

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT  
DALAM MELAKSANAKAN TINDAKAN PENCEGAHAN FLEBITIS  
PADA PASIEN YANG DILAKUKAN PEMASANGAN *IV LINE*  
DI RUANG MAWAR PUTIH RSD SIDOARJO**

*PENELITIAN CROSS SECTIONAL*



Oleh :

Caturia Sasti Sulistyana

13111172

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2013**

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT  
DALAM MELAKSANAKAN TINDAKAN PENCEGAHAN FLEBITIS  
PADA PASIEN YANG DILAKUKAN PEMASANGAN *IV LINE*  
DI RUANG MAWAR PUTIH RSD SIDOARJO**

*PENELITIAN CROSS SECTIONAL*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Dalam Program Studi Ilmu Keperawatan  
Pada Program Studi Ilmu Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh :

Caturia Sasti Sulistyana

131111172

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2013**

iii

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 12 Februari 2013

Yang menyatakan

Caturia Sasti Sulistyana

131111172

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT  
DALAM MELAKSANAKAN TINDAKAN PENCEGAHAN FLEBITIS  
PADA PASIEN YANG DILAKUKAN PEMASANGAN *IV LINE*  
DI RUANG MAWAR PUTIH RSD SIDOARJO**

Oleh:

Nama : Caturia Sasti Sulistyana

NIM : 131111172

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

Tanggal 08 Februari 2013

Oleh:

Pembimbing I

**Dr. I Ketut Suidiana, Drs.,MSi**

**NIP. 195507051980031005**

Pembimbing II

**Herdina Mariyanti, S.Kep.,Ns**

**NIP. 139101033**

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I

**Mira Triharini, S.Kp., M.Kep**

**NiP. 197904242006042002**

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT  
DALAM MELAKSANAKAN TINDAKAN PENCEGAHAN FLEBITIS  
PADA PASIEN YANG DILAKUKAN PEMASANGAN *IV LINE*  
DI RUANG MAWAR PUTIH RSD SIDOARJO**

Oleh :

Nama : Caturia Sasti Sulistyana  
NIM. 131111172

Telah diuji,  
Pada tanggal 14 Februari 2013

**PANITIA PENGUJI**

Ketua : 1. Laily Hidayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( ..... )  
NIK. 139080822

Anggota : 2. Dr. I Ketut Sudiana, Drs.,Msi ( ..... )  
NIP. 195507051980031005

3. Herdina Mariyanti, S.Kep.,Ns ( ..... )  
NIK. 139101033

Mengetahui  
a.n Dekan  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp, M.Kep  
NIP. 197904242006042002

**MOTTO**

*“Sukses butuh berjuta usaha,  
Usaha butuh berjuta kali kemauan,  
Kemauan butuh berjuta kali mimpi,  
Bermimpilah mulai hari ini  
jika ingin sukses di kemudian hari”*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul **”ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN TINDAKAN PENCEGAHAN FLEBITIS PADA PASIEN YANG DILAKUKAN PEMASANGAN IV LINE DI RUANG MAWAR PUTIH RSD SIDOARJO”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan..
2. Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep, selaku Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Dr. I Ketut Suidiana, Drs.,MSi selaku pembimbing I yang telah membimbing dan memberikan saran yang bermanfaat sehingga proposal ini dapat terselesaikan.
4. Herdina Mariyanti, S.Kep.,Ns selaku pembimbing II yang telah membimbing dan memberikan saran yang bermanfaat sehingga proposal ini dapat terselesaikan.
5. dr. H. Faisol Ama, M.Sc selaku Direktur Rumah Sakit Daerah Sidoarjo yang telah memberikan izin melakukan penelitian di Rumah Sakit Daerah Sidoarjo.
6. Candra Rini, S.Kep.,Ners selaku Kepala Ruangan Mawar Putih Rumah Sakit Daerah Sidoarjo yang memberikan kemudahan dalam pengambilan data.
7. Seluruh Dosen, Staf dan Karyawan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan support dan ilmu kepada kami dalam perkuliahan,

8. Kedua orang tua dan kakakku, terima kasih atas cinta, doa, motivasi, kemurahan hati, dan semangat yang selalu diberikan saat pengerjaan skripsi ini.
9. Teman-teman seperjuangan B14, terima kasih atas kebersamaannya.
10. Mas bayu, terima kasih atas bantuan dan supportnya selama pengerjaan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi tercapainya kesempurnaan penelitian selanjutnya.

Surabaya, Februari 2013

Penulis



**ABSTRACT****ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING NURSES BEHAVIOR IN PHLEBITIS PRECAUTIONS TO PATIENTS WITH *IV LINE* INSTALLED IN MAWAR PUTIH WARD RSD SIDOARJO****Cross Sectional Study**

**By:**  
**Caturia Sasti Sulistyana**

Phlebitis is a common form of nosocomial infection that occur in patient with *IV line* associated with poor adherence of nurse when instal *IV line*. Some of the factors that influence the nurse's behavior are knowledge, attitudes, and motivations. The unclear factors that affect the implementation of phlebitis precautions by nurse in Mawar Putih Ward RSD Sidoarjo make incidence of phlebitis every year increased. The objectives of this study was to determine the correlation between knowledge, attitudes, motivation with nurse behavior on phlebitis precautions to patients with *IV line* in Mawar Putih Ward RSD Sidoarjo. This study used an analitical descriptive cross sectional design. The population were all nurses who install and care the IV line patients with total sample 22 respondent. The independent variable in this study were of knowledge, attitudes, and motivations of nurses and dependent variable was nurses behavior on phlebitis precaution. Data was collected through questionnaire and observation, then was analyzed using Spearman Rho with significant level 0.05. The results showed that there was correlation between knowledge with nurse behavior on phlebitis precaution ( $p=0,002$ ,  $r=0,632$ ), attitudes with nurse behavior on phlebitis precaution ( $p=0,002$ ,  $r=0,635$ ), motivation with nurse behavior on phlebitis precaution ( $p=0,001$ ,  $r=0,643$ ). In conclusion, there are correlation significant between knowledge, attitudes, and motivations nurses with nurse behavior on phlebitis precaution to patients with *IV line* in Mawar Putih Ward RSD Sidoarjo. It is suggested that nurses can have awareness to change the behavior as standard procedure to prevent phlebitis case. Further study need larger populatons and sample.

Keywords : phlebitis precaution, nurses behavior

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	ii
Halaman Judul dan Prasarat Gelar .....	iii
Surat Pernyataan .....	iv
Lembar Persetujuan .....	v
Lembar Penetapan Panitia Penguji .....	vi
Motto .....	vii
Ucapan Terima Kasih .....	viii
Abstract .....	x
Daftar isi .....	xi
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Gambar .....	xvi
Daftar Lampiran .....	xvii
Daftar Singkatan .....	xviii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan Penelitian .....	6
1.3.1 Tujuan umum .....	6
1.3.2 Tujuan khusus .....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	7
1.4.1 Manfaat teoritis .....	7
1.4.2 Manfaat praktis .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Dasar Flebitis .....	8
2.1.1 Definisi Flebitis .....	8
2.1.2 Respon Imun .....	9
2.1.3 Respon Peradangan atau Inflamasi .....	10
2.1.4 Klasifikasi Flebitis .....	12
2.1.5 Tanda-tanda Flebitis .....	15
2.1.6 Mencegah dan Mengatasi Flebitis .....	16
2.1.7 Komplikasi Flebitis .....	21
2.2 Konsep Dasar Teknik Aseptik .....	22
2.2.1 Pemasangan <i>IV line</i> .....	22
2.2.2 Definisi Cuci Tangan .....	33
2.2.3 Sarana Cuci Tangan .....	35
2.2.4 Langkah Cuci Tangan Menggunakan Triclosan 0,2% .....	43
2.2.5 <i>Handscrub</i> Berbasis Alkohol .....	46
2.2.6 Hambatan Perawat Melakukan Cuci Tangan .....	49
2.3 Konsep dasar Perilaku .....	49
2.3.1 Batasan Perilaku .....	50

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku .....	52
2.3.3 Teori Perilaku .....	52
2.3.4 Domain Perilaku .....	59
2.4 Konsep Dasar Pengetahuan .....	59
2.4.1 Batasan Pengetahuan .....	59
2.4.2 Tingkatan Pengetahuan .....	60
2.4.3 Cara Memperoleh Pengetahuan .....	61
2.4.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan .....	62
2.5 Konsep Dasar Sikap .....	65
2.5.1 Batasan Sikap .....	65
2.5.2 Tingkatan Sikap .....	65
2.5.3 Komponen Sikap .....	66
2.5.4 Sifat Sikap .....	67
2.5.5 <i>Ciri-ciri Sikap</i> .....	67
2.5.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap .....	68
2.6 Konsep Dasar Tindakan atau Praktik ( <i>Practice</i> ) .....	69
2.6.1 Tingkatan Tindakan atau Praktik .....	69
2.6.2 Cara Pengukuran Tindakan atau Praktik .....	70
2.6.3 Proses Terbentuknya Tindakan atau Praktik .....	70
2.7 Konsep Dasar Motivasi .....	71
2.7.1 Definisi Motivasi .....	71
2.7.2 Proses Motivasi .....	72
2.7.3 Bentuk Motivasi .....	72
2.7.4 Tujuan Motivasi .....	72
2.7.5 Teori-teori Motivasi .....	73
2.7.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Motivasi .....	74
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>76</b>
3.1 Kerangka Konseptual .....	76
3.2 Hipotesis .....	77
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>78</b>
4.1 Desain Penelitian .....	78
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel .....	78
4.2.1 Populasi .....	78
4.2.2 Sampel dan besar sampel .....	78
4.2.3 Teknik Sampling .....	78
4.3 Identifikasi Variabel .....	79
4.3.1 Variabel <i>Independent</i> .....	79
4.3.2 Variabel <i>Dependent</i> .....	79
4.4 Definisi Operasional .....	79
4.5 Kerangka Kerja .....	81
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data .....	81
4.6.1 Instrumen .....	81

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	82
4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data .....	82
4.6.4 Cara Analisis Data.....	83
4.6.4 Etika Penelitian .....	83
4.6.4 Keterbatasan .....	84
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>85</b>
5.1 Hasil Penelitian .....	85
5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian .....	85
5.1.2 Data Umum .....	87
5.1.3 Data Khusus .....	89
5.2 Pembahasan.....	92
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>104</b>
6.1 Simpulan.....	104
6.2 Saran.....	104
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>105</b>
<b>Lampiran .....</b>	<b>108</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Prevalensi Flebitis di RSD Sidoarjo tahun 2011 .....	3
Tabel 2.1	Kuman pathogen yang sering ditemukan di aliran darah .....	14
Tabel 2.2	Skor Visual Flebitis <i>VIP score (Visual Infusion Phlebitis Score)</i> .....	16
Tabel 2.3	Larutan Antiseptik: Aktifitas Mikrobiologi dan Kegunaan Potensial ....	45
Tabel 4.1	Definisi Operasional .....	79
Tabel 5.1	Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan jenis kelamin pada 4-20 Januari 2013 .....	87
Tabel 5.2	Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan usia pada 4-20 Januari 2013 .....	87
Tabel 5.3	Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan tingkat pendidikan pada 4-20 Januari 2013 .....	87
Tabel 5.4	Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan lama masa kerja pada 4-20 Januari 2013 .....	88
Tabel 5.5	Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan jabatan pada 4-20 Januari 2013 .....	88
Tabel 5.6	Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo yang pernah mengikuti kegiatan pelatihan pengendalian infeksi nosokomial pada 4-20 Januari 2013 .....	88
Tabel 5.7	Distribusi pengetahuan perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4–20 Januari 2013 .....	89
Tabel 5.8	Distribusi sikap perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4–20 Januari 2013 .....	89
Tabel 5.9	Distribusi motivasi perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4–20 Januari 2013 .....	89

Tabel 5.10	Tabulasi silang antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4–20 Januari 2013 .....	90
Tabel 5.11	Tabulasi silang antara sikap dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4–20 Januari 2013 .....	90
Tabel 5.12	Tabulasi silang antara motivasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4–20 Januari 2013 .....	91
Tabel 5.13	Faktor dominan yang mempengaruhi perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4 – 20 Januari 2013 .....	91

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Povidon .....	38
Gambar 2.2 Klorosilenol.....	40
Gambar 2.3 Triclosan .....	41
Gambar 2.4 Langkah Cuci Tangan Prosedural .....	44
Gambar 2.5 Langkah-langkah Handscrub Berbasis Alkohol .....	48
Gambar 2.6 Sistematis perilaku menurut Green .....	57
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	76
Gambat 4.1 Kerangka Kerja .....	81

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian .....	108
Lampiran 2	Surat Balasan Ijin Penelitian .....	109
Lampiran 3	Lembar Permintaan Menjadi Responden .....	110
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian.....	111
Lampiran 5	Lembar Identitas Pasien, kuesioner, dan observasi .....	112
Lampiran 6	Tabulasi Data.....	119
Lampiran 7	Hasil SPSS.....	124
Lampiran 8	Standar Operasional Prosedur Ruang Mawar Putih RSD Sidaorjo.....	135



## DAFTAR SINGKATAN

AIDS	= <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
CDC	= <i>The Centers for Disease Control and Prevention</i>
CHG	= <i>Clorheksidin Glukonat</i>
CVA	= <i>Cerebrovascular Accident</i>
DTT	= Desinfeksi Tingkat tinggi
ECU	= <i>Emergency Care Unit</i>
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICCU	= <i>Instalation Cardiovaskuler Care Unit</i>
IFIC	= <i>International Federation of Infection Control</i>
INS	= <i>Infusion Nurses Society</i>
IRNA	= Instalasi Rawat Inap
IV	= <i>Intravenous</i>
MRSA	= <i>Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus</i>
NICU	= <i>Neonatal Instalation Care Unit</i>
PCMX	= <i>Para-cloro-meta-xilenol</i>
PDAM	= Perusahaan Daerah Air Minum
PICU	= <i>Pediatric Instalation Care Unit</i>
RSD/ RSU	= Rumah Sakit Daerah/ Rumah Sakit Umum
SOP	= Standart Operasional Prosedur
TBC	= <i>Tuberculosis</i>
VIP	= <i>Visual Infusion Phlebitis</i>
WHO	= <i>World Healt Organization</i>

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Setiap pasien yang dirawat inap di rumah sakit akan dilakukan pemasangan *IV line*. Tindakan pemasangan *IV line* selalu diinstruksikan oleh dokter, tetapi perawatlah yang bertanggung jawab pada pemberian terapi dan mempertahankan perawatan *IV line* tersebut. Namun kenyataannya saat ini adalah banyak dampak yang terjadi pada pemasangan terapi ini, yaitu 41,67% flebitis (Depkes RI, 2003). Flebitis adalah peradangan akut lapisan internal vena yang ditandai oleh nyeri, kemerahan, bengkak, hangat pada daerah tusukan dan indurasi (pengerasan) sepanjang pembuluh darah vena (Nursalam, 2011). Flebitis merupakan salah satu bentuk infeksi nosokomial tersering yang dijadikan standarisasi mutu pelayanan medik suatu rumah sakit. Flebitis dapat disebabkan karena beberapa faktor, yaitu faktor kimia, mekanik, bakterial, maupun dari faktor intrinsik pasien. Menurut Candace F & William N (2011), flebitis dapat dicegah atau dikurangi prevalensinya bila perilaku perawat dalam memasang dan merawat *IV line* benar sesuai standarisasi kebijakan intansi setempat serta memperhatikan faktor predisposisi penyebab flebitis pada pasien.

Hal tersebut di atas tidak sesuai dengan fenomena yang ada di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo. Ruang Mawar Putih merupakan ruang dengan angka tertinggi kejadian flebitisnya diantara ruangan lain, namun pelaksanaan tindakan pencegahan flebitis oleh perawat di ruangan ini belum optimal bahkan sering dijumpai melanggar SOP (Standart Operasional Prosedur) ruangan. Berdasarkan observasi awal tanggal 9-23 Oktober 2012 didapatkan perawat yang tidak cuci tangan sebelum tindakan dan langsung menggunakan sarung tangan,

cuci tangan tidak sesuai langkah di SOP atau tidak menggunakan sarung tangan, tidak sirkuler sewaktu menscrub kulit yang akan dilakukan insersi, tidak menggunakan kassa steril untuk menutup *site*, serta sering tidak menuliskan tanggal pemasangan infus pada balutan. Selain itu, perawat juga lebih sering memasang *IV line* pada vena ekstremitas yang aktif bergerak, misal di punggung telapak tangan kanan, menginjeksikan obat dengan cepat tanpa mempertimbangan tingkat osmolaritasnya, tidak pernah melakukan rotasi kanul, perawatan *site*, mengganti *dressing*, dan infus set bila aliran infus belum macet atau belum flebitis. Bila sudah terjadi flebitis, perawat langsung melepas dan mengganti lokasinya tanpa mencari tahu faktor penyebabnya.

Menurut penjelasan kepala ruangan Mawar Putih RSD Sidoarjo, perawat di ruangnya harus memiliki Surat Ijin Perawat sewaktu masuk sebagai tenaga keperawatan di RSD Sidoarjo serta setelah masa kerja 1 tahun perawat wajib mengikuti pelatihan yang diadakan oleh rumah sakit tentang pencegahan infeksi nosokomial. Namun karena adanya angka flebitis yang masih tinggi, Komite Keperawatan dan Kepala Bidang Keperawatan sering mendatangkan tim pengendalian infeksi nosokomial dari luar rumah sakit untuk memberikan pendidikan kesehatan dan himbauan agar semua perawat ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo melaksanakan intervensi pemasangan maupun perawatan infus sesuai standart, tetapi kejadian flebitis semakin meningkat setiap tahunnya. Peningkatan tersebut dihubungkan dengan adanya fenomena ketidakpatuhan perilaku perawat dalam melaksanakan intervensi pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line*, oleh karena itu sampai saat ini faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan tindakan pencegahan flebitis oleh perawat Mawar Putih belum jelas dan perlu dilakukannya penelitian.

Kejadian flebitis di rumah sakit secara nasional berkisar antara 20-80%, dimana standarnya adalah sebesar 5 % (Alexander, et al 2010). Sedangkan menurut hasil survey prevalensi flebitis dari 11 rumah sakit di DKI Jakarta yang dilakukan oleh Perdalin Jaya dan Rumah Sakit Infeksi Prof. Suliati Saroso Jakarta pada tahun 2007 didapatkan angka ILO (Infeksi Luka Operasi) 18,9%, ISK (Infeksi Saluran Kencing) 15,1%, IADP (infeksi Aliran Darah Primer) atau flebitis 26,4%, pneumonia 24,5%, infeksi saluran nafas lain 15,1%, dan infeksi lain 32,1% (Depkes, 2007). Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik menunjukkan angka kejadian flebitis di RSD Sidoarjo pada tahun 2010 sebanyak 15,4 % dan meningkat pada tahun 2011 menjadi 17,9 % dari 39.478 pasien, dimana angka standart yang menjadi acuan tiap rumah sakit menurut Kepmenkes 129 tahun 2008 adalah tidak boleh lebih dari 1,5 (Komite Pengendalian Infeksi Nosokomial RSD Sidoarjo, 2011). Berikut adalah prevalensi flebitis tiap ruangan di RSD Sidoarjo tahun 2011:

Tabel 1.1 Prevalensi Flebitis di RSD Sidoarjo tahun 2011

<b>Nama Ruangan</b>	<b>Keterangan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>%</b>
<b>Ruang perawatan <i>Emergency</i></b>			
NICU	<i>Neonatal Instalation Care Unit</i>	127	0,32
PICU	<i>Pediatric Instalation Care Unit</i>	153	0,39
ICCU	<i>Instalation Kardiovaskuler Care Unit</i>	240	0,61
ECU	<i>Emergency Care Unit</i>	371	0,94
		891	2,26
<b>Instalasi Rawat Inap (IRNA)</b>			
Anggrek	Irna paviliun	476	1,21
Tulip	Irna kelas 1	522	1,32
Teratai 1	Irna bedah kelas 2	593	1,5
Teratai 2	Irna interna kelas 2	968	2,45
Mawar Ungu	Irna anak kelas 1, 2, 3	664	1,68
Mawar Kuning	Irna bedah kelas 3	832	2,11
Mawar Merah	Irna paru kelas 1, 2, 3	991	2,51
Mawar Putih	Irna interna kelas 3	1130	2,86
		6176	15,64

Sumber: Komite pengendalian Infeksi Nosokomial RSD Sidoarjo, 2011

Flebitis didefinisikan sebagai inflamasi vena yang disebabkan baik oleh iritasi mekanik, kimia, bakteri, maupun oleh instrinsik pasien. Flebitis mekanik disebabkan pemakaian kanul yang terlalu besar dan bahan yang mudah mengiritasi vena, pergerakan antara vena dan kanul atau manipulasi kateter yang berulang-ulang, serta lokasi dan lama kanulasi. Flebitis kimia terjadi ketika cairan dengan pH yang tinggi atau rendah, osmolaritas yang lebih dari 500 mOsm/L diberikan melalui intravena. Flebitis bakterial terjadi akibat sistem intravena yang terkontaminasi oleh bakteri (Hanskin, lonsway, Hendrick, Pardue, 2001). Bakteri ini dapat berasal dari flora normal pasien ataupun dari infeksi silang yang dibawa oleh petugas kesehatan. Bila perawat kurang menerapkan teknik aseptik dalam pemasangan *IV line*, maka mikroorganisme yang ada pada tangannya akan ikut masuk ke dalam pembuluh darah saat melakukan prosedur pemasangan *IV line*. Mikroorganisme yang paling sering menyebabkan flebitis adalah gram (+) *Staphylococcus Aureusk Resistant Methicillin* (MRSA) dan *Staphylococcus Aureus*, sedang sisanya ada gram (-) *Acinetobacter Baumannii* Multiresisten dan *candida albicans* (Candace F & William N, 2011). Sedangkan faktor intrinsik pasien yang turut mempengaruhi kejadian flebitis meliputi usia, status nutrisi, dan kondisi dasar (diabetes mellitus, infeksi/sepsis, luka bakar). Selain itu, suatu penyebab yang sering terabaikan dari perhatian adalah adanya mikropartikel dalam larutan infus yang seharusnya dapat dieliminasi menggunakan filter (Alexander, Mary et al 2010).

Perawat harus memperhatikan faktor-faktor predisposisi penyebab komplikasi pada pemasangan *IV line* agar tidak merugikan pasien. Oleh karena itu seorang perawat diharapkan mempunyai motivasi untuk berperilaku mencegah terjadinya flebitis karena hal ini sangat terkait dengan pekerjaan

penanganan pasien dan merupakan langkah pertama dalam pemberian pelayanan yang bermutu (Nursalam, 2011). Selain itu menurut penelitian Notoatmodjo (2005) terbukti bahwa perilaku yang didasari dengan pengetahuan dan kesadaran sikap yang positif akan bersifat langgeng (*long tasting*).

Flebitis karena faktor mekanik dapat dicegah dengan penggunaan jarum sesuai vena yang dipilih, faktor kimia dengan memperhatikan pH, osmolalitas, dan partikel terlarut dalam terapi obat maupun cairan yang didapat oleh pasien, faktor bakterial dengan selalu berprinsip aseptik dalam memasang maupun melakukan perawatan *IV line*, seperti cuci tangan, menggunakan sarung tangan, menggunakan alkohol untuk *scrub* kulit yang akan diinsersi, menggunakan kassa steril untuk menutup *site*, melakukan perawatan dan rotasi kanul setiap 48 jam, serta perawat harus memperhatikan usia, status nutrisi maupun kondisi dasar pasien (Alexander, Mary et al 2010).

Sedangkan bila telah terjadi flebitis, segera hentikan aliran infus, lepas *IV line* dari vena pasien dan berikan kompres hangat pada area yang flebitis (Doengeus, 2003). Tindakan dalam mencegah dan mengatasi masalah flebitis tersebut akan baik tergantung dari perilaku perawat yang dipengaruhi oleh faktor predisposisi pengetahuan, sikap, motivasi, persepsi, kesadaran dan komitmen, kepribadian, emosi/ stress, dan kepercayaan nilai-nilai tradisi, faktor pendukung ketersediaan sarana dan prasarana terkait pemasangan *IV line*, serta faktor pendorong sikap dan perilaku tenaga kesehatan yang lain, Standart Operasional Prosedur (SOP), UU keperawatan, peraturan pemerintah tentang kesehatan. Bila perilaku yang didasari oleh pengetahuan yang baik, kesadaran sikap positif serta motivasi yang tinggi maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Motivasi diperlukan sebagai upaya menimbulkan rangsangan dan dorongan pada perawat

untuk berbuat sesuatu (Nursalam, 2011). Berdasarkan uraian di atas, penulis ingin melakukan penelitian untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan teori perilaku kesehatan Lawrance W. Green (1980).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah faktor yang mempengaruhi perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Menganalisis faktor yang mempengaruhi perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo
2. Menganalisis hubungan faktor sikap dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.
3. Menganalisis hubungan faktor motivasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### 1.4.1 Manfaat teoritis

Bahan informasi mengenai faktor yang dapat mempengaruhi perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis.

