

BAB IV

HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Pembinaan Kesejahteraan Umat (PKU) Muhammadiyah Unit 1 dan 2 Yogyakarta adalah salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta yang merupakan amal usaha Pimpinan Pusat Persyarikatan Muhammadiyah. Rumah sakit ini beralamat di Jln. KH. Ahmad Dahlan No.20 Yogyakarta (RS Unit 1) telah terakreditasi 16 bidang pelayanan dan Akreditasi versi JCI dengan tipe B non pendidikan sedangkan RS PKU Muhammadiyah Unit 2 yang berada di Jln. Wates km 5,5 Gamping Sleman (Unit 2) telah terakreditasi 16 bidang pelayanan dengan tipe B pendidikan. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah unit 1 pada awal didirikan berupa klinik dan poliklinik pada tanggal 15 februari 1923 di Jln. Notoprajan No.72 Yogyakarta. Dengan bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem), seiring dengan berjalannya waktu nama PKO berubah menjadi PKU (Pembinaan Kesejahteraan Umat), (Profil Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta).

Lokasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Unit 1 dan 2 Yogyakarta sangat strategis karena terletak di pusat kota sehingga tidak ada kesulitan dalam pencapaian lokasinya. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memberikan beberapa pelayanan, yaitu:

1. Pelayanan rawat jalan dan rawat inap: instalasi gawat darurat, klinik umum, klinik penyakit dalam, klinik penyakit jantung, klinik penyakit syaraf, klinik penyakit jiwa, klinik penyakit mata, klinik penyakit THT, klinik penyakit gigi, klinik penyakit kulit dan kelamin, klinik penyakit paru, klinik penyakit anak, klinik hematologi, kamar bersalin, klinik bedah umum, klinik bedah tulang, klinik bedah urologi, klinik bedah plastik, klinik bedah gigi dan mulut, klinik bedah anak, klinik bedah saluran pencernaan, klinik bedah ginjal dan saluran air kemih, klinik penyakit kandungan dan kehamilan, klinik rehabilitasi medik, unit perawatan intensif dan unit perawatan intensif jantung.

commit to user

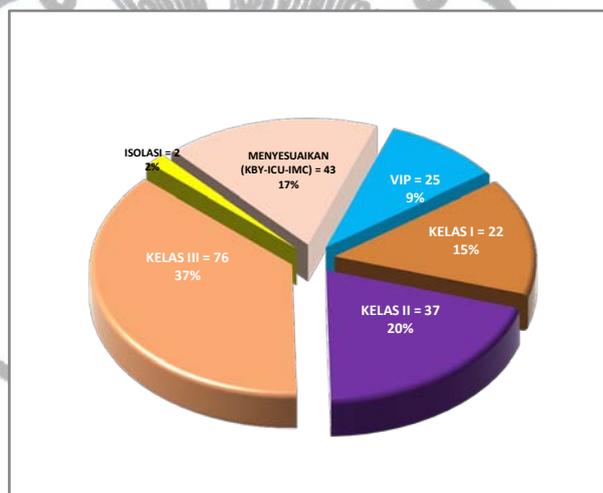
2. Unit penunjang pelayanan medis: farmasi (24 jam), laboratorium (24 jam), radiologi (24 jam), gizi, fisioterapi, rekam listrik jantung (EKG), rekam listrik otak dan pemetaan otak (*brain mapping*), rekam suara ultra (USG), laparoscopi, CTG, *gastroduo dedoscopy*, EEG, *treadmill*, TUR, endoscopi, hemodialisa, bronkhospi, CT scan, *audiometri*, *spirometri*, tes narkoba, HIV/AIDS, SARS.
3. Unit penunjang lainnya: pembinaan kerohanian islam, imunisasi, konsultasi psikologi, pelayanan KB, PMI unit RSU PKU, perpustakaan, *general check up*, bank, transportasi dan telepon, *ambulance*, senam hamil, diabetes militus, osteoporosis, kegiatan kemasyarakatan, perawatan jenazah islami, konsultasi gizi, kantin dan swalayan, tempat penitipan anak (TPA), dan *home care*.
4. Program pendidikan klinik: praktik klinik kedokteran, praktik kerja farmasi, praktik klinik kebidanan, praktik klinik keperawatan, praktik klinik fisioterapi, tempat penelitian mahasiswa D3, S1, S2, dan spesialis, praktik profesi perekam medis, praktik profesi analis, praktik profesi gizi.

Moto dan falsafah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta yaitu “Cepat, Nyaman, Ringan dan Islami”. Falsafah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah adalah perwujudan dari amal shalih sebagai sarana ibadah yang dilandasi iman dan taqwa kepada Allah SWT. Visi: “Menjadi rumah sakit Islam yang berdasar pada Al Qur’an dan Sunnah Rasulullah SAW, dan sebagai rujukan terpercaya di Daerah Istimewa Yogyakarta dan Jawa Tengah dengan kualitas pelayanan kesehatan yang islami, profesional, cepat, nyaman dan bermutu, setara dengan kualitas pelayanan rumah sakit-rumah sakit terkemuka di Indonesia dan Asia”.

Misi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta yaitu mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi semua lapisan masyarakat melalui pendekatan pemeliharaan, pencegahan, pengobatan, pemulihan kesehatan secara menyeluruh sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan. Mewujudkan peningkatan mutu bagi tenaga kesehatan melalui sarana pelatihan dan pendidikan yang diselenggarakan secara profesional dan sesuai tuntunan ajaran Islam. Mewujudkan dakwah Islam, amar ma’ruf nahi munkar di bidang

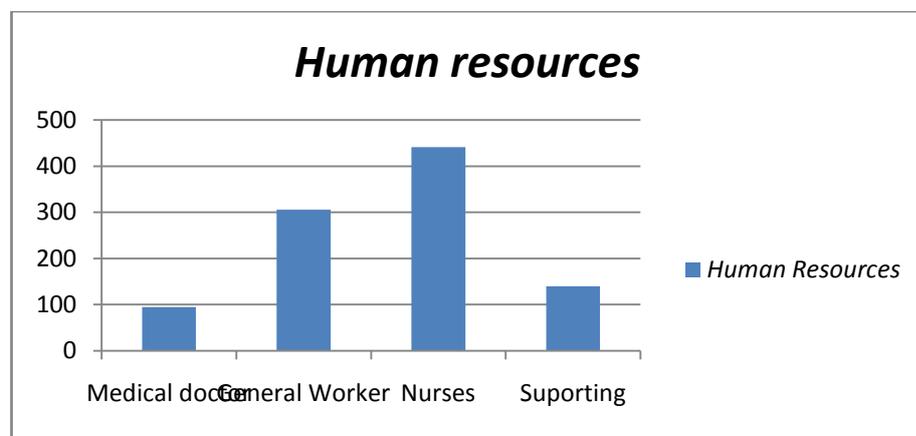
kesehatan dengan senantiasa menjaga tali silaturahmi, sebagai bagian dari dakwah Muhammadiyah“. Tujuan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta pertumbuhan dan perkembangan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah yang mampu mendukung tersedianya sarana dan jasa pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi bagi kebutuhan semua lapisan masyarakat (Tata Usaha Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta).

Jumlah *bed* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2014 paling banyak terdapat pada *bed* di kelas III, yaitu sebesar 37%, sedangkan jumlah yang paling rendah adalah *bed* ruang isolasi dan VIP.



Gambar 4.1 *Bed capacity*

Gambaran sumber daya manusia Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dapat dilihat pada Gambar 4.2 berikut:



Gambar 4.2 Jumlah sumber daya manusia berdasarkan jenis ketenagaan
Sumber : Bagian Ketenagaan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

B. Gambaran tentang Promosi Kesehatan di Rumah Sakit

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah melakukan upaya promosi kesehatan yang kegiatannya meliputi kegiatan promosi kesehatan di rumah sakit sebagai berikut :

1. Edukasi pasien rawat jalan dan rawat dan pengunjung kegiatannya meliputi: edukasi pencegahan infeksi yaitu *hand hygiene*/cuci tangan, etika batuk, pengunjung anak-anak, edukasi materi PHBS, edukasi topik tentang penyakit, edukasi penggunaan obat, edukasi tentang K3, edukasi kerja sama dengan pihak luar (BPJS, Pimpinan Muhammadiyah, Asiyah dan Dinas Kesehatan)
2. Edukasi pasien rawat inap meliputi :
 - 1) *Assessment* kebutuhan dan kemampuan belajar pasien
 - 2) Pemberian edukasi
 - 3) Evaluasi pemberian edukasi
3. Promosi kesehatan bagi masyarakat meliputi:
 - 1) Edukasi bagi lansia
 - 2) Osteoporosis
 - 3) Diabetes melalui organisasi PERSADIA
 - 4) Gagal ginjal (IKADIA)
 - 5) Penyakit degeneratif lain
 - 6) Senam rutin persadia tiap minggu
4. Edukasi kesehatan pelajar
 - 1) HIV/AIDS
 - 2) Kesehatan reproduksi
 - 3) Kesehatan gigi anak
5. Edukasi bagi tukang becak, parkir dan pedagang asongan sekitar meliputi:
 - 1) Higienitas
 - 2) Pembinaan Keislaman

6. Promosi kesehatan yang terkait dengan pencegahan infeksi daerah operasi

Untuk promosi kesehatan terkait dengan pencegahan infeksi daerah operasi belum dilakukan secara maksimal sehingga angka kejadian infeksi masih tinggi sekitar 12% upaya untuk pencegahan sudah dilakukan hanya pada saat pasien masuk kamar operarasi meliputi :

a. Persiapan tim pembedahan

1) Setiap orang yang masuk kamar operasi harus :

- a) Memakai masker yang efisien, menutupi hidung dan mulut.
- b) Memakai tutup kepala yang menutupi semua rambut.
- c) Memakai sandal khusus kamar operasi atau memakai pembungkus sepatu (kategori I).

2) Anggota tim bedah sebelum setiap operasi harus mencuci tangan.

3) Antiseptik yang dianjurkan untuk cuci tangan *khlorheksidin*, *lodofor* atau *heksaklorofen* (kategori II).

4) Setelah cuci tangan, keringkan dengan handuk steril (kategori II)

5) Setiap anggota tim harus memakai jubah steril (kategori I)

6) Setiap anggota tim harus memakai sarung tangan steril apabila sarung tersebut kotor, harus diganti yang baru. Pemakaian sarung tangan memakai metode tertutup (kategori I). Untuk operasi tulang atau pemasangan implant memakai 2 lapis sarung tangan steril (kategori II).

b. Intra operasi

1) Teknik operasi: harus dilakukan dengan sempurna untuk menghindari kerusakan jaringan lunak yang berlebihan, menghilangkan rongga, mengurangi perdarahan dan menghindarkan tertinggalnya benda asing yang tidak diperlukan (kategori I).

2) Lama operasi: operasi dilakukan secepat-cepatnya dalam batas yang aman (kategori I).

3) Pemakai drain: pemakaian drain harus dengan system tertutup, baik dengan cara penghisapan atau dengan cara memakai gaya tarik bumi (gravitasi) dan drain harus melalui luka tusukan di luar luka operasi (kategori I).

c. Perawatan pasca operasi

- 1) Untuk luka kotor atau infeksi, kulit tidak ditutup primer (kategori I).
- 2) Petugas harus mencuci tangan dengan standar cuci tangan yang baku sebelum dan sesudah merawat luka. Petugas tidak boleh menyentuh luka secara langsung dengan tangan kecuali setelah memakai sarung tangan steril (kategori I).
- 3) Kasa penutup luka diganti apabila basah dan atau menunjukkan tanda-tanda infeksi.
- 4) Jika cairan keluar dari luka, lakukan pewarnaan gram dan biakan (kategori I).
- 5) Edukasi yang belum dilakukan adalah pada saat pasien mau pulang tentang upaya yang harus dilakukan pasien agar tidak terkena infeksi daerah operasi pada saat pasien tersebut melakukan perawatan di rumah sakit

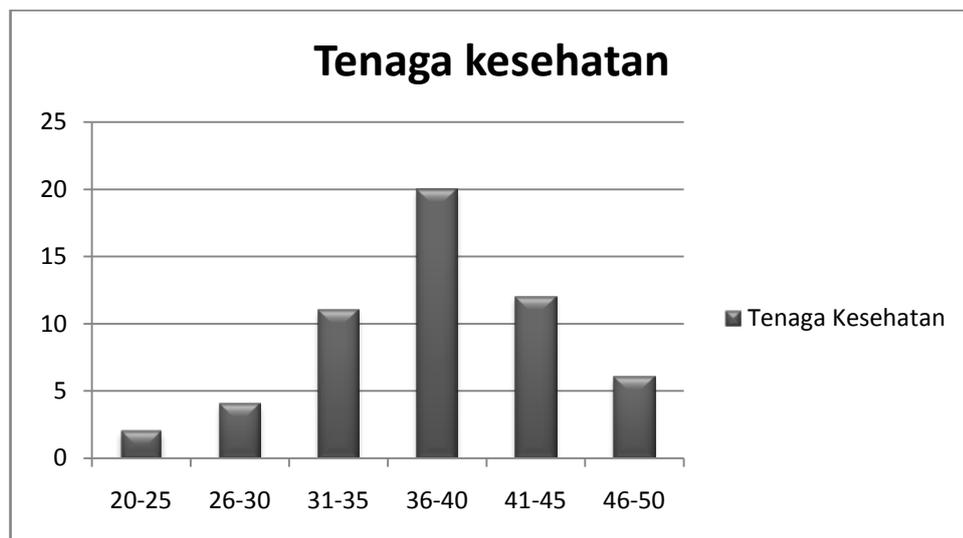
C. Gambaran Umum Karakteristik Responden Penelitian

Gambaran umum karakteristik subjek penelitian ini diperoleh dari data responden penelitian (N = 104). Data yang diambil meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja dan profesi tenaga kesehatan.

