang adapada suatu peristiwa ,dan bagian ini diinterpretasikan sesuai dengan harapan nilai-nilai serta keyakinannya.³³

Persepsi sebagai proses yang melibatkan mental dan kemampuan kognitif sehingga memungkinkan seseorang dapat melakukan interpretasi dan memahami segala sesuatu yang ada disekelilingnya. Dengan demikian pemahaman terhadap suatu obyek dalam proses ini merupakan fungsi yang utama. Karena pemahaman merupakan yang utama dalam persepsi maka kadangkala apa yang dipersepsikan bisa berbeda dari realitasnya.³⁴

Dari pengertian-pengertian tersebut diketahui bahwa nilai subyektivitas seseorang sangat dominan dalam mempersepsikan sesuatu, sehingga seringkali asumsi-asumsi tentang persepsi orang lain adalah salah, yang disebabkan asumsi-asumsi yang tidak lengkap. Demikian pula yang terjadi pada suatu organisasi, dimana bawahan dapat saja keliru mempersepsikan atasannya atau sebaliknya atasan keliru mempersepsikan bawahannya. persepsi merupakan proses kognitif yang kompleks yang dapat memberikan gambaran yang unik tentang dunia yang sangat berbeda dengan realitasnya. Persepsi seseorang bisa berbeda satu sama lainnya, karena ada faktor yang mempengaruhinya.³⁵

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penafsiran seseorang terhadap rangsangan atau data perseptual adalah dimensi konteks .

³².Pareek *Perilaku Organisasi* cetakan II PT Pustaka Binaman Presindo jakarta 1984

³³.Pribadi Agung 2009 "*Analisis faktor pengetahuan ,motivasi,dan persepsi perawat tentang supervisi kepala ruangan terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan diruang rawatinap*" di RSUP Kelet Prov Jawa Tengah

³⁴.Kreitzer & Kinicki *Organizational Behavior* Richard D Irwin Inc 1995.

³⁵.Makmuri *Perilaku Organisasi* Program Pendidikan Pasca Sarjana Magister Management Rumah Sakit UGM Yogyakarta 1999

a). Konteks antar pribadi

Dimaksudkan bahwa hubungan yang terjalin antara penerima rangsangan dengan orang lain dalam suatu keadaan tertentu, akan mempengaruhi penafsiran atas petunjuk-petunjuk yang diterimanya. Jika sebelumnya diantara mereka sudah terjalin hubungan antar pribadi yang cukup harmonis dan menyenangkan, maka diantara mereka juga cenderung akan mempersepsikan sama seperti dirinya sendiri, sedang bila hubungan kurang harmonis diantara mereka maka, diantara mereka juga akan cenderung memandangnya sebagai sesuatu yang berbeda.

b). Konteks latar belakang yang lain

Dimaksudkan bahwa orang yang telah dikenal atau orang yang tidak dikenal terlebih dahulu, mempunyai pengaruh yang berlainan terhadap persepsi seseorang. Fakta dan informasi yang diberikan orang-orang yang sudah dikenal lebih dapat dipercaya, dan cenderung ditanggapi dengan lebih baik. Namun sebaliknya, sering kali hal tersebut dianggap remeh dan dipandang dengan sebelah mata oleh orang lain yang belum dikenal, sehingga persepsi terhadap fakta dan informasi yang diberikanpun bisa keliru.

c). Konteks keorganisasian

Konteks keorganisasian yang dimaksud adalah suasana kerja atau tempat kerja dimana seorang berada. Suasana kerja yang bersahabat, ramah dan menyenangkan mengakibatkan persepsi atas perilaku orang yang dikaitkan dengan tujuan organisasi lebih tepat. Sehingga menciptakan suatu organisasi dengan suasana kerja yang ramah dan menyenangkan sangat penting dan perlu diupayakan, karena persepsi orang-orang terhadap tujuan organisasi akan lebih baik, akibatnya setiap usaha untuk mewujudkan tujuan organisasi akan lebih mudah tercapai.

5. Kepala Ruangan/ Atasan

Kepala ruangan adalah seorang perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab dan mengelola kegiatan pelayanan perawatan disatu ruang rawat yang tugas pokoknya mengawasi dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan diwilayah tanggung jawabnya.³⁶

Kepala ruangan sebagai manajer tingkat bawah memiliki fungsi manajemen dalam area dan lingkup yang menjadi tanggung jawabnya Supervisi keperawatan merupakan salah satu fungsi pengarahan yang harus dilakukan seorang kepala ruangan yang dapat dipergunakan sebagai upaya menjamin kualitas tindakan keperawatan. Kegiatan penjaminan kualitas perawatan dapat dilakukan kepala ruangan melalui kegiatan supervisi kepada ketua tim dan perawat pelaksana . Mekanisme pengawasan efektif dilakukan secara berjenjang. Kepala ruangan sebagai manajer asuhan keperawatan harus dapat menjamin pelayanan yang diberikan oleh perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan yang aman dan mementingkan kenyamanan Kegiatan penjaminan kualitas asuhan kepada pasien dapat dilakukan melalui kegiatan supervisi berjenjang kepada staf³⁷

Kepala ruangan disebut ruangan keperawatan, perlu melakukan kegiatan koordinasi kegiatan unit yang menjadi tanggung jawabnya dan melakukan kegiatan evaluasi kegiatan penampilan kerja staf dalam upaya mempertahankan kualitas pelayanan pemberian asuhan keperawatan Berbagai metode pemberian asuhan keperawatan dapat dipilih disesuaikan dengan kondisi dan jumlah pasien, dan kategori pendidikan serta pengalaman staf di unit yang bersangkutan.

³⁶ <http://blog.spot.com> Manajemen Keperawatan 03 2012

³⁷ Widiyanto Puguh 2012 .Pengaruh Pelatihan Supervisi terhadap penerapan supervisi klinik kepala ruangan dan peningkatan kualitas tindakan luka di RSUD Muhammadiyah Temanggung

Adapun fungsi kepala ruangan menurut Marquis dan Houston sebagai berikut:

- 1). Perencanaan: dimulai dengan penerapan filosofi, tujuan, sasaran, kebijaksanaan, dan peraturan-peraturan : membuat perencanaan jangka pendek dan jangka panjang untuk mencapai visi, misi, dan tujuan, organisasi, menetapkan biaya – biaya untuk setiap kegiatan serta merencanakan dan mengelola rencana perubahan.
- 2). Pengorganisasian: meliputi pembentukan struktur untuk melaksanakan perencanaan, menetapkan metode pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang paling tepat, mengelompokkan kegiatan untuk mencapai tujuan unit serta melakukan peran dan fungsi dalam organisasi dan menggunakan power serta wewenang dengan tepat.
- 3). Ketenagaan: pengaturan ketegagaan dimulai dari rekrutmen, interview, mencari, dan orientasi dari staf baru, penjadwalan, pengembangan staf, dan sosialisasi staf.
- 4). Pengarahan : mencangkup tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia seperti motivasi untuk semangat, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi, dan memfasilitasi kolaborasi.
- 5). Pengawasan meliputi penampilan kerja, pengawasan umum, pengawasan etika aspek legal, dan pengawasan professional. Seorang manajer dalam mengerjakan kelima fungsinya tersebut sehari – sehari akan bergerak dalam berbagai bidang penjualan, pembelian, produksi, keuangan, personalia dan lain – lain.

Jadi dapat disimpulkan bahwa variable persepsi supervise atasan dari uraian diatas, adalah tentang persepsi seseorang/perawat pelaksana yang memberikan reaksi atau tanggapan sesuai persepsi dirinya terhadap atasan dalam kondisi-kondisi obyektif dimana mereka sebenarnya berada, penafsiran perawa terhadap peran serta atasan dalam memberi motivasi dan melakukan pengawasan terhadap perawat dalam melaksanakan pencegahan pengendalian infeksi , dalam hal ini terhadap kepala ruangan yang fungsinya sebagai supervisor . Supervisi kepala ruangan /atasan

menjadi satu variabel yang diteliti ,apakah ada pengaruh terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi nosiokomial dengan kejadian plebitis yang dilakukan oleh perawat pelaksana pada ruangrawat inap.³⁸

2.2 Kajian penelitian terdahulu yang relevan

Nichols, Barstow dan Cooper mengatakan juga mengidentifikasi peran penting perawat dalam perkembangan phlebitis Mereka menggaris bawahi pengetahuan dan kualitas pengkajian keperawatan merupakan faktor yang penting dalam pencegahan dan deteksi dini phlebitis.Karena begitu banyaknya pasien yang dilakukan terapi IV, maka perawat mempunyai tugas professional untuk mengenali dan mencegah hal-hal yang berhubungan dengan terjadinya komplikasi plebitis. Tindakan perawat selalu dilakukan untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan pasien/ klien.

Penelitian Atrika Dessi Suryo Putri di RSUP DR. Karyadi Semarang , Studi di Bangsal Bedah, Anak, Interna, dan ICU, tentang kepatuhan mencuci tangan , hampir seluruh petugas kesehatan setuju untuk menjaga higienitas tangan.Tapi dari hasil penelitian ada beberapa hambatan sikap ketidak patuhan tenaga kesehatan mencuci tangan adalah kemungkinan akan teriritasi tangan jika sering cuci tangan, kurang sadar untuk mengikuti protokol cuci tangan yang ada (25%),fasilitas cuci tangan yang kurang (23%), dan perlu waktu yang lama untuk cucitangan (22%).

Hasil penelitian yang dilakukan Triyanto dan Latifah (2006) didapatkan prosentase kejadian plebitis dibangsal bedah RSUD Prof Dr. Margono Soekardjo Purwokerto adalah 31,7%. Penelitian tersebut juga menemukan rata-rata 2-4 pasien mengalami plebitis setiap harinya. Penanganan atau tindakan untuk menangani plebitis merupakan isu penting di RSUD Prof. Dr.Margono Soekardjo Purwokerto, karena jika

³⁸ . Pribadi A, 2009 *Analisis Pengaruh faktor Pengetahuan , Motivasi, dan persepsi perawat tentang supervisi Kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Kelet Jawa tengah Jepara .*

plebitis tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan sepsis atau infeksi seluruh tubuh yang dapat menyebabkan kematian.

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Purbalingga dari (jurnal keperawatan Sudirman tahun 2006) menyatakan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya plebitis adalah jenis, ukuran dan bahan kateter; lama waktu pemasangan; pemilihan tempat insersi; jenis penutup tempat penusukan (dressing); teknik insersi/penusukan; sterilitas perawatan terapi intravena; cairan intravena; obat parenteral; dan frekuensi perawatan terapi intravena. Sedangkan faktor paling dominan adalah lama pemasangan kateter.

Beberapa komplikasi yang berkaitan dengan terapi IV misalnya plebitis dapat dicegah dengan perawatan yang baik terhadap pasien sebelum prosedur, menerapkan standar protokol, menggunakan bahan yang tepat, dan monitoring yang ketat selama pengobatan. (Karadag dan Gorgulu, 2000). Hal tersebut memerlukan pengetahuan, ketrampilan dan kesadaran yang penuh untuk mencegah terjadinya plebitis.

Pelatihan kompetensi yang memadai menjadi sangat penting dan diperlukan. Tes pengetahuan dan keterampilan rutin yang terkini merupakan hal yang penting untuk meyakinkan perawat mampu memberikan perawatan yang baik. Hadaway 1999 menjelaskan bahwa dalam pelatihan spesifik sebagai pengalaman pembelajaran memberikan penampilan kerja perawat menjadi lebih baik dalam mencegah plebitis.