### 1.4.2 Manfaat praktis

1. Sebagai dasar untuk menurunkan kejadian flebitis.
2. Memberi masukan kepada institusi rumah sakit di dalam pengolahan sumber daya manusia.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Flebitis**

##### **2.1.1 Definisi Flebitis**

Flebitis adalah peradangan akut lapisan internal vena yang ditandai oleh nyeri, kemerahan, bengkak, hangat pada daerah tusukan dan indurasi (pengerasan) sepanjang pembuluh darah vena (Nursalam, 2011)

Flebitis adalah inflamasi vena, baik karena iritasi kimia maupun mekanik, ditandai dengan adanya daerah memerah dan hangat, nyeri serta bengkak di daerah penusukan atau sepanjang vena (Smeltzer, 2002).

Flebitis adalah peradangan pada tunika intima pembuluh darah vena sebagai komplikasi pemberian terapi infus. Peradangan didapatkan dari mekanisme iritasi pada endothelium tunika intima vena dan perlekatan trombosit pada area tersebut. Flebitis ditandai dengan adanya nyeri (*dolor*), kemerahan (*rubor*), bengkak (*tumor*), panas (*color*), dan gangguan fungsi (*functiolesia*), dan pengerasan (*indurasi*) pada daerah tusukan dan sepanjang pembuluh darah vena (Alexander, et al 2010).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat dijelaskan bahwa flebitis merupakan inflamasi lapisan dalam pembuluh darah vena sebagai akibat iritasi endotel yang disebabkan baik penyebab mekanik maupun penyebab lainnya, dimana tanda utamanya adalah nyeri tekan pada tempat insersi disertai kemerahan, bengkak, panas, sampai terjadi indurasi

### 2.1.2 Respon Imun

Ketika tubuh diserang (diinvasi) oleh bakteri, virus atau mikroorganisme patogen lainnya, maka ada tiga macam cara yang dilakukan tubuh untuk mempertahankan dirinya. Ketiga cara tersebut adalah respon imun fagositik, respon imun humoral (antibodi), dan respon imun seluler. Garis pertama pertahanan tersebut yang berupa respon imun fagositik meliputi sel-sel darah putih (granulosit dan makrofag) yang dapat memakan partikel-partikel asing. Sel-sel ini akan bergerak ke tempat serangan dan kemudian akan menghancurkan mikroorganisme penyerang tersebut. Respon protektif yang kedua yaitu respon humoral (respon antibodi), mulai bekerja dengan terbentuknya limfosit yang dapat mengubah dirinya menjadi sel-sel plasma yang menghasilkan antibodi. Antibodi ini merupakan protein yang sangat spesifik diangkut dalam aliran darah dan memiliki kemampuan untuk melumpuhkan penyerangnya. Mekanisme pertahanan yang ketiga yaitu respon imun seluler, juga melibatkan limfosit yang mampu mengubah dirinya menjadi sel plasma atau sel T sitotoksik khusus yang dapat menyerang mikroorganisme tersebut. Bagian dari mikroorganisme penyerang atau penginvansi yang menstimulasi pembentukan antibodi dinamakan antigen/ imunogen. Bakteri atau molekul besar tunggal seperti toksin dapat memiliki beberapa antigen atau marker pada permukaannya dan dengan demikian dapat menginduksi tubuh untuk menghasilkan sejumlah antibodi yang berlainan. Begitu suatu antibodi terbentuk, antibodi ini akan dilepaskan ke dalam aliran darah dan dibawa kepada mikroorganisme yang menyerang tubuh. Disini akan terjadi

penggabungan antibodi dengan antigen yang mengikatnya seperti potongan *jigsaw puzzle* yang saling mengunci (Corwin, 2009).

### 2.1.3 Respon Peradangan atau Inflamasi

Respon peradangan terjadi setelah infeksi atau cedera jaringan. Peradangan dapat mendahului suatu respon imun. Terdapat dua stadium pada reaksi peradangan akut menurut Corwin (2009):

#### 1. Stadium vaskular peradangan

Stadium vaskular peradangan dimulai segera setelah cedera. Arteriol di dekat tempat cedera mengalami kontriksi singkat lalu vasodilatasi berkepanjangan. Histamin dan bradikinin adalah bahan-bahan kimia yang dibebaskan selama peradangan yang menyebabkan sel-sel endotel kapiler disekitarnya yang dalam keadaan normal tersusun rapat mulai menjauh satu sama lain sehingga permeabilitas meningkat. Sel-sel darah merah dan cairan plasma keluar dari kapiler masuk ke ruang interstitium sehingga menyebabkan pembengkakan dan eritema (Corwin, 2009).

#### 2. Stadium seluler peradangan

Stadium seluler peradangan dimulai setelah peningkatan aliran darah ke bagian yang cedera. Sel-sel darah putih dan trombosit tertarik ke daerah tersebut dan bermigrasi melalui kapiler yang bocor untuk mengelilingi sel-sel yang rusak, kemudian memfagositosis sel yang mati dan mikroorganisme serta merangsang pembekuan untuk mengisolasi infeksi dan mengontrol perdarahan. Sel-sel yang tertarik ke daerah cedera akhirnya akan berperan melakukan penyembuhan (Corwin, 2009).

## Sel Mast

Sel mast adalah kantung berisi banyak granula dan dijumpai di seluruh jaringan ikat longgar yang mengelilingi pembuluh darah. Sel mast pecah dan membebaskan kandungannya bila terjadi cedera jaringan, pajanan toksin, pengaktifan protein pada jenjang komplemen, dan pengikatan antigen-antibody (Corwin, 2009; 156). Sel mast terletak di bawah kulit dan di jaringan ikat, bebas di seluruh tubuh serta mengandung mediator inflamasi seperti histamin. Degradasi sel mast dapat menyebabkan reaksi alergi dan pada kasus yang ekstrim, syok anafilaktik mengancam jiwa. Kandungan intrasel dan bahan-bahan lain yang disintesis oleh sel mast merupakan penyebab vasodilatasi, peningkatan permeabilitas kapiler, dan penarikan sel-sel darah putih dan trombosit ke daerah yang bersangkutan (Corwin, 2009). Proses ini disebut degranulasi sel mast. Bahan dan toksin yang dikeluarkan sel mast antara lain:

### 1. Histamin

Histamin menyebabkan relaksasi pembuluh darah sehingga terjadi peningkatan aliran darah. Zat ini juga menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler pada awal peradangan (Corwin, 2009).

### 2. Bradikinin

Bradikinin adalah produk akhir protein kinin yang dicetuskan oleh faktor XII. Bradikinin bekerja seperti histamin dan prostaglandin yang meningkatkan aliran darah, permeabilitas kapiler serta berperan menimbulkan rasa nyeri selama peradangan (Corwin 2009).

#### 2.1.4 Klasifikasi Flebitis

Pengklasifikasian flebitis didasarkan pada faktor penyebabnya. Kategori penyebab terjadinya flebitis menurut Alexander, et al 2010:

1. *Chemical Phlebitis* (Flebitis Kimia)

Kejadian flebitis ini dihubungkan dengan bentuk respon yang terjadi pada tunika intima vena dengan bahan kimia yang menyebabkan reaksi peradangan. Reaksi peradangan dapat terjadi akibat dari jenis cairan yang diberikan atau bahan material kateter yang digunakan.

pH darah normal antara 7,35–7,45 dan cenderung basa. pH cairan yang diperlukan dalam pemberian terapi adalah 7 (netral). Cairan atau obat-obatan dengan pH <5 atau >9 atau osmolaritas tinggi sering menjadi penyebab iritasi pada tunika intima vena. Larutan yang mengandung glukosa, asam amino, dan lipid lebih bersifat flebitogenik. Obat-obatan injeksi yang dapat menyebabkan peradangan vena antara lain kalium klorida, vancomycin, amphotrecin B, cephalosporins, diazepam, midazolam, dan obat-obatan kemoterapi.

Osmolalitas diartikan sebagai konsentrasi sebuah larutan atau jumlah partikel yang larut dalam suatu larutan. Tonisitas suatu larutan akan berpengaruh terhadap status fisik klien dan tunika intima pembuluh darah. Dinding tunika intima akan mengalami trauma pada pemberian larutan hiperosmolar dengan osmolalitas lebih dari 600 mOsm/L. Terlebih lagi pada saat pemberian dengan tetesan cepat pada pembuluh vena yang kecil. Cairan isotonik akan menjadi lebih hiperosmoler apabila ditambah dengan obat, elektrolit, antibiotik maupun nutrisi. Vena perifer dapat menerima

osmolalitas larutan sampai dengan 900 mOsm/L. Semakin tinggi osmolalitas (makin hipertonis) makin mudah terjadi kerusakan pada dinding vena perifer seperti flebitis, tromboflebitis, dan tromboemboli. Pada pemberian jangka lama harus diberikan melalui vena sentral karena larutan hipertonis dengan osmolalitas lebih dari 900 mOsm/L, melalui vena sentral aliran darah menjadi cepat sehingga tidak merusak dinding.

Kecepatan pemberian larutan intravena juga dianggap salah satu penyebab flebitis. Pada pemberian larutan dengan kecepatan rendah mengurangi iritasi pembuluh darah. Bahan kateter dari polivinil klorida atau polietelin (teflon) juga mempunyai resiko terjadi flebitis dibanding bahan yang terbuat dari silikon atau poliuretan.

Partikel materi dari cairan atau campuran obat yang tidak sempurna diduga juga bisa menyebabkan terjadinya flebitis. Penggunaan filter ukuran 1-5 mikron pada infus set, akan menurunkan atau meminimalkan resiko flebitis akibat partikel materi yang terbentuk tersebut.

## 2. *Mechanical Phlebitis* (Flebitis Mekanik)

Flebitis mekanikal sering dihubungkan dengan pemasangan atau penempatan kateter intravena. Penempatan kateter pada area fleksi lebih sering menimbulkan flebitis karena saat ekstremitas digerakkan, kateter ikut bergerak dan menyebabkan trauma pada dinding vena. Penggunaan ukuran kateter besar pada vena kecil juga dapat mengiritasi dinding vena.

## 3. *Bacterial Phlebitis* (Flebitis Bakterial)

Flebitis bakterial adalah peradangan vena yang berhubungan dengan adanya kolonisasi bakteri, dimana biasanya terjadi kurang dari 48–72 jam

setelah pemasangan infus. Berdasarkan laporan dari *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) 2011 dalam artikel *intravaskuler catheter – related infection*, kuman yang sering dijumpai pada pemasangan infus adalah *staphylococcus* dan bakteri gram (-), tetapi pada orang HIV/AIDS infeksi karena jamur dilaporkan meningkat.

Tabel 2.1 Kuman pathogen yang sering ditemukan di aliran darah

<i>Pathogen</i>	1986 – 1989	1992 – 1999
<i>Coagulase-negatif Staphylococci</i>	27	37
<i>S Aureus</i>	16	13
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	24	34
<i>Enterococcus</i>	8	13
<i>Gram-negatif rods</i>	19	14
<i>E coli (gram negatif)</i>	6	2
<i>Enterobacter</i>	5	5
<i>P aeruginosa</i>	4	4
<i>K pneumoniae (gram negatif)</i>	4	3
<i>Candida species</i>	8	8

Sumber: *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) 2011

Flebitis bakterial dapat menjadi masalah serius sebagai predisposisi komplikasi sistemik (septicemia). Faktor yang berperan antara lain :

- 1) Tehnik cuci tangan yang tidak baik.
  - 2) Tehnik aseptik yang kurang pada saat penusukan.
  - 3) Tehnik pemasangan kateter yang buruk.
  - 4) Pemasangan yang terlalu lama.
4. Faktor Intrinsik Pasien
1. Usia

Bertambahnya usia, sistem pembuluh darah menjadi kaku dan menebal akibat peningkatan serat kolagen dan hilangnya serat elastis lapisan pembuluh darah. Hal inilah yang terjadi pada lansia. Lansia juga mengalami penipisan lapisan *subcutis* yang menyebabkan kulit

kendor dengan kerutan-kerutan lebih jelas sehingga akan berisiko terjadinya kesalahan mekanik pada pemasangan *IV line*. Selain itu semakin bertambahnya usia seseorang maka semakin menurun sistem imunitas tubuhnya sehingga mudah terkena infeksi sekunder.

## 2. Status gizi

Orang dengan status gizi lebih, lapisan *subcutis* kulitnya tebal sehingga pembuluh darah sulit terlihat dan berisiko terjadi kesalahan mekanik pada pemasangan *IV line*. Sedangkan pada orang dengan status gizi kurang, sistem imunitasnya rendah sehingga mudah terjadi infeksi. Status gizi seseorang mempengaruhi sistem imunitasnya.

## 3. Penyakit yang mendasari (diabetes mellitus, infeksi, luka bakar)

Orang yang menderita diabetes mellitus, viskositas darahnya meningkat yang menyebabkan terganggunya aliran darah sistemik sehingga berisiko terjadi flebitis bila dipasang *IV line*. Sedangkan pada orang yang menderita infeksi (sepsis) maupun luka bakar, sistem imunitasnya sudah mengalami penurunan sehingga memudahkan terjadinya infeksi tambahan.

### **2.1.5 Tanda-tanda Flebitis**

Tanda-tanda flebitis menurut *Library of Congress* 2006:

1. Nyeri yang terlokalisasi
2. Pembengkakan pada area insersi (penusukan) atau sepanjang vena
3. Kemerahan timbul dengan cepat di atas vena
4. Hangat di sekitar daerah insersi (penusukan) atau sepanjang vena
5. Panas tubuh cukup tinggi



Berikut merupakan skor visual flebitis menurut Andrew Jackson. Alat ini direkomendasikan untuk memantau area pemasangan infus. Pada tahun 2006 Paulette Gallant dan Alyce Schultz menggunakan alat ini untuk memantau kapan penggantian jarum harus dilakukan (Nursalam, 2011).

Tabel 2.2 Skor Visual Flebitis VIP score (*Visual Infusion Phlebitis Score*)

Skor	Tingkatan	Intervensi	Kriteria
0	Tidak ada tanda flebitis	Observasi kanul	Tempat tusukan tampak sehat
1	Mungkin tanda dini Flebitis	Observasi kanul	Salah satu tanda berikut jelas: 1. Nyeri pada tempat tusukan 2. Eritema pada tempat tusukan
2	Stadium Dini Flebitis	Ganti tempat kanul	Dua dari tanda berikut ini jelas: 1. Nyeri 2. Kemerahan 3. Pembengkakan
3	Stadium Moderat Flebitis	1. Ganti kanul 2. Pertimbangkan terapi	Semua tanda berikut jelas: 1. Nyeri di sepanjang kanul 2. Kemerahan 3. Pembengkakan
4	Stadium Lanjut atau awal	1. Ganti kanul 2. Pertimbangkan terapi	Semua tanda berikut jelas: 1. Nyeri di sepanjang kanul 2. Kemerahan 3. Pembengkakan 4. Vena teraba keras
5	Thromboflebitis Stadium Lanjut Tromboflebitis	1. Lakukan terapi 2. Ganti kanul	Semua tanda berikut jelas: 1. Nyeri di sepanjang kanul 2. Kemerahan 3. Pembengkakan 4. Vena teraba keras 5. Demam

Sumber: Nursalam, 2011; 327

### 2.1.6 Mencegah dan Mengatasi Flebitis

Pencegahan flebitis menurut Alexander, et al 2010:

#### 1. Perhatikan lokasi pemasangan

- 1, Kateter intravena perifer

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| a. Vena dari tangan       | b. Vena bawah lengan      |
| 1. Digital sirip punggung | 1. Medianakubiti vena     |
| 2. Dorsal metacarpal vena | 2. Aksesori cephalic vena |
| 3. Cephalic vena          | 3. Basilika vena          |
| 4. Basilika vena          | 4. Mediana antebrachi     |
2. Kateter intravena sentral
- Vena subklavia
  - Vena jugularis
  - Vena femoralis

Kriteria dalam pemilihan area yang akan dipasang kateter *IV line*:

- Hindari daerah penonjolan tulang
- Gunakan vena di bagian distal terlebih dahulu
- Hindari pemasangan IV di pergelangan tangan, daerah yang mengalami peradangan, di antekubital, ekstremitas yang sensasinya menurun atau di tangan yang dominan atau lebih aktif.

Cara untuk mendapatkan vena yang tepat:

- Pasang tourniquet kurang lebih 5 cm di atas tempat yang akan dilakukan penusukan.
- Menepuk-nepuk vena dari arah proksimal ke distal atau menganjurkan pasien untuk mengepal dan membukanya beberapa kali, palpasi, pastikan tekanan area yang akan ditusuk

## 2. Mencegah flebitis bakterial

Pedoman ini menekankan pada kebersihan tangan, teknik aseptik, perawatan daerah infus serta antisepsis kulit.

### 3. Selalu waspada dan tindakan aseptik

Setiap tindakan yang memberikan manipulasi pada daerah infus selalu berprinsip aseptik, yaitu cuci tangan, menggunakan sarung tangan, dan melakukan desinfektan dengan benar (*scrub* dengan arah sirkuler) pada area kulit yang akan diinsersi maupun saat melakukan injeksi pada kanul *IV line*. Cuci tangan yang benar adalah menggunakan sarana air mengalir, sabun atau larutan antiseptik, dilakukan dengan menerapkan 7 langkah sesuai standarisasi prosedur instansi masing-masing. Selain itu perlakukan peralatan steril dengan semestinya dan pertahankan kesetrilannya..

### 4. Rotasi kanul

Mengganti tempat (rotasi) kanul ke lengan kontralateral setiap hari pada 15 pasien menyebabkan bebas flebitis. *The Centers for Disease Control and Prevention* menganjurkan melakukan rotasi kanul setiap 48-72 jam atau penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi.

### 5. Aseptik *dressing*

Direkomendasikan bahwa kateter intravena diganti setiap 72 jam untuk memperkecil potensial terjadinya inflamasi lokal. Penentuan waktu yang dibenarkan untuk mengganti set infus yang baru adalah:

- a. Larutan pertama yang telah digantung selama sehari (24 jam)
- b. Adanya lubang pada selang infus
- c. Kontaminasi
- d. Adanya hambatan pada selang IV, misal setelah infus sel darah merah kemasan, darah lengkap, atau albumin.

- e. Tanggal yang tertera pada selang mengindikasikan bahwa selang telah terpasang selama 48 jam

Sedangkan untuk penggantian balutan, *Infusion Nurses Society (INS)* merekomendasikan penggunaan balutan transparan agar mudah meengawasi tanpa memanipulasinya sehingga boleh diganti saat dilakukan penggantian kateter intravena (setiap 72 jam) dan dapat dioleskan iodium atau salep antibiotik (tergantung kebijakan intansi) di atas tempat tusukan jarum. Sedangkan bila masih menggunakan balutan konvensional, kassa steril harus diganti tiap 24 jam. Sebelum mengganti balutan, kaji adanya kebutuhan untuk mengganti balutan (balutan tampak kotor), waktu penggantian balutan terakhir, kelembapan dan keutuhan balutan saat terpasang, sistem *IV line* apa berfungsi dengan baik. Saat melepas balutan transparan, tarik ujung balutan secara perlahan searah pertumbuhan rambut pasien atau lepas plester dan kassa dari balutan yang lama selapis demi selapis, biar plester yang memfiksasi jarum IV atau kateter tetap ditempat.

6. Penggantian tempat pemasangan IV line

*The Center For Disease Control* mengemukakan bahwa penggantian tempat pemasangan *IV line* setiap 72 jam (ke arah kranial) akan menurunkan potensial terjadinya flebitis.

7. Laju pemberian infus

Makin lambat infus larutan hipertonic diberikan, makin rendah risiko flebitis. Osmolaritas boleh mencapai 1000 mOsm/L, jika durasi hanya beberapa jam. Durasi sebaiknya kurang dari tiga jam untuk mengurangi

waktu kontak campuran yang iritatif dengan dinding vena. Kecepatan aliran cairan dapat dihitung dengan formula sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah cairan yang akan diberikan} \times \text{faktor tetesan}}{\text{Total waktu}} = \text{tetes/menit}$$

Rumus:

Tetes makro: 1 cc = 15 tetes

Tetes mikro : 1 cc = 60 tetes

Tetean/menit= jumlah cairan yang dimasukkan (cc)

#### 8. *Titration acidity*

*Titration acidity* mengukur jumlah alkali yang dibutuhkan untuk menetralkan pH larutan infus. Potensi flebitis dari larutan infus tidak bisa ditaksir hanya berdasarkan pH atau *titration acidity*. Pada pH 4,0, larutan glukosa 10% jarang menyebabkan perubahan karena *titration acidity*nya sangat rendah (0,16 mEq/L). Semakin rendah *titration acidity* larutan infus, maka semakin rendah risiko flebitisnya.

#### 9. Heparin dan hidrokortison

Heparin sodium bila ditambahkan ke cairan infus sampai kadar 1 unit/mL dapat mengurangi masalah flebitis dan menambah waktu pasang kateter. Risiko flebitis yang berhubungan dengan pemberian cairan tertentu (KCl, lidocaine, dan antimikrobia) juga dapat dikurangi dengan pemberian hidrokortison. Pada uji klinis dengan pasien penyakit koroner, hidrokortison mengurangi kekerapan flebitis pada vena yang diinfus lidocaine, kalium klorida, atau antimikrobia. Pada dua uji acak lain, heparin atau kombinasi heparin dan hidrokortison telah mengurangi kekerapan flebitis. Tetapi penggunaan heparin pada larutan yang mengandung lipid harus diperhatikan karena dapat disertai pembentukan endapan kalsium.

#### 10. *In-line* filter

*In-line* filter dapat mengurangi kekerapan flebitis tetapi belum ada penelitian yang mendukung efektifitasnya dalam mencegah infeksi yang terkait kat intravaskular dan sistem infus. Menurut Perry & Potter, 2005; 1652, filter 0,22 mm diperlukan jika bahan berpartikel akan diberikan dan diterapkan sesuai kebijakan instansi masing-masing. Sedangkan pada vena perifer terbesar serta kateter sekecil dan sependek mungkin dianjurkan untuk mencapai laju infus yang diinginkan dengan filter 0,45 mm.

### 2.1.7 Komplikasi Flebitis

Komplikasi flebitis menurut Candace F and William N (2011):

#### 1. Hematoma

Hematoma adalah darah mengumpul dalam jaringan tubuh akibat pecahnya pembuluh darah arteri, vena, atau kapiler sebagai akibat dari penekanan yang kurang tepat saat memasukkan jarum atau tusukan berulang pada pembuluh darah.

#### 2. Infiltrasi

Infiltrasi adalah masuknya cairan terapi intravena ke dalam jaringan sekitar (bukan pembuluh darah) sebagai akibat dari ujung jarum terapi intravena melawan aliran darah.

#### 3. Trombophlebitis

Trombophlebitis menggambarkan adanya bekuan darah ditambah peradangan dalam vena. Karakteristik tromboflebitis adalah adanya nyeri terlokalisasi, kemerahan, hangat, dan pembengkakan sekitar area insersi

atau sepanjang vena, imobilisasi ekstremitas karena ada rasa tidak nyaman dan pembengkakan, kecepatan aliran yang tersendat, demam, dan malaise.

#### 4. Emboli udara

Emboli udara adalah masuknya udara ke sirkulasi darah sebagai akibat masuknya udara dalam cairan ke dalam pembuluh darah.

#### 5. Lama hari perawatan

Terjadinya flebitis dapat memperpanjang masa perawatan pasien di rumah sakit sehingga akan menambah beban ekonomi dan sosial pasien.

#### 6. Kematian

Flebitis merupakan predisposisi terjadinya komplikasi infeksi sistemik (septicemia) yang dapat membahayakan pasien bila tidak segera dilakukan penanganan yang tepat.

## 2.2 Konsep Dasar Teknik Aseptik

### 2.2.1 Pemasangan *IV line*

#### 1. Pengertian Pemasangan *IV line*

Kanulasi Intravena adalah sebuah teknik yang digunakan untuk memungsi vena secara transkutan dengan menggunakan stilet tajam kaku, dilakukan dengan teknik steril dengan tujuan umum memasukkan cairan dalam jumlah tertentu melalui vena penderita secara maintenance dalam jangka waktu tertentu (Linda Tjien, 2004).

Kanulasi Intravena adalah tindakan memasukkan suatu bahan atau kanul ke dalam pembuluh darah, baik pembuluh darah perifer maupun sentral (Depkes, 2004). Vena sentralis digunakan untuk memonitor tekanan vena sentral, memberikan nutrisi parenteral obat dan cairan dengan

osmolaritas lebih dari 900 mOsm/L, serta untuk pemberian terapi jangka panjang. Sedangkan jalur vena perifer sesuai untuk berbagai obat dan cairan isotonik seperti NaCl 0,9% dan ringer laktat serta untuk terapi jangka pendek (Linda Tjien, 2004).

## **2. Tujuan Pemasangan *IV line***

Menurut Craven (2000), tujuan kateter intravena adalah memasukkan cairan ke dalam vena untuk mencegah, mengembalikan keseimbangan cairan atau elektrolit, menghantarkan obat, nutrisi atau darah dengan tujuan untuk pertahanan, penggantian, pengobatan, diagnosa, atau monitoring.