1. Klasifikasi tenaga kesehatan

Dari semua jumlah tenaga kesehatan (tenaga kesehatan) yang menjadi responden 36,3% berusia berkisar antara 36-40 tahun pada usia antara 36-40 tahun dapat dikatakan bahwa mereka termasuk sudah matang dalam melakukan tindakan. Menurut BKKBN penduduk berusia rentang 15-64 tahun dikatakan usia produktif, produktif artinya penduduk tersebut memiliki kemampuan untuk melakukan aktivitas yang rutin dalam melakukan tindakan, penduduk yang produktif akan membantu dalam kelancaran segi perekonomian dan pengembangan. Menurut Gibson (2009), seseorang yang berumur 36-40 merupakan tahap konsolidasi atau tahap dimana individu dapat dikatakan mulai melakukan rangkaian kompromi dalam rangkaian yang dilakukannya.

sedangkan tenaga kesehatan dengan umur berkisar 20-25 tahun hanya sebesar 3,6%, menurut Gibson (2009), tahap perkembangan karir yang berusia antara 20-25 merupakan tahap mencoba-coba merasakan bekerja dalam arti sesungguhnya menurut pilihannya.



Gambar 4.3 Klasifikasi umur tenaga kesehatan

2. Klasifikasi jenis kelamin tenaga kesehatan

Dari jenis kelamin tenaga kesehatan yang terlibat dalam responden 52% adalah wanita. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan lebih rentan terhadap penyakit menurut dr. Aslicah (dalam artikel perempuan lebih rentan terkena penyakit daripada laki-laki) menyatakan bahwa perempuan paling rentan terhadap penyakit tertentu, terutama yang disebabkan oleh kesehatan produksinya. Selain itu, menurut Fitri (2013), kalangan wanita lebih banyak rentan terhadap penyakit salah satunya adalah banyak yang menderita kanker payudara dan sisanya 47,3% adalah laki laki.



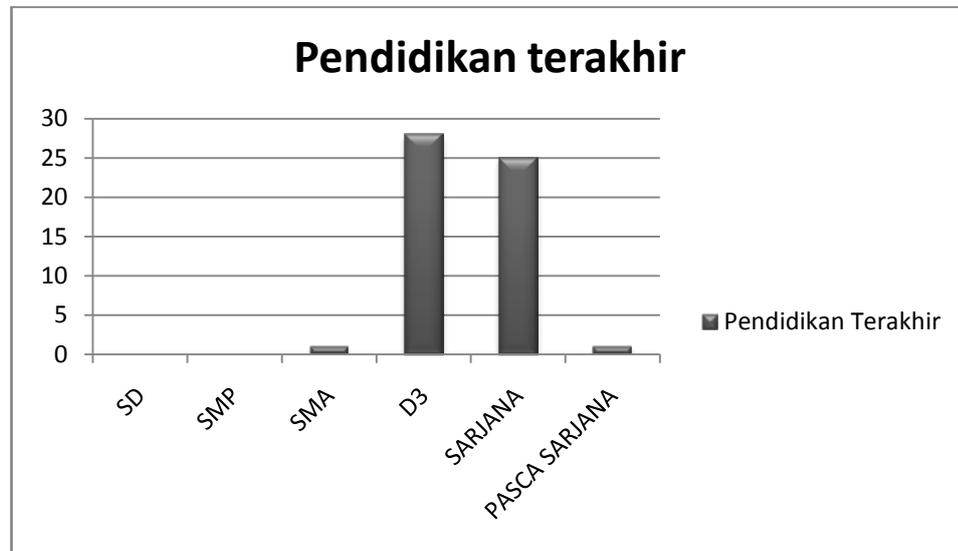
Grafik 4.4 Jenis kelamin tenaga kesehatan

3. Klasifikasi pendidikan tenaga kesehatan

Pendidikan tenaga kesehatan pada penelitian ini 50,9% adalah diploma III disusul sarjana 45,5% sedangkan pascasarjana hanya 1,8%. Pendidikan mempunyai pengaruh terhadap pilihan pada saat dia melakukan pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan merupakan dasar dalam pengembangan wawasan serta untuk memudahkan bagi seseorang untuk menerima pengetahuan, sikap dan perilaku yang baru. Tingkat pendidikan formal yang pernah diperoleh seseorang akan meningkatkan daya nalar seseorang dan jalan untuk memudahkan seseorang untuk menerima motivasi (Syaer, 2011).

Tingkat pendidikan seseorang dapat menentukan peminatan kesehatan, tinggi rendahnya permintaan terhadap pelayanan kesehatan dapat ditentukan oleh tinggi rendahnya pendidikan. Indikatornya adalah pendidikan terakhir, berpendidikan rendah tetap memanfaatkan pelayanan kesehatan dan tahu manfaat pelayanan kesehatan (Syaer, 2010).

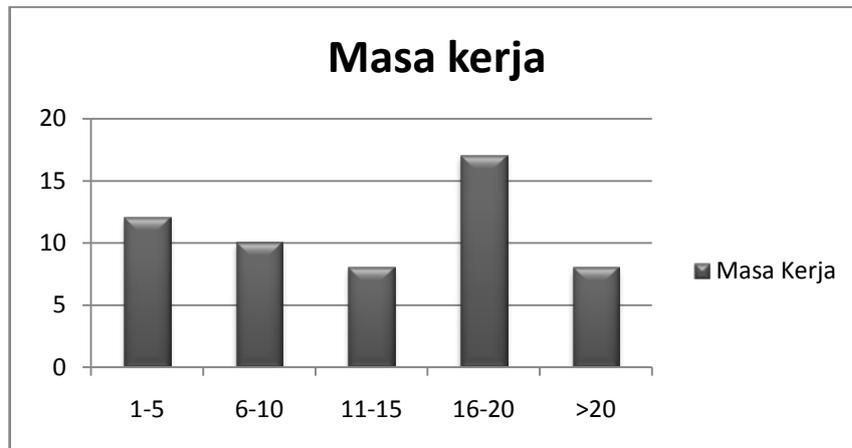
Menurut Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003, tentang Sistem Pendidikan Nasional, bahwa pendidikan nasional terbagi atas tiga tingkat pendidikan formal yaitu pendidikan dasar (SD/madrasah ibtidaiyah serta SMP/madrasah tsanawiyah), pendidikan menengah (SMU/madrasah aliyah dan sederajat) serta pendidikan tinggi (akademi dan perguruan tinggi) (Maulana, 2008).



Gambar 4.5 Pendidikan terakhir tenaga kesehatan

4. Klasifikasi masa kerja

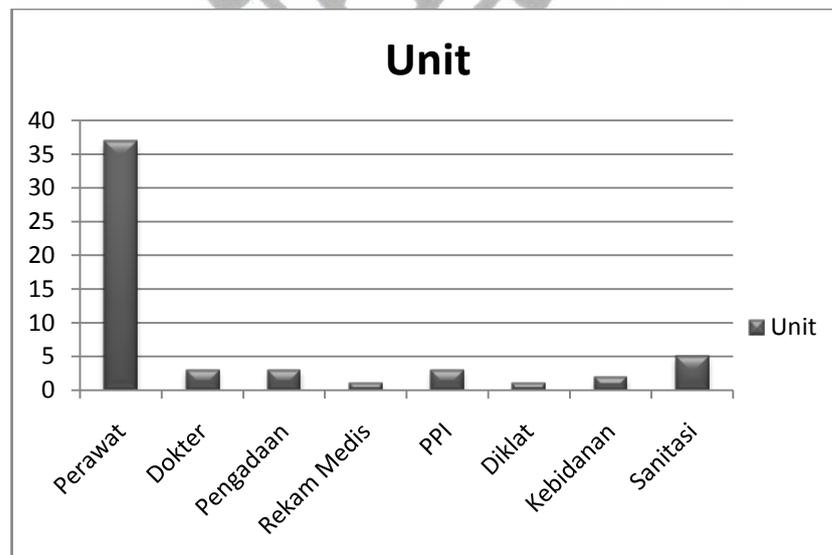
Sebanyak 31% tenaga kesehatan memiliki masa kerja berkisar sekitar 16-20 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa mereka cukup berpengalaman dalam bekerja sedangkan yang mempunyai masa kerja > 20 tahun sejumlah 14,5%. Semakin lama bekerja, mereka akan mempunyai pengalaman yang baik dalam hal keterampilan. Menurut penelitian Andrian (2014), masa kerja sangat berpengaruh terhadap kinerja karyawan. Masa kerja juga dapat mempengaruhi kualitas kinerja karyawan yang belum memiliki masa kerja atau pengalaman akan berbeda dengan kinerja karyawan yang sudah memiliki masa kerja cukup banyak. Ada beberapa hal juga untuk menentukan berpengalaman tidaknya seorang karyawan yang sekaligus sebagai indikator pengalaman kerja salah satunya lama waktu/masa kerja, ukuran tentang lama waktu atau masa kerja yang telah ditempuh seseorang dapat memahami tugas-tugas suatu pekerjaan dan telah melaksanakan dengan baik (Foster, 2001).



Gambar 4.6 Klasifikasi berdasarkan masa kerja

5. Klasifikasi berdasarkan profesi tenaga kesehatan

Profesi tenaga kesehatan mendapatkan hasil persentase yang paling tinggi yaitu pada profesi perawat sejumlah 67,2%, dan yang mendapatkan hasil persentase paling rendah yaitu pada profesi rekam medis dan diklat yaitu sejumlah 1,8%. Dalam penelitian ini profesi perawat paling dominan mengingat bahwa perawat merupakan garda terdepan dalam pencegahan infeksi.



Gambar 4.7 Klasifikasi berdasarkan profesi tenaga kesehatan

D. Hasil Analisis dan Pengujian Hipotesis

1. Analisis Deskripsi

Deskripsi data pada penelitian ini dibagi menjadi empat kategori, yaitu: tinggi, sedang, kurang dan rendah. Alasan digunakannya empat kategori dalam mendeskripsikan ini adalah dikarenakan skala data pada penelitian ini semuanya dibuat dalam rasio, yaitu persentase (skala 100) atau skala pencapaian dari skor maksimal.

a. Persepsi (X_1)

Berdasarkan analisis data dengan bantuan *software*, diperoleh rerata (*mean*) persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi sebesar 76,18; median = 78,15; modus = 68,60 dan standart deviasi sebesar = 9,811. Skor rerata tersebut berada pada interval kelas 75,01 s.d. 100 kategori tinggi. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Unit 1 dan Unit 2 Yogyakarta pada penelitian ini berada pada kategori tinggi.

Persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi berdasarkan pengkategorianya dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi di RS Muhammadiyah unit 1 dan unit 2 Yogyakarta

No.	Interval Skor	Kategori	Frekuensi	
			N	Persentase (%)
1.	75,1 – 100,0	Tinggi	62	59,6
2.	50,1 – 75,0	Sedang/Cukup	40	38,5
3.	25,1 – 50,0	Kurang	2	1,9
4.	0,0 – 25,0	Rendah	0	0,0
Total			104	100,0

Sumber: Analisis data primer

Dari Tabel 4.1 di atas, memperlihatkan bahwa hasil penelitian tentang pemahaman atau persepsi tenaga kesehatan terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi di RS PKU Muhammadiyah unit 1 dan unit 2 Yogyakarta sudah sangat baik. Dari 104 tenaga kesehatan terdapat 62 tenaga kesehatan (59,6%) dalam kategori tinggi. Hal tersebut menunjukkan bahwa tenaga kesehatan telah memiliki pemahaman yang baik tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi. Sedangkan 40 tenaga kesehatan (38,5%) dalam kategori sedang/cukup, yang berarti bahwa tenaga kesehatan memiliki persepsi yang cukup terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi.

b. Sikap

Berdasarkan analisis data dengan bantuan *software*, diperoleh rerata (*mean*) sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2). Dari analisis data diperoleh rerata (*mean*) akses terhadap sumber informasi sebesar 2,64; median = 2,64; modus = 2,64, dan standar deviasi sebesar = 0,427. Skor rerata tersebut berada pada interval kelas 2,51 sampai dengan 3,25 kategori cukup.

Persepsi tentang sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi berdasarkan pengkategorian dapat dilihat pada Tabel 4.2 berikut ini.

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi faktor sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi di RS Muhammadiyah unit 1 dan unit 2 Yogyakarta

No.	Interval Skor	Kategori	Frekuensi	
			N	Persentase (%)
1.	75,1 – 100,0	Tinggi	54	51,9
2.	50,1 – 75,0	Sedang/Cukup	32	30,8
3.	25,1 – 50,0	Kurang	16	15,4
4.	0,0 – 25,0	Rendah	4	3,9
Total			104	100,0

Sumber: Analisis data primer

Hasil pengukuran pada sikap tenaga kesehatan terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi didapatkan bahwa dari 104 tenaga kesehatan, 54 tenaga kesehatan (51,9%) dalam kategori tinggi, yang artinya bahwa tenaga kesehatan memiliki reaksi dan respon yang sangat tinggi terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi dan 32 tenaga kesehatan (30,8%) dalam kategori sedang/cukup, yang berarti tenaga kesehatan memiliki respon yang cukup terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi.

Hal ini dapat dilihat dari sikap tenaga kesehatan di rumah sakit yang senantiasa berusaha dari diri sendiri untuk mematuhi peraturan, selalu menjaga *hand hygiene* dan pemakaian APD meskipun terkadang juga ada yang kelupaan menggunakan APD dan *hand hygiene*, pengelolaan alat kesehatan, pengelolaan alat tajam untuk mencegah perlukaan, dan pengelolaan limbah.

c. Kebijakan Keselamatan Pasien (X₂)

Hasil analisis statistik deskriptif, diperoleh rerata (*mean*) kebijakan keselamatan pasien sebesar 73,32; median = 77,08; modus = 77,08 dan standart deviasi sebesar = 15,088. Skor rerata tersebut berada pada interval kelas 50,01 s.d. 75,0 kategori cukup. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kebijakan keselamatan pasien di Rumah Sakit Muhammadiyah Unit 1 dan Unit 2 Yogyakarta menurut pendapat responden pada penelitian ini berada pada kategori sedang.

Kebijakan keselamatan pasien berdasarkan pengkategorianya dapat dilihat pada Tabel 4.3 berikut ini.