Phlebitis mekanik dapat terjadi ketika pembuluh darah mengalami trauma akibat kontak fisik dengan kanul intravena organik dan anorganik. Penting untuk mempertimbangkan ukuran kateter IV untuk mencegah plebitis. Teknik insersi yang tepat menjadi faktor penting dalam plebitis. Dalam studi observasi yang dilakukan Campbell 1998, didapatkan angka plebitis berkembang 52% yang dilakukan oleh perawat junior, 30% oleh perawat senior dan 17% oleh perawat emergensi. Hasil tersebut

didapatkan angka signifikan ($p < 0.05$) antara angka phlebitis dengan pengalaman orang melakukan insersi.³⁹

Penelitian yang dilakukan di ruang rawat inap RSUD Indramayu Waluyah 2011 menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kejadian phlebitis dan ada hubungan yang signifikan yaitu dari 50,8 % perawat dengan pengetahuan kurang baik angka kejadian phlebitis mencapai 40% antara pengetahuan perawat dengan kenyamanan pasien yang dilakukan pemasangan infus di ruang rawat inap. Dalam analisis lanjut diperoleh nilai $OR = 9,5$ artinya perawat yang memiliki pengetahuan tidak baik berpeluang 9,5 kali menyebabkan phlebitis dibandingkan perawat yang memiliki pengetahuan baik. Hasil ini menunjukkan pengetahuan perawat tentang terapi infus memberi kontribusi yang besar terhadap terjadinya phlebitis.

Dari penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Temanggung Puguh Widyanto 2012 mengatakan bahwa kualitas supervisi kepala ruangan menjadi lebih baik setelah diberi pelatihan dengan peningkatan 60% ,sebelum diberikan pelatihan supervisi kepada kepala ruangan pencapaian hanya 35 %, hal tersebut dibuktikan bahwa supervisi dilakukan dengan tidak terprogram ,tidak terjadwal dan materi program tidak disampaikan kepada staf. Setelah mengikuti pelatihan menunjukkan perubahan kualitas yang baik kepala ruangan dalam mensupervisi dengan peningkatan kualitas dari 35% menjadi 95% menunjukkan bahwa kualitas kepala ruangan meningkat setelah pelatihan.

Hasil penelitian dari Handoko dan Atik Badiah menyatakan bahwa Supervisi berhubungan dengan kinerja perawat ,hal ini mengembarkan bahwa apabila kepala ruangan melakukan supervisi dengan baik maka perawat pelaksana juga akan menghasilkan kinerja yang baik begitu pula

³⁹.Jurnal Keperawatan Soedirman *The Soedirman Journal of Nursing* , Volume 1, No.1, Juli

sebaliknya. Namun hasil penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan Rahayu Dwi Murwani 2007, dalam memperoleh hasil ,bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan supervisi keperawatan dengan kinerja perawat di rumah sakit Islam Surakarta.

Penelitian sebelumnya di Norwegia oleh Hyrkas dan Paunonen – Ilmonen pada tahun 2001 memperlihatkan bahwa supervisi klinis mempengaruhi kualitas pelayanan, sehingga dapat dianggap sebagai kegiatan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan

Kejadian phlebitis meningkat sejalan dengan lamanya kanulasi atau waktu pemasangan .Seperti yang dikemukakan oleh Gabriel et al 2005 yang menyatakan bahwa angka kejadian phlebitis meningkat dari 12% menjadi 34% pada 24 jam pertama setelah hari I pemasangan ,diikuti oleh peningkatan angka 35% menjadi 65% setelah 48 jam pemasangan kateter. Untuk itu pemindahan pemasangan lokasi harus dilakukan sebelum terjadinya phlebitis .

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Penelitian

Kerangka konsep

Kerangka konsep merupakan landasan pikir peneliti dalam melaksanakan penelitian, aspek yang diteliti pada penelitian ini adalah faktor faktor penyebab terjadinya phlebitis terkait peran perawat dalam melaksanakan pelayanan pada pasien terkait Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di ruang rawat inap Rumah Sakit.

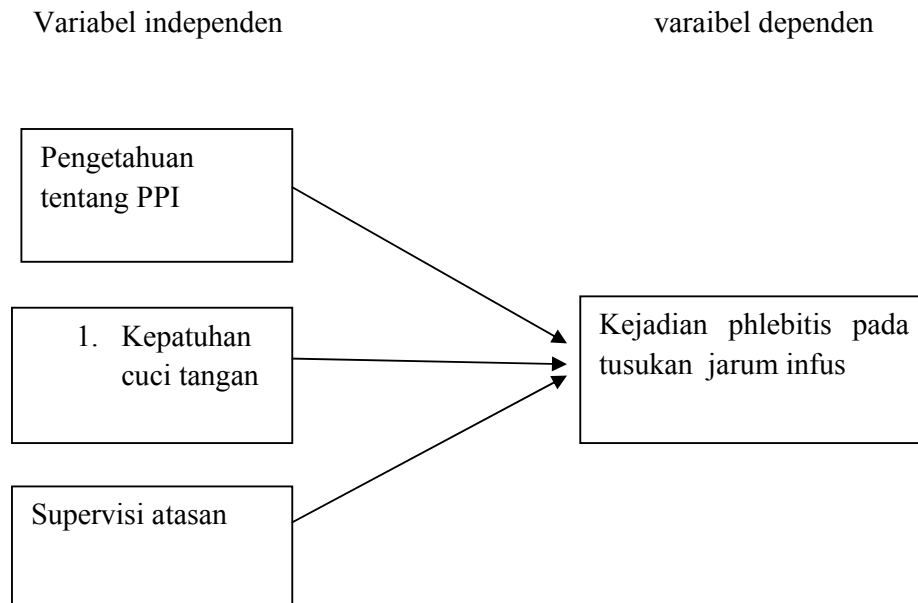
Variabel penelitian adalah objek penelitian atau apa yang menjadi titik perhatian dalam suatu penelitian .

Variabel dalam penelitian ini terdiri :

1. Variabel bebas penelitian yaitu Pengetahuan perawat tentang PPI , Kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan
2. Variabel terikatnya adalah kejadian phlebitis pada luka tusukan jarum infus pasien yang terpasang jarum infus diruang rawat inap .

Dari uraian ketiga variable diatas peneliti ingin mengetahui faktor apa yang paling dominan mempengaruhi terjadinya phlebitis di ruang rawat inap rumah sakit karena hubungan dari ketiga variabel tersebut berkaitan erat dengan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial dengan indikator kejadian phlebitis .

Kerangka konsep penelitian faktor faktor penyebab kejadian phlebitis diruang rawat inap dikaitkan dengan pengetahuan perawat tentang PPI, Kepatuhan cuci tangan dan Supervisi atasan.

Gambar 3**Variabel penelitian**

Pengetahuan perawat tentang PPI, merupakan domain yang paling penting dalam membentuk tindakan seseorang perawat dalam melakukan perannya. PPI adalah pencegahan dan pengendalian infeksi, apabila pengetahuan perawat baik tentang pencegahan dan pengendalian infeksi maka perawat akan melakukan tindakan sesuai prosedur atau protap, sehingga mengurangi terjadinya komplikasi karena infeksi. Perawat yang akan melakukan terapi infus kepada pasien harus memiliki pengetahuan dalam semua aspek klinik yang berkaitan dengan terapi infus. Pengetahuan yang dimiliki harus meliputi faktor faktor apa saja yang dapat menyebabkab terjadinya infeksi pada pemasangan jarum infus, diantaranya hal hal teknik aseptis dalam melakukan tindakan, memahami anatomi fisiologi akses vaskuler, memahami komplikasi yang terjadi, prinsip pengendalian infeksi, penggunaan alat infus, prosedur pemasangan infus, perawatan infus dan pengolahan komplikasi. Oleh sebab itu pengetahuan ditempatkan pada posisi awal variabel penelitian yang berpengaruh terhadap terjadinya phlebitis.

Kepatuhan cuci tangan sangat berpengaruh terhadap terjadinya suatu infeksi. Mencuci tangan adalah cara yang paling sederhana dan merupakan tindakan utama dalam pengendalian infeksi nosokomial, akan tetapi kepatuhan dalam pelaksanaannya sangat sulit dilakukan, perawat merasa seringnya mencuci tangan dalam melakukan kegiatan diruang rawat inap akan menyebabkan iritasi pada kulit tangan, ada anggapan bahwa dengan memakai sarung tangan steril tidak memerlukan cuci tangan, dilain pihak kepatuhan cuci tangan dikaitkan dengan sarana cuci tangan yang tidak tersedia diruang rawat dimana sarana untuk cuci tangan harus disediakan pada titik titik yang strategis diruang rawat sehingga perawat tidak merasa repot untuk bolak balik mencuci tangan, Banyak hal yang menjadi alasan kepatuhan cuci tangan tidak dilaksanakan dengan baik oleh perawat, namun kepatuhan merupakan bagian dari perilaku individu yang bersangkutan untuk mentaati atau mematuhi sesuatu peraturan.

Supervisi kepala ruangan dalam melakukan fungsi pengawasan pengendalian sangat dibutuhkan sekali oleh perawat pelaksana dalam melakukan tugas diruang rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya. Kepala ruangan sebagai supervisor dan senior, tidak hanya mengawasi kerja perawat pelaksana, tapi berfungsi sebagai pembina dan pengendali, artinya dia juga berfungsi dalam pendampingan apabila pelaksana mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kepada pasien. Kepala ruangan memberikan pembinaan agar pelaksana bekerja sesuai SOP, memonitor pekerjaan perawat pelaksana secara rutin, melakukan evaluasi terhadap semua kinerja perawat dan melakukan upaya tindakan perbaikan terhadap semua kesalahan yang sudah terjadi. Peran kepala ruangan ini akan dirasakan oleh perawat pelaksana apabila tidak dilakukan dengan optimal dan akan memberi dampak kepada kinerja perawat pelaksana, terutama perawat pemula yang bekerja diruang rawat inap.

Sementara variabel dependen yaitu kejadian phlebitis pada tusukan jarum infus adalah suatu peristiwa infeksi yang terjadi pada tusukan jarum infus yang dipasang pada pasien, dimana terlihat tanda tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, rasa nyeri, serta pengerasan sepanjang vena, biasanya terjadi beberapa

hari sesudah pemasangan infus, faktor faktor penyebab nya bisa disebabkan oleh banyak hal misalnya faktor kimia seperti obat-obatan, faktor mekanik misalnya karena cedera atau trauma fisik akibat pemasangan yang tidak tepat, faktor bakterial yang berhubungan dengan adanya kolonisasi bakteri.

Dari kerangka konsep diatas peneliti ingin mengetahui sejauh mana faktor-faktor variabel independen menyebabkan kejadian phlebitis yang terjadi pada pasien yang dipasang infus, karena seorang perawat harus bekerja sesuai standar operasional prosedur dan standar asuhan keperawatan dalam melaksanakan fungsinya diruang rawat inap.

3.2 Hipotesis Penelitian

Dari analisa hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian phlebitis yang telah diuraikan diatas dapat dibuat hipotesis penelitian sebagai berikut:

1. Diduga ada pengaruh Pengetahuan perawat tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) terhadap kejadian phlebitis.
2. Diduga ada pengaruh kepatuhan cuci tangan terhadap kejadian phlebitis
3. Diduga ada pengaruh Supervisi kepala ruangan terhadap kejadian phlebitis
4. Diduga ada pengaruh yang paling dominan dari Pengetahuan perawat kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan terhadap kejadian phlebitis .

3.3 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan penelitian yang disusun sehingga dapat menuntun peneliti untuk mendapatkan jawaban terhadap pertanyaan penelitian Rancangan yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian korelasi deskriptif (descriptive correlational) dengan pendekatan cross sectional dimana variabel dependen dilakukan pengukuran sekaligus dalam waktu bersamaan.