## **3. Risiko Pemasangan *IV line***

Keberadaan kateter sebagai benda asing yang akan memicu pembentukan selaput fibrin sepanjang kateter, dimana selaput fibrin tersebut terdiri atas substansi yang kotor, protein, dan trombosit. Protein dan trombosit menyebabkan perlekatan mikroorganisme dengan kateter. Organisme masuk ke dalam pembuluh darah melalui kateter tersebut dan akan mengganggu mekanisme pertahanan tubuh. Organisme mulai terbawa aliran darah. Mekanisme kontaminasi kateter adalah sebagai berikut:

1. Pada tempat pungsi vena, organisme yang ada di kulit pasien bermigrasi masuk melalui kateter
2. Kontaminasi tempat sambungan yang selanjutnya menyebabkan kolonisasi intra luminal dalam jangka waktu yang lama.
3. Kateter juga dapat terinfeksi dari tempat lain

Sumber kontaminasi kateter intravaskular adalah flora kulit pasien yang dapat mengkontaminasi ujung kateter sewaktu dimasukkan, flora pada



tangan staf medik dan paramedik yang dapat mengkontaminasi sambungan kateter, penyebaran organisme lewat darah dari sumber infeksi tempat lain atau cairan infus yang telah terkontaminasi.

Dalam penelitian invitro menunjukkan bahwa kateter yang terbuat dari *polyvinylchloride* atau *polyethylene* kurang resisten terhadap penempelan mikroorganisme dibandingkan kateter yang terbuat dari *teflon*, *silicon elastomer* atau *polyurethane*. Sebagian bahan kateter juga mempunyai permukaan yang tidak rata yang dapat memperbesar perlengketan mikroorganisme, misalnya *Coagulase-negatif Staphylococci*, *Acinetobacter colcoaceticus*, dan *Pseudomonas aeruginosa*. *Staphylococcus aureus* dapat menempel ke protein penjamu antara lain fibrinektin yang biasanya ada dalam kateter, sedangkan *Coagulase-negatif Staphylococci* lebih cepat menempel pada permukaan polimer dibandingkan *E.Coli* atau *S.Aureus*. Selain itu, *Coagulase-negatif Staphylococci* menghasilkan polisakarida ekstraseluler (*slime*), dimana *slime* ini meningkatkan patogenesitas *Coagulase-negatif Staphylococci* dengan cara menghalangi mekanisme pertahanan penjamu (*blockade* leukosit terhadap *polymorphonuclear*) atau dengan meluluhkan kepekaan terhadap bahan antimikroba (membentuk matriks yang mengikat antimikroba sebelum kontak dengan dinding sel organisme). *Candida* tertentu dengan adanya cairan yang mengandung glukosa, dapat memproduksi *slime* yang akan meningkatkan proporsi infeksi intravena (Depkes, 2004).

Menurut Wiguna (2008), risiko pemasangan kateter intravena adalah:

1. Ekstravasasi cairan, yaitu infus masuk ke jaringan sekitar insersi kanula

2. Flebitis, yaitu pembengkakan, kemerahan, rasa nyeri sepanjang vena.
3. Trombosis, yaitu pembengkakan sepanjang vena yang dapat menghambat aliran infus.
4. Kolonisasi kanul
5. Septikemia, terjadi bila kuman menyebar secara hematogen dari kanul.
6. Supurasi, yaitu bentuk pus di sekitar insersi kanul.

#### **4. Lokasi Pemasangan *IV line* menurut Darmawan (2008)**

##### 1, Kateter intravena perifer

###### a. Vena dari tangan

1. Digital sirip punggung
2. Dorsal metacarpal vena
3. Cephalic vena
4. Basilika vena

###### b. Vena bawah lengan

1. Medianakubiti vena
2. Aksesori cephalic vena
3. Basilika vena
4. Mediana antebrachi

##### 2. Kateter intravena sentral

###### a. Vena subklavia

###### b. Vena jugularis

###### c. Vena femoralis

#### **5. Tindakan Keperawatan Pemasangan *IV line***

Pemasangan kanul kateter dapat dilakukan dengan baik pada vena perifer ataupun vena sentral. Perawat hanya memiliki wewenang dalam pemasangan kateter intravena perifer. Setelah rencana pengobatan intravena ditentukan, perawat harus mengetahui jenis cairan yang digunakan, perlengkapan yang dibutuhkan, prosedur yang dilaksanakan, mengatur aliran cairan intravena, mengidentifikasi dan mengecek permasalahan pasien serta menghentikan aliran

cairan intravena bila semua cairan yang direkomendasikan telah diberikan serta bila terjadi komplikasi (Craven, 2000). Menurut Perry & Potter, 2005; 1652, teknik pemasangan kanula keteter perifer adalah sebagai berikut:

#### 1. Persiapan alat

Cairan intravena, selang intravena (*IV line*), jarum intravena, filter 0,22 mm (jika diperlukan sesuai kebijakan instansi atau jika bahan berpartikel akan diberikan), apas alkohol, kasa steril, sarung tangan steril, tourniquet, pengalas, plester, gunting, jam, bengkok, dan tiang infus.

#### 2. Prosedur pelaksanaan kateterisasi

##### a. Tahap pre-interaksi

1. Pastikan jenis cairan yang akan dipasang sesuai catatan medis
2. Siapkan semua alat yang akan digunakan untuk pemasangan kateter intravena pada tempat yang telah ditentukan
3. Perawat mencuci tangan secara prosedural (teknik aseptik).

##### b. Tahap interaksi

1. Berikan salam dan panggil nama klien
2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada pasien dan keluarganya
3. Menyiapkan kateter intravena yang akan dipasang:
  - a. Periksa cairan dengan teknik 5 benar pemberian obat.
  - b. Buka set infus, pertahankan sterilitas di kedua ujungnya.
  - c. Tempatkan klem tepat di bawah bilik tetesan dan gerakkan klem ke posisi penghentian infus.

- d. Lepaskan penutup pelindung dari kantung cairan dan ujung insersi selang tanpa menyentuhnya, kemudian masukkan ke dalam ujung botol intravena yang terbuat dari karet.
- e. Isi selang infus:
  1. Tekan bilik tetesan kemudian lepaskan
  2. Buka pelindung jarum dan geser klem infus set sehingga aliran infus mengalir melalui selang ke adapter jarum untuk mengeluarkan udara dalam selang. Gerakkan kembali klem penggeser ke posisi penghentian aliran.
  3. Pastikan selang bebas dari gelembung udara
- c. Tahap kerja
  1. Dekatkan alat dan beritahu pasien bahwa akan dilakukan penusukan (pungsi vena).
  2. Menyiapkan area yang akan dipasang kateter *IV line*:
  3. Hindari daerah penonjolan tulang
  4. Gunakan vena di bagian distal terlebih dahulu
  5. Hindarkan pemasangan IV di pergelangan tangan, daerah yang mengalami peradangan, di antekubital, ekstremitas yang sensasinya menurun atau di tangan yang dominan
  6. Letakkan pengalas di bawah area yang akan dipasang *IV line*.
  7. Pasang torniquet kurang lebih 5 cm di atas tempat yang akan dilakukan penusukan.

8. Menepuk-nepuk vena dari arah proksimal ke distal atau menganjurkan pasien untuk mengepal dan membukanya beberapa kali, palpasi, pastikan tekanan area yang akan ditusuk.
9. Membersihkan kulit yang akan diinsersi dengan *menscrub* menggunakan kapas alkohol, arah melingkar dari dalam keluar.
10. Memegang jarum dalam posisi 30 derajat sejajar vena yang akan ditusuk, lalu tusuk secara perlahan dan pasti (posisi lubang jarum menghadap ke atas).
11. Lihat aliran baik melalui selang jarum kupu-kupu atau ONC yang mengindikasikan bahwa jarum telah masuk vena. Rendahkan jarum sampai hampir menyentuh kulit, masukkan lagi kateter sekitar seperempat inchi ke dalam vena
12. Melepaskan torniquet dan *stylet* dari ONC
13. Hubungkan selang *IV line* dengan jalur dan alirkan cairan intravena sampai mengalir lancar.
14. Pasang plester sebagai fiksasi di atas pangkal jarum.
15. Tutup luka tusukan dengan kasa steril yang sudah diberi desinfektan.
16. Memfiksasi posisi jarum menggunakan plester dengan desain lokasi jarum berjendela sehingga mudah dievaluasi tanda-tanda inflamasinya, jika mungkin gunakan plester steril transparan. Sarung tangan dapat dilepas supaya tidak mengganggu balutan
17. Mengatur tetesan cairan sesuai advis dokter.
18. Tulis tanggal dan waktu pemasangan selang IV pada balutan IV.

d. Tahap terminasi

1. Evaluasi kelancaran cairan dan observasi klien tiap jam untuk menentukan responnya terhadap terapi cairan dan dokumentasikan pada catatan perawat
2. Beri informasi pada pasien dan keluarga tentang hal-hal yang dapat mengganggu kelancaran cairan.
3. Alat dikembalikan pada tempatnya dan alat yang sekali pakai dibuang pada tempat sampah medis.
4. Perawat cuci tangan, perawatan dan pemeliharaan terapi kateter intravena

**6. Perawatan Pemasangan *IV line***

1. Penggantian balutan darah insersi

Direkomendasikan bahwa penggantian kateter intravena diganti setiap 72 jam untuk memperkecil potensial terjadinya inflamasi lokal. Balutan di atas tempat penusukan boleh diganti saat itu dan dioleskan iodium atau salep antibiotik (tergantung kebijakan instansi) di atas tempat tusukan jarum serta ditutup dengan gas steril (*The Center For Disease Control*).

2. Penggantian tempat pemasangan *IV line*

*The Center For Disease Control* mengemukakan bahwa penggantian tempat pemasangan *IV line* setiap 72 jam (ke arah kranial) akan menurunkan potensial terjadinya flebitis. Dengan demikian dengan mempermudah dalam mengetahui masalah secara dini. Perawat juga harus memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk penatalaksanaan dan monitoring terapi intravena secara mandiri.

### 3. Pengaturan kecepatan tetesan

Perawat seharusnya dapat memahami order tertulis dari dokter mengenai faktor tetesan per menit. Kecepatan aliran cairan dapat dihitung dengan formula sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah cairan yang akan diberikan} \times \text{faktor tetesan}}{\text{Total waktu}} = \text{tetes/menit}$$

Rumus:

Tetes makro: 1 cc = 15 tetes

Tetes mikro : 1 cc = 60 tetes

Tetean/menit= jumlah cairan yang dimasukkan (cc)

### 4. Penggantian botol/kemasan cairan intravena

Penggantian botol/kemasan cairan pada sebagian besar kasus biasanya untuk menambah cairan. Tetapi apabila cairan menetes terlalu lambat demi untuk menjaga vena tidak kolaps, botol digantung dalam tenggang waktu yang lama (Hidayat, 2006).

Menurut Brunner & Suddarth (2002) tentang prosedur kerja perawatan intravena (ganti balutan) adalah sebagai berikut:

1. Kaji adanya kebutuhan untuk mengganti balutan, waktu penggantian balutan terakhir, kelembapan dan kueutuhab balutan saat terpasang, sistem *IV line* apa berfungsi dengan baik.
2. Persiapan alat:
 

Kassa steril ukuran 2x2 atau balutan transparan, lautan/ salep yodium-povidon, piset (pengangkat plester), kapas alkohol, lembaran plester, sarung tangan steril.
3. Jelaskan prosedur pada pasien dan keluarga
4. Cuci tangan secara prosedural dan gunakan sarung tangan steril.

5. Lepas balutan transparan searah pertumbuhan rambut pasien atau lepas plester dan kassa dari balutan yang lama selapis demi selapis, biar plester yang memfiksasi jarum IV atau kateter tetap ditempat.
6. Hentikan infusan jika terjadi infiltrasi, flebitis, atau jika dokter memberikan intruksi untuk menghentikan infus tersebut.
7. Bila infus IV mengalir dengan baik, lepaskan plester yang memfiksasi jarum atau kateter, stabilakan dengan satu tangan.
8. Gunakan pengangkat plester untuk mengangkat sisa plester.
9. Bersihkan tempat insersi dengan gerakan memutar mulai dari tempat pungsi ke arah luar dengan menggunakan iodum-povidon, biarkan mengering selama 30 detik.
10. Oleskan salep atau iodum-povidon ditempat pungsi vena, biarkan mengering. Rekatkan plester di bawah kateter dengan menghadap ke atas untuk memfiksasi kateter dan rekatkan lagi di atas kateter.
11. Pasang kassa berukuran 2x2 atau balutan transparan di atas pungsi vena.
12. Fiksasi selang IV dengan lembaran plester tambahan.
13. Tulis tanggal dan waktu penggantian balutan langsung pada balutan.
14. Bersekan peralatan yang telah digunakan, buang sampah-sampah medis di tempatnya, lalu cuci tangan.
15. Kaji kembali fungsi dan kepatenan sistem *IV line* sebagai respon terhadap penggantian balutan.

Menurut Brunner & Suddarth (2002) tentang prosedur kerja perawatan intravena (ganti selang intravena) adalah sebagai berikut:

1. Tentukan waktu yang dibenarkan untuk mengganti set infus yang baru:



- a. Larutan pertama yang telah digantung selama sehari (24 jam)
  - b. Adanya lubang pada selang infus
  - c. Kontaminasi
  - d. Adanya hambatan pada selang IV, misal setelah infus sel darah merah kemasan, darah lengkap, atau albumin.
  - e. Tanggal yang tertera pada selang mengindikasikan bahwa selang telah terpasang selama 48 jam.
2. Persiapan alat:
- a. Selang *IV line*
  - b. Kassa steril ukuran 2 x 2 atau balutan transparan
  - c. Laruta atau salep iodine-povidone
  - d. Pengangkat plester
  - e. Swab alkohol
  - f. Beberapa potong plester
  - g. Sarung tangan steril
3. Jelaskan prosedur kepada pasien
4. Cuci tangan secara prosedural
5. Buka set infus yang baru, pertahankan penutup pelindung di atas dan hubungan dengan hub jarum atau kateter, lakukan dengan prinsip steril.

Menurut Brunner & Suddarth (2002) tentang prosedur kerja perawatan intravena (ganti larutan intravena) adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi klien dan kaji kembali program intruksi dokter.
2. Siapkan pengganti larutan jika sisa cairan dalam botol kurang dari 50 ml
3. Pastikan bilik tetesan masih setengah penuh

4. Cuci tangan
5. Siapkan larutan baru untuk mengganti cairan yang lama, bila berada dalam wadah plastik lepas pembungkus pelindungnya. Bila wadah menggunakan botol gelas, lepas penutup logam, cakram karet pertahankan sterilitas tempat masuknya selang *IV line*.
6. Geser klem penggeser untuk menurunkan kecepatan aliran
7. Lepaskan botol alutan lama dari tiang infus
8. Dengan cepat lepaskan *spike* dari larutan infus lama dan pasangkan ke botol larutan yang baru tanpa menyentuh ujungnya.
9. Gantung kantung atau botol yang baru, buang yang lama pada sampah medis (tergantung kebijakan instansi).
10. Periksa adanya udara dalam selang. Bila da, keluarkan udara tersebut dari dalam selang.
11. Atur kecepatan aliran sesuai dengan kecepatan yang diprogramkan
12. Observasi sistem vena untuk memeriksa kepatenan, tidak ada infiltrasi, flebitis serta observasi respon klien terhadap cairan infus.

### **2.2.2 Definisi Cuci Tangan**

Cuci tangan (*hand wash*) adalah suatu kegiatan membersihkan tangan dengan air mengalir ditambah sabun atau sabun antiseptik yang bertujuan untuk membersihkan tangan dari kotoran dan debu secara mekanis serta mengurangi mikroorganisme sementara (Linda Tietjen, 2004).

Mikroorganisme pada kulit manusia diklasifikasikan menjadi dua kelompok, yaitu flora residen dan flora transien. Flora residen adalah mikroorganisme yang banyak hidup di kuku dan garis kulit tangan.

Mikroorganisme ini secara konsisten dapat diisolasi dari tangan manusia, tidak mudah dihilangkan dengan gesekan mekanis dan telah beradaptasi pada kehidupan tangan manusia. Sedangkan flora transien adalah mikroorganisme penyebab infeksi nosokomial yang biasa hidup di sekitar kuku. Mikroorganisme ini disebut juga flora transit atau flora kontaminasi, jenisnya tergantung dari lingkungan yang dapat bertahan sampai 24 jam, mudah dihilangkan dengan gesekan mekanis dan pencucian tangan menggunakan sabun. Oleh karena itu cuci tangan adalah cara pencegahan infeksi yang paling penting (Linda Tietjen, 2004).

Cuci tangan harus dilakukan pada saat diantisipasi terjadi perpindahan kuman melalui tangan, yaitu pada saat:

1. Tiba di tempat kerja dan akan meninggalkan tempat kerja
2. Sebelum atau sesudah:
  - a. Memulai pekerjaan.
  - b. Memeriksa (kontak langsung dengan pasien).
  - c. Memakai sarung tangan steril atau sarung tangan yang telah didesinfeksi tingkat tinggi (DTT) untuk melakukan suatu tindakan.

Cuci tangan sesudah melepas sarung tangan karena ada kemungkinan sarung tangan lubang atau robek sehingga bakteri mudah berkembang biak di lingkungan yang hangat dan basah di dalam sarung tangan.
  - d. Memakai peralatan yang telah di-DTT.
  - e. Memegang instrumen dan bahan-bahan yang berisiko terkontaminasi.
  - f. Melakukan injeksi.
  - g. Menyentuh membran mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya.

- h. Kontak intensif dan lama dengan pasien.
- i. Dari kamar mandi.
- j. Setelah bersin atau batuk.
- k. Mengonsumsi makanan dan atau minuman

(*WHO Consensus Recommendations Hand Hygiene in Health Care*, 2009 dalam Candace F & William N, 2011).

### 2.2.3 Sarana Cuci Tangan

Menurut Linda Tietjen (2004), cuci tangan prosedural dapat dilakukan dengan baik jika ditunjang sarana dan prasarana yang memadai, antara lain:

#### 1. Air mengalir

Sarana utama untuk cuci tangan adalah ketersediaan air mengalir dengan saluran pembuangan yang memadai. Dengan guyuran air mengalir tersebut maka mikroorganisme akan terlepas karena gesekan mekanis atau kimiawi saat cuci tangan. Air mengalir tersebut dapat berupa kran atau dengan memakai gayung. Namun, dengan memakai gayung berisiko cukup besar untuk terjadinya pencemaran, baik melalui gagang gayung ataupun percikan air bekas cucian kembali ke bak penampungan air bersih. Hindari mencuci tangan di waskom, walau telah ditambahkan bahan antiseptik karena mikroorganisme dapat bertahan dan berkembang biak di air yang menggenang atau basah.

#### 2. Sabun

Bahan ini tidak membunuh mikroorganisme tetapi menghambat dan mengurangi jumlah mikroorganisme. Jumlah mikroorganisme semakin berkurang dengan meningkatnya frekuensi cuci tangan. Namun, bila terlalu sering menggunakan sabun atau deterjen membuat lapisan lemak akan hilang

dan membuat kulit menjadi kering dan pecah-pecah. Hilangnya lapisan lemak akan memberi peluang untuk tumbuhnya kembali mikroorganisme.

### 3. Larutan antiseptik

Antiseptik merupakan zat yang digunakan pada permukaan kulit untuk menghambat pertumbuhan atau membunuh mikroorganisme (baik bersifat sementara maupun tetap) sehingga dapat mengurangi jumlah bakteri secara keseluruhan. Penggunaan antiseptik tangan harus dilakukan sebelum:

1. Memeriksa atau merawat pasien yang rentan (misalnya bayi prematur, pasien manula, atau penderita penyakit AIDS stadium lanjut)
2. Melakukan prosedur invasif, seperti pemasangan alat intravaskuler
3. Meninggalkan ruang pasien, kewaspadaan kontak (misalnya hepatitis A atau E) atau penderita infeksi yang kebal terhadap berbagai antibiotik.

Antiseptik yang biasa digunakan menurut Linda Tietjen (2004) antara lain:

#### 1. Alkohol

Alkohol yang sering digunakan adalah *ethyl alcohol* atau *etanol* (60-90%), *1-propanol* (60-70%) dan *2-propanol/isopropanol* (70-80%). Kadar antiseptik alkohol yang paling baik yaitu 70%-90% dan yang biasa dipakai yaitu alkohol 70% karena tersedia cukup molekul air yang mempercepat proses penguapan dan proses penetrasi ke jaringan.

Keuntungan:

1. Berspektrum luas dan cepat mengurangi mikroorganisme di kulit, efektif membunuh jamur dan bakteri, serta semua jenis virus termasuk virus hepatitis (HBV) dan HIV. Penggunaan alkohol 70% pada tangan dapat mengurangi jumlah bakteri sampai 99,7%.

2. Mekanisme kerja alkohol adalah mendenaturasi protein dengan jalan dehidrasi dan juga melarutkan lemak
3. Melindungi organisme tumbuh kembali bahkan di bawah sarung tangan selama beberapa jam
4. Relatif murah dan mudah diperoleh dimana-mana

#### Kerugian

1. Tidak bersifat sporisidal.
  2. Memerlukan emolien (misalnya *gliserin* atau *propilen glikol*) untuk mencegah pengeringan kulit.
  3. Mudah dinaktivasi oleh bahan-bahan organik.
  4. Mudah terbakar sehingga perlu disimpan di tempat yang dingin.
  5. Merusak karet atau lateks.
  6. Menimbulkan rasa terbakar pada kulit yang terkelupas.
  7. Tidak dapat dipakai sebagai bahan pembersih.
  8. Tidak dapat dipakai untuk selaput lendir (misalnya vagina) karena dapat mengeringkan dan mengiritasi selaput lendir sehingga merangsang pertumbuhan mikroorganisme.
2. *Klorheksidin glukonat*

*Klorheksidin glukonat (CHG)* adalah antiseptik yang sangat baik. Ia tetap aktif terhadap mikroorganisme di kulit beberapa jam sesudah pemberian serta aman untuk bayi dan anak. Konsentrasi *klorheksidin glukonat (CHG)* yang dianjurkan adalah 2-4%. Formulasi baru (2%) tanpa air, dicampur alkohol juga efektif.

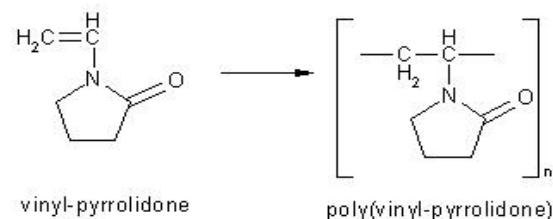
Keuntungan:

1. Antimikrobal berspektrum luas terhadap bakteri dan bekerja lebih efektif terhadap bakteri gram positif daripada gram negatif.
2. Mempunyai efek antibakteri dengan mengganggu sel membran bakteri dan menyebabkan presipitasi dari isi sel bakteri.
3. Tidak menimbulkan efek toksik, bahkan bila digunakan pada bayi baru lahir sekalipun, karena penyerapannya pada kulit minimal.
4. Secara kimiawi aktif minimal 6 jam
5. Perlindungan kimiawi meningkat dengan penggunaan berulang
6. Pengaruh material organik minimal.

Kerugian:

1. Mahal dan tidak selalu tersedia.
2. Efek dapat dinetralisasi oleh sabun, air dan beberapa krim tangan.
3. Tidak efektif terhadap basil TBC, namun efektif melawan jamur.
4. Tidak dapat dipakai pada pH >8 karena mengalami dekomposisi.
5. Hindari kontak dengan mata karena akan menyebabkan kerusakan pada kornea mata dan konjungtivitis.
6. Menyebabkan sindroma urtikaria yang berlanjut reaksi anafilaksis.

### 3. Iodin dan *iodofor*



Gambar 2.1 Povidon

Larutan *iodium* 3% sangat efektif dan tersedia dalam bentuk cair (*lugol*) dan *tinktur* (*iodium* dalam alkohol 70%). *Iodofor* 7,5-10% adalah larutan *iodium* dicampur dengan *polivinil pirolidon* (*povidon*).

**Keuntungan:**

1. *Iodoform* berspektrum luas membunuh bakteri vegetatif (bakteri gram positif dan negatif), virus, dan jamur. Namun, ia memerlukan waktu 2 menit untuk mengeluarkan iodium bebas yang berefek membunuh bakteri dengan cepat.
2. Umumnya nontoksik dan non iritatif pada kulit dan selaput lendir, kecuali bila pasien alergi terhadap iodium.
3. Preparat *iodium* cair murah, efektif, dan tersedia dimana-mana.

**Kerugian:**

1. Efek antimikrobia lambat/ perlahan
2. *Iodoform* mempunyai efek residual yang kecil
3. Cepat dinaktivasi oleh material organik, seperti darah atau dahak.
4. *Iodium tinktur* dapat mengiritasi kulit dan harus dibersihkan dari kulit sesudah kering (pakai alkohol).
5. Absorpsi *iodium* bebas melalui kulit dan selaput lendir dapat mengakibatkan hipertiroidisma pada bayi baru lahir.
6. Reaksi alergi dapat terjadi, jadi cek riwayat alergi.