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi kebijakan keselamatan pasien di RS Muhammadiyah unit 1 dan unit 2 Yogyakarta

No.	Interval Skor	Kategori	Frekuensi	
			N	Persentase (%)
1.	75,1 – 100,0	Tinggi	54	51,9
2.	50,1 – 75,0	Sedang/Cukup	38	36,5
3.	25,1 – 50,0	Kurang	12	11,5
4.	0,0 – 25,0	Rendah	0	0,0
Total			104	100,0

Sumber: Analisis data primer *submit to user*

Pengukuran terhadap kebijakan keselamatan pasien di RS PKU unit 1 dan 2 Yogyakarta didapatkan hasil 54 tenaga kesehatan (51,9%) dari 104 tenaga kesehatan yang menjadi responden dalam kategori tinggi, artinya bahwa sistem keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah sudah baik, karena telah mengacu dan memenuhi kriteria pada 7 standar keselamatan pasien, yang meliputi; hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, serta komunikasi yang merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Hal tersebut didukung juga dengan diadakannya pelatihan-pelatihan atau sosialisasi secara periodik terhadap keselamatan pasien dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi di rumah sakit.

d. Dukungan Pemangku Kepentingan/*Stakeholder* (X₅)

Dari analisis statistik deskriptif, diperoleh rerata dukungan pemangku kepentingan sebesar 73,39; median = 73,33; modus = 66,67 dan standart deviasi sebesar = 17,808. Skor rerata tersebut berada pada interval kelas 50,01 - 75,0 kategori cukup. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa dukungan pemangku kepentingan di Rumah Sakit Muhammadiyah Unit 1 dan Unit 2 Yogyakarta menurut pendapat responden pada penelitian ini berada pada kategori sedang.

Dukungan pemangku kepentingan berdasarkan pengkategorian dapat dilihat pada Tabel 4.4 berikut ini.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Dukungan Pemangku Kepentingan di RS PKU Muhammadiyah Unit 1 dan Unit 2 Yogyakarta

No.	Interval Skor	Kategori	Frekuensi	
			N	Persentase (%)
1.	75,1 – 100,0	Tinggi	45	43,3
2.	50,1 – 75,0	Sedang/Cukup	50	46,1
3.	25,1 – 50,0	Kurang	7	6,7
4.	0,0 – 25,0	Rendah	2	1,9
Total			104	100,0

Sumber: Analisis data primer *commit to user*

Hasil penilaian tentang dukungan pemangku kepentingan (*stakeholder*) di RS PKU Muhammadiyah unit 1 dan 2 Yogyakarta diperoleh hasil sebesar 46,1% atau 50 tenaga kesehatan dari 104 tenaga kesehatan menyatakan dukungan pemangku kepentingan dalam kategori sedang/cukup, yang berarti bahwa bentuk dan keterlibatan pemangku kepentingan di RS PKU untuk mendukung pelaksanaan dan keberhasilan program pencegahan infeksi daerah operasi sudah cukup baik. Hal ini ditunjukkan dengan kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan yang mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien melalui penerapan 7 langkah menuju KP RS. Selain itu, tim manajemen RS PKU Muhammadiyah secara berkala juga melakukan monitoring tentang kepatuhan penggunaan *hand hygiene* dan APD.

e. Promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X₅).

Analisis data terhadap variabel promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, diperoleh rerata sebesar 77,12; median = 78,77; modus = 68,47 dan standart deviasi sebesar = 12,279. Skor rerata tersebut berada pada interval kelas 70,01 - 100,0 kategori tinggi. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa promosi kesehatan di Rumah Sakit Muhammadiyah Unit 1 dan Unit 2 Yogyakarta menurut pendapat responden pada penelitian ini berada pada kategori tinggi.

Promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi berdasarkan pengkategorianya dapat dilihat pada Tabel 4.5 berikut ini.

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi promosi kesehatan di RS Muhammadiyah Unit 1 dan Unit 2 Yogyakarta

No.	Interval Skor	Kategori	Frekuensi	
			N	Persentase (%)
1.	75,1 – 100,0	Tinggi	61	58,7
2.	50,1 – 75,0	Sedang/Cukup	41	39,4
3.	25,1 – 50,0	Kurang	2	1,9
4.	0,0 – 25,0	Rendah	0	0,0
Total			104	100,0

Sumber: Analisis data primer

Hasil pengukuran tentang promosi kesehatan terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi di RS PKU Muhammadiyah unit 1 dan 2 Yogyakarta sebesar 58,7% atau terdapat 61 tenaga kesehatan dari 104 tenaga kesehatan menyatakan bahwa promosi kesehatan terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dalam kategori tinggi, artinya bahwa proses untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tenaga kesehatan agar dapat melaksanakan upaya pencegahan infeksi daerah operasi sudah sangat baik.

2. Uji Asumsi (Uji Prasyarat Analisis)

Analisis data pada penelitian ini digunakan statistik inferensial atau statistik parametrik, berupa analisis regresi ganda (*multiple regression*), oleh karena itu harus memenuhi beberapa asumsi atau prasyarat analisis, antara lain: (1) data berdistribusi normal, (2) hubungan antara variabel bebas dengan terikat linier; (3) tidak terjadi multikolinier; dan (4) tidak terjadi heterokedastisitas.

a. Uji Normalitas Sebaran

Pengujian normalitas sebaran data pada penelitian ini dipergunakan metode *Kolmogorov-Smirnov*. Hasil perhitungan uji normalitas sebaran secara ringkas dapat dilihat dalam Tabel 4.6 berikut.

Tabel 4.6 Ringkasan Hasil Uji Normalitas Sebaran

Distribusi Data Variabel	<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>	p-Value	Kesimpulan
Faktor persepsi (X_1) dan sikap (X_2)	0,910	0,379	Normal
Kebijakan keselamatan pasien (X_3)	1,237	0,094	Normal
Dukungan pemangku kebijakan (X_4)	1,343	0,054	Normal
Promosi kesehatan (X_5)	0,970	0,304	Normal

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan Tabel 4.6 di atas, diketahui *Kolmogorov-Smirnov Z* semuanya $p > 0,05$; disimpulkan tidak ada perbedaan frekuensi observasi (hasil) dengan frekuensi harapan normal, berarti semua data pada penelitian ini berdistribusi normal. Dengan demikian semua data pada penelitian ini memenuhi asumsi normalitas sebaran.

b. Uji Linieritas

Pengujian linieritas dilakukan dengan bantuan *software* komputer SPSS. Secara keseluruhan harga F_{hitung} (*Deviation from Linearity*) yang diperoleh menunjukkan harga F_{hitung} dengan $p > 0,05$ yang berarti tidak menyimpang dari linieritas. Hasil uji linieritas secara ringkas dapat dilihat pada Tabel 4.7 berikut ini.

Tabel 4.7 Ringkasan Hasil Uji Linieritas Hubungan

No.	HubunganFungsional	F_{hitung}	P	Kesimpulan
1.	Faktor persepsi (X_1) dengan dukungan pemangku kepentingan (X_4)	0,931	0,612	Linier
2.	Kebijakan keselamatan pasien (X_3) dengan dukungan pemangku kepentingan (X_4)	1,482	0,098	Linier
3.	Sikap (X_2) dengan promosi kesehatan (X_5)	1,883	0,170	Linier
4.	Kebijakan keselamatan pasien (X_3) dengan promosi kesehatan (X_5)	1,626	0,055	Linier
5.	Dukungan pemangku kepentingan (X_4) dengan promosi kesehatan (X_5)	1,400	0,186	Linier

Keterangan:

F_{hitung} adalah *F Deviation from Linearity*, yang berarti penyimpangan dari linieritas, apabila $p > 0,05$ berarti tidak menyimpang atau linier.

c. Uji Multikolinieritas

Pengujian multikolinieritas bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan tumpang tindih antar variabel bebas. Uji ini diperlukan, karena penelitian ini menggunakan analisis regresi berganda. Uji multikolinieritas dilakukan dengan melihat *Tolerance* dan VIF. Apabila diperoleh *tolerance* mendekati 1, dan VIF tidak lebih dari 10, maka disimpulkan tidak terjadi multikolinieritas.

Tabel 4.8 Ringkasan Hasil Uji Multikolinieritas

No.	Variabel Bebas	<i>Collinearity Statistics</i>		Kesimpulan
		<i>Tolerance</i>	VIF	
1.	Faktor persepsi (X_1) dan sikap (X_2)	0,577	1,732	Tidak Terjadi Multikolinier
2.	Kebijakan keselamatan pasien (X_3)	0,450	2,221	Tidak Terjadi Multikolinier
3.	Dukungan pemangku kepentingan (X_4)	0,433	2,308	Tidak Terjadi Multikolinier

Sumber: Analisis data primer

d. Uji Heterokedastisitas

Uji heterokedastisitas pada penelitian ini menggunakan analisis *rank spearman*. Koefisien korelasi *rank spearman* yang dicari adalah antara semua variabel bebas dengan *standardized residual* dari regresi yang dihasilkan. Dengan bantuan *software* komputer diperoleh hasil seperti tercantum pada Tabel 4.9 berikut ini.

Tabel 4.9 Ringkasan Hasil Uji Heterokedastisitas

No.	Variabel Bebas	Koefisien <i>Rank Spearman</i>	P Value	Keterangan
1.	Faktor persepsi (X_1) dan sikap (X_2)	0,037	0,710	Tidak Hetero
2.	Kebijakan keselamatan pasien (X_3)	-0,001	0,991	Tidak Hetero
3.	Dukungan pemangku kepentingan (X_4)	0,018	0,857	Tidak Hetero

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan Tabel 4.9 tersebut di atas, diketahui bahwa semua variabel bebas pada penelitian ini, tidak terjadi heterokedastisitas. Dengan demikian prasyarat analisis tidak terjadi heterokedastisitas telah terpenuhi.

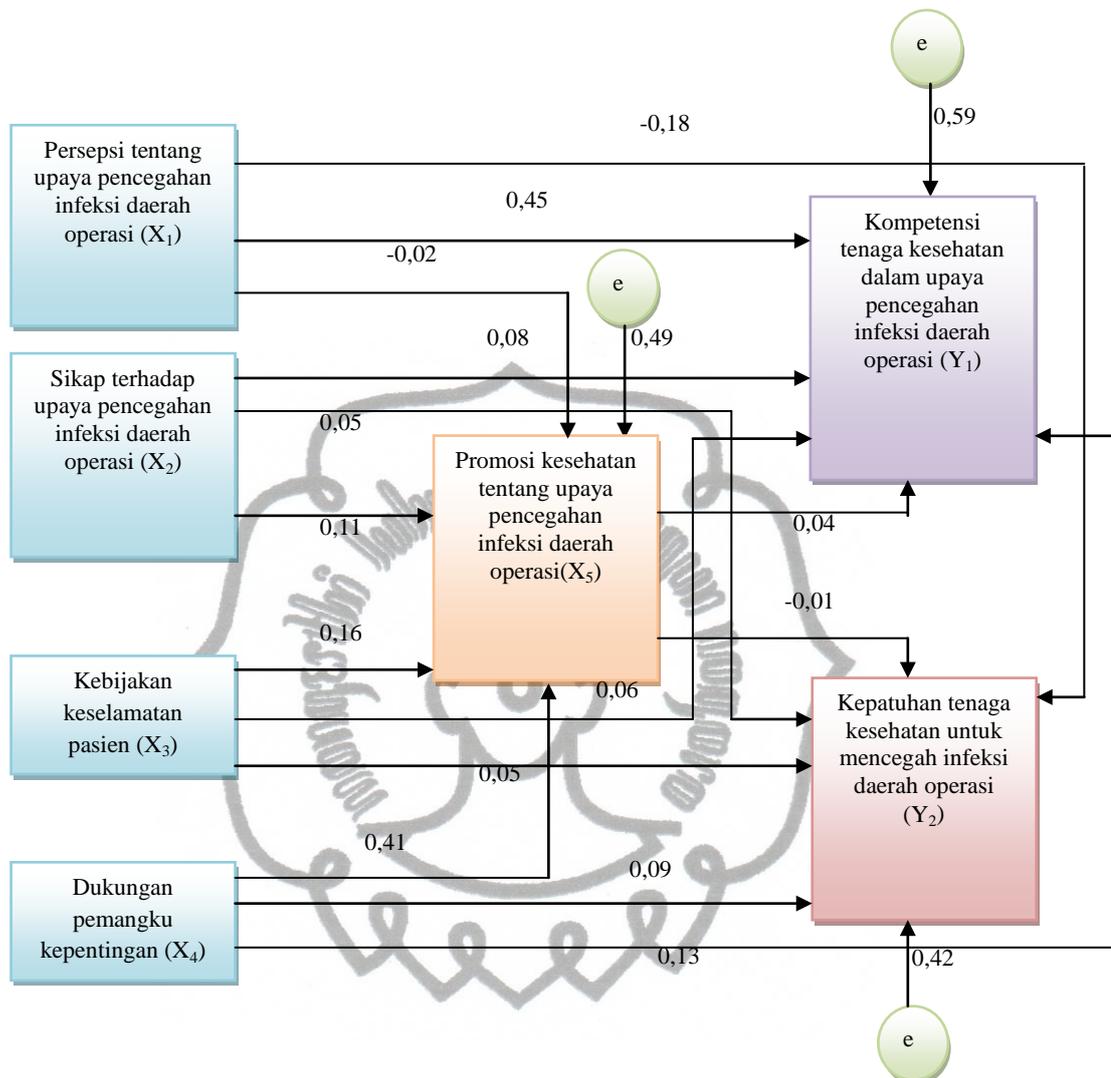
3. Hasil Analisis dan Pengujian Hipotesis

a. Hasil pengujian path analisis

Analisis jalur bertujuan untuk mengukur hubungan langsung antar variabel dalam model maupun hubungan tidak langsung antar variabel dalam model (Ghozali, 2010). Tahapan analisis jalur dalam penelitian ini yaitu (Kline, 2011):

1) Model spesification

Hasil analisis berdasarkan model atau path diagram yang sesuai dengan kerangka konseptual dapat di lihat pada Gambar 4.8 sebagai berikut:



Gambar 4.8 Model atau path diagram yang sesuai dengan kerangka konseptual

2) Model identification

Setelah path diagram dibuat, langkah selanjutnya yaitu identifikasi model. Nilai *degree of freedom* hasil analisis model atau path diagram yang sesuai dengan kerangka konseptual yaitu 0, dengan *chi-square* 0,000. Suatu model dapat dikatakan *identified* apabila nilai *degree of freedom*-nya sama atau lebih besar dari nol (Kline, 2011). Namun dilihat dari nilai *chi-square*-nya tidak lebih dari 0,05 maka model tersebut perlu dilakukan analisis ulang dengan modifikasi model.

commit to user

3) *Model estimation*

Uji kecocokan model (*goodness of fit*) dari model atau path diagram yang sesuai dengan kerangka konseptual dapat di lihat pada Tabel 4.10 sebagai berikut:

Tabel 4.10 Nilai *goodness of fit* dari model atau path diagram yang sesuai dengan kerangka konseptual

Keterangan	Nilai
N observasi	= 104
<i>Adjusted R Square</i>	= 0,504
Model Fit	χ^2
	P
	GFI
	AGFI
	RMSEA
	NFI
	CFI

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan nilai uji kecocokan model (*goodness of fit*) dari model atau path diagram yang sesuai dengan kerangka konseptual pada Tabel 4.10 diatas dapat dikatakan bahwa model belum *fit*, sehingga perlu dilakukan analisis ulang dengan modifikasi model.

