

# Analisis Penerapan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Ruang Rawat Inap RSUD Tebet Tahun 2017

*Analysis of Infection Prevention and Control Program's Implementation in Inpatient Ward at Tebet Hospital, 2017*

**Tetyana Madjid<sup>1</sup>, Adik Wibowo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Program Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Indonesia Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia

*E-mail: tetyanamdj@gmail.com*

---

## **ABSTRAK**

Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Tebet melalui pengamatan terhadap tindakan pemasangan infus, mengganti perban, menyuntik dan menangani limbah oleh perawat di ruang rawat inap, juga dicari data tentang karakteristik perawat, kebijakan, sarana dan prasarana, pengawasan serta pelaporan infeksi. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif, unit analisis adalah 105 jumlah tindakan. Hasil menunjukkan sebagian besar dari 4 tindakan telah dilakukan perawat dengan baik, analisis data menggunakan univariat, bivariat, multivariat regresi logistik. Variabel yang paling mempengaruhi tindakan tersebut adalah pelaporan infeksi. Saran untuk rumah sakit memperbaiki struktur organisasi, menugaskan perawat IPCN penuh waktu, meningkatkan efektifitas pelatihan.

**Kata kunci:** *pencegahan dan pengendalian infeksi; pengendalian infeksi di rumah sakit; pengendalian infeksi*

## **ABSTRACT**

The focus of this research is indentifying infection prevention and control program in Tebet hospital through observation of nursing action on infusion, bandage, injecting and waste management, and indentifying nurse's characteristics, policies, facilities, monitoring and reporting of infection. This research using qualitative and quantitative approach. Unit analysis of this research is 105 of actions mentioned above by all nurses in the inpatient room. The results of this study show that most of the actions performed by the nurses were good, analysis with univariat, bivariat and logistic regression of multivariat. The most affecting variables is the reporting of infection. Suggestions for hospitals is to improve organizational structure, assign full timen IPCN nurses and improve training effectiveness

**Keywords:** *infection prevention and control; healthcare associated infections (hais); infection control in hospital.*

---

## **PENDAHULUAN**

Saat ini pelayanan kesehatan yang bermutu telah menjadi sorotan dunia. Kualitas dari sebuah pelayanan kesehatan telah menjadi tuntutan dari setiap lapisan masyarakat. Menyikapi hal tersebut, beberapa negara mulai menyusun

berbagai indikator terkait dengan mutu pelayanan kesehatan tersebut yang salah satunya dikenal dengan akreditasi. Menyikapi permasalahan mutu rumah sakit ini, berbagai negara menyusun kebijakannya terkait dengan proses akreditasi yang diberlakukan terhadap penyedia layanan kesehatan di wilayahnya. Di Indonesia

sendiri, akreditasi menjadi kewajiban yang harus dilakukan oleh rumah sakit dan dilaksanakan setiap 3 tahun sekali, sebagaimana dinyatakan pada Undang-Undang no 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI 2009). Hal ini kemudian dipertegas dengan terbitnya aturan turunan undang-undang tersebut yaitu Peraturan Menteri Kesehatan no 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Kementerian Kesehatan RI 2012). Standar Akreditasi Rumah Sakit terdiri dari beberapa indikator penilaian dimana salah satu dari sasaran tersebut adalah sasaran keselamatan pasien (Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012).

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan, dan analisis insiden, meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil sebuah tindakan yang seharusnya diambil (Kementerian Kesehatan RI 2011b). Keselamatan pasien merupakan bagian mendasar dari sebuah pelayanan kesehatan. *Institute of Medicine* di Amerika Serikat pada publikasinya (2000) yang bertajuk *To err is Human*, memperkirakan 44,000 - 98,000 penduduk Amerika meninggal setiap tahunnya akibat kesalahan medis, yang mana hal ini seharusnya dapat dicegah. Disampaikan bahwa angka ini jauh melebihi angka kematian akibat kecelakaan lalu lintas, kanker bahkan AIDS.

Hal ini memunculkan kekhawatiran di berbagai negara akan dampak dari pelayanan kesehatannya. Menyadari pentingnya permasalahan ini, keselamatan pasien kemudian diangkat menjadi salah satu bahasan pada pertemuan-pertemuan internasional, yang salah satunya adalah *World Health Assembly* (WHA). *WHO South-East Asia Region* (SEARO 2015) telah mengeluarkan strategi regional tahun 2016-2025 terkait keselamatan pasien yang meliputi 5 objektif strategi dimana salah satunya adalah pencegahan dan pengendalian infeksi akibat layanan kesehatan. Sejalan dengan hal ini, kebijakan mengenai keselamatan pasien di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan tahun 2011, didukung dengan penguatannya sebagai bagian dari

akreditasi rumah sakit, dengan salah satu dari sasaran yang dituju adalah pengurangan risiko infeksi.

Infeksi akibat layanan kesehatan atau *Healthcare Associated Infections* (HAIs) adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Infeksi tersebut tidak ditemukan atau tidak sedang berinkubasi pada saat pasien masuk. Termasuk dalam definisi ini adalah infeksi yang didapat di rumah sakit namun baru bermanifestasi setelah pasien keluar. Selain pada pasien, HAIs dapat terjadi pada tenaga kesehatan dan staf rumah sakit. (*WHO* 2010). Data global HAIs hingga saat ini masih sangat terbatas, namun mengacu pada laporan WHO berdasarkan tinjauan pada literatur dari berbagai studi nasional atau multisenter pada tahun 1995 -2010 didapatkan data bahwa prevalensi keseluruhan HAIs di dunia berkisar antara 3,5 % - 12 %, dimana prevalensi HAIs di negara maju mencapai 7,6% sedangkan prevalensi di negara berkembang didapatkan lebih tinggi yaitu mencapai 10,1% dengan variasi 5,7% sampai 19,1%. Di negara maju yaitu Amerika Serikat memperkirakan 1,7 juta kejadian infeksi (9,3 infeksi per 1.000 hari pasien atau 4,5 per 100 pasien yang masuk) di rumah sakit di Amerika Serikat dan menyumbang lebih dari 98.000 pasien meninggal pada tahun 2002. (*WHO*, 2011). *The European Center for Disease Control and Prevention* (ECDC) dalam WHO (2015) melaporkan prevalensi di Eropa rata-rata adalah 7,1%.