**4. Heksaklorofen****Keuntungan:**

Efektif terhadap bakteri gram (+), seperti stafilokokus,

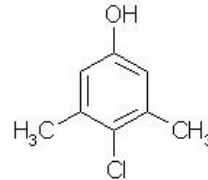
**Kerugian:**

1. Kurang efektif pada gram (-), virus, mikrobakteria TBC, dan fungi.
2. Berefek lambat dalam hal membunuh bakteri.
3. Bersifat neurotoksik dan dapat menembus kulit bayi baru lahir.



4. Jangan dipakai pada kulit atau selaput lendir yang terluka.
5. Bila digunakan dalam jangka waktu lama tanpa indikasi yang jelas, akan meningkatkan jumlah pertumbuhan flora normal kulit.

5. *Para-kloro-meta-xilenol*



Gambar 2.2 *Klorosilenol*

*Kloroheksilenol (Para-kloro-meta-xilenol atau PCMX)* adalah derivat halogen dari silenol yang luas tersedia dalam konsentrasi 0,5-4%.

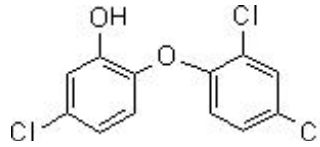
Keuntungan:

1. Aktifitas berspektrum luas pada bakteri gram (+) khususnya *pseudomonas sp*, virus dan jamur.
2. Bekerja aktif pada suasana basa
3. Minimal efek terhadap materi organik
4. Efek residu tahan sampai beberapa jam..

Kerugian:

1. Membunuh mikroorganisme dengan memecah dinding sel dan menginaktifkan enzim sehingga merupakan penghapus kuman yang beraktifitas rendah dibandingkan dengan alkohol, iodium, iodoform
2. Kurang efektif pada gram (-) dan flora kulit.
3. Diinaktivasi oleh sabun (surfaktan nonionik).
4. Tidak boleh digunakan pada bayi baru lahir karena dapat menyerap dengan cepat dan potensial meracuni.

6. *Triclosan*

Gambar 2.3 *Triclosan*

*Triclosan* adalah substansi tidak berwarna dalam sabun sebagai antimikrobia. Konsentrasi 0,2-2% mempunyai aktifitas antimikrobia sedang terhadap bakteri gram (+), mikrobakteria dan jamur tetapi tidak terhadap bakteri gram (-), khususnya *pseudomonas aeruginosa*. Kadar *triclosan* yang direkomendasikan yaitu 0,2%, dimana merupakan kadar minimal yang dapat bekerja maksimal sebagai antibakteri. Saat ini dilaporkan angka resistensi bakteri merugikan terhadap *triclosan* meningkat.

Keuntungan:

1. Aktivitas antibakteri berspektrum luas dengan merusak dinding sel bakteri, berdaya antimikrobia sedang untuk bakteri gram (+).
2. Dapat diabsorpsi melalui kulit dan bersifat non alergik non mutagenik pada penggunaan jangka pendek.
3. Persistensi sangat bagus.
4. Minimal efek terhadap materi organik.

Kerugian:

1. Berefek lemah terhadap bakteri gram (-), jamur dan virus.
2. Tidak ada efeknya pada *pseudomonas aeruginosa*.
3. Bersifat bakteriostatik (hanya mencegah pertumbuhan).

#### 7. *Microcyn*

*Microcyn* adalah senyawa air, *natrium klorida* (0,023%), *natrium hipoklorit* (0,004%), dan *asam hipoklorit* (0,003%). *Microcyn* bersifat netral dalam pH, bersengat, dan hambar. Tidak melukai jaringan normal. Hal ini efektif

terhadap *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) dan bakteri lain untuk jamur, bentuk penyakit virus seperti HIV, dan beberapa spora Antiseptik memiliki keragaman efektifitas, aktifitas, akibat dan rasa pada kulit setelah dipakai sesuai dengan jenis antiseptik tersebut dan reaksi kulit masing-masing individu. Kulit manusia tidak dapat disterilkan. Tujuan yang ingin dicapai adalah penurunan jumlah mikroorganisme pada kulit secara maksimal terutama kuman transien. Kriteria memilih antiseptik:

1. Berefek luas, menghambat atau merusak mikroorganisme gram (+) dan gram (-), virus lipofilik, basilus dan tuberkulosis, fungi, endospora)
2. Efektif
3. Efek residu, aksi lama setelah pemakaian untuk meredam pertumbuhan
4. Tidak menimbulkan iritasi kulit
5. Efektif sekali pakai, tidak perlu diulang-ulang

Hal yang harus diperhatikan pada penggunaan antiseptik antara lain:


1. Semua antiseptik dapat tercemar.
2. Siapkan wadah untuk kebutuhan sehari-hari, jangan menambahkan lagi bila antiseptik yang sebelumnya masih ada karena menyebabkan kontaminasi.
3. Botol yang sudah dibuka harus habis dalam 1 minggu.
4. Simpan dalam tempat dingin.
5. Cuci wadah setiap mengganti dan keringkan dahulu sebelum mengisi ulang
6. Beri label dan catat tanggal penggantian
7. Pemakaiannya dengan cara menuang dan bukan dengan mencelupkan kasa

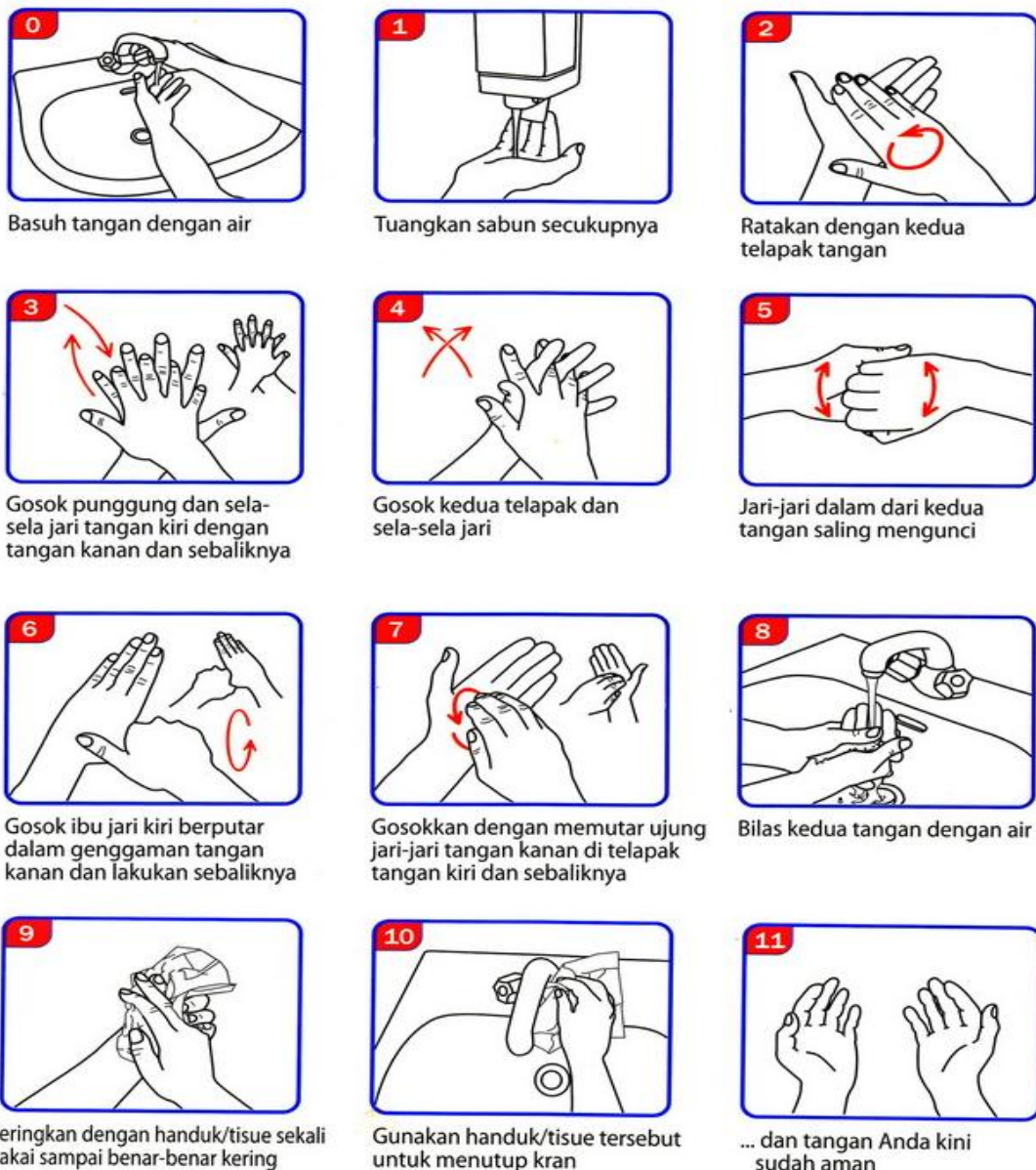
#### 2.2.4 Langkah Cuci Tangan Menggunakan *Triclosan 0,2 %*

SOP RSD Sidoarjo 2011 tentang Cuci Tangan yang telah disesuaikan UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan dan SK Menteri Kesehatan No. 1333 tahun 1999 tentang Penerapan Standart Pelayanan Rumah Sakit:

1. Gunakan wastafel dengan air mengalir dan sabun antimikrobia
2. Lepas jam tangan dan gulung lengan panjang ke atas pergelangan tangan.
3. Hindari memakai cincin dan jaga kuku supaya tetap pendek dan rata
4. Jaga tangan tidak menyentuh wastafel, bila menyentuh ulangi cuci tangan
5. Hindari percikan air mengenai seragam
6. Basahi tangan dan lengan bawah, pertahankan supaya tangan dan lengan bawah lebih rendah daripada siku selama mencuci tangan
7. Gunakan sedikit sabun antimikrobia cair pada tangan
8. Gosok kedua tangan dengan langkah:
  - a. Telapak tangan bertemu telapak tangan
  - b. Telapak tangan kiri telungkupkan ke punggung tangan kanan dan sebaliknya
  - c. Kedua telapak tangan mengatup dan jari-jari terjalin
  - d. Letakkan tangan bagian belakang jari ke telapak dengan jari terkunci bergantian kanan dan kiri
  - e. Gosok dan putar ibu jari tangan kanan dan sebaliknya
  - f. Telungkupkan kelima ujung jari tangan kiri di atas telapak tangan kanan, kerjakan sebaliknya dengan gerakan sirkular maju dan mundur minimal masing-masing 5 kali. Pertahankan ujung jari berada di bawah
9. Bilas tangan dan pergelangan tangan dengan seksama

10. Keringkan tangan dengan seksama dari ujung jari ke pergelangan tangan dan lengan bawah dengan handuk kertas atau pengering
11. Buang handuk kertas pada tempat sampah.
12. Untuk menutup kran, pakai handuk kertas yang kering.

 **Lamanya seluruh prosedur: 40-60 detik**



Sumber: Linda Tietjen, 2004

Gambar 2.4 Langkah Cuci Tangan Prosedural

Tabel 2.3 Larutan Antiseptik: Aktifitas Mikrobiologi dan Kegunaan Potensial

Kelompok	Aktifitas Melawan Bakteri						Kegunaan Potensial	
	Gram Positif	Gram Negatif	TB	Virus	Jamur	Endospora	Kecepatan Relatif	Keterangan
<i>Alkohol (60-90% etil atau isopropil)</i>	Sangat baik	Sangat baik	Sangat baik	Sangat baik	Sangat baik	Nihil	Cepat	Tidak digunakan pada selaput lendir, tidak baik untuk pembersihan kulit yang kotor, tidak bertahan lama
<i>Klorheksidin (2-4%) (Hibitane, Hibiscrub)</i>	Sangat baik	Baik	Sedang	Sangat baik	Sedang	Nihil	Sedang	Memiliki daya tahan yang bagus, beracun untuk mata dan teinga
Preparat <i>Iodine (3%)</i>	Sangat baik	Sangat baik	Sangat baik	Sangat baik	Baik	Sedang	Sedang	Tidak digunakan pada selaput lendir, bisa membakar kulit, hilang setelah beberapa menit
<i>Iodofor (7,5-10%) (Betadine)</i>	Sangat baik	Sangat baik	Sedang	Baik	Baik	Nihil	Sedang	Bisa digunakan pada selaput lendir
<i>Para-Kloro-Metaksilenol (PCMX) (0,5-4%)</i>	Baik	Sangat baik	Sedang	Baik	Sedang	Tidak diketahui	Lambat	Menembus pada kulit, jangan digunakan pada bayi baru lahir
<i>Triclosan (0,2-2%)</i>	Sangat baik	Baik	Sedang	Sangat baik	Nihil	Tidak diketahui	Sedang	Penerimaan pada tangan bervariasi

Sumber: Diadaptasi dari Boyce dan Pitter 2002 dalam Linda Tietjen, 2004

## 2.2.5 *Handscrub* Berbasis Alkohol

### 1. Pengertian

Suatu proses menggosok kedua telapak tangan dengan antiseptik alkohol 70% yang bereaksi cepat untuk menghilangkan sementara atau mengurangi flora sementara dan mikroorganisme tetap serta melindungi kulit tanpa menggunakan air, tetapi tidak menghilangkan kotoran atau zat organik (Komite Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD Dr. Soetomo, 2008).

### 2. Tujuan

Membunuh flora residen dan flora transien pada kulit telapak tangan secara lebih efektif dengan waktu relatif singkat (Candace F & William N, 2011).

### 3. Manfaat

*Handscrub* berbasis alkohol lebih efektif dibandingkan cuci tangan memakai sabun antiseptik, dapat disediakan tanpa mempertimbangkan penggunaan air, butuh waktu sedikit untuk digunakan sehingga meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan, serta kecil kemungkinan menyebabkan iritasi pada kulit (Candace F & William N, 2011).

### 4. Hal yang perlu diperhatikan menurut Candace F & William N (2011):

- a. *Handscrub* berbasis alkohol lebih efektif membunuh mikroorganisme pada tangan yang bersih daripada mencuci tangan dengan sabun antiseptik atau sabun biasa dengan air.
- b. *Handscrub* bukan pengganti cuci tangan sehingga jika tangan sangat kotor atau terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh, maka harus mencuci tangan dengan sabun dan air
- c. Cuci tangan dengan sabun dan air untuk mengurangi penumpukan *emolien* (cairan organik seperti gliserol, propin glikol atau sorbitol yang

ditambahkan pada *handscrub* untuk mencegah kerusakan kulit) pada tangan setelah pemakaian *handscrub* berulang (perbandingan 5 : 1, yaitu 5 kali *handscrub* : 1 kali cuci tangan dengan sabun dan air).

- d. Terapkan 7 langkah cuci tangan dengan benar.
- e. Cuci dengan deterjen dan keringkan dispenser sebelum mengisi kembali.
- f. Jangan menambahkan cairan *handscrub* bila belum habis
- g. Siapkan di ruang perawat minimal 2 dispenser *handscrub* atau setiap petugas diharuskan membawa dispenser *handscrub* di kantong bajunya.

### **5. Teknik Penggunaan *Handscrub***

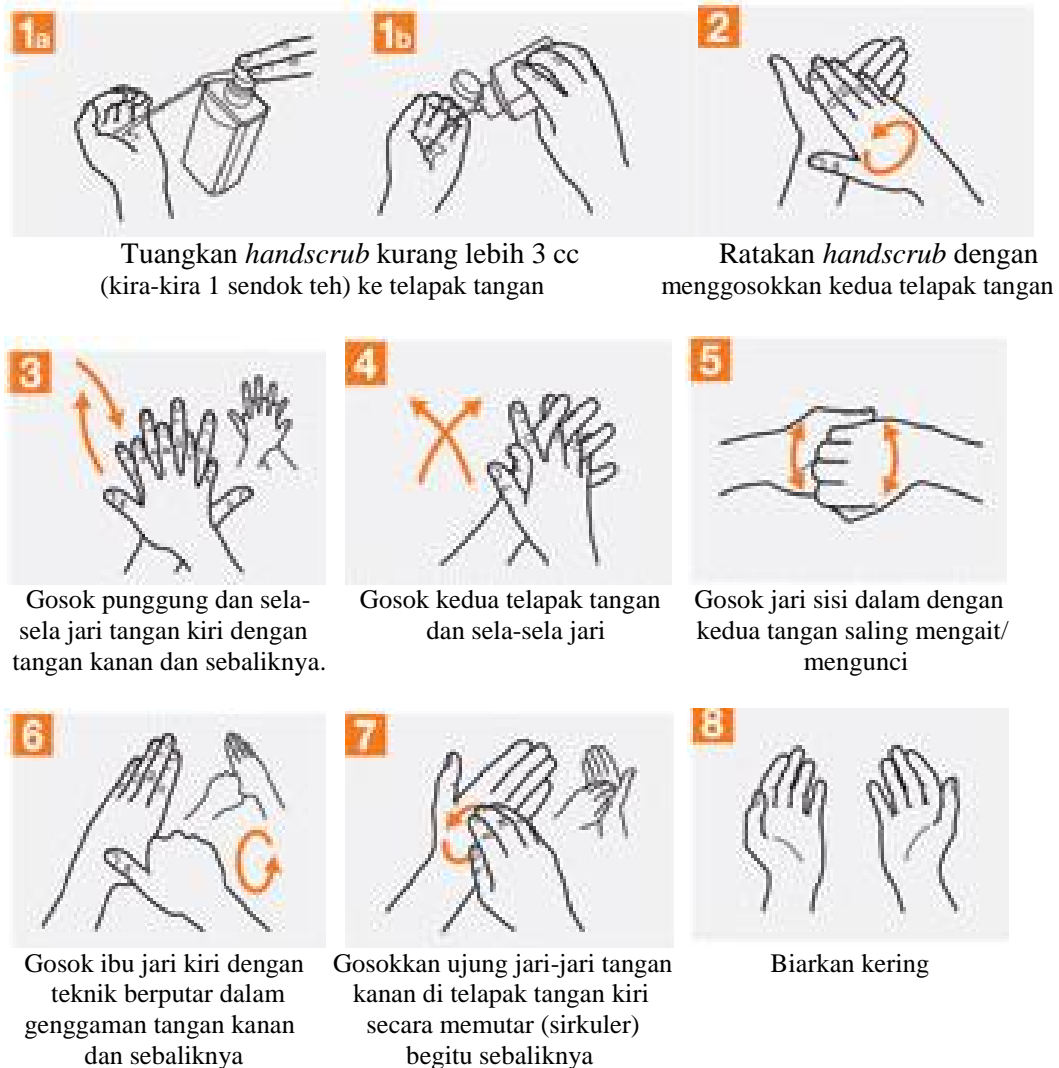
Teknik penggunaan *handscrub* berdasarkan SOP RSD Sidoarjo 2011 yang telah disesuaikan UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan dan SK Menteri Kesehatan No. 1333 tahun 1999 tentang Penerapan Standart Pelayanan Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

1. Sebelum melakukan pelayanan pada pasien, semua petugas mengambil dispenser *handscrub* kecil dan disimpan dalam kantong bajunya.
2. Gunakan *handscrub* setiap kali sebelum dan sesudah melakukan tindakan bila tangan tidak kotor.
3. Tuangkan *handscrub* kurang lebih 3 cc (kira-kira 1 sendok teh) ke telapak tangan dan gunakan 7 langkah, yaitu:
  - Ratakan *handscrub* dengan menggosok-gosokkan kedua telapak tangan.
  - Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
  - Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
  - Gosok jari sisi dalam dengan kedua tangan saling mengait / mengunci.



- Gosok ibu jari kiri dengan teknik berputar dalam gengaman tangan kanan dan sebaliknya.
  - Gosokkan ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri secara memutar (sirkuler), begitu sebaliknya.
  - Gosok pergelangan tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
4. Gosok dengan benar semua bagian tangan dan jari selama 20-30 detik.
  5. Biarkan kering.

Duration of the entire procedure: 20-30 seconds



Gambar 2.5 Langkah-langkah Handscrub Berbasis Alkohol  
Sumber: Candace F & William N (2011)

### 2.2.6 Hambatan Perawat Melakukan Cuci Tangan

Cuci tangan dianggap salah satu langkah paling penting untuk mengurangi penularan mikroorganisme dan mencegah infeksi selama lebih dari 150 tahun. Walaupun demikian, masalah yang timbul memungkinkan para petugas kesehatan tidak menjalankan praktik cuci tangan yang dianjurkan. Alasan utama para petugas kesehatan tidak cuci tangan mencakup:

1. Kurangnya waktu karena jumlah pasien yang banyak
2. Terbatasnya akses air mengalir dan wastafel
3. Tindakan cuci tangan yang sering mengiritasi kedua tangan
4. Keyakinan memakai sarung tangan memberikan perlindungan menyeluruh
5. Keraguan efektifitas cuci tangan untuk mencegah infeksi
6. Persepsi teman sejawat tidak cuci tangan seperti yang dianjurkan

Berbagai laporan menunjukkan kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan tetap rendah dan masalah penularan infeksi (nosokomial) dari petugas kesehatan terus meningkat secara global. Untuk mengatasi situasi ini, beberapa strategi dilakukan, diantaranya adalah mengkombinasikan perubahan perilaku, seperti pendidikan berkelanjutan, perubahan sistem dan motivasi kepada petugas secara terus menerus (Larson dkk, 2000 dalam Linda Tietjen, 2004).

### 2.3 Konsep Dasar Perilaku

Di dalam masyarakat, terdapat apa yang dinamakan pola-pola perilaku (pattern of behavior). Pola perilaku merupakan cara masyarakat bertindak atau berkelakuan yang sama dan harus diikuti oleh semua anggota masyarakat tersebut. Menurut Lewit yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya yang terwujud dalam

bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan penahan. Perilaku seseorang dapat berubah jika terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan di dalam diri seseorang.

Rogers (1974) yang dikutip oleh Maulana (2009) mengemukakan bahwa sebelum mengadopsi perilaku baru dalam diri seseorang akan terjadi proses yang berturut-turut yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran), dimana seseorang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. *Interest* (tertarik), dimana subjek mulai tertarik terhadap stimulus (objek) tersebut. Disini sikap subyek mulai timbul.
3. *Evaluation* (evaluasi), dimana pada tahap ini subjek mulai menimbang-nimbang baik buruknya stimulus terhadap dirinya.
4. *Trial* (mencoba), dimana subjek mulai melakukan sesuatu sesuai apa yang dikehendaki stimulus.
5. *Adaption* (melakukan), dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

### **2.3.1 Batasan perilaku**

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak (Wawan & Dewi, 2010). Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia terjadi melalui proses: Stimulus,

Organisasi, Respon sehingga teori Skinner ini disebut teori “S-O-R”. Teori Skinner menjelaskan adanya dua respon yaitu:

1. Responden respons atau refleksif yaitu respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut *eliciting stimuli* karena menimbulkan respons yang relatif tetap. Respon responden juga mencakup perilaku emosional.
2. *Operant respons* atau *instrumental respons* yaitu respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini di sebut *reinforcing stimuli* atau *reinforce*, karena berfungsi untuk memperkuat respons.

Berdasarkan teori “S-O-R”, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu:

1. Perilaku tertutup (*Covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus masih belum dapat diamati orang lain secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk “*unobservable behavior*” atau “*covert behavior*” yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

2. Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Perilaku terbuka terjadi bila respons terhadap stimulus sudah berupa tindakan dapat diamati orang lain dari luar atau “*observable behavior*”.

### 2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku

Menurut Wawan dan Dewi (2010), faktor tersebut dibagi menjadi dua yaitu:

1. Faktor Internal, meliputi: pengetahuan, perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti, kecerdasan, emosi, yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar.
2. Faktor Eksternal, meliputi: lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, politik dan kebudayaan.

Dari kedua faktor tersebut, faktor eksternal merupakan faktor yang paling berperan dalam membentuk perilaku manusia karena dipengaruhi oleh faktor sosial dan budaya dimana seseorang itu berada (Notoadmodjo, 2007).

### 2.3.3 Teori perilaku

Teori yang menjelaskan tentang suatu perilaku menurut Notoatmodjo (2010):

1. Lawrance W. Green

Green membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan yaitu *behavioral factors* (faktor perilaku) dan *non behavioral factors* (faktor non perilaku). Faktor perilaku sendiri ditentukan oleh faktor utama yaitu:

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor predisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, motivasi, persepsi, kesadaran dan komitmen, kepribadian, emosi atau stres, nilai-nilai tradisi, variasi demografi, seperti status ekonomi, umur, jenis kelamin, masa kerja, tanggung jawab, dan pendidikan. Faktor ini lebih bersifat dari dalam diri individu tersebut. Berikut adalah faktor dari dalam individu yang berdampak besar dalam membentuk perilaku individu:

## 1. Usia

Karyawan yang lebih muda cenderung mempunyai fisik yang kuat dan pada umumnya mereka belum berkeluarga atau bila sudah berkeluarga anaknya relatif masih kecil sehingga diharapkan dapat bekerja keras. Tetapi karyawan yang lebih muda tersebut pada umumnya kurang disiplin, kurang bertanggung jawab, dan sering berpindah-pindah pekerjaan. Sedangkan karyawan yang lebih tua kurang memiliki fleksibilitas dan sering menolak teknologi baru. Seiring bertambahnya usia maka keterampilan individu khususnya kecepatan, kelincahan, kekuatan, dan kemampuan koordinasi akan berkurang sehingga muncul kepercayaan bahwa kinerja menurun seiring bertambahnya usia. Usia sangat mempengaruhi perkembangan tingkat kemampuan dan kematangan seseorang dalam berfikir dan bekerja (Notoatmodjo, 2005).