4) *Model modification*

Berdasarkan nilai *degree of freedom*, nilai *chi-square*, nilai p dan nilai uji kecocokan model (*goodness of fit*) dari model atau path diagram yang sesuai dengan kerangka konseptual tidak memenuhi syarat atau tidak lolos uji maka dilakukan analisis ulang dengan modifikasi model. Hasil modifikasi model yang merupakan jawaban dari hipotesis penelitian ini, dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a) Pengaruh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1), sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kepentingan (X_4) terhadap promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5)

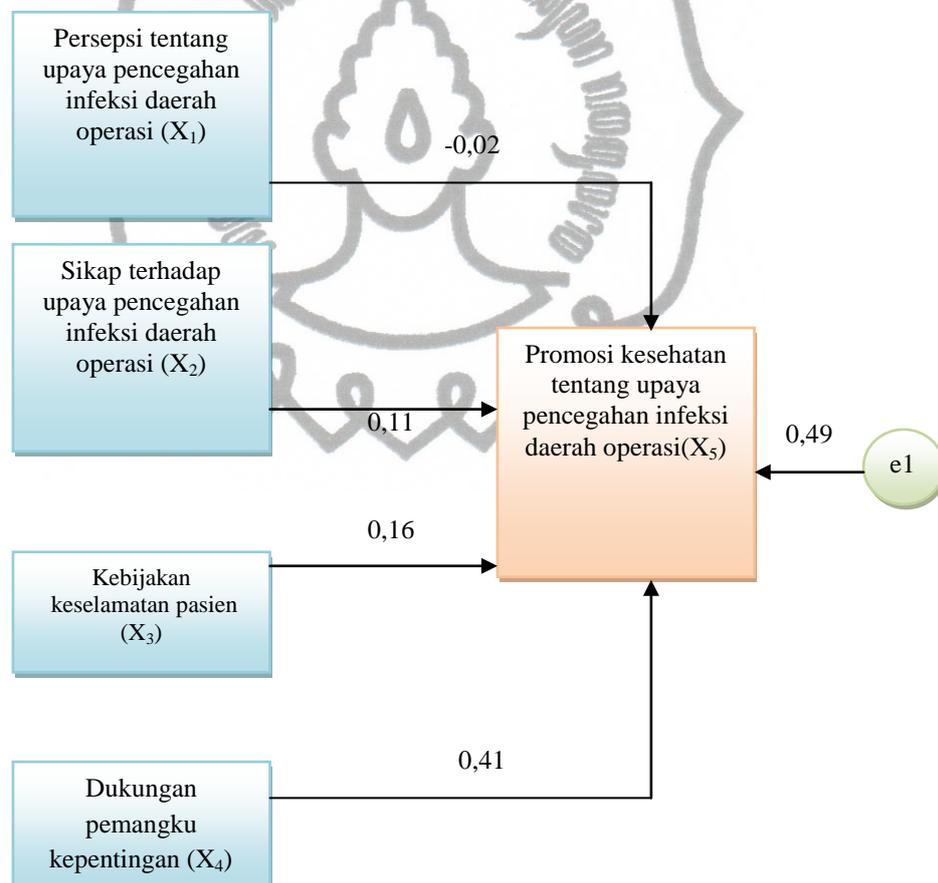
Hipotesis yang akan diuji pada bagian ini adalah: "Faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1), sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kepentingan (X_4) berpengaruh terhadap promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5)". Hipotesis tersebut adalah hipotesis teori atau hipotesis alternatif (H_a). Guna keperluan pengujian hipotesis, hipotesis tersebut diubah menjadi hipotesis nihil atau *null hypothesis* (H_0), menjadi: "Faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1), sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kepentingan (X_4) tidak berpengaruh terhadap promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5)". Hasil analisis secara ringkas disajikan pada Tabel 4.11 berikut ini.

Tabel 4.11 Hasil analisis faktor-faktor yang mempengaruhi promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5)

Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien regresi (β)	P
Promosi kesehatantentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi(X_5)	Persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1)	-0,022	0,737
	Sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2)	0,113	0,111
	Kebijakan keselamatan pasien (X_3), Dukungan pemangku kepentingan (X_4)	0,156	0,017
		0,408	0,000
N observasi		= 104	
Adjusted R Square		= 0,504	
Model Fit	χ^2	= 4,482	
	P	= 0,214	
	GFI	= 0,988	
	AGFI	= 0,888	
	RMSEA	= 0,069	
	NFI	= 0,984	
	CFI	= 0,994	

Sumber: Analisis data primer

Dari Tabel 4.11 tersebut terlihat bahwa hipotesis pertama tidak terbukti kebenarannya sehingga perlu diperbaiki dengan metode *trimming*. Faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1) tidak berkontribusi terhadap promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5). Secara jelas gambaran faktor-faktor yang berpengaruh terhadap promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5) yaitu faktor sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dan dukungan pemangku kepentingan (X_4) ditunjukkan pada Gambar 4.9 berikut:



Gambar 4.9 Faktor yang mempengaruhi promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5)

Besarnya koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,504, yang berarti bahwa secara statistik variabel faktor predisposisi, kebijakan keselamatan pasien dan dukungan pemangku kepentingan mampu menjelaskan 50,4% terhadap variabel promosi kesehatan. Besar koefisien residu (ε_1) = 49,6% merupakan pengaruh variabel lain di luar variabel faktor sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dan dukungan pemangku kepentingan (X_4).

- b) Pengaruh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1), sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kepentingan (X_4), dan promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5) terhadap kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1)

Hasil hipotesis kedua yaitu faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1), sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kepentingan (X_4), dan promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5) berpengaruh terhadap kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1) disajikan pada Tabel 4.12 berikut:

Tabel 4.12 Faktor-faktor yang mempengaruhi kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1)

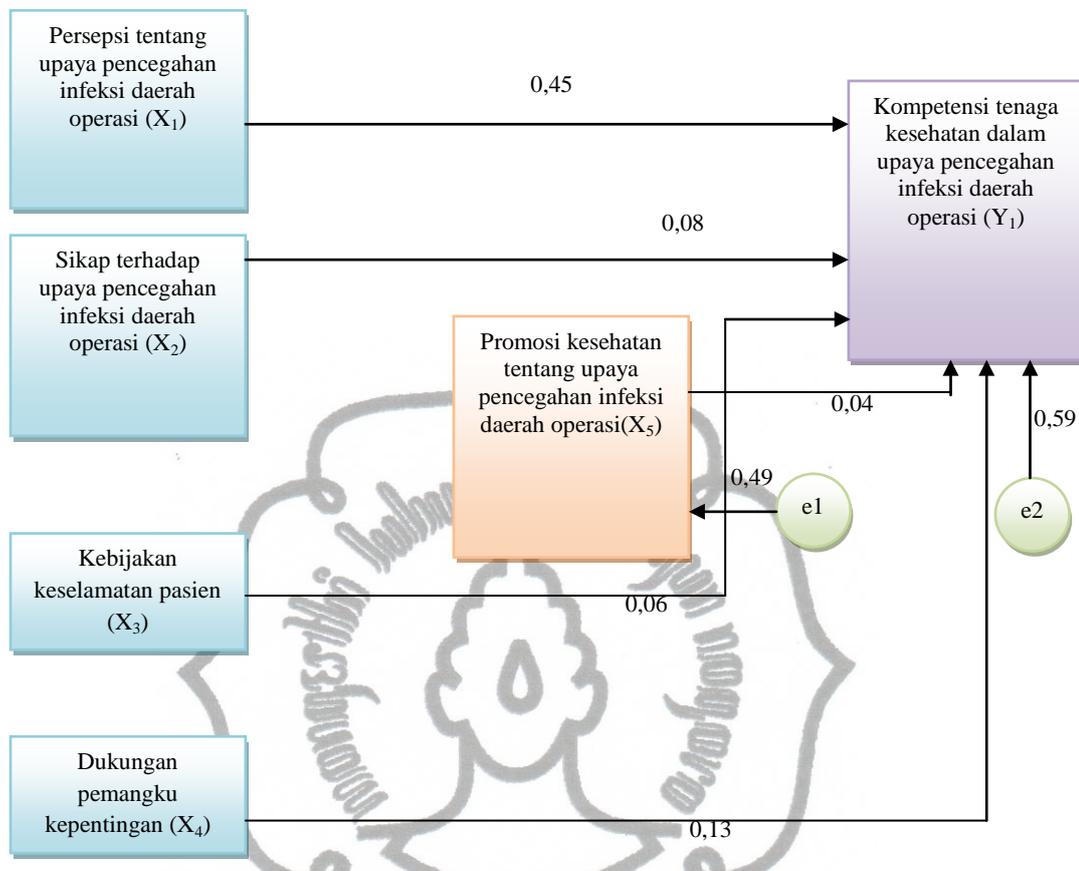
Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien regresi (β)	P
Kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1)	Persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1)	0,447	0,000
	Sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2)	0,078	0,311
	Kebijakan keselamatan pasien (X_3), Dukungan pemangku kepentingan (X_4)	0,059 0,126	0,413 0,134
	Promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5)	0,038	0,719

N observasi		= 104
Adjusted R Square		= 0,407
Model Fit	χ^2	= 4,482
	P	= 0,214
	GFI	= 0,988
	AGFI	= 0,888
	RMSEA	= 0,069
	NFI	= 0,984
	CFI	= 0,994

Sumber: Analisis data primer

Dari Tabel 4.12 tersebut menunjukkan bahwa semua variabel independen berkontribusi terhadap variabel dependen, maka dapat dikatakan bahwa hipotesis kedua terbukti kebenarannya, sehingga tidak perlu diperbaiki dengan metode *trimming*.

Faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1), sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kepentingan (X_4), dan promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5) berpengaruh terhadap kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1) dengan nilai koefisien lintas masing-masing sebesar 0,447; 0,078; 0,059; 0,0126 dan 0,038. Gambaran nilai-nilai tersebut dapat dilihat pada Gambar 4.10 berikut:



Gambar 4.10 Faktor-faktor yang mempengaruhi kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1)

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 4.12, diperoleh nilai koefisien determinan (R^2) = 0,407, yang berarti bahwa 40,7% kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi dapat dijelaskan oleh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan, dan promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi.

- c) Pengaruh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1), sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kepentingan (X_4), promosi kesehatan tentang upaya pencegahan

infeksi daerah operasi (X_5) dan kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1), terhadap kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2)

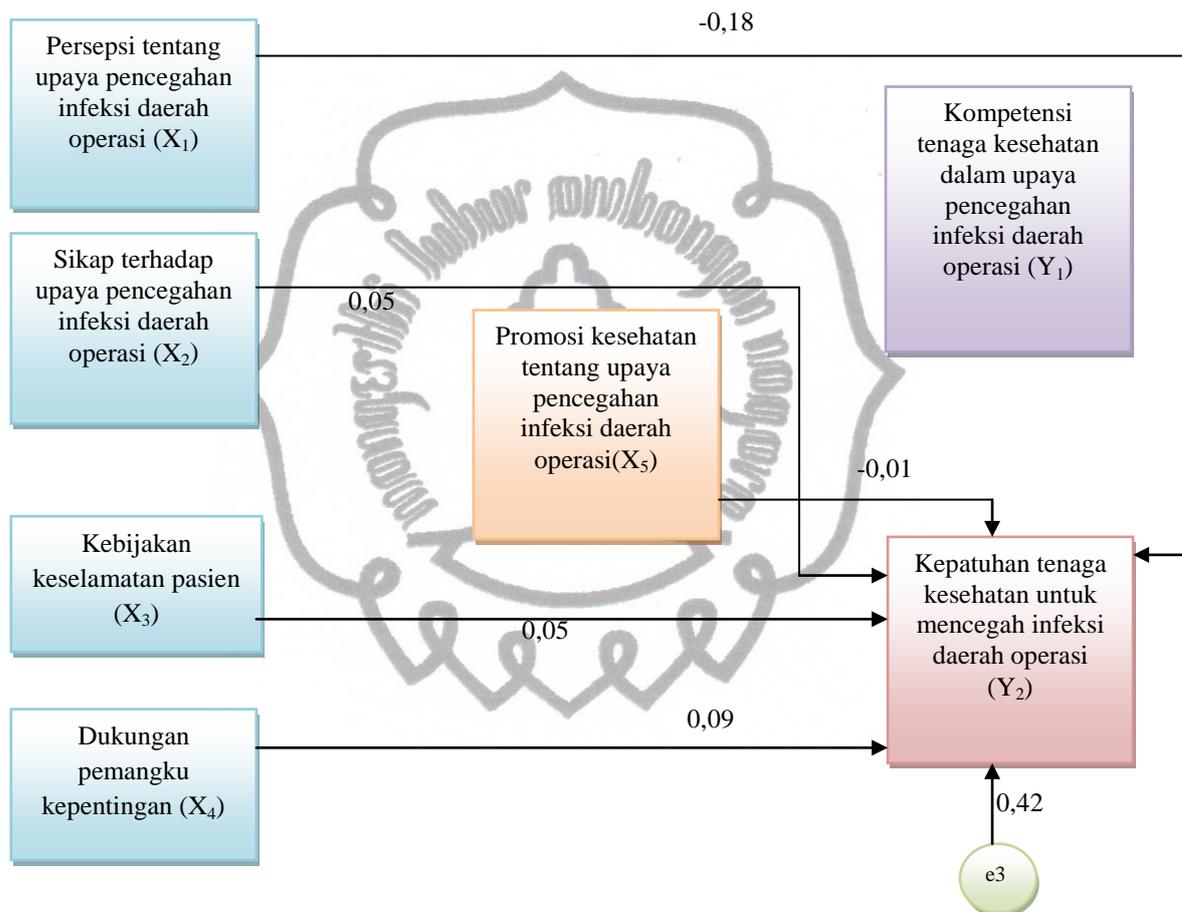
Hasil analisis hipotesis ketiga yaitu faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1), sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kepentingan (X_4), promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5) dan kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1), berpengaruh terhadap kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2) secara ringkas disajikan pada Tabel 4.13 berikut ini.