Polit dan Hugler 1999 mengatakan bahwa keuntungan utama desain penelitian crosssectional adalah praktis, ekonomis dan mudah dilaksanakan. Sedangkan kelemahan karena penelitian hanya dilakukan dalam sewaktu sering memberikan hasil yang kurang mencerminkan kondisi yang sebenarnya karena manusia bersifat dinamis dan dapat berubah sewaktu waktu. Peneliti menggunakan pendekatan crosssectional karena penelitian ini bertujuan mengidentifikasi ada tidaknya hubungan variabel independen dengan variabel dependen dalam satu kali pengukuran. Pengukuran variabel dependen kejadian plebitis dilakukan secara bersamaan dengan pengukuran variabel independent untuk melihat pengaruh faktor, pengetahuan perawat tentang PPI, kepatuhan mencuci tangan dan Supervisi atasan

3.4 Definisi konseptual, definisi operasional, pengukuran dimensi, indikator.

3.4.1 Variabel pengetahuan PPI (X1)

- a). **Definisi Konseptual** pengetahuan adalah bagian dari proses kognitif seseorang yang dapat ditingkatkan melalui pendidikan Menurut Winslow (2005) yang menjelaskan bahwa ada hubungan antara pendidikan keperawatan dengan kebutuhan pasien.
- b). **Definisi Operasional** “Pengetahuan perawat tentang Pencegahan dan pengendalian Infeksi PPI” : Pemahaman perawat tentang kejadian infeksi nosokomial dirumah sakit baik secara teori maupun teknik operasional berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian Infeksi di ruang rawat inap
- c). **Alat ukur menggunakan kuesioner**, mengisi kuesioner yang berisi 20 pertanyaan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi dengan kejadian plebitis. Kriteria jawaban pernyataan dengan skoring

Skor 1 = jika jawaban benar

Skor 0 = jika jawaban salah

Tabel 2
Dimensi dan Indikator Variabel Pengetahuan perawat tentang PPI

Dimensi	Indikator
-Penyebab terjadinya infeksi	Memahami tanda tanda kejadian infeksi
-Cara penularan infeksi	Menahami cara dan penularan infeksi .
-Kewaspadaan standar	Melaksanakan kewaspadaan standar
-Teknik aseptis pemasangan alat.	Melakukan teknik aseptis
-Inseri intravena sesuai SOP	Bekerja sesuai prosedur tetap dan terampil menggunakan alat
-Ketrampilan pemasangan alat kepasien.	

3.4.2 Variabel Kepatuhan cuci tangan (X2)

- a). **Definisi Konseptual** Kepatuhan adalah menurut (Oak 1992) bagian dari perilaku individu yang bersangkutan untuk mentaati atau mematuhi sesuatu sifat patuh , suka menurut ,taat pada perintah ,aturan ,berdisiplin .
- b). **Definisi Operasional** Kepatuhan cuci tangan adalah kepatuhan perawat sesuai persepsinya dalam melaksanakan cuci tangan sesuai standar yang dilakukan oleh dirinya waktu selama menjalankan tugas dirawat inap dengan memperhatikan standar cuci tangan yang dipahaminya dalam melayani klien.
- c). **Alat ukur** menggunakan kuesioner dengan menggunakan Skala Likert.
- Kriteria jawaban :
- Pernyataan positif dengan skoring :
 - 1 = Tidak pernah, 2= hampir tidak pernah 3 = kadang-kadang
 - 4 = sering 5 = selalu
 - Pernyataan negatif dengan skoring :
 - 1 = selalu 2 = sering 3 = kadang-kadang ,
 - 4= Hampir tidak pernah 5= tidak pernah
- Skala pengukuran ordinal

Tabel 3
Dimensi dan Indikator Variabel Kepatuhan mencuci tangan

Dimensi	Indikator
Kapan harus melakukan cuci tangan /momen mencuci tangan	Mengetahui momen penting dalam mencuci tangan
Bagaimana teknis mencuci tangan	Melakukan langkah langkah mencuci tangan secara benar
Hal hal yang diperhatikan dalam mencuci tangan	Mengetahui metode mencuci tangan /macam macam teknik cuci tangan
Cairan pencuci tangan yang tepat	
Teknik asptik yang baik	Melakukan urutan yang benar dalam melakukan kebersihan tangan Memahami cairan pencuci tangan

3.4.3 Variabel supervisi (X3)

- a). Definisi Konseptual Supervisi menurut (Mc Farlan 1988) ,adalah proses dimana pimpinan ingin mengetahui apakah hasil pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan bawahannya sesuai dengan rencana ,perintah,tujuan kebijakan yang telah ditentukan.
- b). Definisi operasional Supervisi atasan adalah Persepsi perawat tentang supervisi kepala ruangan rawat inap ataupun penafsiran perawat terhadap peran serta atasan dalam memberi motivasi pengarahan, pembinaan dan pengawasan serta evaluasi , perbaikan untuk mengurangi kesalahan terhadap perawat dalam melaksanakan tugas diruang rawat inap .
- c). Cara mengukur dengan menggunakan Skala Likert.

Kriteria jawaban :

Pernyataan positif dengan skoring :

1 = Tidak pernah, 2= hampir tidak pernah 3 = kadang-kadang

4 = sering 5 = selalu

Skala pengukuran ordinal

Tabel 4
Dimensi dan Indikator Variabel Supervisi atasan

Dimensi	Indikator
Peran serta atasan dalam memberi -motivasi -pengarahan -pembinaan -pengawasan -pengendalian -Evaluasi -Pebaikan terhadap kesalahan yang dialkukan kepadapetugas pelaksana ruangan rawat inap .	Motivasi tinggi dalam tugas Terarah dalam melakukan pelayanan Bekerja sesuai prosedur. Mempunyai disiplin kerja baik Jujur dan bertanggung jawab Mempunyai ketegasan Melakukan perbaikan terus menerus .

3.4.4 Variabel Kejadian Phlebitis (Y)

- a). Definisi konseptual phlebitis menurut (Terry 1995) adalah salah satu bentuk infeksi nosokomial yang sering muncul dirumah sakit ,yaitu merupakan peradangan pada dinding vena akibat terapi cairan intravena yang ditandai dengan manifestasi klinis pada lokasi tusukan jarum infus .
- b).Definisi operasional Kejadian phlebitis adalah peradangan pada dinding pembuluh darah vena pada bekas tusukan jarum infus dengan tanda –tanda klinis ,yang merupakan indikator mutu pelayanan minimal rumah sakit diruang rawat inap .Alat ukur adalah data sekunder yaitu data kejadian phlebitis pada lembar laporan kejadian phlebitis di ruang rawat inap .
- c). Cara ukur dengan nilai kategori
 - 0 = tidak terjadi phlebitis pada tusukan jarum infus
 - 1= ada kejadian plebitis pada tusukan jarum infus
 Skala pengukuran nominal.

Tabel 5
Dimensi dan Indikator Variabel Kejadian Phlebitis

Dimensi	Indikator
Tanda tanda terlihat pada lokasi tusukan jarum infus seperti ; Kemerahan rasa nyeri bengkak pengerasan hangat daerah insersi .	Terjadinya phlebitis, apabila ada salah satu tanda pada tusukan jarum infus Tidak adanya kejadian phlebitis, apabila tidak ditemukan salah satu tanda terlihat

3.5 Teknik pengumpulan data dan pengambilan sampel

3.5.1 Teknik Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kuesioner sebagai data primer dan data sekunder kejadian *phlebitis* pada catatan rekam medik ,serta lembar observasi kejadian plebitis dan laporan kejadian panitia infeksi nosokomial Rumah sakit Kuesioner terdiri dari kuesioner pengetahuan , sikap kepatuhan dalam mencuci tangan supervisi atasan .

1. Data primer

Kuesioner pengetahuan perawat terdiri dari bagian bagian bagian pemahaman perawat tentang infeksi nosokomial, pengetahuan perawat tentang penularan infeksi diruang rawat inap dengan indikator kejadian plebitis dan proses pelaksanaan terapi infus oleh perawat secara prosedur yang benar teknik insersi terapi infus. Jumlah pertanyaan setelah dilakukan

uji validitas berjumlah 20 soal dengan pilihan jawaban benar atau salah , apabila jawaban benar diberi nilai 1 sedangkan kalau salah diberi nilai 0 .

Kuesioner kepatuhan cuci tangan terdiri dari 10 pernyataan perawat dalam melakukan cuci tangan dalam melaksanakan tugas diruang rawat inap sesuai persepsi mereka dalam hand hygiene /cuci tangan . Pernyataan terdiri dari konsep mencuci tangan sesuai standar , langkah langkah mencuci tangan sesuai standar pelayanan kesehatan, dan kebiasaan mencuci tangan perawat sesuai yang diapahaminya.

Kuesioner supervisi ,terdiri dari 10 pernyataan perawat tentang persepsinya terhadap kepala ruangan dalam melakukan fungsi pengawasan pengendalian pembinaan pelaksanaan pelayanan diruang rawat inap kepada perawat pelaksana.

Selain itu kuesioner latar belakang perawat dalam karakteristik individu yang terdiri dari terdiri dari 7 item pertanyaan meliputi , ruangan , umur ,jenis kelamin , pendidikan ,masa kerja status kepegawaian, pelatihan.

2. Data sekunder

Lembar dokumentasi

Merupakan dokumen data pasien yang dipasang infus diruang rawat inap yang dicatat dalam medical record pasien pada instalasi Rekam Medik rumah sakit, berisi tentang identitas pasien (nama ,jenis kelamin ,umur , alamat no rekam medik,dan diagnosa medis oleh dokter),dan dokumentasi tindakan saat pemasangan ,nama perawat yang melakukan insersi/ memasang infus dan ukuran alat IV yang digunakan , lokasi pemasangan infus , cairan /obat yang diberikan , tanggal penggantian infus Selain itu juga terdapat dokumentasi tanda phlebitis yang merupakan dokumen hasil observasi tanda phlebitis . Data yang didapat adalah adanya salah satu tanda tanda phlebitis pada pasien yang dipasang infus yang disebut *kejadian*

phlebitis. Tanda *phlebitis* yang ditemukan merupakan data kejadian *phlebitis* pasien yang dipasang infus .

3.5.2 Populasi dan Sampel

Pengambilan sampel penelitian untuk perawat yang bertugas di ruang rawat inap RS Cengkareng Jakarta ditentukan melalui *Proportionate Stratified Random Sampling*. yaitu teknik pengambilan sampel dari anggota populasi secara acak dan berstrata secara proporsional dan berdasarkan ruangan dimana perawat berada. Ada 4 ruangan yang menjadi sample penelitian berdasarkan angka kejadian phlebitis yang cukup tinggi .

- a). Populasi: Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti, populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana ruang rawat inap RSUD Cengkareng yang berjumlah 72 orang pada 4 ruang rawat inap .
- b). Sampel : Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi penelitian, Arikunto (2006) menyebutkan bahwa untuk memperoleh sampel yang representatif , pengambilan sampel ditentukan secara seimbang dengan banyaknya subjek dalam masing-masing wilayah Penentuan jumlah sampel berdasarkan propossi perawat pelaksana di masing masing ruang perawatan, dalam hal ini sampel diambil seluruh perawat pada 4 ruang rawat inap dimana seluruh perawat melakukan pemasangan infus kepada pasien. jadi sampel yang diambil adalah total sampling pada 4 ruang rawat inap . yaitu manggis ,sirsak ,melon dan perina.Perkiraan populasi dan jumlah sampel penelitian di 4 ruang perawatan RSUD Cengkareng tahun 2013 berjumlah 72 orang pengambilan sampel di 4 ruangan rawat inap ini berdasarkan survey awal peneliti dimana pada 4 ruangan ini angka phlebitis cukup tinggi pada 6 bulan terakhir melebihi angka standar minimal yang ditetapkan depkes sehingga peneliti mengambil 4 ruang ini sebagai sample penelitian . Pengambilan sample pada penelitian ini menggunakan non random sampling dan menggunakan teknik purposive sampling dimana sample

dipilih berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tertentu (Nurjanah Dewi dalam Sugiono 2010).

Kriteria inklusi perawat dalam penelitian ini adalah perawat :

- a). Perawat pelaksana RSUD Cengkareng di 4 ruangan tidak termasuk kepala ruangan karena kepala ruangan adalah termasuk obyek yang diteliti dalam penelitian .
- b). Bersedia menjadi responden yang dibuktikan dengan surat kesediaan menjadi responden.
- c). Sedang kriteria inklusi pasien adalah

Pasien yang mendapat tindakan pemasangan infus yang dilakukan perawat diruang rawat inap.

3.5.4 Tempat Penelitian dan waktu penelitian .

Penelitian ini bertempat di RSUD Cengkareng pada ruang rawat inap umum dewasa dan anak , dengan alasan rumah sakit tempat peneliti bekerja, merupakan keharusan bagi rumah sakit yang terakreditasi dan dengan sertifikat ISO untuk menyelenggarakan penelitian. Waktu penelitian dilakukan selama 6 bulan dimulai dengan observasi dan penyusunan proposal, uji coba kuesioner, pengambilan data, pengolahan data sampai pembuatan laporan penelitian

3.6 Uji kualitas data

Menurut Polit dan Back (2004) setiap instrumen penelitian perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas . Hal ini sangat penting dalam penelitian karena kesimpulan penelitian hanya dapat dipercaya bila alat pengukurannya akurat dan obyektif .Uji validitas data dilakukan kepada 30 perawat diruang rawat inap dengan menyebarkan kuesioner .