Di Indonesia belum terdapat data nasional HAIs, akan tetapi Widodo dan Astrawinata, (2004) melaporkan data HAIs di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo 1999 – 2002 yaitu 1,1 , 0,9 , 0,6 dan 0,4 %. Pada tahun 2003, Perdalin Jaya dan Rumah Sakit Prof. Dr. Sulianti Saroso melakukan survey ke 11 RS di DKI Jakarta. Berdasarkan hasil tersebut, didapatkan data prevalensi infeksi nosokomial untuk Infeksi Luka Operasi (ILO) 18,9%, Infeksi Saluran Kemih (ISK) 15,1%, Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) 26,4%, Pneumonia 24,5% dan infeksi saluran napas lain 15,1% serta infeksi lain 32,1%. (Departemen Kesehatan RI 2008a)

Data tersebut diatas menempatkan kejadian infeksi sebagai salah satu penyebab kematian dan kesakitan di fasilitas pelayanan kesehatan, selain itu juga berdampak pada meningkatnya hari dan biaya perawatan, penggunaan

antibiotik yang dapat membawa pada peningkatan resistensi antibiotik dan ekonomi negara akibat tingginya biaya kesehatan yang harus ditanggung. Dari sisi fasilitas pelayanan kesehatan, maka berbagai dampak akan menurunkan mutu fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini akan terus berkembang dan menjadi semakin Tidak baik bila tidak dilakukan upaya pencegahan dan pengendalian. Untuk itu, berbagai negara telah berperan aktif melakukan upaya untuk mengatasi hal ini, termasuk Indonesia, yaitu salah satunya dengan membentuk Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Rumah Sakit.

Beberapa penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa upaya pencegahan yang dilakukan dapat menurunkan HAIs hingga 70 % (Office of Disease Prevention and Health 2014). Sebagai panduan dalam pelaksanaan PPI, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan pedoman teknis, pedoman manajerial dan surveilans yang saling melengkapi agar PPI di rumah sakit dapat terlaksana dengan baik dan benar.

RSUD Tebet, didirikan pada April 2015, merupakan salah satu rumah sakit umum Kelas D milik pemerintah daerah khusus ibukota Jakarta yang berawal dari sebuah puskesmas. RSUD Tebet sendiri sudah secara bertahap mulai melaksanakan program PPI ini dan telah di evaluasi melalui akreditasi setahun kemudian pada tahun 2016. Akan tetapi, kunjungan awal peneliti pada Oktober 2016, mengungkapkan beberapa fakta yang belum mencerminkan terlaksananya program PPI di rumah sakit, yaitu penanganan limbah medis habis pakai seperti jarum infus masih bertumpuk dibawah meja perawat. Selain itu, berdasarkan data laporan kejadian HAIs di rumah sakit tahun 2016, didapatkan informasi adanya kejadian plebitis pada bulan Januari hingga Desember secara terus menerus.

Hal tersebut diatas dan diskusi yang dilakukan dengan manajemen rumah sakit mendorong peneliti untuk melakukan penelitian pada program PPI di rumah sakit sebagai upaya untuk meningkatkan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Tebet. Adapun Penelitian dibatasi pada upaya PPI di rumah sakit khususnya pada kegiatan yang sering ditemukan di ruang rawat inap yang meliputi mengganti perban, memasang

infus, pemberian suntikan dan penanganan limbah medis paska tindakan.

## TINJAUAN TEORITIS

Dunia telah menyampaikan kebijakannya dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi ini melalui konsep yang disampaikan oleh *World Health Organization* (WHO), serta beberapa lembaga internasional yang bergerak di bidang kesehatan, seperti *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dan *International Federation of Infection Control* (IFIC). Adapun konsep tersebut diuraikan dalam bentuk pedoman –pedoman yang kemudian menjadi acuan dalam penyusunan kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi akibat HAIs sesuai dengan situasi, kondisi dan tahapan proses oleh berbagai negara, termasuk Indonesia.

Kebijakan Kementerian Kesehatan terkait program PPI di rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Semua rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya harus melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
2. Pelaksanaan PPI yang dimaksud sesuai dengan Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya dan pedoman PPI lainnya yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI.
3. Untuk itu, rumah sakit diminta untuk membentuk Komite PPI dan Tim PPI yang langsung berada dibawah koordinasi Direktur.
4. Komite dan tim tersebut memiliki tugas, fungsi dan kewenangan yang jelas sesuai pedoman ini
5. Rumah sakit wajib memiliki *Infection Prevention Control Nurse* (IPCN) yang puma waktu yang pada penjelasan tugasnya dalam bekerja IPCN dapat dibantu beberapa IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dari tiap unit, terutama yang berisiko terjadinya infeksi. Adapun ketentuan dari IPCN adalah IPCN yang bekerja puma waktu, dengan ratio 1 (satu) IPCN untuk tiap 100 - 150 tempat tidur di rumah sakit.

Adapun kewajiban RS adalah membuat kebijakan di tempatnya yang harus dilaksanakan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit

mengacu terutama pada pedoman manajerial dan pedoman teknis PPI yang telah dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Dalam membuat kebijakan ini, rumah sakit perlu terlebih dahulu memahami beberapa hal prinsip terkait PPIRS, yaitu diantaranya kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi.

### Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan Standar diberlakukan terhadap semua pasien, tidak tergantung dari jenis infeksi. Kewaspadaan Standar dirancang untuk mengurangi risiko terinfeksi penyakit menular pada petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui. Kewaspadaan Standar dirancang untuk mengurangi risiko terinfeksi penyakit menular pada petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui.