## 2. Jenis kelamin

Tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar. Namun studi-studi psikologi telah menemukan fakta bahwa wanita lebih bersedia mematuhi wewenang dan menyesuaikan diri terhadap otoritas sedangkan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya memiliki pengharapan untuk sukses. Teori yang diungkapkan oleh Glenn, Taylor, dan Wlaver (1977) menyatakan bahwa wanita mempunyai tingkat kemangkiran yang lebih tinggi

daripada pria karena tingkat kebutuhan wanita untuk merasa puas dalam bekerja masih rendah. Wanita lebih memilih jadwal kerja paruh waktu dan jadwal kerja yang fleksibel agar tetap bisa memperhatikan dan mengurus keluarganya (Notoatmodjo, 2005).

### 3. Masa kerja

Masa kerja adalah lamanya seorang perawat bekerja di rumah sakit dari mulai awal bekerja sampai saat ini (<http://wikipedia.org>). Masa kerja memiliki hubungan positif antara senioritas dengan produktifitas pekerjaan sehingga masa kerja diekspresikan sebagai pengalaman kerja, sedangkan senioritas berhubungan negatif dengan kemangkiran dan turnover karyawan. Masa kerja yang lama akan cenderung membuat karyawan lebih merasa betah karena telah beradaptasi dengan lingkungannya, merasa nyaman dengan pekerjaannya, selain itu adanya kebijakan dari instansi mengenai jaminan hidup di hari tua sehingga akan mempengaruhi perilaku dan motivasi bekerjanya. Semakin lama masa kerja seorang perawat akan mempengaruhi tingkat keterampilan dan kematangannya dalam bekerja (Notoatmodjo, 2005).

### 4. Pendidikan

Menurut Robert Kreitner (2003) dalam Notoatmodjo (2005) menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan mempengaruhi pola pikir yang nantinya berdampak pada perilakunya dalam bekerja. Pada hakikatnya pendidikan perawat adalah pendidikan keprofesian yang dalam lingkup ini memiliki

peran untuk melakukan pembinaan kemampuan berpikir, bersikap, dan bertindak profesional (Nursalam, 2011).

Pendidikan di Indonesia memiliki tiga jalur yang dapat ditempuh untuk mengembangkan potensi diri dalam suatu proses pendidikan sesuai dengan tujuan pendidikan, yaitu pendidikan formal, informal, dan non formal. Pendidikan formal merupakan pendidikan yang diselenggarakan di sekolah-sekolah pada umumnya dan mempunyai jenjang pendidikan yang jelas, mulai dari pendidikan dasar, pendidikan menengah, sampai pendidikan tinggi. Pendidikan informal adalah proses yang berlangsung sepanjang usia sehingga sehingga setiap orang memperoleh nilai, sikap, keterampilan, dan pengetahuan yang bersumber dari pengalaman hidup sehari-hari, pengaruh lingkungan termasuk di dalamnya adalah pengaruh kehidupan keluarga, hubungan dengan tetangga, lingkungan pekerjaan dan permainan, pasar, perpustakaan, dan media massa. Sedangkan pendidikan non formal adalah setiap kegiatan terorganisasi dan sistematis, di luar sistem persekolahan yang dilakukan secara mandiri, dalam hal ini yang termasuk dalam pendidikan non formal adalah pelatihan (Wikipedia, 2011).

Pelatihan meliputi pembelajaran mengenai *knowledge*, *ability*, dan *skill*. Bentuk pelatihan yang biasa dilakukan adalah diklat yang dilaksanakan oleh Pusat pendidikan dan Pelatihan (Pusdiklat). Fungsinya adalah mendidik dan melatih tenaga kerja dalam rangka pengembangan dan atau peningkatan kemampuan. Secara khusus



pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan kinerja profesional, merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

#### 5. Kesadaran

*Awareness* adalah suatu kesadaran penuh terhadap apa yang akan dilakukan. *Awareness* ini sangat menentukan orientasi atau arah tindakan yang akan dilakukan. Dalam membangun kesadaran diri membutuhkan keberanian mengenal diri sendiri seutuhnya sehingga lebih mudah mengontrol emosi yang dirasakan dan mampu mengendalikan perilaku emosional yang akhirnya mendorong seseorang berpikir secara rasional dan objektif (Notoatmodjo, 2005)..

#### 6. Persepsi

Persepsi (*perception*) adalah proses dimana individu mengatur dan menginterpretasikan kesan sensoris mereka guna memberikan arti bagi lingkungan mereka. Namun demikian pada proses tersebut tidak hanya sampai pada pemberian arti saja tetapi akan mempengaruhi pada perilaku yang akan dipilihnya sesuai dengan rangsang yang diterima dari lingkungannya. Faktor yang mempengaruhi persepsi meliputi faktor dalam situasi (waktu, keadaan kerja, keadaan sosial), faktor dalam diri si pengarti (Sikap, motif, minat-minat, pengalaman, harapan), faktor dalam diri target (latar belakang, kedekatan, kemiripan) (Notoatmodjo, 2005).

## 7. Emosi

Emosi (*emotion*) adalah perasaan intens yang ditujukan pada seseorang atau sesuatu. Pekerjaan membutuhkan kerja emosional yaitu ekspresi seorang karyawan dari emosi yang diinginkan secara organisasional selama transaksi antarpersonal di tempat kerja. Karyawan harus bisa membedakan emosi yang dirasakan (*felt emotion*) yaitu emosi sebenarnya dari seorang individu dan emosi yang ditampilkan (*displayed emotion*) yaitu emosi yang diharuskan oleh organisasi untuk ditampilkan oleh pekerja dan dipandang sesuai dalam pekerjaan tertentu (Notoatmodjo, 2005).

### b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factor*)

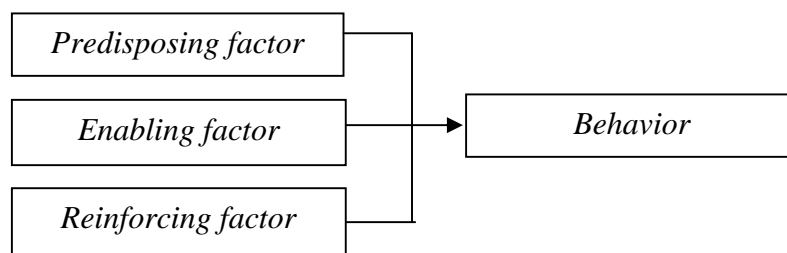
Faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, termasuk di dalamnya berbagai macam sarana dan prasarana untuk terjadinya perilaku, misal dana, fasilitas, dan kebijakan pemerintah, .

### c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor yang memperkuat terjadinya perilaku, misalnya sikap dan perilaku petugas kesehatan lain, undang-undang, peraturan baik dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah terkait dengan kesehatan.

Secara sistimatis, perilaku menurut Green digambarkan sebagai berikut:

$$B = F (Pf, Ef, Rf)$$



Gambar 2.6 Lawrance W. Green Model (1980)

B = Behavior

Ef = *Enabling factor*

F = Fungsi

Rf = *Reinforcing factor*

Pf = *Predisposing factor*

## 2. Teori Snehandu B. Karr

Karr mencoba menganalisis adanya 5 determinan perilaku, yaitu:

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatan (*behavior intention*)
- b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*)
- c. Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*)
- d. Otonomi pribadi yang bersangkutan, dalam hal ini mengambil tindakan sendiri atau keputusan (*personal autonomy*)
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*)

## 3. Teori WHO

WHO menganalisa bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku karena empat alasan pokok, yaitu:

- a. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian seseorang terhadap obyek.
- b. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personnal references*).
- c. Sumber-sumber daya (*resources*), mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya.

d. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama dan selalu berubah, baik lambat atau pun cepat sesuai dengan peradaban umat manusia.

#### **2.3.4 Domain perilaku**

Meskipun perilaku dibedakan antara perilaku tertutup dan perilaku terbuka, tetapi sebenarnya perilaku adalah totalitas yang terjadi pada orang yang bersangkutan. Menurut Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010) bahwa seorang ahli psikologi pendidikan membedakan adanya tiga area wilayah, ranah atau domain perilaku yaitu kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor (tindakan).

### **2.4 Konsep Dasar Pengetahuan**

#### **2.4.1 Batasan pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari pengalaman dan hasil penelitian ternyata perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*) karena perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng

(Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan yang cukup didalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan.

#### 2.4.2 Tingkatan pengetahuan

Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa pengetahuan yang cukup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Yang termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehention*)

Memahami artinya suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dimana dapat menginterpretasikan secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi terus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap suatu objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

#### 4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

#### 5. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis yang dimaksud menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

#### 6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian- penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

### **2.4.3 Cara Memperoleh pengetahuan**

Cara memperoleh pengetahuan yang dikutip dari Notoadmojo (2003) adalah:

#### 1. Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

##### a. Cara coba salah (*Trial and error*)

Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba. Kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

b. Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal atau informal, ahli agama, pemegang pemerintah, dan berbagai prinsip orang lain yang menerima mempunyai yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

2. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau populer disebut metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626) kemudian dikembangkan oleh Deobold Van Daven. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah.

#### **2.4.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

3. Faktor Internal

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk

mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra yang dikutip Notoadmodjo (2003) pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Nursalam, 2003) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

b. Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003) pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga. Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung. Dalam hal ini pengalaman di lingkungan pekerjaan erat hubungannya dengan lama masa kerja seseorang.

c. Umur

Menurut Elisabeth BH yang dikutip Nursalam (2003) usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut Huclok (1998) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir



dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa.

d. Minat

Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam

e. Pengalaman

Pengalaman mungkin menyenangkan atau tidak menyenangkan bagi individu, dimana hal ini bersifat subjektif.

f. Informasi

Kemudahan seseorang untuk memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. (Wahid dkk, 2007).

2. Faktor Eksternal

a. Faktor lingkungan

Menurut Ann Mariner yang dikutip dari Nursalam (2003) lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b. Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

## 2.5 Konsep Dasar Sikap

### 2.5.1 Batasan sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmojo, 1997). Menurut New Comb dalam Notoadmodjo (2010) menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup. Secara umum sikap dapat dirumuskan sebagai kecenderungan untuk merespon (secara positif atau negatif) terhadap orang, objek atau situasi tertentu. Sikap mengandung suatu perasaan emosional/afektif (senang, benci, sedih dan sebagainya). serta memiliki tingkat kedalaman yang berbeda-beda (sangat benci, agak benci, dan sebagainya). Sikap ini tidaklah sama dengan perilaku, dan perilaku tidaklah selalu mencerminkan sikap seseorang, sebab seringkali terjadi bahwa seseorang dapat berubah dengan memperlihatkan tindakan yang bertentangan dengan sikapnya. Sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya (Notoatmodjo, 2010).

### 2.5.2 Tingkatan sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu (Notoadmojo, 2005):

#### 1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

## 2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Lepas pekerjaan itu menerima ide tersebut.

## 3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap.

## 4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi.

### 2.5.3 Komponen sikap

Menurut Azwar (2010), struktur sikap terdiri atas 3 komponen yang saling menunjang yaitu:

1. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, berisi kepercayaan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganan (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.
2. Komponen afektif merupakan perasaan menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh yang mungkin dapat mengubah sikap seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.

3. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang serta berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak dengan cara-cara tertentu. Berkaitan dengan objek yang dihadapinya adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang adalah dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku.

#### **2.5.4 Sifat sikap**

Menurut Purwanto (1998) dalam Wawan & Dewi (2010) sikap dapat pula bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif yaitu:

1. Sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu.
2. Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu.

#### **2.5.5 Ciri-ciri sikap**

Ciri – ciri sikap menurut Heri Purwanto (1998) dikutip oleh Wawan dan Dewi (2010) yaitu:

1. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan dalam berhubungan dengan objeknya. Sifat ini yang membedakan motif biogenis seperti lapar, haus, kebutuhan istirahat.
2. Sikap dapat berubah–ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang–orang bila terdapat keadaan–keadaan dan syarat–syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.
3. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek dengan kata lain, sikap itu terbentuk, dipelajari atau

berubah senantiasa berkenan dengan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.

4. Objek sikap merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
5. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan yang dimiliki orang.

### **2.5.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap**

Menurut Notoatmodjo (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi sikap:

#### **1. Pengalaman pribadi**

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan emosional.

#### **2. Pengaruh orang lain**

Individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

#### **3. Pengaruh kebudayaan**

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, arena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.

#### 4. Media massa

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara obyektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

#### 5. Lembaga pendidikan dan agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika kalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

#### 6. Emosional

Merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

Disimpulkan bahwa sikap adalah suatu ide yang melibatkan keyakinan dan perasaan yang mendorong seseorang untuk bertindak dengan cara tertentu.

### **2.6 Konsep Dasar Tindakan atau Praktik (*Practice*).**

Suatu sikap belum tentu terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*), untuk mewujudkan sikap untuk menjadi suatu tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana.

#### **2.6.1 Tingkatan Tindakan atau Praktik**

Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan menurut Notoadmodjo (2010):

##### 1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

## 2. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

## 3. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar, otomatis itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai tingkat ketiga.

## 4. Adopsi (*adoption*)

Suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang dengan baik, artinya apa yang sudah dilakukan tidak sekedar rutinitas atau tindakan tetapi sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

### **2.6.2 Cara Pengukuran Tindakan atau Praktik**

Pengukuran tindakan dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran ini juga dapat dilakukan secara langsung yakni mengobservasi tindakan responden (Notoadmodjo, 2003).

### **2.6.3 Proses Terbentuknya Tindakan atau Praktik**

Menurut Roger (1974) dalam Notoadmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni:

1. Kesadaran (*Awareness*) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. Merasa tertarik (*Interest*) dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus.

3. Menimbang-nimbang (*Evaluation*) individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya.
4. *Trial* dimana individu mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adaption* dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengadopsian perilaku yang melalui proses diatas didasari oleh pengetahuan, kesadaran yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng namun jika perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka perilaku tersebut bersifat sementara atau tidak berlangsung lama.

## **2.7 Konsep Dasar Motivasi**

### **2.7.1 Definisi Motivasi**

Istilah motivasi (*motivation*) berasal dari bahasa Latin, yaitu *movere* yang berarti “menggerakkan”. Motivasi adalah keadaan dalam individu yang memunculkan, mengarahkan, dan mempertahankan perilaku. Dengan kata lain motivasi adalah dorongan terhadap seseorang agar mau melaksanakan sesuatu. Motivasi tiap orang tidak sama, untuk itu diperlukan pengetahuan mengenai pengertian dan hakekat motivasi untuk berperilaku sesuai apa yang dikehendaki individu lain (Wikipedia, 2008).

Kaluzny dalam Nursalam (2009) mendefinisikan motivasi adalah perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang untuk melakukan pekerjaan terutama dalam berperilaku. Nawawi dalam Winardi (2007) motivasi sebagai pendorong seseorang mengerjakan pekerjaan secara sadar.

Berdasarkan beberapa definisi di atas disimpulkan motivasi adalah penggerak orang agar mau bekerja dengan semangat dan menunjukkan



kemampuan yang dimiliki untuk mencapai tujuan sesuai peran dan fungsinya, khususnya perawat sebagai pemberi jasa pelayanan keperawatan.

### **2.7.2 Proses Motivasi**

Menurut Stoner & Freeman yang dikutip oleh Nursalam (2009), motivasi terdiri dari elemen-elemen yang saling berinteraksi:

1. Need, yaitu kebutuhan tercipta saat terjadi ketidakseimbangan fisik maupun psikologis.
2. Driver, yaitu dorongan atau motif timbul untuk mengurangi kebutuhan.
3. *Incentives*, yaitu segala sesuatu yang akan mengurangi kebutuhan dan menurunkan dorongan tindakan.

### **2.7.3 Bentuk- bentuk motivasi**

1. Motivasi intrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari dalam diri individu.

Motivasi intrinsik kerja perawat adalah respon perawat yang berhubungan dengan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Fletcher, 2001:9). Menurut Herzberg faktor intrinsik perawat meliputi otonomi, status profesional, tuntutan tugas, hubungan interpersonal, interaksi dan gaji/upah (Slamps, 1997:37)

2. Motivasi ekstrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu.
3. Motivasi terdesak yaitu motivasi yang muncul dalam kondisi terjepit dan munculnya serentak dan cepat sekali.

### **2.7.4 Tujuan Motivasi**

Menurut Siagian (2004) tujuan dilakukan motivasi antara lain:

1. Meningkatkan moral dan kepuasan kerja karyawan

2. Meningkatkan produktifitas kerja karyawan
3. Mempertahankan kestabilan karyawan
4. Meningkatkan kedisiplinan karyawan
5. Meningkatkan pengadaan karyawan
6. Menciptakan suasana dan hubungan kerja yang baik
7. Meningkatkan loyalitas, kreatifitas, dan partisipasi karyawan
8. Meningkatkan kesejahteraan karyawan
9. Meningkatkan tanggung jawab karyawan terhadap tugas-tugasnya

### **2.7.5 Teori-teori Motivasi**

- a. Teori Motivasi menurut Herzberg dalam Hariandja (2009)

Disebut juga *motivation-hygiene theory* yang dikemukakan oleh Frederick Herzberg's, seseorang akan mengalami kepuasan kerja bila pekerjaan yang dilakukan menimbulkan prestasi, pengakuan, perkembangan, tanggung jawab, dan begitu sebaliknya. teori ini termasuk dalam teori motivasi internal karena berasal dari dalam diri, dimana faktor eksternal kurang kuat pengaruhnya

- b. Teori Motivasi Prestasi dari David McClelland

Teori McClelland ini berkaitan dengan kebutuhan tertinggi pada kebutuhan Maslow yaitu kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan ini mengharuskan seseorang untuk belajar agar menguasai keterampilan yang memungkinkan seseorang mencapai prestasi.

- c. Teori Motivasi Human Relation

Teori ini mengutamakan hubungan seseorang dalam lingkungannya. Seseorang akan berprestasi baik jika ia diterima, diakui dalam pekerjaan dan lingkungannya. Teori ini menekankan peran aktif pimpinan (Hasibuan, 2008).

d. Teori ERG

Teori ini penyempurnaan dari teori Maslow yang mendekati keadaan sebenarnya berdasarkan fakta empiris. Teori ini mengemukakan bahwa ada tiga kelompok kebutuhan, yaitu kebutuhan akan keberadaan, kebutuhan akan afiliasi, kebutuhan akan kemajuan (Hasibuan, 2008).

e. Teori Motivasi Proses

1. Teori pengharapan

Dikenal dengan vector vroom yang menyatakan bahwa kekuatan yang memotivasi seseorang bekerja giat tergantung hubungan timbal balik antara apa yang diinginkan dan buutuhkan dari hasil pekerjaan itu.

2. Teori keadilan

Atasan harus bertindak adil terhadap semua bawahannya. Penilaian dan pengakuan mengenai perilaku bawahan harus dilakukan secara obyektif bukan atas suka atau tidak suka. Jika prinsip ini diterapkan dengan baik, maka semangat kerja bawahan cenderung meningkat (Hasibuan, 2008).

3. Teori penguhan

Teori ini didasarkan 2 prinsip, yaitu prinsip hukum ganjaran serta prinsip respon dan rangsangan. Seseorang akan mengalami penguatan tingkah laku bila mendapat ganjaran positif atau menyenangkan, begitu juga sebaliknya (Hasibuan, 2008).

### **2.7.6 Faktor yang Mempengaruhi Motivasi**

Motivasi bersifat individual. Faktor yang mempengaruhi motivasi menurut Frederick Herzberg dalam Handoko (2001) terdiri dari:

1. Faktor motivasi yaitu prestasi, pekerjaan itu sendiri, tanggung jawab, kemajuan dan pengembangan potensi individu
2. Faktor hygiene terdiri dari kebijakan dan administrasi perusahaan, mutu pengendalian teknis, kondisi kerja, hubungan kerja, pengakuan, keamanan kerja, kehidupan pribadi dan penggajian.

Pendapat lain Schultz et al (1990) mengatakan motivasi kerja dapat dipengaruhi oleh keadaan pekerjaannya, antara lain kebutuhan, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, keterampilan, masa kerja, tingkat jabatan dan jenis pekerjaan.

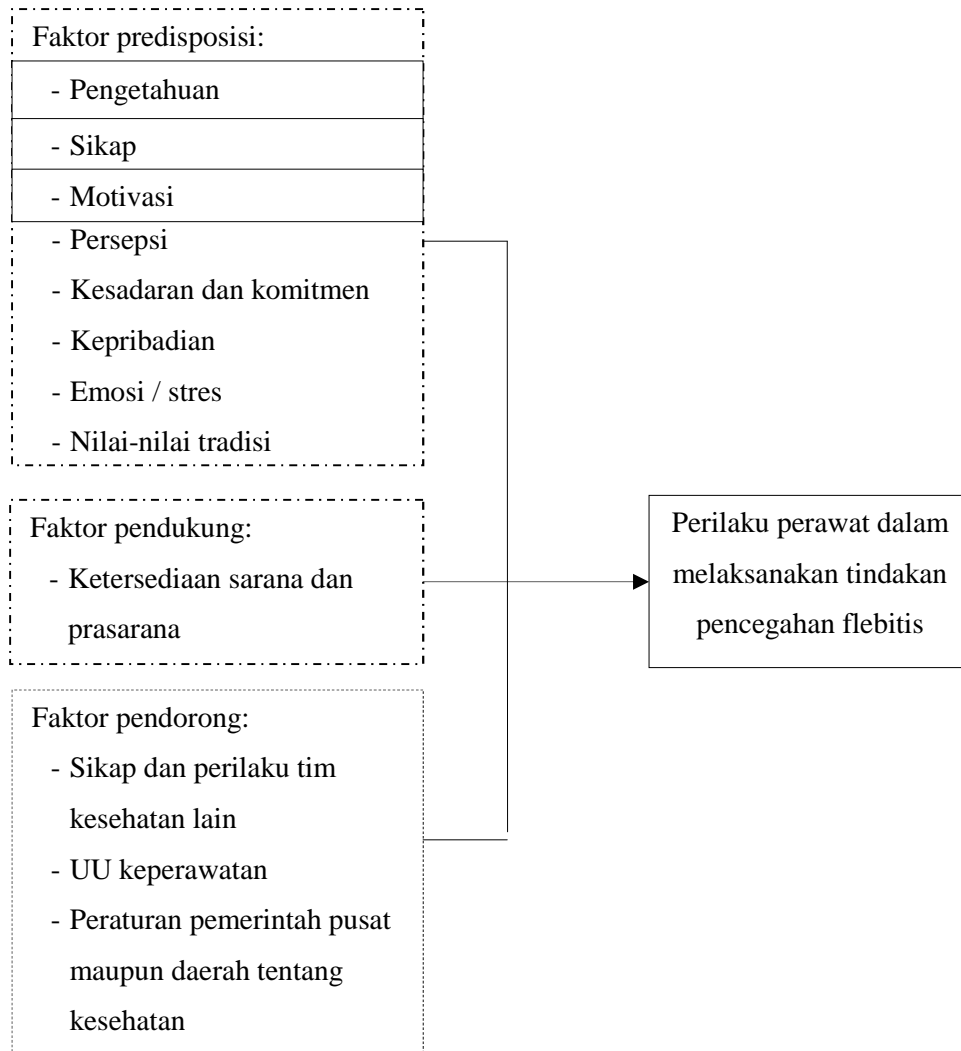
Menurut Roger yang dikutip Notoatmodjo (2007), pengetahuan akan mempengaruhi motivasi seseorang untuk berperilaku baru.

Samsudin (2005) mengatakan jabatan dan motivasi kerja tidak dapat dipisahkan karena jabatan dapat memberikan sebuah harapan bagi para karyawan untuk mendapatkan suatu imbalan yang lebih baik dari pekerjaannya.

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Keterangan:

- Diteliti
- Tidak Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian analisis faktor yang mempengaruhi perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang terpasang *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo

Gambar 3.1 menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perawat menurut teori Lawrance W. Green, diantaranya terdapat faktor predisposisi, pendukung, dan pendorong. Pada faktor pendorong yang diteliti oleh peneliti adalah pengetahuan, sikap, dan motivasi dengan alasan bila perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran sikap yang positif maka perilaku tersebut akan langgeng sedangkan motivasi merupakan dorongan kuat yang berasal dari dalam diri individu untuk berbuat sesuatu sesuai tujuan tertentu. Faktor-faktor lain yang termasuk dalam faktor predisposisi, seperti persepsi, kesadaran dan komitmen, kepribadian, emosi atau stres, dan nilai-nilai tradisi tidak teliti. Untuk faktor pendukung ada ketersediaan sarana dan prasarana tidak diteliti oleh peneliti karena fasilitas di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo sudah lengkap. Sedangkan faktor pendorong ada sikap dan perilaku tim kesehatan lain, UU keperawatan, dan peraturan pemerintah pusat maupun daerah tentang kesehatan tidak diteliti oleh peneliti. Ketiga faktor predisposisi ini penting dalam menentukan perubahan perilaku perawat khususnya dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang terpasang *IV line*.