Uji validitas dan reliabilitas

Sebelum melaksanakan penelitian dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner melalui uji coba kuesioner . validitas adalah keadaan yang menggambarkan tingkat instrumen yang bersangkutan mampu mengukur apa yang akan diukur, sedangkan reliabilitas adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur subyek yang sama akan menghasilkan hasil yang sama . Analisis dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu baru diikuti oleh reliabilitas dengan bantuan komputer /spss .Bila ada bukti yang tidak valid ,maka butir tersebut dibuang ,dan butir yang valid secara bersamaan diukur reliabilitasnya.Uji coba kuesioner dilakukan terhadap 30 orang responden yaitu perawat pelaksana diruang rawat inap RSUD Cengkareng yang kondisinya mempunyai persamaan atau setara. Uji validitas menggunakan validitas isi yaitu dengan melihat apakah alat ukur telah memuat pertanyaan atau pertanyaan yang relevan dengan materi yang akan diteliti .pengujian validitas dengan mengukur korelasi tiap item (skor faktor) dengan skor total. Kriteria yang yang digunakan untuk pengukuran validitas adalah nilai $p \leq 0,05$.

Pengolahan dan Analisa Data

- a).Pemeriksaan data (editing), peneliti melakukan pengecekan isian kusioner yang telah diserahkan responden setiap hari selama penelitian.
- b). Pembuatan kode (Coding) :Peneliti melakukan pengkodean terhadap data yang masuk dan sudah dikumpulkan.
- c). Entry : Proses entry data dari kuestioner ke paket program komputer sehingga dapat dilakukan analisa.
- d). Cleaning: Pengecekan kembali data yang dientri.

3.7 Metode analisis

Analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat untuk menggunakan distribusi frekuensi memperoleh gambaran frekuensi dari variabel yang diteliti berupa nilai frekuensi presentase. Analisa univariat dalam

penelitian ini memuat tentang variabel pengetahuan perawat tentang PPI ,kepatuhan cuci tangan dan supervisi atasan serta variabel terikatnya kejadian flebitis di 4 ruangan rawat inap

Analisa Bivariat yaitu memakai uji kuadrat *Chi Square* dasar dari uji Chi Square membandingkan frekuensi yang diamati dengan frekuensi yang diharapkan dan untuk melihat ada tidaknya bungan masing masing variabel yaitu pengetahuan perawat tentang PPI , Kepatuhan cuci tangan dan Supervisi atasan dengan kejadian flebitis di 4 ruang rawat inap .

Analisa multivariat menggunakan analisa uji regresi logistik yang sebenarnya sama dengan analisis regresi berganda , hanya variabel terikatnya merupakan variabel dummy (0 dan 1) memiliki 2 nilai, keadaan ini disebut juga (*binary logistic regression*) karena pada variabel respon yaitu kejadian phlebitis, ada 2 kategori , terjadinya phlebitis nilai =1 dan tidak ada terjadinya phlebitis nilai = 0 .

Regresi logistik menghasilkan rasio peluang yang dinyatakan dengan transformasi fungsi logaritma (*log*), dengan demikian fungsi transformasi *log* ataupun *ln* diperlukan untuk *p-value*, dengan demikian dapat dinyatakan bahwa **logit (p)** merupakan *log* dari peluang (*odds ratio*) atau *likelihood ratio* dengan kemungkinan terbesar nilai peluang adalah 1.

Pada model ini yang diregresikan adalah peluang variabel respon Y=1 (kejadian plebitis). Model umum regresi logistik adalah :

$$L = a_0 + a_1x_1 + a_2 x_2 + a_3x_3$$

$$L = \text{Ln} \left(\frac{P}{1 - P} \right)$$

P= probabilitas (kejadian) phlebitis

dimana p bernilai antara 0 – 1

P adalah kemungkinan bahwa $Y = 1$

X1= pengetahuan PPI

X2= Kepatuhan cuci tangan

X3= Supervisi kepala ruangan

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian tentang penyebab kejadian phlebitis yang berhubungan dengan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian Infeksi, kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan di ruang rawat inap di RSUD Cengkareng yang dilaksanakan dalam kurun waktu 4 Minggu dimulai 1 Juli sampai dengan 31 Juli 2013. Penelitian ini dilakukan kepada 72 responden (perawat) yang secara proporsional di tiap unit rawat inap (meliputi ruang perina, ruang melon, ruang manggis dan ruang sirsak), dimana peneliti mengumpulkan seluruh responden ruang rawat inap dalam ruang pertemuan rumah sakit, berkoordinasi dengan kepala keperawatan dan jajaran manajemen dan fungsional keperawatan menjelaskan maksud serta tujuan penelitian dan membagikan kuesioner sesuai sampel yang dibutuhkan.

4.1 Gambaran Umum Obyek Penelitian

RSUD Cengkareng adalah Rumah Sakit Daerah pertama di Wilayah Jakarta Barat dan Rumah sakit Umum Daerah termuda di DKI Jakarta. Dalam usianya yang ke-10 tahun ditahun 2013 ini, rumah sakit sudah mengalami kemajuan yang sangat pesat dalam perjalanannya. Saat ini RSUD Cengkareng sudah terakreditasi 16 jenis pelayanan, memiliki sertifikasi ISO 9001-2008, menjadi Rumahsakit rujukan dari beberapa rumah sakit daerah dalam melakukan study banding. dan banyak prestasi lain yang cukup membanggakan. Saat ini RSUD Cengkareng mempunyai kapasitas 280 tempat tidur, dengan angka BOR diatas 85%. Pencapaian mutu layanan cukup baik, angka kepuasan pelanggan diatas 80%, namun disemua lini masih perlu peningkatan dan perbaikan perbaikan yang harus dilakukan, salah satu hal yang dapat menjadi perhatian untuk perbaikan adalah program pencegahan dan pengendalian infeksi dimana, Pencegahan dan pengendalian Infeksi merupakan salah satu standar akreditasi yang harus dimiliki oleh setiap Rumah Sakit. Pencatatan dan pelaporan internal insiden kasus sudah berjalan tapi belum maksimal, hal ini dikarenakan masih ada persepsi negatif

yaitu akan terkena dampak dan sanksi apabila melaporkan kejadian yang tak diharapkan, sehingga tim KPRS yang harus proaktif terjun kelapangan untuk melacak kasus / kejadian.

Untuk mendukung pelaksanaan program pasien safety , Pengendalian Infeksi Nosokomial serta kepentingan organisasi dilingkungan Rumah sakit Umum daerah Cengkareng ,maka dengan keputusan Direktur ditetapkan Panitia Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Lingkungan RSUD Cengkareng tahun 2010 . Tujuan pembentukan panitia PPI adalah melindungi pasien ,keluarga ,pengunjung dan petugas kesehatan yang ada di rumah sakit.

Adapun tugas panitia PPI diantaranya adalah :

1. Membantu direktur dalam menetapkan kebijakan dan prosedur kerja yang mencakup kegiatan dalam bidang pengendalian infeksi di rumah sakit.
2. Membantu direktur dalam metode ,cara identifikasi infeksi nosokomial dan pelaksanaan surveilans serta mengevaluasi kelayakan kegiatan dan hasil surveilans.
3. Menyusun prosedur dan upaya pencegahan dan penanggulangan infeksi nosokomial dengan menetapkan kewaspadaan universal.
4. Menyusun prosedur pemilihan dan penilaian kelayakan bahan alat yang berhubungan dengan upaya pengendalian infeksi (proses sterilisasi,desinfeksi dan antisepsis)

4.1.1 Gambaran ruang lingkup penelitian

Ruang Perina adalah ruang khusus perawatan anak baru lahir dan bayi , memiliki 13 perawat yang bekerja shif , pagi , siang dan malam ,memiliki 1 kepala ruangan dengan karakteristik individu perawat dengan tingkat pendidikan DIII sebanyak 92%, S1 sebanyak 7% usia rata- rata perawat pelaksanarata-rata 20- 40 tahun ,tidak ada perawat yang berusia ≥ 40 tahun . lama kerja dari perawat diruang perina dibawah 10 tahun sebanyak 76% , diatas 10 tahun sebanyak 23%, perawat junior sebanyak 32% dan perawat senior sebanyak 68 % , sedangkan satatus kepegawaian pegawai kontrak sebanyak 23 % dan pegawai

tetap sebanyak 77 %, sementara dari data terakhir perawat pada ruang perina belum mendapatkan pelatihan mengenai PPI dengan angka 0%.

Ruang Melon adalah ruang perawatan anak , memiliki 15 perawat yang bekerja shif pagi siang dan malam , satu kepala ruangan , karakteristik perawat berpendidikan DIII 100% usia 20-40 tahun sebanyak 84 % dan hanya 6% berusia > 40 tahun , lama kerja < 10 tahun sebanyak 93% dan > 10 tahun sebanyak 7% , sedangkan posisi perawat junior sebanyak 73,3% dan senior sebanyak 26,6% , satrtus kepegawaian pegawai kontrak sebanyak 26,6% dan pegawai tetap sebanyak 73,3% , perawat ruang melon sudah mendapat pelatihan PPI sebanyak 60% .

Ruang Sirsak adalah ruang perawatan isolasi bagi pasien yang menderita penyakit infeksi yang harus dipisah dengan pasien umum lainnya , ruang sirsak memiliki 21 orang perawat yang bekerja shif pagi ,siang dan malam ,1 kepala ruangan, karakteristik perawat ,Tingkat penididikan DIII perawat sebanyak 95,7 % dan S1 sebanyak 4,7% dengan lama kerja < 10 tahun sebanyak 100% , usia 20_30 tahun sebanyak 81% dan 30-40 tahun sebanyak 19% , posisi perawat junior sebanyak 71,4% dan perawat senior 28,5% ,sementara status kepegawaian pegawai kontrak sebanyak 33,3% pegawai tetap sebanyak 66,6% , perawat ruang sirsak sudah mendapatkan pelatihan PPI sebanyak 19% .

Ruang manggis adalah ruang perawatan kelas 3 yang merawat pasien dewasa dengan kunjungan yang cukup tinggi ,pemakaian tempat tidur selalu penuh , ruang memiliki 23 orang perawat 1 kepala ruangan , karakteristik perawat tingkat pendidikan DIII keprawatan sebanyak 91,3% S1 sebanyak 8,6%, usia perawat 20=30 tahun sebanyak 74% ,usia 30-40 tahun sebanyak 26% , sedangka lama kerja perawat semuanya < 10 tahun , perawat junior sebanyak 87% ,perawat senior sebanyak 13% ,sementara baru 26% dari perawat dirung manggis mendapatkan pelatihan PPI .

4.2 Pembahasan

4.2.1 Analisis Deskriptif

4.2.1.1 Karakteristik Responden

Hasil analisis variable karakteristik perawat pelaksana diruang rawat inap . Karakteristik perawat pelaksana berdasarkan variabel umur,jenis kelamin ,lama bekerja,pendidikan, status kepegawaian,posisi kepangkatan,dan pelatihan PPI , Penilaian katagori perawat adalah nialai mean 20-29 tahun dan kelompok umur 30- 40 tahun dan > 40 tahun begitu juga untuk pengkatagorian lama bekerja juga menggunakan nilai mean yaitu perawat yang memiliki lama kerja ≤ 10 tahun dan kelompok perawat yang memiliki masa kerja ≥ 10 tahun. Hasil analisis lihat tabel.