Tabel 4.13 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2)

Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien regresi (β)	P
Kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2)	Persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1)	-0,177	0,035
	Sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2)	0,048	0,540
	Kebijakan keselamatan pasien (X_3), Dukungan pemangku kepentingan (X_4)	0,053 0,089	0,473 0,301
	Promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5)	-0,005	0,961
	Kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1)	0,965	0,000
N observasi		= 104	
Adjusted R Square		= 0,598	
Model Fit	χ^2	= 4,482	
	P	= 0,214	
	GFI	= 0,988	
	AGFI	= 0,888	
	RMSEA	= 0,069	
	NFI	= 0,984	
	CFI	= 0,994	

Sumber: Analisis data primer

Gambaran nilai-nilai koefisien lintas jalur pengaruh faktor predisposisi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan, promosi kesehatan dan kompetensi tenaga kesehatan terhadap kepatuhan tenaga kesehatan tersebut dapat dilihat pada Gambar 4.11 berikut:



Gambar 4.11 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2)

Dari Tabel 4.13 dapat dikemukakan bahwa hipotesis ketiga tidak terbukti, namun dapat dijelaskan bahwa faktor sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kebijakan (X_4), dan kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1) berpengaruh terhadap kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah

infeksi daerah operasi (Y_2). Tabel 4.12 di atas, menunjukkan bahwa terdapat dua koefisien jalur yang tidak berkontribusi terhadap kepatuhan tenaga kesehatan, yaitu persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1) dan promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5). Oleh karena itu perlu diperbaiki dengan metode *trimming*. Perbaikan yang perlu dilakukan adalah dengan tidak menyertakan variabel persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1) dan promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5) dalam perhitungan berikutnya.

Besarnya koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,598, yang berarti bahwa secara statistik variabel sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2), kebijakan keselamatan pasien (X_3), dukungan pemangku kebijakan (X_4), dan kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1) mampu menjelaskan 63,1% terhadap variabel kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2). Besar koefisien residu (ϵ_3) = 40,2% merupakan pengaruh variabel lain di luar variabel tersebut.

d) Pengujian model promosi kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi

Hasil uji *goodness of fit model* seperti pada tabel 4.3 menunjukkan nilai *chi-square* = 0,002, P-value = 0,961 yang berarti bahwa model fit. Hal ini berarti bahwa tidak ada perbedaan antara matriks kovarian prediksi dengan data observasi.

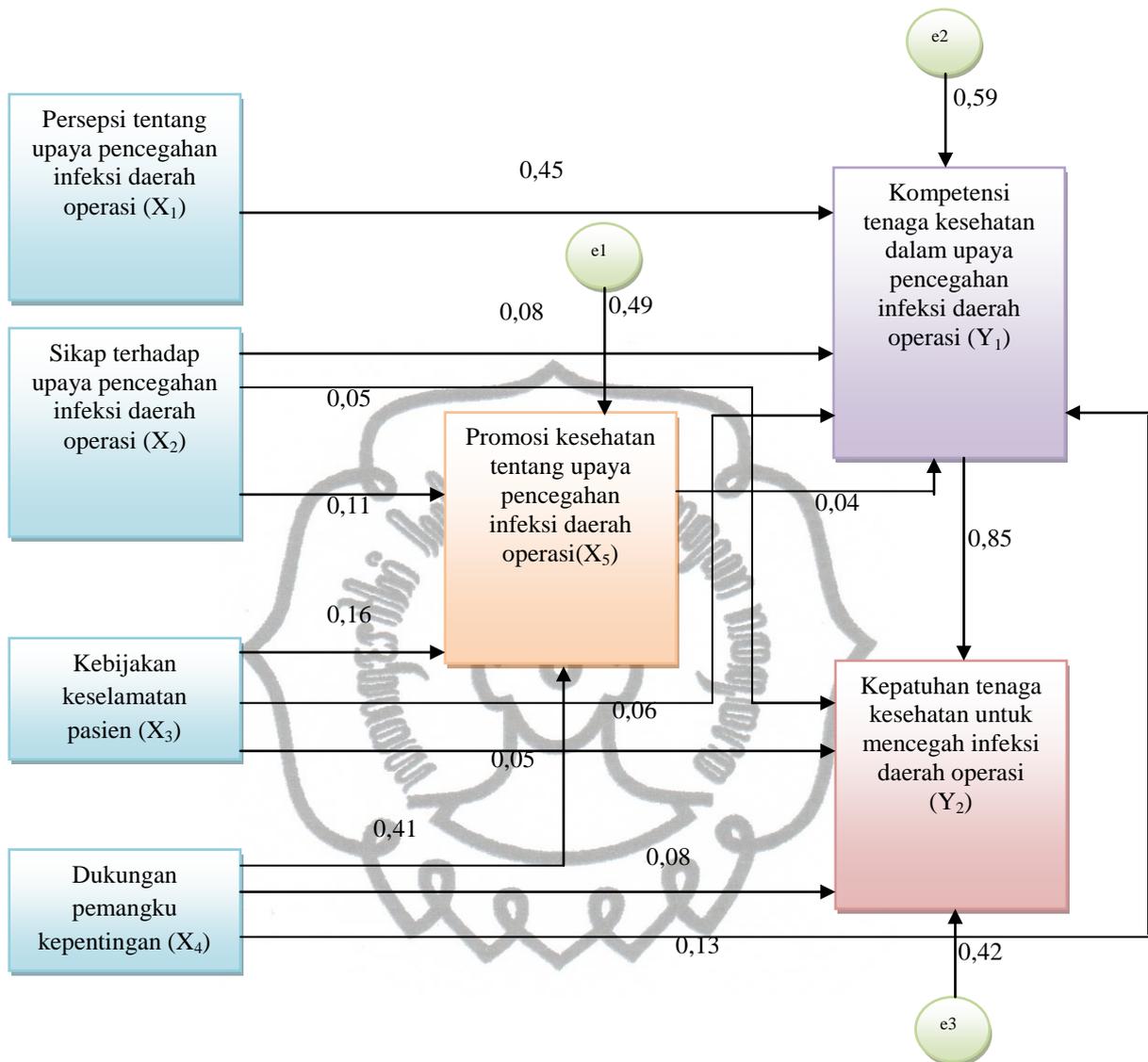
GFI (*Goodness of Fit Index*) dan AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*) merupakan pengujian yang memungkinkan pengaruh jumlah sampel menjadi kurang sensitif dalam pengambilan keputusan. Nilai GFI dan AGFI berkisar antara 0 sampai 1, dengan pedoman bahwa semakin nilai GFI dan AGFI mendekati angka 1 maka semakin

baik model tersebut menjelaskan data yang ada. Nilai GFI = 0,988 dan nilai AGFI = 0,888.

RMSEA merupakan ukuran fit yang paling populer dan banyak digunakan pada penelitian, hal ini dikarenakan nilai RMSEA tidak overestimate atau underestimate dan tidak tergantung dari besarnya sampel. Nilai RMSEA < 0,05 mengindikasikan fit model sudah baik. Nilai RMSEA = 0,069.

Alat ukur NFI, RFI, IFI, TLI, CFI dinyatakan sudah baik jika memiliki nilai > 0,9. Pengujian dengan metode ini membandingkan model yang ada dengan *null model* yaitu untuk mengatasi kompleksitas model. Nilai NFI = 0,984; CFI = 0,994. Nilai tersebut telah melampaui 0,9 dapat dinyatakan bahwa model yang ada sudah fit.

Berdasarkan hasil analisis modifikasi model yang dilakukan dengan metode *trimming* maka secara kuantitatif model promosi kesehatan tentang pencegahan infeksi daerah operasi dapat dilihat pada Gambar 4.12 berikut:



Gambar 4.12 model promosi kesehatan tentang pencegahan infeksi daerah operasi secara kuantitatif

5) *Reporting the results*

Hasil analisis baik itu pengaruh langsung maupun pengaruh tidak langsung terhadap kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2) dapat di lihat pada Tabel 4.14 berikut.

Tabel 4.14 Pengaruh langsung maupun pengaruh tidak langsung terhadap kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2)

Variabel Dependen	Variabel Independen	Langsung	Pengaruh (%)		Total
			Tidak langsung Melalui (X_5)	Melalui (Y_1)	
Kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2)	Persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_1)	0,00	0,00	34,60	34,60
	Sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_2)	4,20	0,50	6,20	10,40
	Kebijakan keselamatan pasien (X_3), Dukungan pemangku kebijakan (X_4)	6,00	0,80	5,90	11,80
	Promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi (X_5)	9,00	2,00	12,80	21,70
	Kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi (Y_1)	0,00	0,00	2,70	2,70
			68,8	0,00	0,00

Sumber: Analisis data primer

b. Hasil uji regresi linear

Hasil uji regresi linear pengaruh faktor kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi (Y_2), penurunan kasus infeksi (Y_3) dan penurunan biaya (Y_3) dapat dilihat pada Tabel 4.15 berikut:

Tabel 4.15 Hasil analisis regresi logistik hubungan faktor kepatuhan tenaga kesehatan dengan penurunan biaya

Variabel Dependen	OR	Wald	CI 95%		P
			Lower	Upper	
Kepatuhan tenaga kesehatan	1,96	2,88	0,78	4,89	<0,005
Penurunan kasus	8,18	17,42	10,34	64,68	<0,005
Constant	0,03	9,40			<0,005

N Observasi = 104
P < 0,005
Nagelkerke R-Square = 57,7%
Hosmer and Lemeshow Test Chi Square : 1,22. Sig 0,875

Sumber: Analisis data primer

Nilai p terjadi hubungan yang signifikan jika $p < 0,05$. Berdasarkan hasil regresi logistik kepatuhan tenaga kesehatan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap penurunan kasus. Berdasarkan hasil OR nya, jika dalam output SPSS ditampilkan dalam $\text{Exp}(B)$, menginformasikan jenis pengaruh pada variabel yang berpengaruh signifikan. Jika nilainya diatas satu "1", berarti peluangnya lebih besar untuk mengalami penurunan biaya.

Melalui tabel *Model Summary* di atas didapat nilai *Nagelkerke's R Square* sebesar 0,577. Hal ini mengindikasikan bahwa variabilitas variabel dependen yang dapat dijelaskan oleh variabilitas variabel independen adalah sebesar 57,7%, sedangkan sisanya sebesar 42,3% dijelaskan oleh variabilitas variabel lain diluar variabel independen yang diteliti tersebut.

Hosmer and Lemeshow Test di atas digunakan untuk menguji kesesuaian model (*goodness of fit*), atau dengan kata lain untuk menguji apakah model yang digunakan, yaitu dengan menggunakan variabel independen sudah sesuai dengan data empiris atau tidak. Hipotesis nol pada pengujian ini adalah "model telah cukup menjelaskan data (*fit*)" dengan kriteria uji tolak hipotesis nol jika nilai probabilitas lebih kecil atau sama dengan taraf signifikansi yang telah ditetapkan ($p \leq 0,05$). Berdasarkan tabel di atas didapat nilai *Chi-square* sebesar 1,22 dengan nilai probabilitas sebesar 0,875. Dengan demikian hipotesis nol diterima ($0,875 > 0,05$), artinya model telah cukup menjelaskan data (*fit*).

E. Pembahasan

1. Pengaruh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan terhadap promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Dari pengertian tersebut tergambar bahwa pada hakekatnya promosi kesehatan adalah penopang utama bagi setiap program kesehatan. Dengan kata lain, promosi kesehatan walaupun berdiri sendiri sebagai salah satu program kesehatan tidak boleh berjalan sendiri. Promosi kesehatan harus selalu bergandeng tangan dengan setiap program kesehatan dalam rangka mencegah timbulnya masalah baru (kasus baru) dan mengatasi masalah (kasus) yang terlanjur ada, serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, dapat dimengerti bahwa kegiatan promosi kesehatan dapat dilakukan tidak hanya oleh petugas khusus promosi kesehatan melainkan juga oleh petugas kesehatan lain. Petugas kesehatan lain merupakan ujung tombak bagi promosi kesehatan, karena merekalah yang selalu berhubungan langsung dengan individu-individu (pasien/klien) dan keluarga serta dipercaya dapat membantu mereka (Hartono, 2010).

Pada Tabel 4.11 faktor-faktor yang berpengaruh terhadap promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi yaitu faktor sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dan dukungan pemangku kepentingan. Faktor persepsi, sikap, kebijakan keselamatan pasien dan dukungan pemangku kepentingan mampu menjelaskan 50,4% terhadap variabel promosi kesehatan. Promosi kesehatan dalam penelitian ini adalah promosi kesehatan yang didasarkan pada kebijakan WHO yang meliputi: *advocacy*, *empowerment*, *social support* serta manfaat dari para penerima promosi kesehatan yaitu petugas kesehatan, pasien dan keluarganya.