### **3.2 Hipotesis**

1. H1 : Ada hubungan faktor pengetahuan dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis
2. H1 : Ada hubungan faktor sikap dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis.
3. H1 : Ada hubungan faktor motivasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Pada penelitian ini jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif *analitik* dengan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk menguji hipotesis tentang adanya hubungan variabel independent (faktor pengetahuan, sikap, dan motivasi perawat) dengan variabel dependent (perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis) dengan waktu pengukuran data variabel independent dan dependent hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2003).

#### **4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Penelitian ini menggunakan populasi terjangkau, yaitu semua tenaga perawat ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo yang melakukan pemasangan dan perawatan *IV line* sebanyak 22 orang.

##### **4.2.2 Sampel dan besar sampel**

Penelitian ini menggunakan semua anggota populasi, yaitu sebanyak 22 orang.

##### **4.2.3 Teknik Sampling**

Metode pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *total sampling*, dimana mengambil semua anggota populasi menjadi sampel dan dilakukan bila jumlah sampel kurang dari 30 orang (Hidayat, 2009)

### 4.3 Identifikasi Variabel

#### 4.3.1 Variabel *Independent*

Variabel *independent* pada penelitian ini adalah faktor pengetahuan, sikap, dan motivasi perawat..

#### 4.3.2 Variabel *Dependent*

Variabel *dependent* pada penelitian ini adalah perilaku perawat dalam mencegah flebitis.

### 4.4 Definisi Operasional

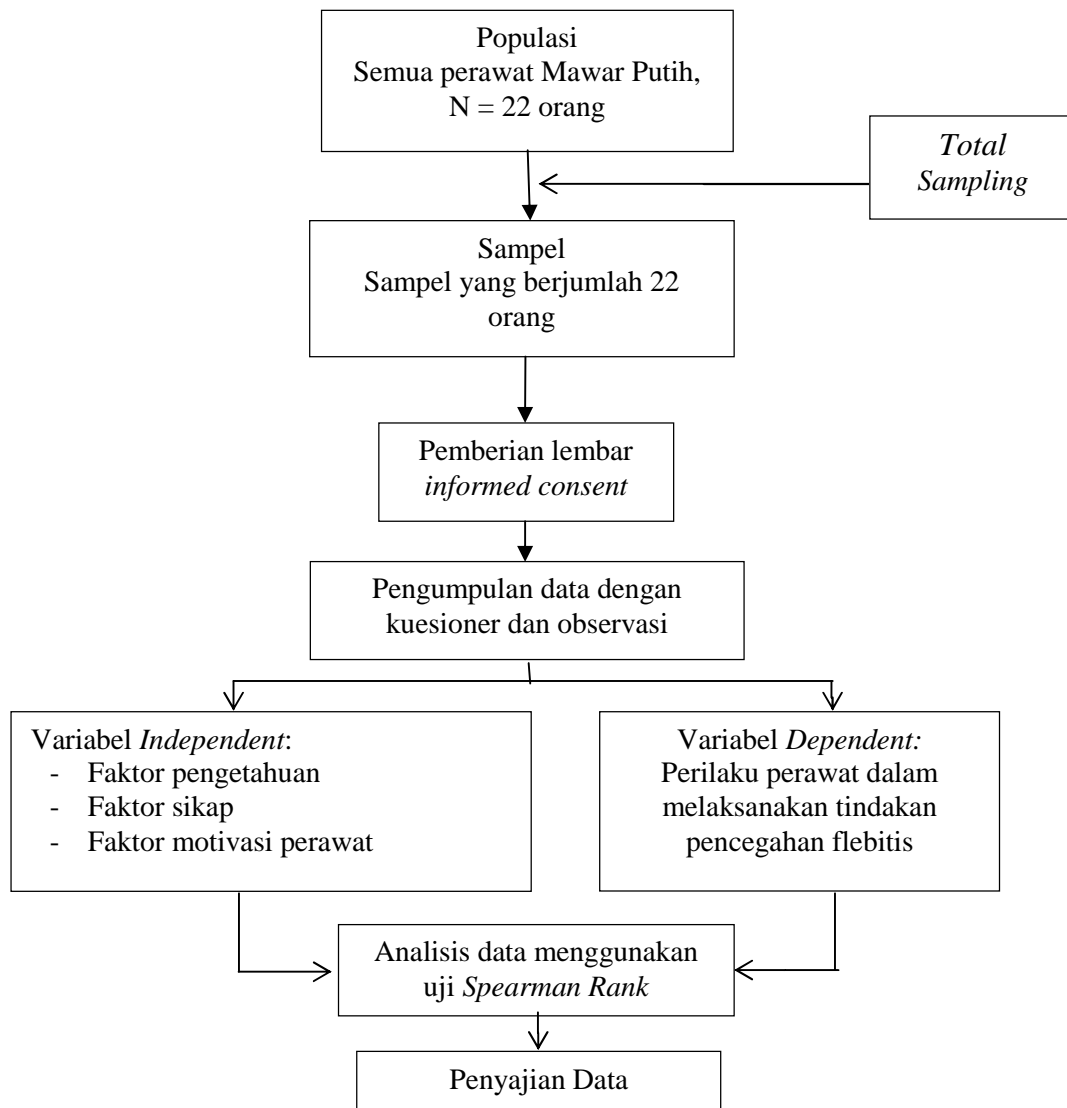
Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Motivasi Kerja Perawat dengan Perilaku Pencegahan Flebitis

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<b>Variabel <i>Independent</i>:</b>					
<b>Pengetahuan</b>	Pemahaman yang dimiliki perawat tentang flebitis	Pengetahuan perawat tentang faktor-faktor penyebab flebitis: 1. Faktor mekanik 2. Faktor kimia 3. Faktor bakterial Faktor instrinsik pasien	Kuesioner	Ordinal	Jawaban: Benar=1 Salah=0 <b>Kategori:</b> 1 = Baik bila 76-100% 2 = Cukup bila 56-75% 3 = Kurang bila 55%
<b>Sikap</b>	Reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus (pencegahan flebitis)	Sikap perawat terhadap pencegahan flebitis; 1. Memahami tentang pemasangan <i>IV line</i> sesuai SOP 2. Memahami tentang perawatan <i>IV line</i> sesuai SOP Memahamiantisipasi penyebab flebitis lainnya (kimia	Kuesioner	Ordinal	<b>Pernyataan positif:</b> SS (sangat setuju) = 4 S (setuju) = 3 TS (tidak setuju) = 2 STS (sangat tidak setuju) = 1 <b>Pernyataan negatif:</b> SS (sangat setuju) = 1 S (setuju) = 2 TS (tidak setuju) = 3 STS (sangat tidak setuju) = 4 <b>Kategori:</b> 1 = positif bila nilai skor T mean skor T



		dan intrinsik pasien)			2 = negatif bila nilai skor T mean skor T
<b>Motivasi perawat</b>	Keinginan yang mendo- rong orang berperila- ku tertentu sesuai dengan tujuan	1. Tanggung jawab 2. Pengembangan diri 3. Beban kerja 4. Gaji 5. Supervisi	Kuesioner Ordinal		<p><b>Pernyataan positif:</b> SS (sangat setuju) = 4 S (setuju) = 3 TS (tidak setuju) = 2 STS (sangat tidak setuju) = 1</p> <p><b>Pernyataan negatif:</b> SS (sangat setuju) = 1 S (setuju) = 2 TS (tidak setuju) = 3 STS (sangat tidak setuju) = 4</p> <p><b>Kategori:</b> 1 = baik bila 76 - 100% 2 = cukup bila 56 - 75% 3 = kurang bila 55%</p>
<b>Variabel Perilaku perawat Tindakan</b>	Sikap nyata atau kemampuan perawat dalam pencegahan flebitis	Praktik perawat dalam pencegahan flebitis 1. Tepat dalam penggunaan jarum&menentukan lokasi pemasangan IV line 2. Menerapkan teknik aseptik 3. Melakukan perawatan <i>site</i> dan kateter IV tepat waktu dan tekniknya 4. Mampu menghitung jumlah tetesan cairan, mengoplos obat dan menginjeksikan obat dengan benar ke pasien	Observasi Ordinal	Ya = 1 Tidak = 0	<p><b>Kategori:</b> 1 = Baik bila 76-100% 2 = Cukup bila 56-75% 3 = Kurang bila 55%</p>

## 4.5 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka operasional analisis faktor dominan yang mempengaruhi perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang terpasang *IV line*

## 4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

### 4.6.1 Instrumen

Instrumen yang akan digunakan pada variabel *Independent* penelitian ini menggunakan kuesioner teori Lawrence W. Green tentang faktor yang

mempengaruhi perilaku perawat, yaitu pengetahuan, sikap, dan motivasi perawat. Faktor motivasi perawat dimodifikasi dengan teori motivasi Herzberg dan teori flebitis. Untuk kuesioner mengenai faktor pengetahuan berjumlah 20 nomor dimana ada 5 nomor tiap faktor penyebab flebitis (mekanik, kimia, bakterial, intrinsik pasien), untuk kuesioner mengenai faktor sikap berjumlah 10 nomor dimana ada 5 nomor untuk tiap pernyataan positif dan negatif, sedangkan untuk kuesioner mengenai faktor motivasi perawat berjumlah 14 nomor dimana ada 7 nomor untuk tiap pernyataan positif dan negatif yang berisi tentang aspek tanggung jawab, pengembangan diri, beban kerja, gaji, dan supervisi. Sedangkan pada variabel *dependent* penelitian ini, dilakukan observasi menggunakan lembar check list tindakan pencegahan flebitis yang telah disesuaikan dengan guidelines *IFIC Basic Concepts of Infection Control*.

#### **4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian akan dilaksanakan di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4 – 20 Januari 2013.

#### **4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dalam penelitian ini, awalnya mengidentifikasi responden berdasarkan kriteria inklusi, kemudian responden dijelaskan maksud penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti. Bila bersedia menjadi responden, maka diberikan lembar *informed consent*. Setelah itu responden diberi kuesioner dan dijelaskan bagaimana cara pengisiannya. Setelah kuesioner terisi, peneliti melakukan observasi tindakan perawat

dalam melakukan pemasangan maupun perawatan *IV line* dengan menggunakan lembar check list tindakan pencegahan flebitis yang telah disesuaikan dengan guidelines *IFIC Basic Concepts of Infection Control*. Penelitian ini dilakukan secara tim dimana melibatkan kepala ruangan, *Ci (Clinical Instructur)* ruangan, dan perawat penanggung jawab masing-masing shift yang sebelumnya telah dilakukan persamaan persepsi tentang mekanisme penelitian yang akan dilakukan. Setelah semua prosedur penelitian dilakukan, data ditabulasikan kemudian dilakukan analisis.

#### 4.6.4 Cara Analisis Data

Analisis penelitian ini menggunakan uji *Spearman Rho* dengan tingkat signifikansi  $p < 0,05$ . Formulasi kemaknaan  $p < 0,05$  artinya bila uji statistik menunjukkan nilai  $p < 0,05$  maka **H<sub>1</sub> diterima**, yaitu ada hubungan bermakna antara faktor pengetahuan, sikap, dan motivasi perawat dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo. Pedoman memberikan interpretasi derajat kekuatan hubungan (koefisien korelasi) adalah 0,00-0,199 adalah tingkat hubungan rendah, 0,20-0,399 adalah tingkat hubungan rendah, 0,40-0,599 adalah tingkat hubungan sedang, 0,60-0,799 adalah tingkat hubungan kuat dan 0,80-1,000 adalah tingkat hubungan sangat kuat.

#### 4.7 Etika Penelitian

Pada penelitian ini, sebelumnya peneliti menyerahkan surat ijin penelitian kepada Direktur RSD Sidoarjo dan Kepala Ruangan Mawar

Putih RSD Sidoarjo atas rekomendasi dari Wakil Dekan 1 atas nama Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Selain itu peneliti juga perlu mempertimbangkan aspek-aspek etika lainnya, kebebasan apakah responden bersedia atau tidak terlibat dalam penelitian. Peneliti akan memperlakukan sama setiap responden. Dalam penelitian harus memperhatikan masalah etika, diantaranya adalah:

#### **4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*)**

Lembar penelitian diberikan kepada subjek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud penelitian yang akan dilakukan. Bila responden setuju maka peneliti mempersilahkan responden untuk menandatangani lembar persetujuan. Bila menolak diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

#### **4.7.2 Tanpa nama (*Anonymity*)**

Anonymity bertujuan untuk kerahasiaan responden. Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data melainkan menggunakan kode responden saja.

#### **4.7.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Peneliti menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan responden, data tersebut hanya dilaporkan kepada yang berhubungan dengan penelitian. Kerahasiaan informasi yang diberikan responden kepada peneliti dijamin oleh peneliti dan data yang diperoleh akan dilaporkan sebagai hasil riset guna pengembangan ilmu.

### **4.8 Keterbatasan**

Sampel yang digunakan terbatas pada perawat ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo



## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian dan pembahasan. Hasil penelitian terdiri dari: gambaran lokasi penelitian dan karakteristik demografi perawat Mawar Putih RSD Sidoarjo yang meliputi: jenis kelamin, usia, pendidikan, masa kerja, jabatan, kegiatan pelatihan pengendalian infeksi nosokomial, sedangkan data khusus terdiri dari hubungan pengetahuan, sikap, dan motivasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.

#### 5.1 HASIL PENELITIAN

##### 5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

RSD Sidoarjo sebagai tempat penelitian dengan pertimbangan rumah sakit rujukan daerah yang dimungkinkan komunitas lebih banyak dan heterogen. Salah satu bagian pelayanan di RSD Sidoarjo yang digunakan untuk penelitian ini adalah ruang Mawar Putih, dimana ruangan ini merupakan instalasi rawat inap interna kelas III RSD Sidoarjo. Mawar Putih RSD Sidoarjo memiliki total perawat 24 orang, 19 perawat lulusan diploma keperawatan sebagai perawat pelaksana, 3 perawat lulusan sarjana keperawatan sebagai perawat primer, 1 wakil kepala ruangan dan 1 kepala ruangan. Perawat-perawat tersebut bekerja di RSD Sidoarjo dengan syarat mutlak telah lulus uji kompetensi perawat dan IPK kelulusan lebih dari 2,75. Selain itu perawat di ruang Mawar Putih juga harus mengikuti pelatihan tentang pencegahan infeksi nosokomial yang diadakan oleh rumah sakit setelah masa kerja lebih dari 1 tahun dan sebanyak 80 % perawat telah mengikuti pelatihan tersebut.

Ruang Mawar Putih memiliki kapasitas 70 bed dengan BOR 80 % setiap bulannya. Ruangan Mawar Putih juga memiliki sarana dan prasarana yang menunjang tindakan pencegahan flebitis, begitu juga telah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang pemasangan infus, cuci tangan, dan perawatan infus. Sarana dan prasarana tersebut antara lain tersedianya 1 wastafel beserta kran air yang airnya mengalir 24 jam di ruang perawat dan 2 di bangsal pasien, sabun antiseptik cuci tangan *triclosan 0,2 %* dalam dispenser yang siap pakai di masing-masing wastafel beserta tisu, 2 tempat sampah medis tertutup dan berpedal, alkohol 70 % dalam 4 dispenser yang siap pakai, kapas swab alkohol, kassa steril dan non steril, plester, hypavix, sarung tangan steril dan non steril, 4 tourniquet, bengkok, pengalas, standar (tiang) infus, dan 3 troli tindakan. Sedangkan peralatan yang masih belum dimiliki ruangan adalah balutan transparan, perekat antiseptik, dan filter.

Karakteristik pasien yang dirawat di ruang Mawar Putih ini adalah pasien demam berdarah, typhoid, diare, hepatitis, diabetes mellitus, dan gagal ginjal akut maupun kronis mulai usia dewasa sampai dengan lansia dan sangat berpotensi mendapatkan terapi obat maupun cairan hiperosmolaritas. Pasien yang dirawat di ruangan ini, 95 % dilakukan pemasangan terapi intravena. Ruangan Mawar Putih ini berdaya tampung 70 pasien dengan masa perawatan minimal 1 minggu sampai dengan 3 bulan pada kasus-kasus penyakit interna kronis, seperti Diabetes Mellitus yang disertai ulkus.



### 5.1.2 Data Umum

#### Karakteristik Demografi Perawat Mawar Putih RSD Sidoarjo

##### 1. Jenis kelamin

Tabel 5.1 Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan jenis kelamin pada 4 - 20 Januari 2013

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	%
1	Laki-laki	7	31,81
2	Perempuan	15	68,18
	Jumlah	22	100

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa lebih dari 50 % perawat ruang Mawar Putih adalah perempuan yaitu sebanyak 15 orang (68,18%).

##### 2. Usia

Tabel 5.2 Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan usia pada 4 - 20 Januari 2013

No.	Usia	Jumlah	%
1	18 - 40 tahun	15	68,18
2	40 - 60 tahun	7	31,82
	Jumlah	22	100

Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa lebih dari 50% perawat ruang Mawar Putih berusia 18 - 40 tahun yaitu sebanyak 15 orang (68,18 %).

##### 3. Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan tingkat pendidikan pada 4 - 20 Januari 2013

No.	Pendidikan	Jumlah	%
1	SPK	2	9,09
2	D3 Keperawatan	17	77,27
3	S1 Keperawatan	3	13,64
	Jumlah	22	100

Tabel 5.3 di atas menunjukkan sebagian besar perawat ruang Mawar Putih berpendidikan D3 Keperawatan yaitu sebanyak 17 orang (77,27 %).

#### 4. Masa kerja

Tabel 5.4 Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan lama masa kerja pada 4 - 20 Januari 2013

No.	Masa Kerja	Jumlah	%
1	< 2 tahun	4	18,18
2	2 – 5 tahun	13	59,09
3	> 5 tahun	5	22,73
	Jumlah	22	100

Tabel 5.4 di atas menunjukkan lebih dari 50% perawat ruang Mawar Putih memiliki masa kerja 2 - 5 tahun yaitu sebanyak 13 orang (59,09%).

#### 5. Jabatan

Tabel 5.5 Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo berdasarkan jabatan pada 4 - 20 Januari 2013

No.	Jabatan	Jumlah	%
1	Ketua tim	3	13,64
2	Anggota tim	19	86,36
	Jumlah	22	100

Tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar perawat ruang Mawar Putih sebagai perawat pelaksana yaitu sebanyak 19 orang (86,36%).

#### 6. Kegiatan pelatihan pengendalian infeksi nosokomial

Tabel 5.6 Distribusi perawat Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo yang pernah mengikuti kegiatan pelatihan pengendalian infeksi nosokomial pada 4 - 20 Januari 2013

No.	Pelatihan	Jumlah	%
1	Pernah	17	77,27
2	Tidak Pernah	5	22,73
	Jumlah	22	100

Tabel 5.6 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar perawat ruang Mawar Putih pernah mengikuti pelatihan pengendalian infeksi nosokomial yang diadakan oleh rumah sakit yaitu sebanyak 17 orang (77 %).

### 5.1.3 Data Khusus

#### 1. Pengetahuan perawat Mawar Putih RSD Sidoarjo

Tabel 5.7 Distribusi pengetahuan perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4–20 Januari 2013

No.	Kriteria	Jumlah	%
1	Baik	16	72,73
2	Cukup	6	27,27
3	Kurang	-	-
	Jumlah	22	100

Tabel 5.7 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar perawat ruang Mawar Putih memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 16 orang (73 %).

#### 2. Sikap perawat Mawar Putih RSD Sidoarjo

Tabel 5.8 Distribusi sikap perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4 – 20 Januari 2013

No.	Kriteria	Jumlah	%
1	Positif	12	54,55
2	Negatif	10	45,45
	Jumlah	22	100

Tabel 5.8 di atas menunjukkan lebih dari 50 % perawat ruang Mawar Putih memiliki sikap positif yaitu sebanyak 12 orang (54,55 %).

#### 3. Motivasi perawat Mawar Putih RSD Sidoarjo

Tabel 5.9 Distribusi motivasi perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4–20 Januari 2013

No.	Kriteria	Jumlah	%
1	Baik	5	22,73
2	Cukup	10	45,45
3	Kurang	7	31,82
	Jumlah	22	100

Tabel 5.9 di atas menunjukkan bahwa perawat ruang Mawar Putih paling banyak memiliki motivasi cukup, yaitu sebanyak 10 orang (45,45 %).

#### 4. Hubungan faktor pengetahuan dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo

Tabel 5.10 Tabulasi silang antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4 – 20 Januari 2013

No.	Pengetahuan	Tindakan			Total
		Baik	Cukup	Kurang	
1	Baik	5	9	2	16
2	Cukup	0	1	5	6
3	Kurang	-	-	-	-
	Jumlah	5	10	7	22
<i>Spearman Rho</i>		p = 0,002			

Hasil analisis data menggunakan uji *Spearman Rho* didapatkan  $p=0,002$ , dimana bila nilai  $p < 0,05$  berarti menunjukkan  $H_1$  diterima, yaitu ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.

#### 5. Hubungan faktor sikap dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo

Tabel 5.11 Tabulasi silang antara sikap dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4 – 20 Januari 2013

No.	Sikap	Tindakan			Total
		Baik	Cukup	Kurang	
1	Positif	5	6	1	12
2	Negatif	0	4	6	10
	Jumlah	5	10	7	22
<i>Spearman Rho</i>		p = 0,002			

Hasil analisis data menggunakan uji *Spearman Rho* didapatkan  $p=0,002$ , dimana bila nilai  $p < 0,05$  berarti menunjukkan  $H_1$  diterima, yaitu ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku perawat dalam

mmelaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.

## 6. Hubungan faktor motivasi perawat dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo

Tabel 5.12 Tabulasi silang antara motivasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4 – 20 Januari 2013

No.	Motivasi	Tindakan			Total
		Baik	Cukup	Kurang	
1	Baik	4	1	0	5
2	Cukup	1	6	3	10
3	Kurang	0	3	4	7
Jumlah		5	10	7	22
Spearman Rho			p = 0,001		

Hasil analisis data menggunakan uji *Spearman Rho* didapatkan  $p=0,001$ , dimana bila nilai  $p < 0,05$  berarti menunjukkan  $H_1$  diterima, yaitu ada hubungan yang signifikan antara motivasi perawat dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.

## 7. Analisis faktor dominan yang mempengaruhi perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di Ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo

Tabel 5.13 Faktor dominan yang mempengaruhi perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo pada 4 – 20 Januari 2013

Uji Spearman Rho	Pengetahuan	Sikap	Motivasi
Perilaku pencegahan flebitis	p = 0,002	p = 0,002	p = 0,001
	r = 0,632	r = 0,635	r = 0,643

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa dari hasil analisis data menggunakan *Spearman Rho* didapatkan nilai  $p$  pada faktor pengetahuan, sikap, dan motivasi  $< 0,05$  yang berarti menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara faktor pengetahuan, sikap, dan motivasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo. Namun dari koefisien korelasi ketiga faktor tersebut, faktor motivasi adalah faktor yang dominan.

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Hubungan faktor pengetahuan dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo

Hasil analisa data menggunakan uji *Spearman Rho* menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara faktor pengetahuan dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo dengan interpretasi derajat kekuatan hubungannya kuat

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Namun menurut aliran psikologis kognitif yang dipelopori oleh Immanuel Kant (1724) pengetahuan manusia yang akan mempengaruhi perilaku manusia bukan semata-mata dari penginderaan karena indra manusia tidak dapat dipercaya, sering menyampaikan hasil pengamatan yang tidak tepat

sehingga seseorang memerlukan akal untuk memperoleh pengetahuan. Pengetahuan yang terjadi melalui akal akan menimbulkan pemahaman terhadap sesuatu objek tanpa melalui indra tetapi melalui pikiran, akal, atau nalar (Notoatmodjo, 2010).

Menurut teori Kurt Lewin, saat merespon stimulus, seseorang melibatkan aspek fisik berurutan ini, indra merespon stimulus, kemudian stimulus tersebut diteruskan ke otak. Otak mengolahnya, setelah itu hasil olahan tersebut diteruskan atau diperintahkan ke anggota tubuh (motorik) dan akhirnya terjadilah tindakan atau perilaku sebagai bentuk respon dari orang yang bersangkutan. Terbentuknya tindakan atau perilaku melalui proses yang didasari oleh pengetahuan akan membentuk perilaku yang langgeng (Notoatmojo, 2010). Karakteristik predisposisi yang mempengaruhi keadaan di atas digolongkan menjadi 2 kelompok yaitu ciri-ciri demografi yang terdiri dari jenis kelamin dan usia, serta struktur sosial yang terdiri dari tingkat pendidikan dan pekerjaan. Pekerjaan disini mencakup masa kerja dan jabatan seseorang (Nursalam, 2011).