Tabel 6

Distribusi karakteristik perawat pelaksana diruang rawat inap di RSUD Cengkareng bulan juli 2013 (n=72)

Variabel	Frekuensi (orang)	Prosentase
Umur		
a. 20 - 29 tahun	49	68
b. 31-40 tahun	22	31
c. ≥ 40 tahun	1	1
Jenis kelamin		
a. Laki laki	6	8
b. Perempuan	66	92
Tingkat pendidikan		
a. DIII	67	93
b. S1 / Ners	5	7
Lama kerja		
a. ≤ 10 thn	68	94
b. ≥ 10 thn	4	6
Posisi /jabatan		
a. Perawat Junior	48	67
b. Perawat Senior	24	33
Status pegawai		
a. PNS	0	0

b. Non PNS:		
- peg kontrak	22	30
- peg tetap	50	70

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang bekerja diruang rawat inap RSUD Cengkareng berdsarkan kelompok umur 20-40 tahun sebanyak 71 responden atau 99 % dan hanya 1% diatas 40 tahun ,tenaga perawat rata rata berusia muda , berdasarkan jenis kelamin sebanyak 66 responden atau 92% berjenis kelamin perempuan , hanya 6 responden atau 8% berjenis kelamin laki-laki, berdasarkan tingkat pendidikan sebanyak 67 responden atau 93% berpendidikan DIII keperawatan , dan pendidikan S1 sebanyak 5 % , dengan lama kerja sebanyak 68 orang atau 94 % bekerja \leq 10 tahun , hanya 4 responden bekerja selama \geq 10 tahun , dan berdasar status kepegawaian semua responden non PNS , yang terdiri pegawai kontrak 30 % dan pegawai tetap 70% . Pendidikan, pelatihan PPI sudah dilaksanakan tetapi belum maksimal karena yang diikut sertakan dalam pelatihan baru 20 orang dari 72 perawat di 4 ruangan rawat inap yaitu sekitar 28% .

4.2.1.2 Variabel Phlebitis

Hasil Analisis data Kejadian Phlebitis

Data kejadian phlebitis diperoleh melalui pengamatan data kejadian phlebitis pada pasien yang dipasang infus , data pengamatan dari panitia inok (infeksinosokomial) RSUD Cengkareng ,data pasien pada *medical record* (Rekam Medis Pasien) ruang rawat inap. Dengan mengambil 72 sample pasien yang dirawat pada ruang rawat inap dan yang dipasang infus .Identifikasi kejadian phlebitis dikatakan terjadi phlebitis jika ditemukan minimal salah satu tanda phlebitis yaitu kemerahan pada area penusukan jarum infus ,nyeri, pembengkakan , pengerasan pada kanula atau sepanjang vena atau demam ,biasanya terjadi pada hari ke 3 pemasangan .namun dari hasil penelitian ada juga yang terjadi \leq 24 jam hal ini barangkali teknik pemasangan yang kurang berhasil disebabkan beberapa

faktor misalnya susahnya mencari lokasi vena terutama pada pasien anak sehingga kadang kadang dilakukan pemindahan lokasi penusukan yang tepat untuk menghindari infeksi berlanjut .Hasil analisis data kejadian phlebitis disajikan pada table berikut .

Tabel 7
Distribusi kejadian phlebitis di 4 ruang rawat inap
RSUD Cengkareng bulan Juli (n =72).

Kejadian Phlebitis	Frekuensi (orang)	Prosentase
Tidak phlebitis	28	39%
Phlebitis	44	61%
	72	100%

Berdasarkan table 7 diketahui bahwa kejadian phlebitis pada pasien yang dipasang infus di 4 ruangan rawat inap ditemukan sebanyak 44 pasien atau 61% pasien dengan phlebitis pada tusukan jarum infus sedangkan 28 pasien atau 39% tidak terjadi phlebitis. Pada pasien yang dipasang infus kejadian phlebitis meningkat sejalan lamanya waktu kanulasi , kejadian phlebitis meningkat dari 12% menjadi 34% pada 24 jam pertama diikuti dengan angka 65% setelah 48 jam pemasangan. Seperti penelitian yang terdahulu yang menemukan bahwa pemindahan lokasi pemasangan secara teratur setiap 48 jam terbukti secara signifikan menurunkan kejadian phlebitis. Setiap 48 s/d 72 jam pasien yang tidak ditemukan phlebitis dilakukan pemindahan kanulasi secara teratur ,namun pada pasien yang terlihat tanda tanda phlebitis 24 jam pertama,dilakukan pemindahan kanulasi ,agar tidak terjadi infeksi lebih lanjut.

4.21.3 Hasil Analisis Data Pengetahuan perawat tentang PPI

Hasil analisis data tingkat pegetahuan perawat tentang PPI disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi data kategorik . data kategorik yang disajikan terdiri dari 2 kategori yaitu keplompok pengetahuan baik dan kelompok pengetahuan tidak baik. Jadi untuk mengkatagorikan data menjadi 2 , kategori baik dan tidak

baik . Baik jika $X \geq \text{median}$;dikatakan baik dan jika kurang $X \leq \text{median}$ dikatakan pengetahuan kurang /tidak baik .Dari olahan uji normalitas data dengan spss pengetahuan didapatkan median , 15,5

Tabel 8
Distribusi frekuensi pengetahuan perawat tentang PPI diruang rawat inap
RSUD Cengkareng bulan Juli 2013 (n=72)

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Prosentase
Baik	36	50%
Tidak Baik	36	50%
Total	72	100 %

Berdasarkan tabel 8 diketahui bahwa tingkat pengetahuan perawat pelaksana tentang PPI dengan indicator kejadian phlebitis sebanyak 50% memiliki pengetahuan kurang baik, hasil 50 % dengan pengetahuan baik .

Tabel 9
Distribusi rata rata penilaian responden untuk variabel pengetahuan (X1)

No	Pertanyaan	Rata-rata	Prosentase
1	Penyakit nosokomial adalah penyakit disebabkan oleh mikroorganisme yang diikuti oleh reaksi tubuh	,8611	86%
2	Infeksi nosokomial merupakan jenis penyakit yang bukan diperoleh dari dalam lingkungan rumah sakit	,9167	91%
3	Infeksi nosokomial dapat menular melalui kontak langsung dengan penderita	,4444	44%
4	Infeksi nosokomial tidak dapat menular dari peralatan rumah sakit yang terkontaminasi pasien	,8889	89%
5	Jarum suntik tidak dapat digunakan lebih dari satu kali pemakaian	,9444	94%
6	Kondisi tubuh yang paling mudah terinfeksi kuman penyebab infeksi nosokomial adalah tubuh dengan daya tahan yang rendah	,5972	60%
7	Petugas kesehatan yang menggunakan APD pada saat berinteraksi dengan pasien akan dapat menularkan dan menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial	,8310	83%
8	Petugas kesehatan yang kurang memperhatikan	,9028	90%

	teknik septik dan antiseptik memudahkan terjadinya infeksi nosokomial		
9	Persiapan ruang perawatan bagi pasien tidak menentukan kejadian infeksi nosokomial	,5556	56%
10	Ruang perawatan yang tidak dilengkapi sirkulasi udara yang baik menjadi faktor memudahkan terjadinya infeksi nosokomial	,8889	89%
11	Phlebitis merupakan infeksi nosokomial yang muncul sekurang nya 3x24 jam	,8889	89%
12	Phlebitis didefinisikan sebagai peradangan pada dinding pembuluh darah balik atau vena	,8194	82%
13	Phlebitis bisa terjadi karena iritasi kimia, mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi intra vena	,8333	83%
14	Tanda pertama dari kejadian phlebitis adalah kemerahan pada lokasi tusukan jarum infus	1,0000	100%
15	Usia dan status gizi berpengaruh terhadap kejadian phlebitis .	,4722	47%
16	Memberikan obat intravena perlu mengatur posisi lobang jarum	,8333	83%
17	Prosedur pelepasan infus dmenggunakan kapas alkohol 100% untuk menekan daerah bekas pemasangan IV	,4722	47%
18	Pada pemasangan infus tidak perlu memasang infus set terlebih dahulu pada flabot cairan infus	,8889	89%
19	Desinfeksi daerah yang akan disuntik dilakukan dengan alkohol 80%	,5972	60%
20	Untuk pemberian obat injeksi yang pekat atau antibiotik harus terlebih dahulu dioplos sesuai aturan.	,7917	79%
	Rata – rata penilaian responden	15,4281	

Diketahui bahwa pada konsep pencegahan pengendalian infeksi nosokomial pada no yaitu 1-2 sebanyak 88% menjawab benar. hal ini menunjukkan bahwa konsep dasar pengetahuan tentang infeksi nosokomial adalah baik. Pada konsep tentang penyebab, penularan infeksi terdapat no 3-10 sebanyak 75% menjawab benar, dalam hal ini pengetahuan perawat tentang penularan infeksi nosokomial cukup baik namun ada persepsi yang berbeda dalam pemahaman penularan contohnya pada no pertanyaan 3,6,9 dimana penularan infeksi nosokomial bukan saja dari pasien sendiri namun bisa dari kondisi ruangan dan lingkungan, subvariabel tentang kejadian phlebitis no 11-15 sebanyak 80% menjawab benar

, bahwa perawat cukup baik memahami kejadian flebitis pada pasien yang dipasang infus dan pada konsep teknik aseptis dan pemasangan alat dalam terapi infus pertanyaan no 16-20 sebanyak 71 % menjawab benar. Distribusi berdasarkan jawaban responden.

4.21.4 Hasil Analisis Data Kepatuhan cuci tangan

Hasil penilaian distribusi frekuensi penilaian kepatuhan cuci tangan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial dengan indikator kejadian flebitis diruang rawat inap RSUD dari uji statistik nilai mean didapat 31 , jadi dari 72 responden yang mempunyai skor yang ≤ 31 dikatakan kurang baik dalam kepatuhan mencuci tangan sedangkan responden dengan skor ≥ 31 dinilai kepatuhan cucitangan nya baik . Berikut dapat dilihat pada table

Tabel 10

Distribusi sikap kepatuhan cuci tangan perawat diruang rawat inap RSUD Cengkareng bulan Juli 2013 (n=72)

No	Kepatuhan Cuci tangan	Frekuensi (orang)	prosentase
1	Baik	33	46%
3	Kurang baik	39	54%
	Jumlah	72	100%

Dari penilaian perilaku kepatuhan cucitangan perawat dalam melaksanakan tugas diruang rawat inap , ditemukan 46 % responden mempunyai tingkat kepatuhan cucitangan yang baik sedang 54% % responden dengan tingkat kepatuhan yang kurang baik dengan kata lain mereka tidak melakukan cuci tangan sesuai yang ditetapkan sebagai standar cuci tangan . Banyak hal penyebab perawat tidak melakukan cuci tangan ,diantaranya cuci tangan berkali kali menyebabkan rasa tidak nyaman , misalnya iritasi pada kulit , ada yang tidak sempat sibuk , tangan jadi licin sewaktu pakai handscoon dan banyak alasan lain , kepatuhan dalam mentaati suatu ketetapan sangat dipengaruhi oleh karakteristik individu. Berikut jawaban responden terhadap pernyataan cuci tangan .

Tabel 11

Distribusi rata rata penilaian responden untuk variabel kepatuhan cuci tangan (X2)

No	Pertanyaan	Rata-rata
1	Saya melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan	3,7639
2	Setelah cuci tangan , tangan saya keringkan dengan menggunakan handuk /tissue	3,1667
3	Saya melakukan teknik 7 langkah mencuci tangan	3,2222
4	Saya lebih suka mencuci tangan dengan handsrub dari pada air mengalir	2,7361
5	Sebelum menggunakan sarung tangan disposable atau sarung tangan steril saya melakukan cuci tangan	3,1667
6	Saya cuci tangan setelah kontak dengan benda benda lain disekitar pasien	2,8333
7	Setelah berkontak dengan cairan tubuh pasien saya tidak langsung cuci tangan	2,7639
8	Mencuci tangan dengan menggunakan air mengalir sangat merepotkan	2,9028
9	Saya tidak perlu cuci tangan apabila saya sudah memakai sarung tangan steril	3,1667
10	Saya senantiasa mencuci tangan dengan air mengalir sampai bersih	3,1250
11	Rata – rata penilaian responden	31,2917

Dari jawaban responden paling sering tidak melakukan 7 langkah cuci tangan cuci , perawat lebih menyukai menggunakan handrub daripada melakukan cuci tangan dibawah air mengalir hal ini mungkin pakai handscrub lebih praktis pemakaiannya dari pada menggunakan air , kemudian perawat lebih suka memakai sarung tangan steril tanpa mencuci tangan terlebih dahulu , dengan alasan tangan jadi licin apabila dilakukan cuci tangan sebelumnya dan banyak alasan lainnya. Sejauh ini pemahaman perawat tentang cuci tangan masih kurang optimal.