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait

(*stakeholder*). Advokasi diarahkan untuk menghasilkan dukungan yang merupakan kebijakan (misalnya dalam bentuk peraturan perundang-undangan), dana, sarana dan lain-lain. Advokasi yang dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah berupa komitmen dari pihak manajemen untuk melengkapi sarana prasarana, menyusun *standard operating procedure* serta menetapkan berbagai kebijakan yang terkait dengan upaya pencegahan infeksi daerah operasi juga didukung oleh organisasi IDI (Ikatan Dokter Indonesia) dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) komisariat RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Stakeholder* memiliki pengaruh yang kuat dan memiliki keterkaitan tinggi dalam upaya advokasi. Kebutuhan dan permasalahan dari pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan lebih banyak diketahui oleh pemegang program (Puspita, 2012).

Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) yang dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta terkait dengan: 1) Akses informasi. Aktivitas tenaga kesehatan dalam mendapatkan informasi melalui berbagai macam cara seperti melalui penyuluhan/promosi kesehatan, pendidikan dan pelatihan, media massa, media elektronik dan lain-lain. Tenaga kesehatan diberi akses seluas-luasnya dalam mengakses informasi biasa mereka mendapat informasi dari manajemen atau bisa juga mereka mencari sendiri melalui organisasi profesi. Hal ini sejalan dengan penelitian Hariyati (2006) yang mengatakan bahwa mencari ilmu atau menambah pengetahuan tidak hanya menunggu kesempatan belajar formal tetapi harus mandiri terus menerus mencari kesempatan untuk belajar. 2) Partisipasi. Bentuk partisipasi semua tenaga kesehatan berusaha untuk berpartisipasi dalam setiap kegiatan yang terkait dengan upaya pencegahan infeksi daerah operasi. Handayani (2004) mengatakan program pengendalian infeksi nosokomial perlu didukung dengan sosialisasi peran dan fungsi tenaga medis terutama kepala ruangan secara terus-menerus. 3) Akuntabilitas publik. Akuntabilitas publik dilakukan apabila ada insiden untuk segera membuat laporan kemudian dilakukan pembahasan, setelah itu ditindak lanjuti serta dievaluasi kemudian dilakukan monitoring dan evaluasi dengan harapan kejadian tersebut tidak terulang lagi. 4) Kapasitas

organisasi lokal. Kapasitas organisasi lokal terdiri dari organisasi profesi yang ada di tingkat nasional maupun lokal seperti: IDI (Ikatan Dokter Indonesia), PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), ISFI (Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia) dan organisasi profesi yang lain mereka saling berkolaborasi untuk mendukung upaya pencegahan infeksi di rumah sakit meskipun untuk dana pengembangan profesi mereka harus mengeluarkan sendiri, peran organisasi profesi (PPNI) masih sebatas membenahan administrasi anggota dan pembuatan SIP.

Terkait dukungan sosial (*social support*) yang dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah merupakan wujud nyata peran organisasi profesi yang dalam hal ini adalah PPNI dan IDI secara organisasi manajemen mereka berupaya untuk dapat memenuhi sarana prasarana yang mendukung upaya pencegahan infeksi adapun dukungan sosial yang dilakukan oleh manajemen berupa adanya jaringan kerja yang bersifat dinamis hal ini ditunjukkan dengan dibentuknya pokja-pokja yang berkontribusi terhadap pencegahan infeksi nosokomial seperti: pokja *patient safety*, pokja PPI, dan lain-lain.

Peran organisasi IDI sendiri sesuai Permenkes (2015) yaitu: 1) Pembentukan tim pelaksana program pengendalian resistensi antimikroba yang bertujuan menerapkan program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit melalui perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi; 2) Penyusunan kebijakan dan panduan penggunaan antibiotika; 3) Melaksanakan penggunaan antibiotika secara bijak; 4) Melaksanakan prinsip pencegahan pengendalian infeksi.

Organisasi PPNI dalam hal ini berperan untuk menjamin kualitas pelayanan keperawatan yang diterima masyarakat dengan memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap perawatan yang diberikan, menginformasikan kepada masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan dan tanggung jawab para praktisi profesional, dan memelihara kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan (Ray, 2013).

Standar pelayanan yang diberikan ISFI adalah pelayanan resep yang terdiri dari skrining resep, *commit to user* penyediaan obat, informasi obat, konseling dan

monitoring penggunaan obat (Depkes, 2003). Peran ISFI sendiri mengacu pada pelayanan kefarmasian di instalasi farmasi yaitu melangsungkan pelayanan farmasi yang optimal, menyelenggarakan kegiatan pelayanan farmasi profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etika profesi, melaksanakan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), memberi pelayanan bermutu melalui analisa, dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi, melakukan pengawasan berdasarkan aturan-aturan yang berlaku, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan di bidang farmasi, memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium rumah sakit.

2. Terdapat pengaruh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan, dan promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi terhadap kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Salah satu yang terkait dengan kompetensi tenaga kesehatan adalah tingkat pengetahuan, persepsi dan sikap yang dimiliki petugas kesehatan dalam upaya pencegahan terhadap infeksi daerah operasi. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmojo, 2003).

Tabel 4.12 faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan, dan promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi berpengaruh terhadap kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi dengan kontribusi sebesar 40,7%.

Pengamatan dilapangan menunjukkan bahwa pada dasarnya dari aspek persepsi tenaga kesehatan bahwa infeksi yang diperoleh dalam lingkungan rumah sakit dan infeksi nosokomial dapat menular dari peralatan rumah sakit yang tidak steril, petugas yang tidak memakai APD, dan tidak menjaga *hand hygiene*. Tenaga kesehatan juga mempunyai kesadaran yang tinggi bagaimana agar tidak terkena infeksi pada saat menjalankan tugas. Tenaga kesehatan juga menjelaskan bahwa untuk meningkatkan pengetahuan selalu diikutsertakan dalam pelatihan-pelatihan seperti PPI dan *patient safety* (keselamatan pasien).

Penelitian Herpan dan Wardani (2012) menyatakan bahwa responden dengan tingkat pengetahuan rendah berpeluang untuk tidak mengendalikan infeksi nosokomial sebesar 7.115 kali. Penelitian ini didukung dengan teori Notoatmodjo (2007), yakni sebelum orang mengadopsi perilaku baru, terjadi proses dalam diri seseorang secara berurutan, yaitu: a) *Awareness* (kesadaran), b) *Interest* (merasa tertarik), c) *Evaluation* (menimbang-nimbang), d) *Trial* (mencoba), e) *Adoption* (adopsi).

Peningkatan persepsi dan sikap serta pengetahuan petugas kesehatan di rumah sakit agar berkompeten dalam pencegahan infeksi daerah operasi dilakukan dengan melakukan *inhouse training* maupun *ekshouse training* yang terkait dengan penyakit infeksi dalam penangannya maupun pengendaliannya, disamping itu proses monitoring senantiasa dilakukan dengan model sidak di semua unit terutama untuk melakukan refreasing apakah mereka benar-benar mengetahui terutama pada saat dilakukan akreditasi.

Tujuh standar keselamatan pasien (*patient safety*) yang merupakan kompetensi tenaga kesehatan sehingga tenaga kesehatan harus menguasai yaitu tentang hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Dalam pelayanan di rumah sakit pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (kejadian tidak diharapkan) termasuk infeksi nosokomial. Sehingga harus ada dokter penanggung jawab pelayanan yang wajib membuat rencana pelayanan dan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

Rumah sakit termasuk tenaga kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah *partner* dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan. Koordinasi pelayanan dilakukan secara menyeluruh yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, kelayakan sumber daya, peningkatan komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan.

Semua tenaga kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta harus menguasai penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah mendesain proses baru dan memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta KP (keselamatan pasien).

Dukungan pemangku kepentingan terhadap kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi yaitu terdapat pada peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program KP melalui penerapan “7 Langkah Menuju KP RS”. Pimpinan menjamin berlangsungnya program

proaktif identifikasi risiko KP dan program mengurangi KTD. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang KP. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta tingkatkan KP. Pimpinan juga mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan KP.

Manajemen rumah sakit telah membentuk tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Rumah sakit PKU Muhammadiyah juga memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan KP secara jelas. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien. Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien. Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden. Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*)

commit to user

guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Rumah sakit PKU Muhammadiyah menyediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien. Kewaspadaan pada universal dianjurkan pada darah dan semua cairan tubuh serta ekresi untuk mencegah penyebaran bakteri seperti penyebaran patogen melalui darah. Kewaspadaan paling utama yakni cuci tangan, hati-hati terhadap objek yang tajam, menggunakan sarung tangan untuk menutup jarum bersih sekalipun. Untuk mencegah cedera tusukan, tempatkan spuit, jarum, pisau bedah dan benda tajam dalam wadah tertentu. Lindungi diri dari paparan darah atau cairan lain, pegang linen kotor sesering mungkin. Menggunakan desinfektan untuk mendekontaminasikan permukaan kerja bila ada tetesan darah atau cairan lain. Tenaga kesehatan tidak diperbolehkan merawat pasien bila sedang mengalami lesi kulit.

Seorang tenaga kesehatan wajib menempatkan benda yang terkontaminasi dalam wadah atau kantong berlapis plastik dan beri label sebagai barang infeksius, membersihkan ruang operasi dengan cairan desinfektan dengan alat pembersih sendiri. Setelah kontak dengan pasien diruang operasi harus melepaskan sarung tangan dan cuci tangan dengan larutan antiseptik atau sabun dan air.

Alat pelindung diri petugas kesehatan yang harus dipakai pada waktu diruang operasi yaitu alat pelindung kepala, mata dan muka, telinga, pelindung pernapasan beserta perlengkapannya, pelindung tangan dan kaki serta pakaian pelindung.

Pakaian pelindung berfungsi untuk melindungi badan sebagian atau seluruh bagian badan dari bahaya temperatur panas atau dingin yang ekstrim, pajanan api dan benda-benda panas, percikan bahan-bahan kimia, cairan dan logam panas, uap panas, benturan (*impact*) dengan mesin, peralatan dan bahan, tergores, radiasi, binatang, mikroorganisme patogen dari manusia, binatang,

tumbuhan dan lingkungan seperti virus, bakteri dan jamur. Sebelum dan setelah melakukan tindakan petugas kesehatan harus mencuci tangan.

Antisepsis membunuh atau menghentikan pertumbuhan mikroorganisme. Dekontaminasi membuat objek lebih aman dipegang sebelum pembersihan. Pembersihan menghilangkan kotoran dan mikroorganisme dari kulit dan objek dengan menggunakan sabun dan air. Disinfeksi kadar tinggi membunuh kebanyakan organisme pada objek. Sterilisasi membunuh semua mikroorganisme pada objek, misalnya peralatan bedah. Sehingga petugas kesehatan harus memperhatikan konsep tersebut.

Untuk mencegah penyebaran infeksi di rumah sakit, perawat dan pemberi perawatan kesehatan yang lain mengikuti praktik medis dan aseptis bedah. Teknik bersih (asepsis medis) mengurangi jumlah mikroorganisme yang ada dan mencegahnya masuk ke pasien. Teknik pembedahan (asepsis bedah) mencakup mempertahankan objek dan area bebas mikroorganisme untuk meyakinkan bahwa prosedur pembedahan steril.

Adapun teknik bersih yang biasa dijadikan pedoman untuk pengendalian infeksi yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, mengikuti pedoman berikut:

1. Membersihkan luka dari sisi luka bagian dalam ke arah luar. Mengganti balutan yang kotor dan buang dengan benar. Menggunakan salin normal untuk mencuci luka yang bersih. Menggunakan betadine dan chlorexidine untuk membersihkan kulit. Gunakan sabun dan air untuk mencuci luka kotor.
2. Mencegah penyebaran mikroorganisme dalam droplet. Dorong pasien menutup mulut mereka dengan menggunakan tisu atau sapu tangan bila bersin.
3. Tidak pernah mengizinkan pasien menggunakan alat pribadi bersama orang lain. Pertahankan tempat tidur bersih dan kering tidak boleh ada air dan botol di atasnya.
4. Membersihkan dan desinfektan objek kotor yang akan digunakan ulang

5. Tidak membiarkan linen kotor dan artikel lain menyentuh seragam anda buang dengan tepat.
6. Mengosongkan pengisap dan botol drainase sebelum botol penuh
7. Tidak menyebarkan debu dengan mengibas linen
8. Tidak menempel alat dan kain dilantai
9. Menggunakan sarung tangan bersih bila memegang cairan tubuh.
10. Menggunakan pakaian pelindung
11. Ketika membersihkan area kotor, bersihkan dulu area yang tidak kotor.
12. Menuangkan cairan ke wastafel dekat kran sehingga tidak terciprat
13. Menempat jarum dan spuit kedalam wadah khusus
14. Mencuci tangan dengan sering.

Selain itu perawatan alat juga diwajibkan untuk menguasai teknik perawatan alat yakni:

- a. Sebelum mencuci alat bedah yang digunakan jarum dan spuit yang dapat dipakai lagi, dan sarung tangan harus didekontaminasikan, dekontaminasi dengan larutan pemutih klorin 0,5% untuk dekontaminasi virus HIV/AIDS dan hepatitis B.
 - b. Ketika mencuci objek kotor, pertama kali cuci dengan air dingin untuk melepas material organik seperti *mucus* dan darah. Setelah itu cuci dengan air panas, jika perlu gunakan sikat membersihkannya
 - c. Untuk mendesinfeksi objek, gunakan preparat kimia, seperti fenol atau senyawa iodine.
 - d. Sterilisasi dapat digunakan dengan pemanasan atau air mendidih.
3. Terdapat pengaruh faktor persepsi tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan, promosi kesehatan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi, dan kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi berpengaruh terhadap kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Kepatuhan adalah suatu kondisi yang tercipta dan berbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban. Sikap atau perbuatan yang dilakukan bukan lagi atau sama sekali tidak dirasakan sebagai beban, bahkan sebaliknya akan membebani dirinya bila mana tidak dapat berbuat sebagaimana lazimnya (Prijadarminto, 2003).