Kewaspadaan standar terdiri dari:

- a. Kebersihan tangan/*Handhygiene*.
- b. Alat Pelindung Diri (APD): sarung tangan, masker, *goggle* (kaca mata pelindung), *face shield* (pelindung wajah), gaun.
- c. Peralatan perawatan pasien.
- d. Pengendalian lingkungan.
- e. Pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen.
- f. Kesehatan karyawan atau Perlindungan petugas kesehatan.
- g. Penempatan pasien.
- h. *Hygiene* respirasi/Etika batuk.
- i. Praktek menyuntik yang aman.
- j. Praktek untuk lumbal punksi.

### Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi

Dibutuhkan untuk memutus mata rantai transmisi mikroba penyebab infeksi dibuat untuk diterapkan terhadap pasien yang diketahui maupun dugaan terinfeksi atau terkolonisasi patogen yang dapat ditransmisikan lewat udara, droplet, kontak dengan kulit atau permukaan terkontaminasi. Jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi:

- a. Kontak.
- b. Melalui *droplet*.
- c. Melalui udara (*Airborne*).

- d. Melalui *common vehicle* (makanan, air, obat, alat, peralatan).
- e. Melalui vektor (lalat, nyamuk, tikus).

Selain itu, proses yang tidak kalah pentingnya dalam pelaksanaan program PPI adalah dilakukannya surveilans. Surveilans pada PPI di rumah sakit merupakan surveilans HAIs yaitu kegiatan mengumpulkan dan mencatat data, identifikasi, analisa, evaluasi data HAIs secara terus menerus di rumah sakit untuk kemudian memberikan rekomendasi ataupun laporan kejadian tersebut pada pihak yang berkepentingan agar dapat segera dilakukan upaya PPI yang diperlukan.

Tujuan surveilans infeksi rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI 2011a) adalah untuk mendapatkan data dasar Infeksi Rumah Sakit, menurunkan Laju Infeksi RS, identifikasi dini Kejadian Luar Biasa (KLB) Infeksi Rumah Sakit, meyakinkan para tenaga kesehatan tentang adanya masalah yang memerlukan penanggulangan, mengukur dan menilai keberhasilan suatu program PPI di RS, memenuhi standar mutu pelayanan medis dan keperawatan dan salah satu unsur pendukung untuk memenuhi akreditasi RS.

### METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian Kualitatif dan kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional* atau desain potong lintang yaitu dengan mempelajari dinamika dan hubungan antara variable bebas dan terikat dengan cara pengumpulan data sekaligus pada suatu saat. Data kuantitatif yang digunakan adalah data primer dengan menggunakan kuesioner. Data kualitatif pada penelitian ini didapatkan dengan cara melalui pengamatan langsung dan wawancara mendalam terkait kebijakan rumah sakit, sarana dan prasarana yang menunjang, pengawasan yang dilakukan pada pelaksanaan program PPI dan pelaporan kejadian infeksi (surveilans) yang dilakukan. Populasi pada penelitian ini adalah 16 orang perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap RSUD Tebet, Jakarta. Pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan mengambil semua total perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap RSUD Tebet Jakarta.

Untuk metode kuantitatif, instrumen yang dipergunakan adalah kuesioner untuk perawat pelaksana yang terdiri lembar persetujuan, identitas dan karakteristik perawat, pertanyaan tentang PPI yang pengetahuan, kebijakan rumah sakit, ketersediaan sarana dan prasarana, pengawasan dan penanganan limbah medis paska tindakan. Analisis data dilakukan menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan variabel-variabel yang merupakan ciri-ciri perawat yaitu meliputi pengetahuan, lama kerja, pendidikan, pelatihan dan umur, serta variabel kebijakan, ketersediaan sarana dan prasarana, pengawasan dan pelaporan kejadian HAIs. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel bebas dan variabel terikat, dengan menggunakan uji *chi-square*. Pada penelitian ini variabel dependen adalah jumlah tindakan yang dilakukan oleh 16 perawat yang meliputi tindakan mengganti perban, memasang infus, menyuntik dan penanganan limbah medis paska tindakan. Disebabkan setiap tindakan membutuhkan 1 orang perawat, maka jumlah n pada variabel independen adalah sama dengan jumlah n total pada tindakan yaitu 105. Analisis multivariat dilakukan menggunakan uji regresi logistik dengan 4 tahap, yaitu penetapan variabel independen sebagai variabel utama, pemodelan analisis multivariat, memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dan pemodelan akhir dimana penilaian dilakukan dengan melihat adanya variabel yang memiliki *p-value* < 0,05 dan nilai OR paling tinggi sebagai variabel independen yang paling dominan dalam mempengaruhi variabel dependen.

Untuk metode kualitatif, pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan 1 orang asisiten penelitian melalui pengamatan langsung terhadap pelaksanaan tindakan mengganti perban, memasang infus, pemberian suntikan dan penanganan limbah medis paska tindakan yang dilakukan oleh 16 perawat di ruang rawat inap. Penilaian ini dilakukan dengan menggunakan *form check list* yang dibuat peneliti dengan mengacu pada SOP tindakan yang diamati di RSUD Tebet. Pengamatan dilakukan berulang hingga peneliti yakin kegiatan pemasangan infus, penggantian perban, pemberian suntikan dan penanganan limbah medis paska yang dilakukan pada saat pengamatan tidak dipengaruhi oleh keberadaan pengamat.

Selanjutnya dilakukan wawancara mendalam, informan pada penelitian ini terdiri dari Direktur Rumah Sakit, Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, IPCN (Perawat PPI), Kepala perawat di ruang rawat inap dan 2 Perawat pelaksana untuk mendapat informasi lebih mendalam dan komprehensif setelah dilakukannya pengamatan. Wawancara mendalam dilakukan sendiri oleh peneliti terhadap masing-masing informan secara terpisah. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah daftar pertanyaan, alat perekam dan buku catatan yang dipergunakan untuk mencatat jawaban responden.