4.2.1.5 Hasil Analisa variabel Supervisi atasan dalam persepsi perawat pelaksana

Supervisi yang dilakukan kepala ruangan pada pelaksanaan tugas di ruang rawat inap dalam persepsi perawat, adalah tentang supervisi kepala ruangan ataupun penafsiran perawat terhadap peran serta atasan dalam memberi motivasi pengarahan, pembinaan dan pengawasan serta evaluasi serta perbaikan untuk mengurangi kesalahan terhadap perawat dalam melaksanakan tugas di ruang rawat inap dengan indikator kejadian phlebitis. Dari penilaian mean dengan SPSS didapat nilai mean 32, Nilai skor ≤ 32 dinilai kurang baik dan nilai skor ≥ 32 dinilai baik menurut persepsi perawat pelaksana terhadap atasan

Tabel 12

Distribusi frekuensi supervisi kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng bulan Juli 2013 (n=72)

No	Supervisi	Frekuensi	prosentase
1	Baik	30	42%
2	Kurang baik	42	58% %
	Total	72	100%

Pada tabel distribusi frekuensi supervise responden mempersepsikan bahwa supervisi kepala ruangan dilakukan dengan baik sebanyak 42 % 30 atau sebanyak responden, dan yang mengatakan kurang baik sekitar 58 % atau 42 responden. Supervisi keperawatan merupakan salah satu fungsi pengarahan yang harus dilakukan seorang kepala ruangan yang dapat dipergunakan sebagai upaya menjamin kualitas tindakan keperawatan. Kegiatan penjaminan kualitas perawatan dapat dilakukan kepala ruangan melalui kegiatan supervisi kepada ketua tim dan perawat pelaksana dalam melaksanakan tugas dilapangan.

Tabel 13**Distribusi rata rata penilaian responden untuk variabel supervisi kepala ruangan (X3)**

No	Pertanyaan	Rata-rata
1	Kepala ruangan,memberikan motivasi terhadap pelaksanaan program pencegahan danpengendalian infeksi terkait phlebitis.	3,4167
2	Kepala ruangan melakukan pembinaan untuk bekerja sesuai standar,dalam pencegahan dan pengendalian infeksi terkait phlebitis	3,1944
3	Kepala ruangan melakukan pengawasan rutin terhadap kinerja perawat dalam pencegahan danpengendalian infeksi terkait phlebitis	3,3750
4	Kepala ruangan melakukan pengendalian terhadap kinerja perawat terkait kejadian phlebitis	3,3056
5	Kepala ruangan memonitor kinerja perawat pelaksana secara rutin terkait kejadian phlebitis	3,3333
6	Kepala ruangan melakukan evaluasi terhadap kinerja perawat pelaksana terkait kejadian phlebitis secara rutin	3,2500
7	Kepala ruangan melakukan tindakan perbaikan untuk mengurangi kesalahan yang terjadi	3,1528
8	Kepala ruangan memberi pujian /penghargaan kinerja perawat pelaksana yang bekerja baik	2,5556
9	Kepala ruangan memberi sanksi terhadap kinerja perawat pelaksana terhadap kejadian phlebitis	2,3611
10	Kepala ruangan memberi tahu hasil laporan audit dan membahasnya secara rutin	3,7778
11	Rata – rata penilaian responden	31,7223

Dari jawaban responden terhadap supervisi atasan banyak menjawab monitoring secara rutin yang mereka butuhkan dan pemberian tindakan sanksi apabila melakukan kesalahan menjawab hampir tidak pernah dilakukan , sedangkan penghargaan kepada yang bekerja baik juga jarang dilakukan , dari karakteristik individu perawat pelaksana rata rata masa kerja dibawah 2- 5 tahun , bahkan ada yang ≤ 2 tahun , peran kepala ruangan sangat penting dalam melakukan pengawasan, pembinaan pengendalian secara rutin pada tugas dilapangan oleh evaluasi dan perbaikan dari kesalahan oleh perawat pelaksana

sangat penting dilakukan agar perawat pelaksana dapat melakukan perbaikan terus menerus .

4.2.2 Hasil Uji Kualitas Data

4.2.2.1 Uji Validitas

Berdasarkan uraian Bab III tentang uji kualitas data maka hasil uji validitas kuesioner terhadap 30 pertanyaan dan pernyataan dari masing masing variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan spss versi 21 rumus statistik koefisien korelasi product moment dari Pearson yang diaplikasikan dalam spss dengan ketentuan dengan nilai $p \leq 0,05$ maka untuk uji validitas dan realibilitas variabel Pengetahuan (X1) yaitu pengetahuan perawat tentang PPI ,menggunakan 20 pertanyaan ada 2 pertanyaan yang tidak valid,namun pertanyaan tersebut tidak dibuang karena merupakan sesuatu yang harus diketahui dan sangat perlu sebagai pengetahuan leh tenaga keperawatan. Dari hasil pengolahan data menunjukkan bahwa variabel pengetahuan pencegahan dan pengendalian infeksi yang terdiri dari 20 pernyataan mempunyai nilai signifikan lebih kecil dari 0,05 artinya butir pernyataan adalah valid , tetapi ada 3 pertanyaan yang menunjukkan tidak valid terutama pertanyaan no 8 dan no 14 dan 15 ,namun pertanyaan ini tidak dibuang karena merupakan pengetahuan penting untuk diketahui oleh responden mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi dengan kejadian plebitis , jadi dapat disimpulkan bahwa butri pernyataan variabel pengetahuan PPI layak digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian .

Tabel 14

Uji validitas variabel Pengetahuan PPI (X1)

Butir pernyataan	Pearson correlation	Siq	Keterangan
pertanyaan 1	0,695	0,000	valid
pertanyaan 2	0,741	0,000	valid
pertanyaan 3	0,555	0,001	valid

pertanyaan 4	0,741	0,000	valid
pertanyaan 5	0,555	0,001	valid
pertanyaan 6	0,695	0,000	valid
pertanyaan 7	0,695	0,000	valid
pertanyaan 8	0,026	0,810	Tidak
pertanyaan 9	0,400	0,029	valid
pertanyaan 10	0,642	0,000	valid
pertanyaan 11	0,470	0,009	valid
pertanyaan 12	0,492	0,006	valid
pertanyaan 13	0,407	0,026	valid
pertanyaan 14	0,340	0,06	tidak
pertanyaan 15	0,335	0,07	tidak
pertanyaan 16	0,492	0,006	valid
pertanyaan 17	0,413	0,023	valid
pertanyaan 18	0,589	0,001	valid
pertanyaan 19	0,409	0,025	valid
pertanyaan 20	0,463	0,010	valid

Untuk uji validitas dan realibilitas variabel Kepatuhan cuci tangan (X2) ,menggunakan 10 pernyataan yang berkaitan sikap kepatuhan cuci tangan .Dari hasil pengolahan data menunjukkan bahwa variabel kepatuhann cuci tangan yang terdiri dari 10 pernyataan perawat mempunyai nilai signifikan lebih kecil dari 0,05 artinya butir pernyataan adalah valid ,dapat disimpulkan bahwa butir pernyataan variabel kepatuhan cuci tangan layak digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian ini .

Tabel 15**Uji validitas variabel Kepatuhan cuci tangan (X2)**

Butir pernyataan	Pearson correlation	Sig	Keterangan
1	0,453	0,000	valid
2	0,621	0,000	valid
3	0,292	0,012	valid
4	0,556	0,000	valid
5	0,472	0,000	valid
6	0,270	0,01	valid
7	0,349	0,03	valid
8	0,394	0,001	valid
9	0,290	0,01	valid
10	0,207	0,05	valid

Untuk uji validitas data pernyataan responden tentang supervisi atasan didapatkan hasil pengolahan data bahwa variabel supervisi atasan yang terdiri dari 10 pernyataan perawat pelaksana menurut persepsinya bagaimana atasan melaksanakan fungsi supervisinya terhadap pelaksanaan pelayanan diruang rawat inap , mempunyai nilai signifikan lebih kecil daro 0,05 artinya butir pernyataan adalah valid ,dapat disimpulkan bahwa butir pernyataan variabel supervisi atasan layak digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian ini .

Tabel 16**Uji validitas variabel Supervisi (X3)**

Butir pernyataan	Pearson correlation	Sig	Keterangan
1	0,536	0,002	valid
2	0,566	0,001	valid
3	0,536	0,002	valid
4	0,572	0,001	valid
5	0,536	0,001	valid
6	0,590	0,001	valid
7	0,536	0,002	valid
8	0,602	0,000	valid
9	0,476	0,008	valid
10	0,536	0,002	valid

4.2.2.2 Uji Realibilitas

Sesuai penjelasan dalam Bab III tentang uji realibilitas kuesioner ,maka untuk mengetahui tingkat konsistensi (realibilitas) dari masing- masing variabel dependen dan independen ,maka dilakukan uji reliabilitas terhadap 30 responden. Uji realibilitas dalam penelitian ini menggunakan formula statistik uji alpha cronbach dengan bantuan komputer program spss versi 21. Semua variabel dinyatakan reliabel dengan cronbach alpha > 0.60 artinya kusioner yang digunakan layak dipakai sebagai alat ukur penelitian Adapun hasil ujirealibilitas dari masing-masing variabel pada tabel.

Tabel 17

Uji Realibilitas

Variabel	Cronbach Alpha	N of Item
Pengetahuan (X1)	0,716	20
Kepatuhan Cuci tangan (X2)	0.655	10
Supervisi (X3)	0.835	10

4.2.3. Hasil Pengujian Hipotesis

Hasil uji hipotesis regresi logistik aplikasi SPSS versi 21 menunjukkan bahwa variabel pengetahuan (X1), memiliki nilai siq 0,04 dimana nilai ini lebih kecil dari α (0,05) maka Keputusan H_0 ditolak dan H_a diterima ,Variabel kepatuhan cuci tangan (X2) memilki siq 0,026 lebih kecil dari nilai α (0,05) keputusan adalah H_0 ditolak dan H_a diterima , demikian juga dengan supervisi atasan memiliki nilai siq 0,020 yang lebih kecil α (0,05) keputusan H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari model regresi logistik mengatakan bahwa nilai siq nifikan pada α (0,005) dimana H_0 ditolak berarti ada pengaruh pengetahuan ,kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan dengan terjadinya phlebitis sehingga hipotesis terbukti.

4.2.4 Pembahasan Hasil Penelitian

Analisis Regresi Binary Logistic

Dalam penelitian ini metode analisa yang digunakan adalah model regresi logistik berganda dengan variabel terikatnya menggunakan dua nilai yaitu kejadian flebitis (1= ada terjadinya flebitis dan 0 = tidak adanya kejadian flebitis) keadaan ini disebut juga *binary logistic regression*. *Regresi logistik* juga menghasilkan rasio peluang (*odds ratios*) terkait dengan nilai setiap prediktor. Peluang (*odds*) dari suatu kejadian diartikan sebagai probabilitas hasil yang muncul yang dibagi dengan probabilitas suatu kejadian tidak terjadi. Secara umum, rasio peluang (*odds ratios*) merupakan sekumpulan peluang yang dibagi oleh peluang lainnya. Rasio peluang bagi predictor diartikan sebagai jumlah relatif dimana peluang hasil meningkat (rasio peluang > 1) atau turun (rasio peluang < 1) ketika nilai variabel prediktor meningkat sebesar 1 unit.