Tabel 4.13 menunjukkan bahwa faktor sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan dan kompetensi tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi mampu menjelaskan 63,1%.

Hal tersebut menguatkan pernyataan Hasibuan (2003), bahwa kepatuhan merupakan kesadaran dan kesediaan seseorang mentaati semua peraturan dan norma-norma sosial yang berlaku. Kepatuhan yang baik mencerminkan besarnya rasa tanggung jawab seseorang terhadap tugas-tugas yang diberikan kepadanya. Hal ini mendorong gairah kerja, semangat kerja, dan terwujudnya tujuan masyarakat, maka setiap orang harus berusaha agar mempunyai kepatuhan yang baik.

Kepatuhan dalam penelitian ini diantaranya meliputi sikap dan tindakan. Sikap adalah reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus/objek (Notoatmodjo, 2003). Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorabel*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*).

Sikap petugas di rumah sakit terkait dengan pemakaian APD yaitu bahwa tenaga kesehatan senantiasa berusaha dari diri sendiri untuk mematuhi peraturan, selalu menjaga *hand hygiene* dan pemakaian APD meskipun terkadang juga ada yang kelupaan menggunakan alat pelindung diri dan *hand hygiene* pada saat akan melakukan tindakan hal tersebut dikarenakan dalam keadaan darurat.

Harlan dan Indriati (2014) dalam penelitiannya menyatakan bahwa sikap merupakan faktor predisposisi yang ada dalam diri individu yang dibentuk atau ditentukan oleh lingkungan kerja. Sikap lingkungan kerja yang positif (mendukung) terhadap penggunaan APD, sedikit banyak dapat mengubah sikap seseorang yang awalnya negatif (tidak mendukung) terhadap penggunaan APD menjadi positif (mendukung) terhadap penggunaan APD.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat yang di sampaikan Gibson dkk (1997), bahwa perilaku kerja dan *performance* seseorang dipengaruhi oleh faktor psikologis yang salah satunya adalah persepsi seseorang. Persepsi tentang profesionalitas individu akan mempengaruhi proses dalam pengambilan suatu keputusan, dan dengan adanya suatu keputusan seseorang akan terdorong untuk melakukan suatu kegiatan untuk mencapai tujuannya. Dengan tindakan yang didasarkan atas persepsi tentang profesionalitas tersebut, akan menimbulkan sebuah perilaku melaksanakan program pencegahan infeksi daerah operasi yang nyata berdasarkan kemampuan petugas kesehatan.

Faktor persepsi dan sikap tenaga kesehatan tentang pencegahan infeksi daerah operasi dalam penelitian ini terbukti mampu memberikan kontribusi yang positif dan signifikan dalam mempengaruhi kompetensi tenaga kesehatan itu sendiri. Hal ini berarti aspek-aspek yang meliputi pengalaman pribadi, informasi dari lingkungan dan persepsi terhadap objek yang dimiliki perawat mampu membentuk perilaku patuh terhadap pencegahan infeksi daerah operasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Tindakan merupakan suatu kegiatan atau aktivitas seseorang. Terkait dengan tindakan tenaga kesehatan meliputi bahwa semua tenaga kesehatan sudah pernah dilakukan survei dan hasilnya semua tenaga kesehatan menggunakan alat pelindung diri pada saat sebelum melakukan tindakan dan sudah sesuai juga dengan SOP, dan sudah patuh juga dengan kebijakan yang berkaitan dengan upaya pencegahan infeksi daerah operasi. Untuk penerapan UP (*universal precaution*) sudah lama dilakukan karena sudah memiliki tim PPI.

Kepatuhan dalam menerapkan UP itu tidak mudah. Hal ini juga terjadi di beberapa rumah sakit (contohnya RS Jantung Jakarta itu setelah enam tahun baru bisa berjalan) untuk upaya penerapan UP yang terpenting harus sabar dan saling mengingatkan satu sama yang lain. Satu kunci keberhasilan dalam UP adalah direktur langsung terjun ke bangsal misalnya, dan melakukan audit kemudian mengingatkan jika ada yang tidak patuh. Hal tersebut adalah kuncinya, sehingga seperti ada efek *power*. Untuk RS Muhammadiyah seharusnya tidak hanya direksi BPH. Semua karyawan juga harus tahu PS (*patient safety*) dan apa itu PPI (pencegahan pengendalian infeksi).

Menerapkan prinsip prinsip yang dijabarkan menjadi lima kegiatan pokok, yaitu: mencuci tangan guna mencegah infeksi silang, pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksius lain, pengelolaan alat kesehatan, pengelolaan alat tajam untuk mencegah perlukaan, dan pengelolaan limbah. Di samping, itu mereka telah melakukan tindakan yang berupa edukasi kepada pasien yang akan melakukan operasi, merencanakan ronde dengan memakaikan gelang dan *fivemom hygiene* serta melakukan evaluasi terhadap penggunaan gelang, tanda risiko, jatuh dan *hand hygiene*. Di samping itu juga telah melakukan survei yang hasilnya semua tenaga kesehatan menggunakan alat pelindung diri.

Kewaspadaan universal adalah tindakan pengendalian infeksi sederhana yang digunakan oleh semua petugas kesehatan, untuk semua pasien, setiap saat, pada semua tempat pelayanan dalam rangka mengurangi risiko penyebaran infeksi (Nursalam, dkk., 2007). Penerapan ini harus dilakukan dengan baik untuk mengurangi infeksi daerah operasi, sesuai dengan penelitian Nurul Huda, dkk. (2013) mengatakan bahwa penerapan seluruh prosedur *universal precautions* memiliki peluang enam kali untuk mencegah terjadinya tanda dan gejala ineksi saat proses penyembuhan luka operasi dibandingkan dengan penerapan *universal precautions* yang hanya menjalankan sebagian prosedur.

Secara berkala manajemen rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta juga melakukan monitoring tentang kepatuhan penggunaan hand hygiene dan alat pelindung diri (APD). Angka infeksi daerah operasi menjadi 0,3 % dan kepatuhan *hand hygiene* dari 107 petugas kesehatan yang tidak patuh 37 petugas (2015).

4. Terdapat pengaruh faktor kepatuhan tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi daerah operasi terhadap penurunan kasus infeksi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Berdasarkan hasil regresi logistik, kepatuhan tenaga kesehatan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap penurunan kasus. *Model Summary* didapat nilai *Nagelkerke's R Square* sebesar 0,577. Kepatuhan tenaga kesehatan berkontribusi sebesar 57,7% terhadap penurunan kasus. Kepatuhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan baik dalam hal penggunaan alat pelindung diri, dan *hand hygiene*.

Sikap petugas di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta terkait dengan pemakaian APD dalam pencegahan infeksi yaitu bahwa tenaga kesehatan senantiasa berusaha dari diri sendiri untuk mematuhi peraturan, selalu menjaga *hand hygiene* dan pemakaian APD meskipun terkadang juga ada yang kelupaan menggunakan alat pelindung diri dan *hand hygiene* pada saat akan melakukan tindakan hal tersebut dikarenakan dalam keadaan darurat dan fasilitas yang ada. Sejalan dengan penelitian Damanik (2010) salah satu kendala dalam ketidakpatuhan terhadap pelaksanaan *hand hygiene* yaitu sulitnya mengakses tempat cuci tangan atau persediaan alat lainnya yang digunakan untuk melakukan *hand hygiene*.

Kebijakan yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah baik dalam artian kebijakan di rumah sakit ini sudah cukup mendukung. Salah satu langkahnya adalah dengan mengadakan pelatihan-pelatihan atau sosialisasi secara periodik terhadap pelaksanaan *hand hygiene*. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Riyanto (2011), menyatakan bahwa seluruh perawat sudah pernah mendapatkan pelatihan *patient safety*, meskipun

demikian masih banyak perawat yang tidak mematuhi SPO *hand hygiene*. Sejalan dengan pernyataan Jamaludin (2012), bahwa pelatihan dapat melakukan perubahan perilaku afektif yang meliputi perubahan sikap seseorang terhadap sesuatu dan dengan diadakan pelatihan juga dapat memberikan informasi kepada perawat untuk membentuk sikap positif dan meningkatkan keterampilan.

Pada beberapa kasus, persepsi dan sikap cukup untuk mengubah perilaku, akan tetapi tidak demikian pada beberapa kasus lainnya. Belum tentu orang selalu berpersepsi baik terhadap perilaku kesehatan yang seharusnya, dan belum tentu bila seseorang telah memiliki persepsi baik dijamin akan berubah perilakunya. Hal ini terlihat dari hasil penelitian, meskipun perawat berada pada tingkat pengetahuan yang cukup terkait *hand hygiene* perilaku mereka justru menunjukkan sebaliknya (Riyanto, 2011).

Berdasarkan pengamatan langsung yang dilakukan peneliti, peneliti melihat bahwa sebagian besar yang patuh dalam melakukan program keselamatan pasien/*patient safety* adalah tenaga kesehatan keperawatan dikarenakan keyakinan perawat untuk penggunaan sarung tangan tidak membutuhkan *hand hygiene*.

Persepsi yang kurang baik dari tenaga kesehatan akan pentingnya melakukan pencegahan infeksi daerah operasi akan mempengaruhi cara melakukan *hand hygiene* yang benar sehingga akan mempengaruhi kepatuhan atau perilaku benar tenaga kesehatan dalam melakukan *hand hygiene*. Hal ini juga dijelaskan oleh WHO (2009), bahwa kurangnya pengetahuan tentang *hand hygiene* merupakan salah satu hambatan untuk melakukan *hand hygiene* secara benar dan sesuai SPO.

Ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi perilaku tidak dilakukannya keselamatan pasien oleh tenaga kesehatan salah satunya adalah prosedur yang ada membuat *hand hygiene* masih kurang memadai, ketersediaan fasilitas *hand hygiene* masih kurang memadai, iritasi kulit karena penggunaan bahan/larutan antiseptik yang digunakan (Suryoputri, 2011). Menurut Karabay *et al.* (2005), mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi

rendahnya pemenuhan *hand hygiene* dalam program keselamatan pasien yaitu meningkatnya beban kerja, jarak yang jauh menuju wastafle, kurangnya pengetahuan tenaga kesehatan, terbatasnya waktu dan keyakinan bahwa penggunaan sarung tangan tidak memerlukan *hand hygiene*. Dari hasil penelitian bahwa kepala ruang sudah memberikan motivasi kepada perawat-perawat lainnya dengan cara mengingatkan dan memberi contoh perilaku pencegahan infeksi terutama *hand hygiene* yang benar sesuai ketentuan WHO kepada stafnya. Oleh sebab itu, dibutuhkan dukungan dari berbagai pihak untuk meningkatkan kepatuhan tenaga kesehatan untuk melakukan pencegahan infeksi daerah operasi. Selain itu juga kepala ruangan hendaknya terus memberikan informasi secara berkala tentang keselamatan pasien kepada stafnya sehingga penerapan keselamatan pasien dapat terlaksana dengan baik.

Penurunan kasus di sini terjadi setelah manajemen memberlakukan promosi kesehatan terkait dengan pengendalian infeksi yang dulunya pengendalian infeksi hanya dilakukan dengan *hand hygiene* sekarang semua variabel yang terkait dengan persepsi, sikap, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan dan promosi kesehatan secara bersama-sama dilakukan sehingga angka infeksi daerah operasi yang tadinya berkisar 12% tahun 2012 setelah dilakukan promosi kesehatan terjadi penurunan sebesar 0,083% tahun 2015 sedangkan penurunannya sebesar 48,8% dipengaruhi oleh persepsi dan sikap petugas kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan keselamatan pasien, dukungan pemangku kepentingan dan promosi kesehatan.

Apabila rumah sakit dapat melakukan pencegahan terhadap kejadian infeksi hal tersebut dapat mengurangi kasus terjadi infeksi di rumah sakit. Oleh karena itu, selain cuci tangan, untuk mencegah infeksi nosokomial Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah membentuk program pengendalian pemakaian antibiotik untuk meningkatkan pemakaian antibiotik yang rasional, sehingga mengurangi resistensi antibiotik. Pemakaian antibiotik yang rasional terbukti menurunkan infeksi nosokomial yang disebabkan oleh kuman yang resisten. *commit to user*

5. Terdapat pengaruh penurunan kasus infeksi terhadap penurunan biaya di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Penurunan kasus yang diakibatkan oleh promosi kesehatan berdampak pada penurunan biaya. Hal ini dibuktikan dengan perhitungan bahwa tindakan operasi yang terkena infeksi dan tidak terkena infeksi perbedaannya sebesar 7-10 kali dari lamanya pasien dirawat. Hal ini juga didukung oleh penelitian Wardoyo (2014).

Pasien yang terkena infeksi daerah operasi dia akan mengalami perawatan yang lebih lama jika dibandingkan dengan pasien yang tidak terkena infeksi. Oleh karena itu, apabila dia tidak terkena infeksi otomatis terjadi penurunan biaya perawatan di rumah sakit.

Perhitungan tambahan biaya pada kasus operasi sebagai berikut:

Tabel 4.16 Perhitungan Tambahan Biaya Pada Kasus Operasi

No	Jenis operasi	Biaya sesungguhnya	Biaya terkena infeksi	Selisih
1	<i>Appendectomy</i> Biaya langsung 1.580.000 Biaya tidak langsung 870.000	2.450.000	20.825.000	18.375.000 LOS 8,5 hari
2	<i>Prostatectomy</i> Biaya langsung 4.154.700 Biaya tidak langsung 753.621	4.908.321	41.720.728	36.812.407 LOS 8,5 hari
3	<i>Fraktur femur</i> Biaya langsung 7.533.977 Biaya tdk langsung 11.635.369	19.169.346	162.939.441	143.770.095 LOS 8,5 hari
4	<i>Secsio caesaria</i> Biaya langsung 1.580.000 Biaya tidak langsung 180.000,	3.136.541.00	20.825.000	17.688.459 LOS 8,5 hari

Sumber: Data primer RS PKU Muhammadiyah

Penerima manfaat upaya pencegahan infeksi adalah manajemen rumah sakit yang meliputi direksi dan staf, serta semua pendukung *civitas hospitalita*. Pasien dan keluarganya akan merasakan besarnya manfaat dari upaya pencegahan infeksi, terutama apabila dikaitkan dengan dampak terhadap biaya perawatan karena pasien yang terkena

infeksi biaya perawatannya mencapai 7-10 kali jika dibandingkan dengan yang tidak terkena infeksi.