Validasi data dilakukan dengan cara validasi metode dan sumber (Wibowo, 2014). Validasi metode dalam pengumpulan data berupa validasi kuesioner dengan jenis pertanyaan tertutup, pengamatan pelaksanaan tindakan mengganti perban, memasang infus, menyuntik dan penanganan limbah medis paska tindakan dilakukan dan wawancara mendalam. Validasi sumber dilakukan melalui telaah dokumen. Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis konten (Wibowo, 2014)

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut ini akan disampaikan hasil dari pengamatan yang dilakukan pada tindakan PPI yang meliputi tindakan mengganti perban, memasang infus, pemberian suntikan dan penanganan limbah medis paska tindakan oleh perawat di ruang rawat inap (ditampilkan dalam tabel 1).

Pada hasil pengamatan terhadap 105 tindakan PPI yang dilakukan oleh responden didapatkan 81 (77,1%) tindakan dengan kategori baik dan 24 (22,9%) tindakan dengan kategori tidak baik. Berdasarkan tindakan yang diamati, kategori tidak baik didapatkan berturut-turut sebanyak 71,4% pada tindakan pemasangan infus, 66,7% pada tindakan mengganti perban, 24,4% pada pemberian suntikan dan 12% pada tindakan penanganan limbah. Adapun penilaian secara komposit terhadap tindakan pada pengamatan dapat dilihat pada tabel 2.

Pada tindakan PPI sebagai komposit, kategori tidak baik yaitu 22,9% didapatkan berturut-turut oleh tindakan pemberian suntikan (10,5%), penanganan limbah medis (5,7%), pemasangan infus (4,8%) dan mengganti perban

(1,9%). Adapun dari total tindakan yang diamati didapatkan secara keseluruhan proporsi perawat yang melakukan tindakan PPI dengan baik lebih besar dibandingkan perawat yang masih melakukan tindakan PPI dengan tidak baik. Tindakan PPI yang dilakukan dikatakan baik karena tindakan tersebut sudah dilakukan sesuai dengan SOP dengan memperhatikan prinsip-prinsip PPI yang berkaitan dengan tindakan yang dilakukan, yaitu melakukan cuci tangan dan menggunakan APD yaitu sarung tangan.

Hal ini merupakan salah satu kekuatan bagi rumah sakit dalam melakukan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi yang diakibatkan pelayanan kesehatan (HAIs). Walaupun demikian, rumah sakit juga dipandang perlu melakukan upaya lebih terhadap peningkatan kompetensi perawat, karena hasil pengamatan menunjukkan masih terdapat 23% dari tindakan PPI yang dilakukan dengan tidak baik, artinya belum sesuai dengan SOP atau belum memperhatikan prinsip-prinsip PPI tersebut.

Distribusi frekuensi dari variabel yang diduga berhubungan dengan tindakan PPI ditampilkan dalam tabel 3.

Dari 16 responden perawat di ruang rawat inap didapatkan 69 % responden berumur lebih atau sama dengan dari 27 tahun. Menurut Stephen dalam Silitonga (2013), seseorang yang lebih muda cenderung mempunyai fisik yang kuat dan dapat bekerja keras. Diharapkan rentang usia responden yang masih cukup muda dimana masih mempunyai fisik yang kuat dan bekerja keras menjadi salah satu potensi yang baik dalam menerapkan program pencegahan dan pengendalian infeksi. Seluruh perawat mempunyai tingkat pendidikan yang sama yaitu D3 keperawatan. Pada masa kerja didapatkan 56 % responden memiliki masa kerja kurang dari 1,4 tahun. Menurut Gibson didalam Silitonga (2013) menyatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja tingkat prestasi semakin tinggi, prestasi yang tinggi berasal dari perilaku yang baik. Teori ini menunjukkan adanya hubungan yang positif antara lama kerja dengan pekerjaan yang dilakukannya, dalam hal ini adalah keterampilan dalam melakukan tindakan PPI yang meliputi pemasangan infus, mengganti perban, pemberian suntikan dan penanganan limbah medis paska tindakan. Mengacu pada teori tersebut, diharapkan potensi peningkatan

terhadap penerapan program PPI dapat menjadi jauh lebih baik lagi mengingat masa kerja responden yang akan semakin bertambah sehingga responden menjadi lebih terampil lagi.

Pada pelatihan PPI didapatkan seluruh responden belum pernah mengikuti pelatihan PPI. Kementerian Kesehatan melalui Pedoman Manajerial PPI di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya menyatakan bahwa untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi. Sejalan dengan hal ini, Simanjuntak didalam Pancaningrum, 2011, menyebutkan bahwa kemampuan dan keterampilan kerja seseorang dipengaruhi oleh pendidikan, pelatihan dan masa kerja dimana pendidikan dan pelatihan yang ditempuh seseorang merupakan investasi sumber daya manusia. Dengan demikian rumah sakit dirasa perlu mempertimbangkan untuk dilakukannya pelatihan PPI dasar yang diikuti oleh seluruh SDM rumah sakit.

56 % responden menunjukkan tingkat pengetahuan yang kurang. WHO menempatkan pengetahuan melalui pendidikan dan pelatihan sebagai salah satu komponen penting dari upaya pencegahan dan pengendalian infeksi. IFIC (2011) mengemukakan pada analisis risiko munculnya HAIs bahwa kurangnya pengetahuan merupakan salah satu faktor kesalahan yang sering terjadi, yang biasanya didapatkan pada fasilitas pelayanan kesehatan dimana pelatihan dan pengawasan kurang mendapatkan perhatian. Kementerian Kesehatan sendiri menekankan melalui pedoman manajerial PPI di rumah sakit agar melakukan pengembangan terhadap kemampuan SDM PPI melalui pelatihan PPI. Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Uraian tersebut diatas menyampaikan pentingnya pengetahuan dalam penerapan PPI. RSUD Tebet sendiri sudah berupaya melakukan pelatihan akan tetapi telaah dokumen yang dilakukan menunjukkan bahwa pada pelaksanaannya ternyata pelatihan yang dilakukan belum seluruh perawat mengikuti, terutama perawat di ruang rawat inap, sehingga pelatihan maupun

sosialisasi yang dilakukan belum berjalan secara efektif sesuai tujuan yang diharapkan. Untuk itu perlu komitmen yang kuat baik dari SDM rumah sakit untuk menghadiri pertemuan maupun dari pelaksana kegiatan (manajemen dan komite PPI) untuk melakukan evaluasi dan mencari cara agar pengetahuan dapat tetap tersampaikan pada seluruh perawat.