Hasil data pada 72 responden terhadap kejadian plebitis yang meliputi pengetahuan perawat tentang PPI, kepatuhan cuci tangan dan persepsi supervisi atasan pada ruang rawat inap RSUD Cengkareng. Variable prediktor yang digunakan adalah pengetahuan perawat tentang PPI (X1), Kepatuhan cuci tangan (X2) dan supervisi atasan(X3) dengan kejadian flebitis (Y) di ruang rawat inap Logistic Regression olahan spss dapat dilihat pada tabel ;

Tabel 18

Hasil Regresi Logistik Biner dalam Variables in the Equation

Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.
Supervisi (X3)	-,746	,321	5,383	1	,020
Kepatuhan (X2)	-,696	,312	4,953	1	,026
Pengetahuan (X1)	-1,183	,577	4,209	1	,040
Constant	64,750	22,448	8,320	1	,004

Dari tabel Variabel in Equation dapat dilihat output logistic regression sbb:

$$L = a_0 + a_1x_1 + a_2 x_2 + a_3x_3$$

$$L = \text{Ln} \left(\frac{P}{1 - P} \right)$$

$$L = 64,750 - 1,183 \text{ pengetahuan} - 0,696 \text{ kepatuhan cuci tangan} - 0,746 \text{ supervisi}$$

Semua variabel signifikan dimasukkan kedalam model dan hasilnya adalah;

Dari hasil analisa uji regresi logistic biner pada tabel 12, maka interpretasi dari koefisien regresi dapat dikemukakan sebagai berikut:

1. Variabel bebas (X1) Pengetahuan perawat tentang PPI adalah signifikan dengan nilai $p = 0,040 (\leq 0,05)$, maka setiap kenaikan sebesar satu satuan dari variabel X1 mengakibatkan perubahan negatif pada nilai kejadian phlebitis sebesar 1,183 satuan dengan asumsi prediktor X2 dan X3 besarnya tetap . artinya apabila pengetahuan ditingkatkan ,maka terjadi penurunan angka kejadian phlebitis pada pasien .
2. Variabel (X2) kepatuhan cuci tangan adalah signifikan dengan nilai $p = 0,026 (\leq 0,05)$, maka setiap kenaikan sebesar satu satuan dari variabel X2 mengakibatkan perubahan negatif pada nilai kejadian phlebitis sebesar 0,696 satuan dengan asumsi prediktor X1 dan X3 besarnya tetap. artinya apabila semakin patuh perawat dalam mencuci tangan atau meningkatnya kepatuhan cuci tangan , maka akan terjadi penurunan angka kejadian phlebitis pada pasien .

3. Variabel (X3) supervisi kepala ruangan adalah signifikan dengan nilai $p = 0,020 (\leq 0,05)$ maka setiap kenaikan sebesar satu satuan dari variabel X3 mengakibatkan perubahan negatif pada nilai kejadian flebitis sebesar 0,746 satuan dengan asumsi prediktor X1 dan X2 besarnya tetap. artinya apabila supervisi ditingkatkan oleh kepala ruangan, maka akan terjadi penurunan angka kejadian flebitis pada pasien.

Jadi bisa diambil kesimpulan bahwa variabel pengetahuan, kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan mempunyai hubungan yang negatif dengan kejadian flebitis pada pasien yang dipasang infus.

Sebagai perbandingan pada beberapa penelitian terdahulu yang dilakukan di Rumah Sakit Majalaya tahun 2012 ditemukan ada hubungan yang bermakna antara tindakan pemasangan infus oleh perawat dengan kejadian flebitis. Hal tersebut dikarenakan tindakan pemasangan infus tidak memperhatikan prinsip sterilitas, dimana hal tersebut menimbulkan risiko infeksi. Hasil penelitian menunjukkan tindakan pemasangan infus yang berisiko akan menyebabkan kejadian flebitis sebanyak 83 % dibanding dengan tindakan yang tidak berisiko dengan nilai $p = 0,031$. Tindakan pemasangan infus sangat erat kaitannya dengan sikap kepatuhan perawat dalam melaksanakan sterilitas dimana kejadian flebitis dapat meningkat karena organisme patogen dapat masuk yang akan menginvasi area pembuluh darah.

Dari hasil penelitian yang sama dilakukan oleh Wayunah 2011 menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kejadian flebitis diruang rawat inap di RSUD Indramayu dengan nilai $p=0,000$, namun kekuatan hubungan sangat lemah karena hal ini dipengaruhi oleh riwayat penyakit dan jenis cairan infus. Dalam studi observasi yang dilakukan Campbell (1998) didapatkan angka flebitis berkembang 52% yang dilakukan oleh perawat junior, 30% oleh perawat senior dan 17% oleh perawat emergensi. Hasil tersebut didapatkan angka signifikan ($p<0.05$) antara angka flebitis dengan pengalaman dalam melakukan insersi.

Hasil penelitian dari Handoko dan Atik Badiah menyatakan bahwa Supervisi berhubungan dengan kinerja perawat ,hal ini menggambarkan bahwa apabila kepala ruangan melakukan supervisi dengan baik maka perawat pelaksana juga akan menghasilkan kinerja yang baik begitu pula sebaliknya. Namun hasil penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan Rahayu Dwi Murwani 2007, dalam memperoleh hasil ,bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan supervisi keperawatan dengan kinerja perawat di rumah sakit Islam Surakarta. Dan penelitian lain sebelumnya oleh Hyrkas dan Paunonen –Ilmonen pada tahun 2001 memperlihatkan bahwa supervisi klinis mempengaruhi kualitas pelayanan, sehingga dapat dianggap sebagai kegiatan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan .

Jadi dapat diambil suatu kesimpulan bahwa kejadian phlebitis yang merupakan infeksi yang terjadi pada luka tusukan jarum infus dikarenakan banyak faktor yang mempengaruhinya . Salah satu upaya untuk menekan kejadian phlebitis adalah dengan melakukan manajemen yang baik pada saat pemasangan intravena line/infus. Selain itu tingkat pendidikan pengetahuan dan keterampilan serta sikap perawat juga mempunyai peran penting dalam terjadinya phlebitis. Kinerja individu perawat dipengaruhi 3 variabel ,yaitu individu, organisasi,dan psikologis.Variabel individu terdiri dari kemampuan ,keterampilan ,pegetahuan,demografi dan latar belakang keluarga. Variabel psikologi terdiri dari sikap ,motivasi persepsi,kepribadian dan belajar, sedangkan variabel organisasi terdiri dari sumberdaya,imbalan ,beban kerja struktur dan supervisi. Menurut Nursalam 2011 bahwa faktor faktor yang berpengaruh terhadap insiden patient safety dirumah sakit adalah kinerja individu perawat , maka perlu bagi setiap institusi meningkatkan mutu dan kualitas kinerja individu perawat. Dalam mengendalikan infeksi nosokomial dan menurunkan risiko infeksi diperlukan kompetensi dan mutu pelayanan keperawatan ditingkatkan baik pada tingkat pelaksana maupun tingkat kepala ruangan dan manajerial.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 .Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian dan dari hasil pembahasan dalam penelitian ini, maka dapat disimpulkan sebagai berikut .

1. Hasil penelitian menunjukkan penyebab kejadian *phlebitis* diruang rawat inap dikaitkan dengan peran perawat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Hal ini meliputi variabel pengetahuan perawat tentang PPI, kepatuhan cuci tangan dan supervisi kepala ruangan,yang berpengaruh signifikan terhadap terjadinya *phlebitis*.
2. Pengaruh yang paling dominan diantara tiga variabel yang diteliti adalah supervisi kepala ruangan sebagai faktor penyebab kejadian *phlebitis* di ruang rawat inap RSUD Cengkareng. Artinya bahwa supervisi atasan dirasakan memberi dampak dan paling menentukan dalam faktor faktor yang menjadi penyebab kejadian *phlebitis* dibanding pengetahuan dan kepatuhan cuci tangan. Hal ini dimungkinkan karena perawat pelaksana yang masih berusia muda dan kurang pengalaman serta keterampilan.

Kesimpulan ini sejalan dengan Hasil penelitian Wayunah 2011 bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat dengan kejadian *phlebitis* dan pada penelitian lain oleh Hyrkas dan Paunonen–Ilmonen 2001 menyatakan bahwa supervisi klinis mempengaruhi kualitas pelayanan, sehingga dapat dianggap sebagai kegiatan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan.Hal ini memperlihatkan bahwa perlu bagi setiap institusi meningkatkan mutu dan kualitas kinerja individu perawat. Dalam mengendalikan infeksi nosokomial dan menurunkan risiko infeksi diperlukan kompetensi dan mutu pelayanan

keperawatan ditingkatkan baik pada tingkat pelaksana maupun tingkat kepala ruangan dan manajerial.

5.2. Saran

1. Mengembangkan program monitoring dan evaluasi dalam bentuk supervisi kepada perawat pelaksana tentang penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi diruang rawat inap secara rutin. Hal ini dilakukan terutama pada perawat berusia muda, masa kerja yang baru dan pendidikan yang rendah.
2. Memberikan kesempatan kepada perawat pelaksana mengikuti pendidikan dan pelatihan khususnya dalam Pencegahan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit. Khususnya tentang terapi infus, yang bertujuan meningkatkan kinerja perawat terutama dalam prosedur pemasangan dan perawatan infus.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyani 2009. *Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan program pasien safety di instalasi Perawatan intensif RSUD Dr Moewardi Surakarta.*
- Anugrahini, C 2010, *Hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman patient safety di RS Harapan Kita Jakarta.*
- Awaliya, A Irwandy A, Bahry N, 2012 , *Hubungan Pengetahuan motivasi dan Supervisi dengan kinerja Perawat dalam melaksanakan Pasien safety di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo.*
- Darmadi (2008), *Infeksi Nosokomial problematika dan pengendaliannya, salemba Indonesia .*
- Departemen Ilmu Kesehatan Anak FK UI RSUP Ciptomangunkusumo, 2005 *Update in Neonatal Infection combined in larson EL APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care setting .AM J Infect Control 1995*
- Dewi Maryam 2009 . *Hubungan Penerapan Tindakan keselamatan Pasien oleh perawat Pelaksana Dengan Kepuasan Pasien Buletin penelitian di RSUD Dr Soetomo Surabaya 2009.*
- Depkes RI Ilmu Kesehatan Anak FK UI RSUP Ciptomangunkusumo” *Update in Neonatal Infections “ ed I 2005*
- Hasmoko, E.V 2008 dalam *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan system pengembangan berdasarkan manajemen kinerja klinis diruang ranap RS Panti Wilasa Citarum Semarang .*
- Gibson, JK, et al, *Perilaku-Struktur-Proses*, Jilid I Edisi Kedelapan, Adiamin (Alih Bahasa), Bina Rupa Aksara, Jakarta. 1996.
- Gybson J,L 1997, *Organisasi, Perilaku, Struktur proses* , Jakarta Erlangga.
- Heripurwanto (1999), *Pengantar perilaku manusia untuk keperawatan* ,Buku kedokteran Salmba Medika.

- Hasibuan S. P 2007 *Manajemen Sumber Daya Manusia* ED revisi Jakarta Bumi Aksara .
- Hesty A. 2012. *Analisis Implementasi Program Patient Safety berdasarkan International Goals dari Joint Commission International (JCI) , di Rumah Sakit Dr Wahudin Sudirohusodo Makassar*
- Linda T, Debora B, Noel Mc. *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan*
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes no 1691/ Menkes/ Per.VIII/2011 tentang *Keselamatan pasien Rumah Sakit.*
- Dep Ilmu Kesehatan Anak FK UI RSUP Ciptomangunkusumo,2005 *Update in Neonatal Infection combined in larson EL APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care setting .AM J Infect Control 1995*
- Mundakir *Komunikasi Keperawatan aplikasi dalam pelayanan* Ed I , Graha Ilmu Yogyakarta
- Nursalam *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* Salemba Medika, tahun 2011.
- Pribadi A, 2009 *Analisis Pengaruh faktor Pengetahuan , Motivasi, dan persepsi perawat tentang supervisi Kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Kelet Jawa tengah Jepara .*
- Standar Akreditasi Rumah Sakit 2011, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia , *Sararan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SKP).*
- Sudaryanto A, 2008 , *Model-model supervisi Keperawatan Klinik* Berita Ilmu keperawatan ISSN vol I([http // www.scribd.com / doc/ 74363356/ managemen-atma](http://www.scribd.com/doc/74363356/managemen-atma))
- Suryo P. A. Desi ,2011 *Hand Hygiene Compliance Rate Diiffrence Study in the Surgery, Paediatric, and Internal Medicine wards, and ICU. Among Health Care Worker in RSUP DR Kariadi*

- Terry RG, 1997, *Principle Of Management* Richard D inc Home wood Illionis.
- Waluyah ,2011 Hubungan pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kejadian phlebitis dan kenyamanan pasien diruang rawat inap RSUD Kab Indaramayu.
- Widyanto P. *Pengaruh Pelatihan supervs iterhadap penerapan supervisi klinis kepala ruangan danpeningkatan kualitas tindakan perawat diruang rawat inap* Depok 2012.
- Wenze IR, Brewer,T, Butzler JP, “Infection Control in the Hospital”second ed 2002 .
- WHO 2005 *Word alliance of patient safety* and ,WHO *Guidelines on hand hygiene in health care advanced draft* ,Asummary cleans hands ,www.who.int/patient safety,2011

Lampiran 1

Permohonan Pengisian Kuesioner Penelitian

Kepada Yth
Bapak /Ibu/Sdr /Sdri Perawat
RSUD Cengkareng
Jakarta Barat

Dengan Hormat

Bersama ini saya ;

Nama : Efitrianiza

Status : Mahasiswa Program Magister Manajemen

Konsentrasi Rumah Sakit Universitas Esa Unggul Jakarta

Dengan ini mohon bantuan sdr/sdr untuk berkenan mengisi kuesioner penelitian dalam rangka tugas penelitian untuk penyelesaian pendidikan program Magister Manajemen di Universitas Esa Unggul yang sedang saya jalani. Penelitian saya berkaitan dengan kejadian phlebitis di ruang rawat inap yang bertujuan untuk mengetahui faktor faktor apa saja yang mempengaruhi kejadian phlebitis terkait pelaksanaan tugas perawat di ruang rawat inap.