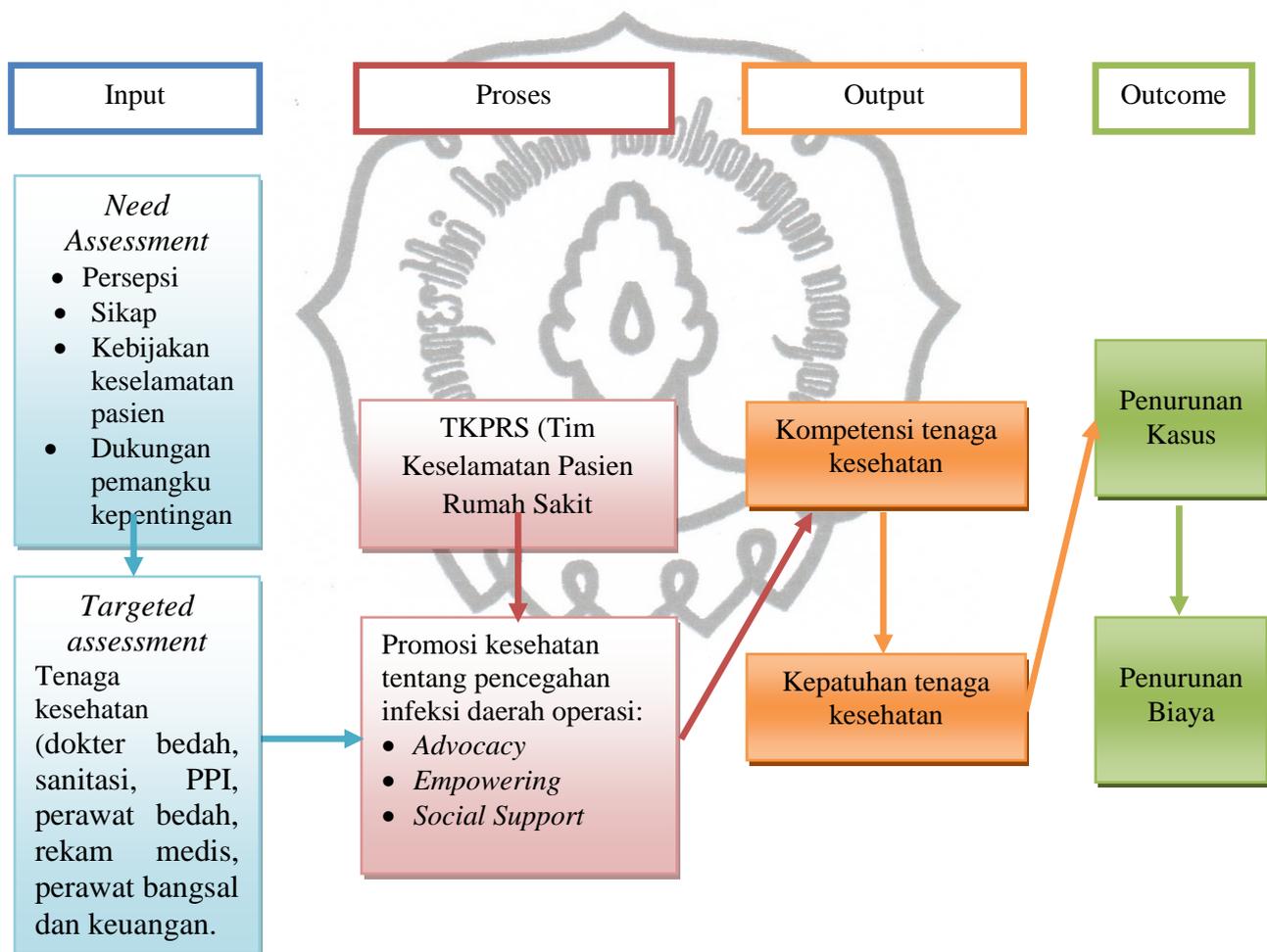
Berdasarkan hasil penelitian infeksi nosokomial/infeksi daerah operasi merupakan infeksi serius dan berdampak merugikan pasien karena harus menjalani perawatan di rumah sakit lebih lama. Akibatnya, biaya yang dikeluarkan menjadi lebih besar dan parahnya infeksi nosokomial/infeksi daerah operasi juga dapat mengakibatkan kematian. Efek yang ditimbulkan dari infeksi nosokomial/infeksi daerah operasi sangat bervariasi, berawal dari ketidaknyamanan yang berkepanjangan sampai dengan kematian. Infeksi nosokomial/infeksi daerah operasi menyebabkan *Length of Stay* (LOS) bertambah 5-10 hari, angka kematian pasien lebih tinggi 6% dibanding yang tidak mengalami infeksi nosokomial/infeksi daerah operasi.

Kinerja tenaga kesehatan dalam pencegahan infeksi nosokomial/infeksi daerah operasi di Rumah Sakit Muhammadiyah Yogyakarta tergolong baik karena didukung oleh persepsi dan sikap yang baik, dan supervisi kepala ruangan yang baik pula. Gibson dan Ilyas mengatakan bahwa kinerja individu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: faktor individu yang meliputi kemampuan, keterampilan, latar belakang, pengetahuan, dan demografi; faktor psikologis yang meliputi persepsi, sikap, motivasi, dan kepribadian; serta faktor organisasi yang meliputi sumber daya, kepemimpinan, supervisi.

6. Rumusan Model Upaya Pencegahan Infeksi Daerah Operasi di Rumah Sakit.

Dari analisis hasil statistik didapatkan bahwa rumusan model upaya pencegahan infeksi daerah operasi telah memenuhi syarat sesuai dengan *Hosmer and Lemeshow Test* di atas digunakan untuk menguji kesesuaian model (*goodness of fit*), atau dengan kata lain untuk menguji apakah model yang digunakan, yaitu dengan menggunakan variabel independen sudah sesuai dengan data empiris atau tidak. Hipotesis nol pada pengujian ini adalah “model telah cukup menjelaskan data (*fit*)” dengan kriteria uji tolak hipotesis

nol jika nilai probabilitas lebih kecil atau sama dengan taraf signifikansi yang telah ditetapkan ($p \leq 0,05$). Berdasarkan Tabel 4.15 di atas didapat nilai *Chi-square* sebesar 1,22 dengan nilai probabilitas sebesar 0,875. Dengan demikian hipotesis nol diterima ($0,875 > 0,05$), artinya model telah cukup menjelaskan data (*fit*). Rumusan model upaya pencegahan infeksi daerah operasi dapat dilihat pada Gambar 4.13 berikut:



Gambar 4.13 Model Promosi Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Infeksi Daerah Operasi

Model promosi kesehatan dalam upaya pencegahan infeksi daerah operasi yang dibangun menggunakan teori *The Health Education/Promotion Planning Model* dari Dignan (1992). Tahapan implementasi dari model tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

commit to user

1. Input

a. Analisa masalah (*Community analysis*)

Identifikasi terhadap masalah infeksi daerah operasi sangat diperlukan untuk menetapkan prioritas kebutuhan. Kegiatan ini dilakukan untuk menjaring informasi dari sasaran tentang perilaku upaya pencegahan infeksi daerah operasi. Identifikasi kebutuhan tersebut menyangkut aspek-aspek: persepsi dan sikap tenaga kesehatan terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi, kebijakan tentang upaya pencegahan infeksi daerah operasi dan dukungan pemangku kepentingan terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi.

Persepsi dan sikap terhadap upaya pencegahan infeksi daerah operasi meliputi: cuci tangan dengan antiseptik (teknik aseptik) sebelum dan sesudah melakukan tindakan operatif/ kontak dengan pasien, memakai alat perlindungan diri seperti sarung tangan, masker, celemek saat melakukan tindakan, dekontaminasi alat dengan klorin 0,5% selama 10 menit, sterilisasi dilakukan dengan cara fisik, kimia, dan biologi serta penggunaan antibiotika prabedah (antibiotika profilaksis).

Selain upaya pencegahan yang dilakukan oleh petugas kesehatan pihak manajemen juga berperan dalam menerapkan kebijakan keselamatan pasien yang ditujukan untuk asuhan keselamatan pasien yang berada dalam rumah sakit dengan menggunakan 7 prinsip dalam keselamatan pasien yang meliputi:

- 1) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden kejadian infeksi daerah operasi.
- 2) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi, seperti:
 - a) Identifikasi pasien
 - b) Komunikasi sebagai upaya *informed choice*
 - c) *High alert* untuk penggunaan obat

commit to user

- d) *Assessment* pada rekam medis, penandaan serta keamanan operasi dilakukan dengan *time out sigh* dan *sighment*
 - e) PPI dengan kegiatan cuci tangan, penyebaran *leaflet* dan monitoring infeksi
 - f) Keamanan dalam operasi melalui *time out sigh* dan *sighment*
- 3) Tersedia prosedur cepat-tanggap terhadap insiden kejadian infeksi daerah operasi, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
 - 4) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden kejadian infeksi daerah operasi
 - 5) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden kejadian infeksi daerah operasi
 - 6) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
 - 7) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
 - 8) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien yang terkena dampak infeksi daerah operasi.

Di samping itu manajemen selaku pemangku kepentingan juga harus melakukan dukungan terhadap petugas kesehatan terkait dengan pemenuhan sarana prasarana. Dukungan pemangku kepentingan (*stakeholder*) diantaranya:

- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan 7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi infeksi daerah operasi.

commit to user

- 3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- 5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien

b. *Targeted assessment*

Sasaran dari program promosi kesehatan pencegahan infeksi daerah operasi adalah tenaga kesehatan yang berperan melakukan pencegahan terhadap kejadian infeksi di rumah sakit dengan harapan infeksi tidak akan menular pada pasien, keluarga ataupun petugas kesehatan. Adapun yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terkait dengan upaya pencegahan adalah melalui cuci tangan, alat pelindung diri, sterilisasi, teknik aseptik serta penggunaan antibiotik profilaksis.

c. *Program plan* (Proses)

Proses dalam model ini dengan promosi kesehatan harapannya promosi kesehatan mampu menyadarkan seseorang terkait dengan kesadaran akan kesehatan melalui kegiatan advokasi kepada pasien, petugas kesehatan, memberdayakan petugas kesehatan agar mereka mampu mencegah dan mengendalikan terjadinya infeksi di rumah sakit serta memiliki modal sosial yang diharapkan semua akan sangat bermanfaat bagi penerima manfaat yaitu pasien, keluarga, petugas kesehatan dan seluruh *civitas hospitalita*. Proses promosi kesehatan pencegahan infeksi daerah operasi pada model ini meliputi:

- 1) Advokasi. Advokasi ditujukan kepada organisasi profesi seperti IDI (Ikatan Dokter Indonesia), PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), ikatan dokter bedah dan tim pengendalian rumah sakit. Advokasi ini dilakukan untuk meningkatkan komitmen dari pihak organisasi untuk melengkapi sarana prasarana, menyusun

standartd operating procedure serta menetapkan berbagai kebijakan yang terkait dengan upaya pencegahan infeksi daerah operasi. Advokasi dilakukan melalui *lobbying*, pendekatan atau pembicaraan-pembicaraan formal maupun informal terhadap pihak-pihak tersebut.

- 2) *Empowerment*. *Empowerment* ditujukan kepada tenaga kesehatan yang berhubungan secara langsung dengan upaya pencegahan infeksi daerah operasi. Hal-hal yang dilakukan terkait dengan partisipasi dan akses informasi melalui pelatihan dengan materi membangun kesadaran akan keselamatan pasien, materi tentang faktor resiko kejadian infeksi daerah operasi dan upaya pencegahannya.
- 3) *Social support*. *Social support* ditujukan terhadap manajemen rumah sakit. Hal tersebut dilakukan untuk memenuhi sarana prasarana yang mendukung upaya pencegahan infeksi dan pembentukan jaringan kerja yang bersifat dinamis dengan membentuk pokja-pokja yang berkontribusi terhadap pencegahan infeksi nosokomial seperti: pokja keselamatan pasien, pokja PPI, dan lain-lain.

d. Output

Sedangkan *output* dari model ini adalah kompetensi dan kepatuhan. Peningkatan pemahaman petugas kesehatan di rumah sakit dilakukan dengan melakukan *inhouse training* maupun *exhause training* yang terkait dengan penyakit infeksi dan penanganannya maupun pengendaliannya.

- 1) Memberikan pemahaman tentang faktor risiko
- 2) Memberikan pemahaman tentang upaya pencegahan terhadap faktor risiko
- 3) Membangun kesadaran akan keselamatan pasien

Apabila dalam dalam melakukan suatu tindakan terkait dengan pencegahan infeksi menggunakan pengetahuan, keterampilan yang pernah didapatkan baik melalui pendidikan formal maupun informal yang berupa training-training serta didukung dengan kepatuhan pada *standar operating prosedur* yang telah ditetapkan oleh pihak manajemen seperti: cuci tangan, alat pelindung diri, sterilisasi, teknik aseptik dan penggunaan antibiotik profilaksis maka kejadian infeksi di rumah sakit akan terjadi penurunan. Secara berkala dilakukan monitoring tentang kepatuhan penggunaan cuci tangan, alat pelindung diri (APD), sterilisasi, teknik aseptik dan penggunaan antibiotik profilaksis.

e. *Outcome*

Pada kasus infeksi jika terjadi penurunan maka biaya perawatannya juga akan turun karena ada perbedaan yang sangat signifikan pada pasien yang terkena infeksi dengan yang tidak terkena infeksi yang berpengaruh pada lamanya pasien dirawat (*leng of stay*).