Menurut studi-studi psikologis, seorang wanita lebih sensitif dengan keadaan di sekitarnya daripada laki-laki, hal tersebut dikarenakan wanita memiliki mother insting. Dari faktor usia, seorang karyawan yang lebih muda cenderung mempunyai fisik yang kuat sehingga diharapkan dapat bekerja keras. Fleksibilitas, kecepatan, kelincahan, kekuatan, dan kemampuan koordinasi seseorang sangat optimal pada usia-usia produktif. Dari segi pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikannya maka semakin luas informasi yang diperoleh sehingga pengetahuannya semakin baik.

Pendidikan dapat ditempuh melalui 3 jalur yaitu formal, non formal, atau informal. Pendidikan non formal bisa berupa mengikuti pelatihan, karena dari pelatihan tersebut meningkatkan pengetahuan (*kognitif*), kemampuan atau kecakapan (*ability*) dan keterampilan (*skill*). Dari segi masa kerja, semakin lama masa kerja seseorang maka semakin terampil dan berpengalaman orang tersebut dalam melaksanakan pekerjaannya sehingga hasil yang diperoleh lebih baik. Sedangkan dari segi jabatan, semakin tinggi seseorang diberikan jabatan maka semakin besar tanggung jawabnya dalam berperilaku (Sinta Fitriani, 2011).

Menurut teori di atas dijelaskan bahwa seorang perawat yang memiliki pengetahuan baik akan menimbulkan suatu perilaku yang baik juga dikarenakan pengetahuan yang diperoleh melalui indra dan akal diteruskan ke otak dan otaklah yang akan mengolahnya, setelah itu hasil olahan tersebut diteruskan ke motorik untuk memberikan respon nyata yaitu berupa tindakan atau perilaku. Meskipun begitu pada kenyataannya pengetahuan yang baik tersebut tidak menutup kemungkinan dapat menimbulkan perilaku yang kurang baik. Hal tersebut sesuai dengan data di atas yang menunjukkan bahwa dari 16 perawat yang memiliki pengetahuan baik, ada 2 orang yang memiliki perilaku kurang baik. Perawat yang berperilaku baik mayoritasnya berjenis kelamin perempuan usia 18-40 tahun, masa kerja 2-5 tahun, pernah mengikuti pelatihan pengendalian infeksi nosokomial, serta seluruh perawat yang memiliki jabatan sebagai ketua tim dengan dasar pendidikan S1 keperawatan, sedangkan perawat yang berperilaku kurang baik ada pada responden



nomor 7 yang berjenis kelamin perempuan, usia 18-40 tahun, pendidikan D3 keperawatan sebagai anggota tim atau perawat pelaksana dengan masa kerja > 5 tahun dan pernah mengikuti pelatihan pengendalian nosokomial. Responden lainnya adalah nomor 14 juga berjenis kelamin perempuan, berusia 40-60 tahun, pendidikan D3 keperawatan sebagai anggota tim atau perawat pelaksana dengan masa kerja > 5 tahun dan pernah mengikuti pelatihan pengendalian nosokomial.

Faktor predisposisi yang menyebabkan kurang baiknya perilaku perawat nomor 7 adalah masa kerjanya yang lebih dari 5 tahun, yaitu 9 tahun. Terlalu lama masa kerjanya tersebut tidak diikuti pembaharuan ilmu atau skill yang ia miliki. Perawat tersebut terdata sebagai pegawai negeri sipil sejak 8 tahun yang lalu dan mengikuti pelatihan pengendalian infeksi nosokomial pada 7 tahun yang lalu. Selain itu kurangnya tindakan tegas dari hasil supervisi juga mendorong seseorang melakukan perilaku yang kurang baik. Supervisi di ruangan Mawar Putih masih memandang senioritas perawat yang disupervisi sehingga menimbulkan perasaan sungkan bila ingin menegur saat diketahui perawat yang lebih senior tersebut kurang tepat melakukan prosedur. Oleh karena jarang mendapat teguran, tindakan perawat tersebut diadopsi oleh beberapa perawat lainnya bila tidak ada supervisi sehingga cukup banyak juga perawat yang berpengetahuan baik tetapi tindakan pencegahan flebitisnya cukup.

Selanjutnya perawat yang berperilaku kurang baik juga adalah nomor 14, faktor predisposisinya adalah usia 40-60 tahun, yaitu 44 tahun. Meskipun usianya sudah terhitung senior tetapi masa kerjanya di ruang

Mawar Putih itu masih 4 tahun. Pada lama masa kerja 2-5 tahun tersebut seharusnya seorang pegawai bekerja keras untuk mendapatkan reward prestasi atau upah yang lebih baik atau untuk pengembangan kompetensinya, namun yang terjadi pada perawat ini sudah terjadi penurunan fleksibilitas, kekuatan, kelincahan secara fisiologis sehingga sering tindakan yang dilakukannya tidak optimal sesuai dengan prosedur. Perilaku kurang baik yang dilakukan kedua perawat tersebut adalah kurangnya teknik aseptik saat memasang maupun merawat *IV line*, seperti tidak mencuci tangan secara prosedural atau tidak memakai sarung tangan, tidak melakukan scrub tetapi masih melakukan swab sirkuler, tidak melakukan desinfektan sebelum injeksi pada kanul, serta tidak pernah melakukan perawatan *IV line* yang terpasang pada pasien. Hal tersebut dikarenakan jauhnya sarana untuk cuci tangan (wastafel di sudut ruangan dekat pintu masuk bangsal dan bagian belakang), alkohol handscrub yang sering tidak dibawa perawat sehingga alkohol dispenser hanya ada di *trolley* tindakan tetapi perawat sering melakukan tindakan pemasangan maupun perawatan *IV line* tanpa membawa *trolley* tindakan ke dekat tempat tidur pasien. Perawat terbiasa membawa peralatan seperlunya untuk prosedur pemasangan maupun perawatan *IV line* ke tempat tidur pasien.

### **5.2.2 Hubungan faktor sikap dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo**

Hasil analisa data menggunakan uji *Spearman Rho* menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara faktor sikap dengan perilaku

perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo dengan interpretasi derajat kekuatan hubungannya kuat

Sikap merupakan suatu respon tertutup seseorang terhadap stimulus yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi untuk mengambil ancang-ancang melakukan tindakan atau berperilaku secara terbuka. Bila sikap seseorang positif, maka diharapkan tindakan yang dilakukannya akan bersifat baik (Notoatmoojo, 2010). Menurut Azwar (2010), Sikap dapat bersifat positif apabila seseorang setuju, mendukung atau memihak terhadap suatu obyek. Dalam sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu. Sedangkan sikap yang bersifat negatif itu bila seseorang tidak setuju atau tidak memihak. Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, atau tidak menyukai obyek tertentu (Azwar, 2010).

Sebelum mengadopsi tindakan atau perilaku, sikap mempunyai 3 komponen penting, yaitu kognitif (kepercayaan atau belief), afektif (emosional atau perasaan), dan konatif (perilaku atau tindakan). Menurut Mann (1969) menjelaskan bahwa komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap terhadap sesuatu, dimana komponen ini berisi persepsi, kepercayaan, dan stereotipe mengenai sesuatu. Komponen afektif merupakan perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi yang biasanya berakar paling dalam yang memiliki pengaruh mengubah sikap seseorang.

Sedangkan komponen perilaku berisi kecenderungan untuk bertindak atau bereaksi terhadap sesuatu (Azwar, 2011).

Menurut teori di atas dijelaskan bahwa seorang perawat yang memiliki sikap positif akan menimbulkan suatu perilaku yang baik dikarenakan sikap yang positif itu ditunjukkan bila seseorang setuju, mendukung atau memihak terhadap suatu obyek yang selanjutnya akan mendorong orang tersebut untuk bertindak semakin mendekati, menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu. Dalam hal ini bila seorang perawat yang melaksanakan tindakannya dengan baik berarti sebelumnya ia telah setuju dengan sesuatu objek stimulus yang mendasarinya, yaitu Standar Operasional Prosedur (SOP). Adanya sikap positif yang setuju terhadap SOP tersebut membuat perawat senang dalam menjalankan tugasnya. Perawat tidak merasa terbebani sehingga ia akan *interest* dan selalu berusaha melakukan tindakannya dengan baik sesuai aturan yang ada. Bila perawat yakin tindakan tersebut menguntungkan pasien dan dirinya, maka perawat akan mulai mengadopsi menjadi suatu perilaku atau kebiasaan. Proses itulah yang mendasari perawat ruang Mawar Putih yang memiliki sikap positif akan melakukan tindakan yang baik juga

Meskipun demikian sikap positif perawat tidak selalu menimbulkan perilaku yang baik dan cukup saja. Perawat yang memiliki sikap positif dapat juga menimbulkan perilaku yang kurang baik. Hal tersebut sesuai dengan data yang telah diidentifikasi di atas, yaitu perawat nomor 15 dimana perawat tersebut berjenis kelamin laki-laki, berusia 40-60 tahun (52 tahun) sebagai anggota tim atau perawat pelaksana dengan masa kerja

>5 tahun (17 tahun), pendidikan dasar D3 keperawatan, dan pernah mengikuti pelatihan infeksi nosokomial (12 tahun yang lalu).

Faktor predisposisi penyebab kurangnya perilaku perawat tersebut adalah usia, masa kerja, dan pelatihan pengendalian infeksi yang pernah diikuti. Perawat ruang Mawar Putih yang selalu diperbaharui ilmu dan skillnya adalah perawat yang memiliki jabatan sebagai kepala ruangan dan ketua tim, sedangkan anggota tim yang bertindak sebagai perawat pelaksana hanya diwajibkan satu kali mengikuti pelatihan pengendalian infeksi nosokomial saat 1 tahun setelah masa kerjanya. Oleh karena itu yang menyebabkan ketua tim di ruangan ini memiliki sikap yang positif dan tindakannya baik. Selain itu usia menyebabkan penurunan fisiologis yang menyebabkan terjadinya penurunan kelincahannya dalam melakukan prosedur, sedangkan masa kerja 17 tahun tersebut sudah dianggap sangat senior apalagi ditambah sudah diangkat sebagai pegawai negeri sipil. Dengan pendapatan yang sudah mencapai maksimal, begitu juga golongan kepangkatannya mendorong perawat tersebut tidak menginginkan lagi mencari reward prestasi. Pelaksanaan pemasangan *IV line* sesuai SOP atau tidak, tetap mendapatkan tunjangan medis sedangkan untuk prosedur perawatn *IV line* belum ada tunjangan medisnya.

Berdasarkan hasil *check list* observasi perilaku perawat dalam mencegah flebitis didapatkan bahwa perawat nomor 15 tidak mendahulukan mencari dan memasang *IV line* pada ekstremitas pasien yang kurang dominan. Perawat tersebut mencari vena distal pasien yang terlihat besar dan lurus, tidak cuci tangan melainkan langsung memakai

sarung tangan, tidak pernah melakukan perawatan *site* dan kateter IV, melakukan pencampuran atau pengoplosan obat yang kurang benar, serta menginjeksikan obat ke pasien dengan cepat. Tindakan-tindakan tersebut ia lakukan karena sebelumnya ia kurang setuju dan tertarik (*interest*) dengan prosedur yang sudah ada. Ia beranggapan bahwa beban kerja diruangan sudah tinggi, tidak bisa kalau semua tindakan harus dikerjakan sesuai urutan prosedur di SOP.

### **5.2.3 Hubungan faktor motivasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo**

Hasil analisa data menggunakan uji *Spearman Rho* menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara faktor motivasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo dengan interpretasi derajat kekuatan hubungannya kuat

Menurut Sbordell dan Kaluzny (1994), motivasi adalah perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan, terutama dalam berperilaku (Nursalam, 2011). Menurut Gray dalam Winardi (2007) mengemukakan bahwa motivasi merupakan hasil sejumlah proses yang bersifat internal atau eksternal bagi seorang individu yang menyebabkan timbulnya sikap antusias dan persistensi dalam melaksanakan kegiatan tertentu. Bila motivasi dalam diri seseorang baik, maka perilaku yang ditampilkan juga akan baik (Winardi, 2007).

Motivasi pada dasarnya merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya. Di dalam diri seseorang terdapat kebutuhan atau keinginan terhadap objek di luar seseorang tersebut, kemudian bagaimana seseorang tersebut menghubungkan antara kebutuhan dengan situasi di luar dalam rangka memenuhi kebutuhan yang dimaksud. Oleh sebab itu motivasi adalah suatu alasan seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya. Seseorang mau bekerja keras bila ada harapan yang ingin diwujudkan (Notoatmodjo, 2010). Sebelum mengadopsi perilaku, seseorang memerlukan melalui 3 komponen terlebih dahulu, yaitu komponen kognitif, afektif, dan konasi (Notoatmodjo, 2011).

Berdasarkan teori di atas dijelaskan bahwa seseorang yang memiliki motivasi baik akan melakukan tindakan yang baik juga dikarenakan motivasi dipengaruhi faktor kebutuhan dan dorongan. Seseorang yang memiliki tuntutan kebutuhan tinggi maka motivasinya akan meningkat, misalnya pada responden yang telah diidentifikasi di atas menunjukkan bahwa sebagian besar perawat yang memiliki motivasi baik masih memiliki masa kerja 3 tahun. Hubungan antara masa kerja dan motivasi adalah adanya kebutuhan pencarian reward prestasi, kenaikan jabatan, pujian, atau untuk pengembangan kompetensi. Seorang perawat yang memiliki masa kerja 2-5 tahun memiliki tuntutan kebutuhan pengakuan yang tinggi sehingga mendorongnya untuk melakukan tindakan yang baik.

Meskipun demikian masih ada perawat yang memiliki motivasi cukup tetapi perilakunya baik, yaitu pada responden nomor 12. Faktor yang mendasari tindakan baik perawat tersebut adalah pengetahuan dan sikap

yang baik. Suatu pembentukan perilaku didasari oleh aspek kognitif, afektif, dan konasi (kehendak). Dalam hal ini yang termasuk kehendak adalah insting, komitmen, dan motivasi. Bila dihubungkan dengan data demografinya, diketahui bahwa responden nomor 12 berjenis kelamin perempuan dimana seorang perempuan sifatnya lebih bisa bersedia menerima otoritaas atau aturan dan sifat sensitif maupun *mother instingnya* tajam. Motivasi cukup disebabkan karena beban kerja yang tinggi sehingga menyebabkan adanya faktor kebosanan dan kelelahan yang dapat mempengaruhi motivasi seseorang, hal tersebut terlihat dari hasil kuesioner motivasi perawat nomor 12 yang menunjukkan bahwa ia tidak setuju bila tindakannya selalu didasarkan pada SOP dengan alasan beban kerja di ruangnya tinggi. Meskipun begitu, ia sangat menyadari bahwa prosedur pemasangan *IV line* itu menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien sehingga kesadarannya mendorong untuk melakukan tindakan yang baik agar tidak lebih menyakiti atau merugikan pasien. Hal itulah yang menyebabkan perawat nomor 12 tetap melakukan tindakan yang baik.

Hasil analisa data menggunakan *Spearman Rho* menunjukkan nilai  $r$  pada faktor pengetahuan adalah 0,632, nilai  $r$  pada faktor sikap adalah 0,635, dan nilai  $r$  pada faktor motivasi adalah 0,643. Motivasi adalah keadaan dari dalam individu yang memunculkan, mengarahkan, dan mempertahankan perilaku. Dengan kata lain motivasi adalah dorongan terhadap seseorang agar mau melaksanakan sesuatu (Wikipedia, 2008). Motivasi sangat diperlukan untuk menampilkan penampilan kerjanya dalam menyelesaikan tugas. Suatu tugas atau pekerjaan tidak akan dapat



diselesaikan dengan baik tanpa didukung oleh suatu kemauan dan motivasi (Nursalam, 2011). Penelitian Rogers (1974) yang dikutip oleh Maulana (2009), mengungkapkan bahwa sebelum mengadopsi perilaku baru, di dalam diri seseorang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu kesadaran (*awareness*), tertarik (*interest*), evaluasi (*evaluation*), mencoba (*trial*), melakukan (*adaption*). Dimulai dari tahap kesadaran (*awareness*), dimana seseorang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek). Setelah timbul kesadaran tersebut, selanjutnya seseorang akan tertarik (*interest*). Setelah sadar dan merasa tertarik, seseorang tersebut akan mengevaluasi baik buruknya pengetahuan tersebut untuk dirinya. Bila baik, ia akan mulai mencobanya sampai ia merasa yakin akan melanjutkan atau mengadopsinya (Maulana, 2009).

Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa motivasi adalah faktor dominan yang mempengaruhi perilaku perawat. hal tersebut dikarenakan motivasi merupakan penggerak seseorang agar mau bekerja dengan semangat dan menunjukkan kemampuan yang dimiliki untuk mencapai tujuan sesuai peran dan fungsinya, dalam hal ini perawat sebagai pemberi jasa pelayanan keperawatan. Motivasi adalah dasar dari tahap kesadaran (*awareness*) dan ketertarikan (*interest*) seorang perawat dalam menyelesaikan tugasnya. Seseorang tidak dapat menyelesaikan tugasnya dengan baik bila tidak didukung oleh suatu kemauan dan motivasi. Dari kesadaran (*awareness*) dan tertarik (*interest*) inilah yang selanjutnya menyebabkan seorang perawat mengadopsi perilaku baru.

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Simpulan**

1. Ada hubungan signifikan antara faktor pengetahuan dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.
2. Ada hubungan signifikan antara faktor sikap dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.
3. Ada hubungan signifikan antara motivasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo.

#### **6.2 Saran**

1. Perawat di ruangan diharapkan mempunyai kesadaran untuk merubah perilaku dalam melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan prosedur yang ada di RSD Sidoarjo untuk mencegah atau mengurangi kejadian flebitis.
2. Tim pengendalian infeksi perlu mengadakan pelatihan kepada perawat tentang pencegahan infeksi nosokomial jarum infus melalui berbagai metode.
3. Perlu keterlibatan unsur pimpinan dalam melakukan pengawasan atau supervisi sehingga pelayanan yang diberikan perawat bisa tetap mengacu pada standart operasional prosedur yang ada.
4. Perlu penelitian lebih lanjut untuk mengembangkan faktor-faktor yang menyebabkan meningkatnya perilaku perawat serta melibatkan populasi lebih luas dan sampel yang lebih banyak

**DAFTAR PUSTAKA**

- Alexander, Mary et al 2010, *Infusion Nursing: An Evidence-Based Approach*, Elsevier Health Sciences, Philadelphia; hal 473-475
- Arep, I & Hendri, T 2004, *Manajemen Motivasi*, Grasindo, Jakarta; hal 172-174
- Azwar 2010, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya, Edisi 2*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Corwin, Elizabeth J 2009, *Buku Saku Patofisiologi*, EGC, Jakarta; hal 140-158.
- Darmawan 2008, *Problematika Infeksi Nosokomial dan Pengendaliannya*, Salemba Medika, Jakarta; hal 17, 20-22, 43
- Depkes RI 2003, *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal Di Pelayanan Kesehatan*, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.
- Djoko W 2008, *Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Kepuasan Pasien Prinsip dan Praktek*, CV Duta Prima Airlangga, Surabaya, 37-55
- Ducell, g, et all. 2002. *Prevention of Hospital-Acquired Infections. A Practical Guide, 2nd Edition*. World Health Organization. Department of Communicable Disease, Surveillance and Response
- Friedman, Candace and William Newsom (ed) 2011, *IFIC Basic Concepts of Infection Control, 2nd edition*, Bonaria Offset, British.
- Hasibuan, MSP 2008, *Organisasi dan Motivasi Dasar Peningkatan Produktifitas*, Bumi Aksara, Jakarta; hal 23-31
- Hidayat, A.A 2009, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*, Salemba Medika, Jakarta
- Infusion Nurses Society (INS) 2011. *Standarts for Infusion Therapy*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- Infusion Nurses Society (INS) 2011, *Infusion Nursing Standarts of Practice*, Vol 34, Number 1S, Philadelphia
- Jawetz, et. all 2007. *Mikrobiologi Kedokteran*, edisi 23, EGC. Jakarta
- Josephson, Dianne L 2004, *Intravenous Infusion Therapy for Nurses: Principles & Practice*, Cengage Learning, British; hal 102-105

- Komite Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUD. Soetomo Surabaya 2008, *Cuci Tangan Dan Penggunaan APD (Alat Perlindungan Diri)*, Surabaya.
- Library of Congress 2006, *Nursing Procedures & Protocols*, Lippincott Williams & Wilkins, USA ; hal 231-23
- Lees B, et all. 2006. *Reducing Hospital-Acquired Staphylococcal Bacteraemia by Implementation of a Peripheral Vascular Catheter Care Plan*. Department of Infections Prevention and Control, Southport and Ormskirk NHS trust, Southport, Merseyside, UK
- Maria, Incedan Erlin Kurnia 2012, *Kepatuhan Perawat dalam Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Infus terhadap Phlebitis*, Vol 5, No.1, Stikes RS. Baptis Kediri
- Notoatmodjo, S 2003, *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta; hal 124, 144
- Notoatmodjo, S 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta; hal 61, 285, 309
- Notoatmodjo, S 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta; hal 85, 142
- Notoatmodjo, S 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan, edisi revisi*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam 2011, *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, edisi 2*, Salemba Medika, Jakarta; hal 326-327
- Nursalam 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Philips, L.D 2005, *Manual of I.V Therapeutics (4th ed)*, F.A Davis Company, Philadelphia
- Saifuddin, Abdul Bari (ed) 2004, *Panduan Pencegahan Infeksi untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas, edisi kedua*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta; hal 3.2-3.13, 6.5, B.1-B.7
- Samsudin, N 2005, *Panduan Menggunakan Teori Motivasi di Tempat Kerja*, PTS Publications & Distributor, Sdn Bhd, Bermula, Kualalumpur
- Siagian, SP 2004, *Teori Motivasi dan Aplikasi*, Cetakan Kedua, Rineka Cipta, Jakarta

- Siregar, Marni 2009, *Pengaruh Motivasi Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Swadana Tarutung Tapanuli Utara*, Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara
- Smeltzer, Suzanne C. O'Connell 2010, *Textbook of Medical Surgical Nursing*, edisi 8 vol 1, EGC, Jakarta; hal 308-309
- Standart Operasional Prosedur (SOP) RSD Sidoarjo 2011. Komite Pengendalian Infeksi Nosokomial RSD Sidoarjo.
- Sugiyono 2010, *Statistika Untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung.
- Suharsimi, Arikunto 2010, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, edisi revisi cetakan 14, Rineka Cipta, jakarta.
- The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2011, *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*, Department of Health & Human Services, USA
- Unok, Warihan 2011, *Pengaruh Pelatihan Tehnik Aseptik Terhadap Penurunan Kejadian Phlebitis di Rumah Sakit Umum Undata Palu Sulawesi Tengah*, tesis
- Yuliasuti 2007, *Pengaruh Pengetahuan, Keterampilan dan Sikap terhadap Kinerja Perawat dalam Penatalaksanaan Kasus Flu Burung di RSUP H. Adam Malik*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara
- Wawan dan Dewi 2010, *Teori dan Pengukuran Pengetahuan Sikap dan Perilaku Manusia*, Nuha Medika, Yogyakarta
- Weinstein, Sharon 2007, *Plumer's Principles & Practice of Intravenous Therapy*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- Winardi 2007, *Motivasi dan Pemoivasian Dalam Manajemen*, Rajawali press, Jakarta
- World Health Organization 2009, *Effective Hand Hygiene is the single most important strategy in preventing health care associated infections*, diakses 8 Oktober 2012,  
<[http://www.who.int/gpsc/5may/How\\_To\\_HandWash\\_Poster.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/How_To_HandWash_Poster.pdf)>.
- Wikipedia 2008, *Pendidikan di Indonesia*, diakses 3 Februari 2013,  
<[http://id.wiktionary.org/wiki/pendidikan\\_di\\_indonesia](http://id.wiktionary.org/wiki/pendidikan_di_indonesia)>
- Wikipedia 2010, *Masa Kerja Perawat*, diakses 8 Februari 2013,  
<[http://id.wiktionary.org/wiki/masa\\_kerja\\_perawat](http://id.wiktionary.org/wiki/masa_kerja_perawat)>

**Lampiran 3****LEMBAR PERMINTAAN  
MENJADI RESPONDEN**

---

---

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **CATURIA SASTI SULISTYANA**

NIM : 131111172

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya akan melakukan penelitian tentang **“ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN TINDAKAN PENCEGAHAN FLEBITIS PADA PASIEN YANG DILAKUKAN PEMASANGAN *IV LINE* DI RUANG MAWAR PUTIH RSD SIDOARJO”**.

Tujuan penelitian ini adalah meningkatkan pengetahuan perawat terhadap hubungan faktor pengetahuan, sikap, dan motivasi dengan penerapan tindakan pencegahan flebitis pada pasien yang dilakukan pemasangan *IV line* guna membantu menurunkan frekuensi flebitis di ruang Mawar Putih RSD Sidoarjo. Untuk itu kami mengharapkan kesediaan saudara untuk menjadi responden penelitian kami dengan menandatangani formulir persetujuan yang telah kami sediakan. Kesediaan saudara adalah sukarela, data yang diambil dan disajikan bersifat rahasia, tanpa menyebut nama saudara.