Identitas dan jawaban Sdr/Sdri terjamin kerahasiaannya dan tidak mempengaruhi dampak sosial atau jabatan sdr/sdr di tempat kerja , untuk itu sangat diharapkan jawaban yang jujur sesuai dengan keadaan sebenarnya . Atas kesediaan Sdr/Sdrisaya mengucapkan banyak terimakasih .

Jakarta Juli 2013

Hormat saya

Efitrianiza

BAGIAN B : Pengetahuan tentang PPI

Pada bagian ini pengetahuan perawat mengenai PPI di unit kerja saat ini yaitu ruang rawat inap.

Berikan jawaban anda terhadap pertanyaan mengenai PPI berikut ini dengan member tanda (X) pada pertanyaan yang menurut anda paling tepat

Keterangan

1 = Benar 0 = Salah

Nomor	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
1	Penyakit nosokomial adalah penyakit disebabkan oleh mikroorganisme yang diikuti oleh reaksi tubuh		
2	Infeksi nosokomial merupakan jenis penyakit yang bukan diperoleh dari dalam lingkungan rumah sakit		
3	Infeksi nosokomial dapat menular melalui kontak langsung dengan penderita		
4	Infeksi nosokomial tidak dapat menular dari peralatan rumah sakit yang terkontaminasi pasien		
5	Jarum suntik tidak dapat digunakan lebih dari satu kali pemakaian		
6	Kondisi tubuh yang paling mudah terinfeksi kuman penyebab infeksi nosokomial adalah tubuh dengan daya tahan yang rendah		
7	Petugas kesehatan yang menggunakan APD pada saat berinteraksi dengan pasien akan dapat menularkan dan menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial		
8	Petugas kesehatan yang kurang memperhatikan teknik septic dan antiseptik memudahkan terjadinya infeksi nosokomial		

9	Persiapan ruang perawatan bagi pasien tidak menentukan kejadian infeksi nosokomial		
10	Ruang perawatan yang tidak dilengkapi sirkulasi udara yang baik menjadi faktor memudahkan terjadinya infeksi nosokomial		
11	Phlebitis merupakan infeksi nosokomial yang muncul sekurang nya 3x24 jam		
12	Phlebitis didefinisikan sebagai peradangan pada dinding pembuluh darah balik atau vena		
13	Phlebitis bisa terjadi karena iritasi kimia, mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi intra vena		
14	Tanda pertama dari kejadian phlebitis adalah kemerahan pada lokasi tusukan jarum infus		
15	Usia dan status gizi berpengaruh terhadap kejadian phlebitis .		
16	Memberikan obat intravena perlu mengatur posisi lobang jarum		
17	Prosedur pelepasan infus menggunakan kapas alkohol 100% untuk menekan daerah bekas pemasangan IV		
18	Pada pemasangan infus tidak perlu memasang infus set terlebih dahulu pada flabot cairan infus		
19	Desinfeksi daerah yang akan disuntik dilakukan dengan alkohol 80%		
20	Untuk pemberian obat injeksi yang pekat atau antibiotik harus terlebih dahulu dioplos sesuai aturan.		

BAGIAN C. Sikap Kepatuhan Cuci tangan

Berikan penilaian anda dengan memberi tanda (X) pada pernyataan berikut yang menurut anda tepat tentang cuci tangan

1. :Tidak pernah 2: Hampir tidak pernah 3 : Kadang- kadang
4 : Sering 5: Selalu

Nomor	Pertanyaan	Jawaban				
		TP	HTP	KK	SR	SL
1	Saya melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan					
2	Setelah cuci tangan , tangan saya keringkan dengan menggunakan handuk /tissue					
3	Saya melakukan teknik 7 langkah mencuci tangan					
4	Saya lebih suka mencuci tangan dengan handsrub dari pada air mengalir					
5	Sebelum menggunakan sarung tangan disposable atau sarung tangan steril saya melakukan cuci tangan					
6	Saya cuci tangan setelah kontak dengan benda benda lain disekitar pasien					
7	Setelah berkontak dengan cairan tubuh pasien saya tidak langsung cuci tangan					

8	Mencuci tangan dengan menggunakan air mengalir sangat merepotkan					
9	Saya tidak perlu cuci tangan apabila saya sudah memakai sarung tangan steril					
10	Saya senantiasa mencuci tangan dengan air mengalir sampai bersih					

BAGIAN D. Persepsi Supervisi Atasan

Berikan penilaian anda dengan memberi tanda (X) pada pernyataan berikut tentang kepala ruangan tau atasan anda saat ini :

1: Tidak pernah 2 ; Hampir tidak pernah 3: Kadang-kadang 4: Sering 5 ; Selalu

No	Pernyataan	Jawaban				
		TP	HTP	KK	SR	SL
1	Kepala ruangan, memberikan motivasi terhadap pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi terkait phlebitis.					
2	Kepala ruangan melakukan pembinaan untuk bekerja sesuai standar, dalam pencegahan dan pengendalian infeksi terkait phlebitis					
3	Kepala ruangan melakukan pengawasan rutin terhadap kinerja perawat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi terkait phlebitis					
4	Kepala ruangan melakukan pengendalian terhadap kinerja perawat terkait kejadian phlebitis					
5	Kepala ruangan memonitor kinerja perawat pelaksana secara rutin terkait kejadian phlebitis					

6	Kepala ruangan melakukan evaluasi terhadap kinerja perawat pelaksana terkait kejadian phlebitis secara rutin					
7.	Kepala ruangan melakukan tindakan perbaikan untuk mengurangi kesalahan yang terjadi					
8	Kepala ruangan memberi pujian /penghargaan kinerja perawat pelaksana yang bekerja baik					
9	Kepala ruangan memberi sanksi terhadap kinerja perawat pelaksana terhadap kejadian phlebitis					
10	Kepala ruangan memberi tahu hasil laporan audit dan membahasnya secara rutin					

Lampiran 3

Tabel 19

Interpretasi Nilai Rata-rata Jawaban Responden Variabel X1 (Pengetahuan)

No	Interval	Keterangan
1	1,00	Benar
2	0,00	Tidak benar/ Salah

Lampiran 4

Tabel 20

Variabel X2, X3 (Kepatuhan cuci tangan, Supervisi atasan)

No	Interval	Keterangan
1	1,00	Tidak pernah/tidak setuju/tidak dilak
2	2,00	Hampir tidak pernah/kurang setuju/kurang penting
3	3,00	Kadang-kadang,/cukup setuju/cukup penting
4	4,00	Sering/setuju/penting
5	5,00	Selalu/sangat setuju/sangat penting

Lampiran 5

Tabel 21

Descriptive Statistics Variabel X1 (Pengetahuan)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
VAR00001	72	,00	1,00	,8611	,34826
VAR00002	72	,00	1,00	,9167	,27832
VAR00003	72	,00	1,00	,4444	,50039
VAR00004	72	,00	1,00	,8889	,31648
VAR00005	72	,00	1,00	,9444	,23067
VAR00006	72	,00	1,00	,5972	,49390
VAR00007	71	,00	1,00	,8310	,37743
VAR00008	72	,00	1,00	,9028	,29834
VAR00009	72	,00	1,00	,5556	,50039
VAR00010	72	,00	1,00	,8889	,31648
VAR00011	72	,00	1,00	,8889	,31648
VAR00012	72	,00	1,00	,8194	,38735
VAR00013	72	,00	1,00	,8333	,37529
VAR00014	72	1,00	1,00	1,0000	,00000
VAR00015	72	,00	1,00	,4722	,50273

VAR00016	72	,00	1,00	,8333	,37529
VAR00017	72	,00	1,00	,4722	,50273
VAR00018	72	,00	1,00	,8889	,31648
VAR00019	72	,00	1,00	,5972	,49390
VAR00020	72	,00	1,00	,7917	,40897
Valid N (listwise)	71				

Lampiran 6

Tabel 22

Descriptive Statistics Variabel X2 (Kepatuhan cuci tangan)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
VAR00001	72	3,00	5,00	3,7639	,84742
VAR00002	72	2,00	5,00	3,1667	,76912
VAR00003	72	2,00	5,00	3,2222	,82602
VAR00004	72	1,00	5,00	2,7361	,80479
VAR00005	72	2,00	5,00	3,1667	,76912
VAR00006	72	2,00	5,00	2,8333	,67135
VAR00007	72	2,00	5,00	2,7639	,68161
VAR00008	72	1,00	5,00	2,9028	1,10262
VAR00009	72	2,00	5,00	3,1667	,76912
VAR00010	72	2,00	5,00	3,1250	,80382
VAR00011	72	24,00	42,00	31,2917	3,90896
Valid N (listwise)	72				

Lampiran 7

Tabel 23

Descriptive Statistics Variabel X3 (supervisi kepala ruangan)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
VAR00001	72	2,00	5,00	3,4167	,72675
VAR00002	72	2,00	4,00	3,1944	,74378
VAR00003	72	2,00	5,00	3,3750	,75875
VAR00004	72	2,00	5,00	3,3056	,61983
VAR00005	72	2,00	5,00	3,3333	,73158
VAR00006	72	2,00	5,00	3,2500	,68690
VAR00007	72	1,00	5,00	3,1528	,81638
VAR00008	72	1,00	5,00	2,5556	,90209
VAR00009	72	1,00	5,00	2,3611	,92395
VAR00010	72	3,00	5,00	3,7778	,61029
Valid N (listwise)	72				

Lampiran 8

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Included in Analysis		72	100,0
Selected Cases	Missing Cases	0	,0
	Total	72	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		72	100,0

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

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
0	0
1	1

Classification Table^{a,b}

	Observed	Predicted		
		phlebitis		Percentage Correct
		0	1	
Step 0	0 phlebitis 1	0 0	28 44	,0 100,0
	Overall Percentage			61,1

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	,452	,242	3,496	1	,062	1,571

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables pengetahuan	32,877	1	,000
kepatuhancucitangan	41,015	1	,000
supervisi	37,643	1	,000
Overall Statistics	55,407	3	,000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step	82,100	3	,000
Step 1 Block	82,100	3	,000
Model	82,100	3	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	14,128 ^a	,680	,923

- a. estimation terminated at iteration number 9 because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	,989	8	,998

Classification Table^a

	Observed	Predicted		
		phlebitis		Percentage Correct
		0	1	
Step 1	0 phlebitis 1	26 1	2 43	92,9 97,7
	Overall Percentage			95,8

- a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a					
pengetahuan	-1,183	,577	4,209	1	,040
kepatuhancucitangan	-,696	,312	4,953	1	,026
supervisi	-,746	,321	5,383	1	,020
Constant	64,750	22,448	8,320	1	,004

- a. Variable(s) entered on step 1: pengetahuan, kepatuhancucitangan, supervisi.