Pada distribusi responden terhadap kebijakan rumah sakit didapatkan sebanyak 11 orang (69 %) perawat di ruang rawat inap mempunyai persepsi yang baik terhadap kebijakan rumah sakit. Pada telaah dokumen dan wawancara didapatkan informasi penempatan struktur organisasi PPI dan IPCN belum mengacu pada kebijakan Kementerian Kesehatan, yaitu dimana struktur organisasi berada langsung dibawah Direktur rumah sakit dan IPCN yang puma waktu.

Dalam hal ketersediaan sarana dan prasarana didapatkan 93,75% responden memiliki persepsi adanya ketersediaan sarana dan prasarana yang baik. Hal ini tidak jauh berbeda dengan hasil yang didapatkan pada pengamatan. Hasil yang diperoleh baik melalui pengamatan maupun persepsi perawat menunjukkan ketersediaan sarana dan prasarana di RSUD Tebet sudah baik. Walaupun begitu, rumah sakit diharapkan dapat melengkapi kekurangan yang ditemukan, yaitu pada sarana lap bersih dan kering atau *tissue* serta poster petunjuk langkah cuci tangan agar semakin baik lagi.

Pada pengawasan didapatkan Pada distribusi responden terhadap pengawasan didapatkan sebanyak 12 orang (75%) perawat di ruang rawat inap mempunyai persepsi yang baik terhadap kebijakan rumah sakit. WHO menyampaikan bahwa pengawasan merupakan salah satu komponen penting dalam penerapan PPI. IFIC (2011) menyebutkan bahwa pengawasan yang kurang pada suatu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang berperan terhadap munculnya HAIs. Kementerian Kesehatan sendiri melalui pedoman manajerial PPI menempatkan pengawasan sebagai tugas yang melekat komite PPI, khususnya IPCN. Di RSUD Tebet, pengawasan PPI dilakukan oleh IPCN yang sekaligus adalah kepala perawat. Pengawasan dilakukan satu minggu sekali terhadap tiap unit secara bergiliran dikarenakan keterbatasan dari IPCN yang masih belum

puma waktu. Hal ini belum sesuai dengan tugas pengawasan IPCN yang tercantum didalam Keputusan Direktur tentang Pembentukan Komite PPI RSUD Kecamatan Tebet tahun 2016 pada uraian tugas, yaitu monitoring ke ruangan dilakukan setiap hari. Diharapkan RSUD Tebet IPCN memiliki tenaga IPCN yang puma waktu sehingga dapat melakukan tugas dan fungsinya dengan lebih baik dan program PPI dapat berjalan dengan efektif.

Distribusi responden pada pelaporan kejadian infeksi (HAIs) menunjukkan sebanyak 10 orang (62,5%) mempunyai persepsi adanya pelaporan HAIs di rumah sakit yang baik. Pelaporan kejadian infeksi (HAIs) atau surveilans merupakan salah satu aspek yang penting untuk dilakukan dalam PPI. Hal ini didukung oleh WHO yang menempatkan surveilans sebagai salah satu faktor penting, bahkan harus ada dalam program PPI. Pada Pedoman surveilans disampaikan bahwa pelaporan kejadian HAIs merupakan indikator yang digunakan dalam mengukur dan menilai keberhasilan program PPI di fasilitas pelayanan kesehatan, yang dalam penelitian ini di RSUD Tebet. Pelaporan kejadian infeksi (HAIs) menunjukkan kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, pelaporan kejadian infeksi (HAIs) adalah salah satu bentuk pengawasan yang dilakukan didalam program PPI, dimana telah dinyatakan sebagai sebuah proses yang terbukti efektif menurunkan HAIs (WHO, 2002b). Pada wawancara yang dilakukan didapatkan bahwa sudah dilakukan pencatatan kejadian HAIs yang ditemukan. Pelaporan dilakukan secara berjenjang dari penanggung jawab di ruangan, yaitu IPCLN yang melakukan pencatatan di tiap unit untuk kemudian dikoordinasikan bersama dengan IPCN dan dibahas pada pertemuan Komite PPI. Hasil dari pembahasan tersebut kemudian akan dilaporkan pada pimpinan rumah sakit. Adapun tindak lanjut dari pimpinan rumah sakit dikatakan masih berupa lisan. Telaah dokumen memperlihatkan adanya bukti pelaporan kejadian HAIs dari Komite PPI kepada Direktur Rumah Sakit.

Dari uji bivariat dengan menggunakan *Chi Square* didapatkan 3 variabel yang memiliki hubungan yang bermakna terhadap tindakan PPI yang meliputi tindakan mengganti perban, memasang infus, menyuntik dan

penanganan limbah medis paska tindakan, dengan nilai *p-value* < 0,05 yaitu lama kerja, kebijakan dan laporan HAIs dan 4 variabel menunjukkan hubungan yang tidak bermakna terhadap tindakan PPI yang diamati dengan nilai *p-value* > 0,05 yaitu pengetahuan, umur, pengawasan dan ketersediaan sarana dan prasarana (ditampilkan dalam tabel 4).

Berdasarkan hasil analisis multivariabel dengan mengontrol semua variabel yang ada pada pemodelan multivariabel, maka didapatkan variabel pelaporan kejadian infeksi (HAIs) yang memiliki hubungan bermakna dengan tindakan PPI yang meliputi tindakan mengganti perban, memasang infus, menyuntik dan penanganan limbah medis paska tindakan (*p-value* = 0,02). Sedangkan variabel lain yaitu Lama kerja dan kebijakan sebagai konfounding. Hasil analisis menunjukkan nilai OR pada laporan kejadian HAIs adalah 5,4 yang artinya laporan kejadian HAIs yang baik meningkatkan peluang dilakukannya tindakan PPI dengan baik sebanyak 5,4 kali dibandingkan laporan kejadian HAIs yang kurang baik setelah dikontrol oleh variabel lama kerja dan lama kebijakan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

1. Sebanyak 77% tindakan PPI di RSUD Tebet sudah dilakukan sesuai SOP rumah sakit.
2. RSUD Tebet memiliki peluang yang cukup besar untuk meningkatkan upaya PPI di rumah sakit. Potensi ketersediaan sumber daya manusia yang masih terbilang muda, lama kerja yang masih berpotensi untuk semakin meningkat, keseragaman tingkat pendidikan D3 keperawatan dan belum diikutinya pelatihan PPI merupakan celah sekaligus potensi yang dapat dimanfaatkan oleh RSUD Tebet.
3. RSUD Tebet sudah memiliki kebijakan rumah sakit yang baik, yang ditunjukkan dengan adanya struktur organisasi komite PPI yang sudah melibatkan unit-unit lainnya dan tersediannya SOP yang mendukung pelaksanaan program PPI. Akan tetapi struktur komite belum mengacu pada kebijakan Kementerian Kesehatan dan peran

komite PPI dirasakan belum maksimal, salah satunya adalah peran pengawasan dari komite medik melalui IPCN.

4. Ketersediaan sarana dan prasarana yang menunjang tindakan pemasangan infus, mengganti perban, menyuntik dan penanganan limbah sudah baik.
5. Di RSUD Tebet sudah dilakukan pelaporan kejadian HAIs oleh perawat IPCLN dan IPCN yang prosesnya dimulai dari pengumpulan data, analisa, evaluasi hingga pelaporan.
6. Hasil uji bivariat menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara lama kerja perawat, kebijakan dan pelaporan kejadian infeksi (HAIs) perawat dengan tindakan PPI.
7. Variabel yang paling besar dan paling kuat pengaruhnya terhadap tindakan PPI meliputi tindakan mengganti perban, memasang infus, menyuntik dan penanganan limbah medis paska tindakan adalah pelaporan kejadian infeksi (HAIs).

### Saran

Mengacu pada permasalahan yang telah diuraikan, maka sebagai upaya perbaikan untuk meningkatkan program PPI di rumah sakit disarankan hal-hal sebagai berikut:

1. Bagi Dinas Kesehatan:
  - a. Agar meningkatkan pengawasan terhadap pelaporan penyakit menular khususnya pada pelaksanaan program PPI di rumah sakit melalui pemantauan terhadap laporan kejadian HAIs.
  - b. Agar membantu peningkatan kualitas kemampuan IPCL dan IPCLN rumah sakit dengan menyelenggarakan pelatihan PPI baik dasar maupun lanjutan.
2. Bagi Direktur Rumah Sakit:
  - a. Agar menempatkan komite PPI langsung dibawah direktur rumah sakit pada struktur organisasi rumah sakit.
  - b. Memaksimalkan pengadaan pelatihan dan sosialisasi dengan meningkatkan komitmen SDM untuk menghadiri kegiatan tersebut. Komitmen dapat diberikan dengan kesepakatan bersama melalui sistem *reward* dan juga *punishment*.

- c. Melakukan pelatihan PPI dasar melalui *in house training*, dimana pelatihan dilakukan di rumah sakit dengan mengundang dan menggunakan modul dan narasumber dari Perdalin atau Kementerian Kesehatan agar seluruh SDM rumah sakit dapat terlibat. Dalam hal ini rumah sakit dapat berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan ataupun Kementerian Kesehatan.
  - d. Mempertimbangkan penyediaan tenaga IPCN yang purna waktu jika memungkinkan.
  - e. Meningkatkan pelaporan kejadian HAIs dengan dengan mengikutsertakan tenaga IPCN dan IPCLN pada pelatihan surveilans PPI.
  - f. Melengkapi sarana dan prasarana cuci tangan dengan menempelkan prosedur cuci tangan disetiap penempatan cairan antimikroba yang ada.
  - g. Memberikan penghargaan kepada Komite PPI, yang dapat berupa insentif, sesuai dengan beban kerjanya
3. Bagi Komite PPI:
    - a. Melibatkan manajemen rumah sakit dalam pelaksanaan evaluasi PPI yang dilakukan setiap bulan.
    - b. Melakukan revisi terhadap SOP, terutama SOP yang sering digunakan seperti SOP pemasangan infus. penyuntikan yang aman dan mengganti perban.
    - c. Melakukan sosialisasi kembali kepada seluruh perawat terkait SOP dan akses terhadap SOP setiap 3 bulan sekali, atau bila diperlukan.
    - d. Komite PPI bersama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit melakukan evaluasi dan perencanaan ulang terutama terhadap waktu pelaksanaan pelatihan sehingga dapat dihadiri oleh lebih banyak perawat. Diantaranya dapat dilakukan dengan cara :
      - Mengadakan pelatihan yang sama secara berulang ( bergelombang) atau lebih dari 1 kali sehingga dapat dihadiri oleh seluruh perawat.
      - Memberikan informasi kesimpulan atau hasil pelatihan, perubahan SOP ataupun SOP baru melalui media cetak (brosur, leaflet, laporan hasil pelatihan) dan media sosial (*whats app, facebook*).
- e. Melakukan evaluasi terhadap pelatihan ataupun sosialisasi yang dilakukan. Evaluasi dapat diminta secara tertulis setelah dilakukannya pelatihan (*post test*), secara lisan pada saat pengawasan, maupun melalui monitoring bulanan.
  - f. Memaksimalkan peran IPCN dengan membagi tugas IPCN, terutama pada fungsi pengawasan, baik waktu pengawasan maupun lokasi, pada 2 IPCN dan 5 IPCLN yang telah ditetapkan oleh direktur.
- Adapun sarat tersebut diatas berdasarkan target waktu pelaksanaannya dikelompokkan sebagai berikut:
1. Jangka pendek (0–3 bulan)
    - a. Menempatkan komite PPI langsung dibawah direktur rumah sakit pada struktur organisasi rumah sakit.
    - b. Memaksimalkan peran IPCN dengan cara membagi tugas IPCN, terutama pada fungsi pengawasan, baik terhadap waktu pengawasan maupun lokasi, pada 2 IPCN dan 5 IPCLN yang telah ditetapkan oleh direktur.
    - c. Melakukan revisi terhadap SOP, terutama SOP yang sering digunakan seperti SOP pemasangan infus. penyuntikan yang aman dan mengganti perban.
    - d. Komite PPI bersama bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit melakukan evaluasi dan perencanaan ulang terutama terhadap waktu pelaksanaan pelatihan sehingga dapat dihadiri oleh lebih banyak perawat. Diantaranya dapat dilakukan dengan cara :
      - Mengadakan pelatihan yang sama secara berulang ( bergelombang) atau lebih dari 1 kali sehingga dapat dihadiri oleh seluruh perawat.
      - Memberikan informasi kesimpulan atau hasil pelatihan, perubahan SOP ataupun SOP baru melalui media cetak (brosur, leaflet, laporan hasil pelatihan) dan media sosial (*whats app, facebook*).

- e. Melakukan sosialisasi kembali kepada seluruh perawat terkait SOP dan akses terhadap SOP setiap 3 bulan sekali atau bila diperlukan.
  - f. Melibatkan manajemen rumah sakit dalam pelaksanaan evaluasi PPI yang dilakukan setiap bulan.
  - g. Melengkapi sarana dan prasarana cuci tangan dengan menempelkan prosedur cuci tangan disetiap penempatan cairan antimikroba yang ada.
2. Jangka menengah (3-6 bulan)
    - a. Melakukan evaluasi terhadap pelatihan ataupun sosialisasi yang dilakukan. Evaluasi dapat diminta secara tertulis setelah dilakukannya pelatihan (*post test*), secara lisan pada saat pengawasan, maupun melalui monitoring bulanan.
    - b. Memaksimalkan pengadaan pelatihan dan sosialisasi dengan meningkatkan komitmen SDM untuk menghadiri kegiatan tersebut. Komitmen dapat diberikan dengan kesepakatan bersama melalui sistem *reward* dan *punishment*.
  3. Jangka panjang (6 bulan – 1 tahun)
    - a. Meningkatkan pelaporan kejadian HAIs dengan mengikutsertakan tenaga IPCN dan IPLCN pada pelatihan surveilans PPI.
    - b. Melakukan pelatihan PPI dasar melalui *in house training*, dimana pelatihan dilakukan di rumah sakit dengan mengundang dan menggunakan modul dan narasumber dari Perdalin atau Kementerian Kesehatan agar seluruh SDM rumah sakit dapat terlibat. Dalam hal ini rumah sakit dapat berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan ataupun Kementerian Kesehatan.
    - c. Memberikan penghargaan kepada Komite PPI, yang dapat berupa insentif, sesuai dengan beban kerjanya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Allegretti, B. & Pittet, D., 2009. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), pp.305-315. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2009.04.019>.
- Astuti, Y., 2004. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Petugas Kesehatan dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Intensif RS Medistra Tahun 2004*. Thesis. Universitas Indonesia. Available at: [www.lib.ui.ac.id](http://www.lib.ui.ac.id).
- Caro, D.M. & Soule, B.M., 1999. Hospital infection prevention and control: A global perspective.

- Am. J. Infect. Control*, 27(0196-6553 (Print)), pp.233-235.
- Departemen Kesehatan RI, 2008a. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 270/MENKES/SK/III/2007 Tentang Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit Dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI, 2008b. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 382/MENKES/SK/III/2007 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Direktur RSUD Tebet, 2016. *Keputusan Direktur Tentang Pembentukan Komite PPI Rumah Sakit Umum Kecamatan Tebet*. Indonesia: RSUD Tebet.
- Erwin & Rahmat, B., 2009. *Keputusan Kebersihan Tangan pada Perawat yang Belum Mengikuti Pelatihan Pencegahan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit*. thesis. Universitas Indonesia. Available at: [www.lib.ui.ac.id](http://www.lib.ui.ac.id).
- Gaynes, R.P., 1997. Surveillance of nosocomial infections: A fundamental ingredient for quality. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 18(1), pp.475-478. Available at: <http://www.jstor.org/stable/info/10.1086/595954>.
- Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta, 2016. *Keputusan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 2451 Tahun 2016 Tentang Penetapan Pusat Kesehatan Masyarakat Kecamatan Merjati Rumah Sakit Umum Daerah*. Indonesia.
- Gubernur Provinsi DKI Jakarta, 2014. *Penetapan Pusat Kesehatan Masyarakat Kecamatan Merjati Rumah Sakit Kelas Umum Kelas D*. Indonesia.
- Hakon, K., 2009. *Setting hospital infection control policy: a decision-making framework incorporating health economics and healthcare epidemiology*.
- Hastono, S.P., 2016. *Analisis Data Kesehatan I*. Depok: PT Raja Grafindo Persada.
- Institute of Medicine, 2000. *To err is human: building a safer health system*. L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M.S. Donaldson, eds, Washington, DC.
- International Federation of Infection Control, 2011. *IFIC Basic Concepts of Infection Control*. Malta.
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2009. *Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Indonesia. Available at: [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Kementerian Kesehatan RI, 2011a. *Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan RI. Available at: <http://pepustakaan.depkes.go.id/8180/handle/123456789/2037>.
- Kementerian Kesehatan RI, 2012. *Peraturan Menteri Kesehatan 12 tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Indonesia. Available at: [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Kementerian Kesehatan RI, 2011b. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Indonesia. Available at: [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Komis Akreditasi Rumah Sakit, 2012. *Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012*. 1st ed., Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Kusbyanto, 2010. Peningkatan Mutu Rumah Sakit dengan Akreditasi. *Mutara Medika*, 10, pp.86-89. Available at: [jurnal.umy.ac.id](http://jurnal.umy.ac.id).
- Kusmayati, Y., 2004. *Hubungan Fungsi Manajemen dengan Keputuhan Perawat Pelaksana Dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di ruang perawatan Bedah RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2004*. Thesis. Universitas Indonesia. Available at: [www.lib.ui.ac.id](http://www.lib.ui.ac.id).
- Molina, V.F., 2012. *Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian infeksi di RUMKITALD: Mintohadjo Jakarta Tahun 2012*. Thesis. Indonesia.
- Nasution, W.N., 2013. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keputuhan Petugas Kesehatan Dalam Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Terkait Rawat Inap RSUD Pasar Rebo Tahun 2011*. Thesis. Universitas Indonesia. Available at: [www.lib.ui.ac.id](http://www.lib.ui.ac.id).
- Office of Disease Prevention and Health, 2014. *Why Are Healthcare - Associated Infections Important? Emerging Issues in Healthcare - Associated Infections*. pp.3-5.
- Pancaraningrum, D., 2011. *Tesis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Pencegahan Infeksi Nosokomial Di RS Haji Jakarta Tahun 2011*. Thesis. Universitas Indonesia.
- Rohani, N., 2009. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keputuhan Perawat dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bekasi Tahun 2009*. Thesis. Universitas Indonesia. Available at: [www.lib.ui.ac.id](http://www.lib.ui.ac.id).
- SEARO, 2015. *Regional strategy for patient safety in the WHO South-East Asia Region*. India: South-East Asia Regional Office. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/173574>.
- Silitonga, B.L., 2013. *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok Tahun 2013*. Thesis. Universitas Indonesia.
- Wibowo, A., 2014. *Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan* kedua. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Widodo, D. & Astrawinata, D., 2004. Surveillance of nosocomial infections in Dr. Cipto Mangunkusumo National General Hospital, Jakarta, 1999-2002. 13(2), pp.1999-2002.
- World Health Organization, 2002a. *Guidelines on Prevention and Control of Hospital Associated Infections*. New Delhi: World Health Organization.

World Health Organization, 2015. *Health care-associated infections Fact sheet*, Available at: [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/gpsc\\_ccisc\\_fact\\_sheet\\_en.pdf](http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf)

World Health Organization, 2004. *Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities*, India: WHO. Available at: [http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical\\_guidelines\\_infection\\_control.pdf](http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical_guidelines_infection_control.pdf).

World Health Organization, 2002b. *Prevention of Hospital-Acquired Infections* second, World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/csr/resources/publications/dugresist/en/whodocscseph200212.pdf?ua=1>

World Health Organization, 2011. *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*,

World Health Organization, 2006. *Standard Precautions in Health Care*, Available at: [www.who.int/csr/resources/publications/4EPR\\_AM2.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/4EPR_AM2.pdf)

World Health Organization, 2010. *The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide*, World Health Organization. Available at: [www.who.int/gpsc/country\\_work/summary\\_2010\\_430\\_en.pdf](http://www.who.int/gpsc/country_work/summary_2010_430_en.pdf) [Accessed November 17, 2016].

World Health Organization/ Joint Commission International, 2007. *The nine Patient Safety Solutions: Preamble*, Available at: [http://www.who.int/patientsafety/events/07/02\\_05\\_2007/en/](http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/).

**Table 1. Tindakan PPI Berdasarkan Pengamatan Terhadap Perawat di RSUD Tebet Tahun 2017**

No	Tindakan	Kategori penilaian				Total	
		Baik	(%)	Tidak Baik	(%)	n	(%)
1	Pemasangan Infus	2	28,6	5	71,4	7	100
2	Mengganti Perban	1	33,3	2	66,7	3	100
3	Pemberian Suntikan	34	75,6	11	24,4	45	100
4	Penanganan Limbah	44	88	6	12	50	100
<b>Total</b>		<b>81</b>	<b>77,1</b>	<b>24</b>	<b>22,9</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

**Table 2. Tindakan PPI Sebagai Komposit**

No	Tindakan	Kategori penilaian				Total	
		Baik	(%)	Tidak Baik	(%)	n	(%)
1	Pemasangan Infus	2	1,9	5	4,8	7	6,7
2	Mengganti Perban	1	0,9	2	1,9	3	2,8
3	Pemberian Suntikan	34	32,4	11	10,5	45	42,9
4	Penanganan Limbah	44	41,9	6	5,7	50	47,6
<b>Total</b>		<b>81</b>	<b>77,1</b>	<b>24</b>	<b>22,9</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

**Tabel 3. Distribusi Responden Terhadap Variabel yang Berhubungan dengan Tindakan PPI Di RSUD Tebet Tahun 2017**

No	Variabel	Frekuensi (n=16)	Persentase
1	Pendidikan (D3)	16	100
2	Umur (median = 27)		
	≥ 27 tahun	11	69
	< 27 tahun	5	31
3	Lama Kerja (median =1,4)		
	≥ 1,4 tahun	9	56
	< 1,4 tahun	7	44
4	Pelatihan	16	100
5	Pengetahuan		
	Baik	7	43
	Kurang	9	56
6	Kebijakan		
	Baik	11	69
	Kurang	5	31
7	Ketersediaan sarana dan prasarana		
	Baik	15	93,75
	Kurang	1	6,25
8	Pengawasan		
	Baik	12	75

	Kurang	4	25
9	Pelaporan kejadian HAIs		
	Baik	10	62,5
	Kurang	6	37,5

**Tabel 4. Hasil Akhir Uji Multivariat Regresi Logistik**

Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Lama kerja	721	588	1.504	1	.220	2.057	650	6.509
Kebijakan	1.061	629	2.843	1	.092	2.889	842	9.918
HAIs	1.698	729	5.429	1	.020	5.464	1.310	22.797
Constant	-5.799	1.191	23.709	1	.000	.003		