Atas partisipasi saudara dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Januari 2013

Hormat saya

Caturia Sasti Sulistyana

**Lampiran 4****LEMBAR PERSETUJUAN  
MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

---

---

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Caturia Sasti Sulistyana, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

**“ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN TINDAKAN PENCEGAHAN FLEBITIS PADA PASIEN YANG DILAKUKAN PEMASANGAN *IV LINE* DI RUANG MAWAR PUTIH RSD SIDOARJO”**

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah mendapat informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya buat secara sadar, sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun.

Surabaya, Januari 2013

Responden

(Nama Terang)

**Lampiran 5**

Kode Resp.

**Lembar Identitas Pasien****Petunjuk Pengisian :**

Berikan tanda *checklist* ( ) pada kolom yang tersedia sesuai identitas perawat.

**A. Data demografi**

## 1. Jenis Kelamin

- Laki-laki  
 Perempuan

## 2. Umur

- 18 - 40 tahun  
 40 - 60 tahun

## 3. Masa Kerja

- < 2 tahun  
 2 - 5 tahun  
 > 5 tahun

## 4. Pendidikan

- SPK  
 D3 Keperawatan  
 S1 Keperawatan

## 5. Jabatan

- Ketua Tim  
 Anggota Tim

## 6. Pernahkah saudara mengikuti pelatihan Pengendalian infeksi Nosokomial

- Pernah  
 Tidak pernah



**B. PENGETAHUAN****Petunjuk:**

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda silang (x) pada jawaban yang anda anggap benar.

No	Pertanyaan	Kode (diisi peneliti)
1	Ukuran venflon yang digunakan pada dewasa adalah... a. 24 - 26 b. 18 - 22	
2	Bahan kanulasi yang mudah terkontaminasi mikroorganisme adalah... a. Polivynil klorida b. Silicon	
3	Lokasi pemasangan infus lebih diutamakan pada tangan... a. Kanan b. Kiri	
4	Rekomendasi waktu penggantian selang/ kateter <i>IV line</i> adalah... a. 24 - 48 jam b. 72 - 96 jam	
5	Vena yang tepat dilakukan pemasangan <i>IV line</i> perifer adalah.... a. Vena dorsal metacarpal b. Vena femoralis	
6	Jenis obat yang termasuk flebitogenik (menyebabkan flebitis) adalah... a. Kalium klorida (KCl) b. Amoxicillin	
7	Tingkat osmolalitas cairan yang dapat menyebabkan flebitis adalah... a. Hipoosmolalitas b. Hiperosmolalitas	
8	Terapi cairan yang dapat menyebabkan flebitis adalah... a. Natrium klorida (NaCl) b. Dextrosa 5 - 10%	
9	Kecepatan pemberian terapi obat dengan osmolalitas tinggi sebaiknya... a. Cepat b. Perlahan-lahan	
10	Syarat pemasangan <i>IV line</i> pada vena perifer adalah bila mendapat terapi obat dan atau cairan dengan osmolalitas.... a. 900 mOsm/L b. 900 mOsm/L	
11	Rekomendasi dilakukannya rotasi kanul <i>IV line</i> adalah... a. 24 - 48 jam b. 72 - 96 jam	

12	Prinsip tindakan pemasangan dan atau perawatan kateter <i>IV line</i> adalah.... a. Aseptik b. Bersih	
13	Teknik aseptik yang dilakukan pada kulit pasien sebelum dilakukan insersi adalah... a. Swab b. Scrub	
14	Cara melakukan teknik aseptik pada kulit pasien sebelum dilakukan insersi adalah... a. Sirkuler dari dalam keluar b. Vertikal dari atas ke bawah	
15	Komplikasi terberat bila terjadi flebitis bakterial adalah... a. Hematoma b. Septikemia	
16	Usia pasien yang berisiko mengalami flebitis pada pemasangan <i>IV line</i> adalah... a. Usia dewasa b. Lansia	
17	Penyakit yang dapat meningkatkan risiko terjadinya flebitis adalah... a. Diabetes mellitus b. Hipertensi	
18	Pasien yang berisiko mengalami kesalahan penusukan karena vena susah terlihat adalah... a. Pasien dengan obesitas b. Pasien kurus	
19	Penyakit yang dapat meningkatkan risiko terjadinya flebitis bakterial adalah... a. CVA b. Infeksi sistemik (sepsis)	
20	Menurut Anda, apakah pasien post luka bakar (luas area >50%) dapat berisiko terjadi flebitis.... a. Ya b. Tidak	

### C. SIKAP

#### Petunjuk Pengisian :

Berikan tanda *checklist* ( ) pada kolom sebelah kanan yang saudara anggap paling benar.

Keterangan: SS : Sangat setuju  
 S : Setuju  
 TS : Tidak setuju  
 STS : Sangat tidak setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya akan melaksanakan pemasangan <i>IV line</i> sesuai SOP				
2	Saya akan melakukan desinfeksi pada area pemasangan <i>IV line</i> dengan cara sirkuler dari dalam keluar menggunakan alkohol swab				
3	Saya akan melakukan insersi/ pungsi vena (penusukan) setelah desinfektan alkohol mengering				
4	Selesai memasang <i>IV line</i> saya perlu menuliskan tanggal pemasangannya				
5	Bila terjadi flebitis, saya akan melepas <i>IV line</i> dan melakukan kompres hangat pada daerah tersebut				
6	Sebelum dilaksanakan pemasangan <i>IV line</i> saya tidak perlu cuci tangan karena telah memakai sarung tangan				
7	Saya akan menggunakan sarung tangan hanya saat memasang <i>IV line</i> pada pasien yang mengalami infeksi menular, seperti HIV/AIDS				
8	Saya akan langsung memasang <i>IV line</i> pada punggung telapak tangan pasien yang venanya tampak besar meskipun tangan tersebut paling dominan (paling aktif) bagi pasien				
9	Saya akan melakukan perawatan kateter <i>IV line</i> bila ada tanda-tanda flebitis atau infus macet				
10	Pada waktu pemberian injeksi IV, pada <i>injeksi port</i> tidak perlu didesinfektan menggunakan kapas alkohol				

#### D. MOTIVASI

##### Petunjuk Pengisian :

Berikan tanda *checklist* ( ) pada kolom sebelah kanan yang saudara anggap paling benar.

Keterangan: SS : Sangat setuju  
 S : Setuju  
 TS : Tidak setuju  
 STS : Sangat tidak setuju

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Saya menyadari bahwa prosedur pemasangan <i>IV line</i> menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien				
2.	Saya senantiasa melakukan pemasangan <i>IV line</i> sesuai SOP dengan baik				
3.	Saya selalu menerapkan teknik aseptik saat memasang maupun merawat kateter <i>IV line</i>				
4.	Saya puas jika dapat memberikan tindakan yang maksimal dalam memasang maupun merawat <i>IV line</i> pada pasien				
5.	Saya berusaha memperhatikan osmolalitas dan pH obat (kepekatan), cara pengoplosan dan pemberiannya pada pasien				
6.	Saya berusaha memperhatikan osmolalitas dan pH cairan serta kecepatan tetesan yang didapat pasien sesuai intruksi dokter				
7.	Saya melakukan prosedur pemasangan dan perawatan kateter <i>IV line</i> sesuai SOP untuk memotivasi diri dan teman dalam menumbuhkan tanggung jawab pada pasien				
8.	Saya mau melakukan pemasangan <i>IV line</i> karena ada jasa medisnya				
9.	Saya melakukan pemasangan atau perawatan kateter <i>IV line</i> karena sudah tuntutan pekerjaan				
10.	Saya melakukan pemasangan atau perawatan kateter <i>IV line</i> sesuai SOP karena adanya pengawasan (supervisi)				
11.	Saya melakukan setiap prosedur sesuai SOP dengan baik agar mendapatkan prestasi atau pujian				
12.	Saya melakukan penggantian infus set hanya bila aliran infus pada pasien macet atau sudah terjadi flebitis				
13.	Saya melakukan penggantian <i>dressing</i> (kassa) hanya bila terlihat kotor				
14.	Saya melakukan <i>spooling</i> menggunakan aquabidest dengan tekanan kuat bila aliran infus pasien macet pasca transfusi				

## E. TINDAKAN PERAWAT

Berikan tanda *checklist* ( ) pada kolom “ya” bila perawat melakukan atau kolom “tidak” bila perawat tidak melakukan.

### 1. Penggunaan jarum dan lokasi pemasangan

No	Item tindakan	Ya	Tidak
1	Ukuran jarum sesuai dengan usia dan jenis vena Keterangan: Bayi : 26 atau wings needle Anak : 24 Dewasa : 18-22		
2	Bahan kateter yang digunakan silicon/ venflon		
3	Lokasi pemasangan pada vena yang besar dan lurus (tidak bercabang)		
4	Mendahulukan mencari vena dan memasang <i>IV line</i> di ekstremitas tangan kiri (bila pasien tidak kidal)		

### 2. Penerapan teknik aseptik

No	Item tindakan	Ya	Tidak
1	Cuci tangan sesuai prosedur (7 langkah) dan menggunakan sabun atau larutan antiseptik		
2	Menggunakan <i>hand scoon</i> (sarung tangan)		
3	Melakukan <i>scrub</i> alkohol dengan teknik sirkuler saat melakukan desinfektan pada kulit pasien		
4	Menggunakan alkohol dan <i>iodium povidone</i> untuk desinfektan kulit pasien		
5	Melakukan desinfektan pada kateter sebelum injeksi		

### 3. Perawatan *site* dan kateter IV

No	Item tindakan	Ya	Tidak
1	Melakukan perawatan <i>site</i> maksimal 2x24 jam		
2	Melakukan perawatan <i>site</i> menggunakan alkohol <i>swab</i>		
3	Melakukan penggantian balutan/ <i>dressing</i> setelah melakukan perawatan <i>site</i>		
4	Melakukan rotasi kanul maksimal 3x24 jam		
5	Melakukan penggantian kateter IV line (infus set) maksimal 4x24 jam		
6	Melakukan penggantian kateter IV line (infus set) maksimal 1x24 jam pada pasien post tranfusi, albumin, atau aminofusin		

## 4. pH dan Pemberian terapi

No	Item tindakan	Ya	Tidak
1	Menghitung faktor tetesan terapi cairan sesuai kondisi pasien dan advis dokter		
2	Melakukan injeksi obat dengan perlahan-lahan bila osmolaritasnya tinggi (pekat)		
3	Tidak mencampur oplosan antibiotik dengan obat injeksi lainnya		
4	Pasien sebelum dan sesudah transfusi darah digrojok cairan infus NaCl selama 15 menit		
5	Bila pasien mendapat terapi KCl, dioplos dengan cairan infus NaCl 500 ml		

## Lampiran 6

## TABULASI DATA

No. Resp	DATA DEMOGRAFI					DATA KHUSUS				
	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Jabatan	Masa Kerja	Pelatihan Dalin Inos	Pengetahuan	Sikap	Motivasi	Tindakan
	1. Laki-laki	1. 18 - 40 tahun	1. SPK	1. Ketua Tim	1. < 2 tahun	1. Pernah	1. Baik	1. Positif	1. Baik	1. Baik
	2. Perempuan	2. 40 - 60 tahun	2. D3 Keperawatan	2. Anggota Tim	2. 2-5 tahun	2. Tidak Pernah	2. Cukup	2. Negatif	2. Cukup	2. Cukup
			3. S1 Keperawatan		3. > 5 tahun		3. Kurang		3. Kurang	3. Kurang
1	2	28 tahun	3	1	4 tahun	1	1	1	1	1
2	2	27 tahun	3	1	3,5 tahun	1	1	1	1	1
3	2	24 tahun	2	2	1,5 tahun	2	2	2	1	2
4	2	29 tahun	2	2	3 tahun	1	1	1	2	2
5	2	24 tahun	2	2	8 bulan	2	2	2	2	3
6	2	25 tahun	2	2	2,5 tahun	1	1	1	3	2
7	2	35 tahun	2	2	9 tahun	1	1	2	3	3
8	1	45 tahun	1	2	11 tahun	1	2	2	3	3
9	2	27 tahun	2	2	3 tahun	1	1	1	1	1
10	2	41 tahun	2	2	4 tahun	1	1	2	2	2
11	2	28 tahun	2	2	4,5 tahun	1	1	1	2	2
12	2	26 tahun	2	2	2 tahun	1	1	1	2	1
13	2	24 tahun	2	2	2 tahun	1	1	1	2	2
14	2	40 tahun	2	2	4 tahun	1	1	2	3	3
15	1	52 tahun	2	2	17 tahun	2	2	1	3	3
16	2	24 tahun	2	2	10 bulan	2	1	1	2	2
17	1	35 tahun	2	2	15 tahun	1	1	2	2	2
18	1	32 tahun	2	2	7 tahun	1	1	2	3	2
19	1	28 tahun	2	2	4 tahun	1	1	1	3	2
20	1	42 tahun	2	2	4 tahun	1	2	2	2	3
21	2	25 tahun	3	1	3 tahun	1	1	1	1	1
22	1	40 tahun	1	2	1 tahun	2	2	2	2	3

PENGETAHUAN PERAWAT MAWAR PUTIH																								
No Resp.	Nomor Soal																				Total	%	Keterangan	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	100	Baik	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	19	95	Baik	1
3	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	13	65	Cukup	2
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	19	95	Baik	1
5	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	14	70	Cukup	2
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	19	95	Baik	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	100	Baik	1
8	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	13	65	Cukup	2
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	19	95	Baik	1
10	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17	85	Baik	1
11	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17	85	Baik	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	100	Baik	1
13	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	16	80	Baik	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	100	Baik	1
15	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	14	70	Cukup	2
16	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	16	80	Baik	1
17	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	17	85	Baik	1
18	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	18	90	Baik	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	19	95	Baik	1
20	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	14	70	Cukup	2
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	100	Baik	1
22	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	14	70	Cukup	2



SIKAP PERAWAT MAWAR PUTIH																
No Responden	Nomor Soal										Total	(xi-x) <sup>2</sup>	Skor T	Mean Skor T	Kategori	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	39	44,04	67,08	50,00	Positif	1
2	2	4	4	4	4	3	4	3	3	4	35	6,95	56,78	50,00	Positif	1
3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	32	0,13	49,06	50,00	Negatif	2
4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	38	31,77	64,50	50,00	Positif	1
5	2	4	4	3	1	3	2	4	2	4	29	11,31	41,34	50,00	Negatif	2
6	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	36	13,22	59,36	50,00	Positif	1
7	2	4	3	3	2	2	2	2	2	4	26	40,50	33,62	50,00	Negatif	2
8	2	3	4	3	2	2	2	3	2	4	27	28,77	36,20	50,00	Negatif	2
9	3	3	3	4	4	4	3	4	2	4	34	2,68	54,21	50,00	Positif	1
10	2	4	4	3	2	2	2	4	2	4	29	11,31	41,34	50,00	Negatif	2
11	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	35	6,95	56,78	50,00	Positif	1
12	2	4	3	3	3	3	3	4	4	4	33	0,40	51,64	50,00	Positif	1
13	3	3	4	4	4	4	4	3	2	4	35	6,95	56,78	50,00	Positif	1
14	4	4	4	4	2	3	3	3	2	3	32	0,13	49,06	50,00	Negatif	2
15	3	4	4	4	4	3	4	3	2	4	35	6,95	56,78	50,00	Positif	1
16	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	36	13,22	59,36	50,00	Positif	1
17	3	4	4	3	2	3	2	3	2	3	29	11,31	41,34	50,00	Negatif	2
18	2	3	4	3	3	3	2	3	2	3	28	19,04	38,77	50,00	Negatif	2
19	2	4	4	4	4	2	4	4	2	4	34	2,68	54,21	50,00	Positif	1
20	2	3	3	3	2	3	4	3	2	4	29	11,31	41,34	50,00	Negatif	2
21	3	4	4	4	4	4	3	3	2	4	35	6,95	56,78	50,00	Positif	1
22	2	3	3	3	2	2	2	3	2	4	26	40,50	33,62	50,00	Negatif	2
Mean (x)											32,36					
Standart deviasi											3,89					
Mean Skor T											50,00					

<b>MOTIVASI PERAWAT MAWAR PUTIH</b>																		
<b>No Resp.</b>	<b>No. Soal</b>														<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Keterangan</b>	<b>Kode</b>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				
1	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	48	86	Baik	1
2	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3	3	3	4	46	82	Baik	1
3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	4	47	84	Baik	1
4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	4	36	64	Cukup	2
5	4	2	3	4	4	4	2	2	2	3	3	2	2	2	39	70	Cukup	2
6	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	30	54	Kurang	3
7	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	30	54	Kurang	3
8	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	1	1	31	55	Kurang	3
9	4	2	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	4	4	44	79	Baik	1
10	4	3	3	4	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	41	73	Cukup	2
11	4	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	1	1	33	59	Cukup	2
12	4	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	35	63	Cukup	2
13	4	2	4	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	1	35	63	Cukup	2
14	3	2	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	1	30	54	Kurang	3
15	3	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	1	1	29	52	Kurang	3
16	4	2	4	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	1	37	66	Cukup	2
17	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	38	68	Cukup	2
18	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	1	31	55	Kurang	3
19	3	2	3	3	2	2	3	3	1	3	2	2	1	1	31	55	Kurang	3
20	3	2	3	3	2	3	3	2	1	2	2	2	2	4	34	61	Cukup	2
21	4	2	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	44	79	Baik	1
22	4	2	4	4	4	4	2	2	2	3	3	2	2	1	39	70	Cukup	2

TINDAKAN PERAWAT MAWAR PUTIH																								
No Resp.	No. Soal																		Total	%	Keterangan	Kode		
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2	3					4	5
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	17	85	Baik	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	16	80	Baik	1
3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	13	65	Cukup	2
4	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	12	60	Cukup	2
5	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	11	55	Kurang	3
6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	13	65	Cukup	2
7	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	11	55	Kurang	3
8	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	10	50	Kurang	3
9	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	16	80	Baik	1
10	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	13	65	Cukup	2
11	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	15	75	Cukup	2
12	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	16	80	Baik	1
13	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	12	60	Cukup	2
14	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	11	55	Kurang	3
15	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	9	45	Kurang	3
16	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	12	60	Cukup	2
17	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	12	60	Cukup	2
18	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	12	60	Cukup	2
19	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	13	65	Cukup	2
20	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	10	50	Kurang	3
21	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	16	80	Baik	1
22	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	11	55	Kurang	3

## Lampiran 7

## Frequencies Data Umum

## Statistics

		JK	usia	pendidikan	jabatan	masakerja	pelatihan
N	Valid	22	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0	0

## JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	7	31,8	31,8	31,8
	perempuan	15	68,2	68,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

## usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-40 tahun	15	68,2	68,2	68,2
	40-60 tahun	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

## pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK	2	9,1	9,1	9,1
	D3 Keperawatan	17	77,3	77,3	86,4
	S1 Keperawatan	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

## jabatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	katua tim	3	13,6	13,6	13,6
	anggota tim	19	86,4	86,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

## masakerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2 tahun	4	18,2	18,2	18,2
	2-5 tahun	13	59,1	59,1	77,3
	> 5 tahun	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**pelatihan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pernah	17	77,3	77,3	77,3
	tidak pernah	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**Frequencies Data Khusus****Statistics**

		pengetahuan	sikap	motivasi	tindakan
N	Valid	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0

**pengetahuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	16	72,7	72,7	72,7
	cukup	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**sikap**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	positif	12	54,5	54,5	54,5
	negatif	10	45,5	45,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**motivasi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	5	22,7	22,7	22,7
	cukup	10	45,5	45,5	68,2
	kurang	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**tindakan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	5	22,7	22,7	22,7
	cukup	10	45,5	45,5	68,2
	kurang	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**Crosstabs****JK \* pengetahuan Crosstabulation**

Count

		pengetahuan		Total
		baik	cukup	
JK	laki-laki	3	4	7
	perempuan	13	2	15
Total		16	6	22

**JK \* sikap Crosstabulation**

Count

		sikap		Total
		positif	negatif	
JK	laki-laki	2	5	7
	perempuan	10	5	15
Total		12	10	22

**JK \* motivasi Crosstabulation**

Count

		motivasi			Total
		baik	cukup	kurang	
JK	laki-laki	0	3	4	7
	perempuan	5	7	3	15
Total		5	10	7	22

**JK \* tindakan Crosstabulation**

Count

		tindakan			Total
		baik	cukup	kurang	
JK	laki-laki	0	3	4	7
	perempuan	5	7	3	15
Total		5	10	7	22

**usia \* pengetahuan Crosstabulation**

Count

		pengetahuan		Total
		baik	cukup	
usia	18-40 tahun	13	2	15
	40-60 tahun	3	4	7
Total		16	6	22

**usia \* sikap Crosstabulation**

Count

		sikap		Total
		positif	negatif	
usia	18-40 tahun	11	4	15
	40-60 tahun	1	6	7
Total		12	10	22

**usia \* motivasi Crosstabulation**

Count

		motivasi			Total
		baik	cukup	kurang	
usia	18-40 tahun	5	7	3	15
	40-60 tahun	0	3	4	7
Total		5	10	7	22

**usia \* tindakan Crosstabulation**

Count

		tindakan			Total
		baik	cukup	kurang	
usia	18-40 tahun	5	8	2	15
	40-60 tahun	0	2	5	7
Total		5	10	7	22

**pendidikan \* pengetahuan Crosstabulation**

Count

		pengetahuan		Total
		baik	cukup	
pendidikan	SPK	0	2	2
	D3 keperawatan	13	4	17
	S1 keperawatan	3	0	3
Total		16	6	22

**pendidikan \* sikap Crosstabulation**

Count

		sikap		Total
		positif	negatif	
pendidikan	SPK	0	2	2
	D3 keperawatan	9	8	17
	S1 keperawatan	3	0	3
Total		12	10	22

**pendidikan \* motivasi Crosstabulation**

Count

		motivasi			Total
		baik	cukup	kurang	
pendidikan	SPK	0	1	1	2
	D3 keperawatan	2	9	6	17
	S1 keperawatan	3	0	0	3
Total		5	10	7	22

**pendidikan \* tindakan Crosstabulation**

Count

		tindakan			Total
		baik	cukup	kurang	
pendidikan	SPK	0	0	2	2
	D3 keperawatan	2	10	5	17
	S1 keperawatan	3	0	0	3
Total		5	10	7	22

**jabatan \* pengetahuan Crosstabulation**

Count

		pengetahuan		Total
		baik	cukup	
jabatan	ketua tim	3	0	3
	anggota tim	13	6	19
Total		16	6	22

**jabatan \* sikap Crosstabulation**

Count

		sikap		Total
		positif	negatif	
jabatan	ketua tim	3	0	3
	anggota tim	9	10	19
Total		12	10	22

**jabatan \* motivasi Crosstabulation**

Count

		motivasi			Total
		baik	cukup	kurang	
jabatan	ketua tim	3	0	0	3
	anggota tim	2	10	7	19
Total		5	10	7	22

**jabatan \* tindakan Crosstabulation**

Count

		tindakan			Total
		baik	cukup	kurang	
jabatan	ketua tim	3	0	0	3
	anggota tim	2	10	7	19
Total		5	10	7	22

**masakerja \* pengetahuan Crosstabulation**

Count

		pengetahuan		Total
		baik	cukup	
masakerja	< 2 tahun	1	3	4
	2-5 tahun	12	1	13
	> 5 tahun	3	2	5
Total		16	6	22

**masakerja \* sikap Crosstabulation**

Count

		sikap		Total
		positif	negatif	
masakerja	< 2 tahun	1	3	4
	2-5 tahun	10	3	13
	> 5 tahun	1	4	5
Total		12	10	22



**masakerja \* motivasi Crosstabulation**

Count

		motivasi			Total
		baik	cukup	kurang	
masakerja	< 2 tahun	1	3	0	4
	2-5 tahun	4	6	3	13
	> 5 tahun	0	1	4	5
Total		5	10	7	22

**masakerja \* tindakan Crosstabulation**

Count

		tindakan			Total
		baik	cukup	kurang	
masakerja	< 2 tahun	0	2	2	4
	2-5 tahun	5	6	2	13
	> 5 tahun	0	2	3	5
Total		5	10	7	22

**pelatihan \* pengetahuan Crosstabulation**

Count

		pengetahuan		Total
		baik	cukup	
pelatihan	pernah	15	2	17
	tidak pernah	1	4	5
Total		16	6	22

**pelatihan \* sikap Crosstabulation**

Count

		sikap		Total
		positif	negatif	
pelatihan	pernah	10	7	17
	tidak pernah	2	3	5
Total		12	10	22

**pelatihan \* motivasi Crosstabulation**

Count

		motivasi			Total
		baik	cukup	kurang	
pelatihan	pernah	4	7	6	17
	tidak pernah	1	3	1	5
Total		5	10	7	22

**pelatihan \* tindakan Crosstabulation**

Count

		tindakan			Total
		baik	cukup	kurang	
pelatihan	pernah	5	8	4	17
	tidak pernah	0	2	3	5
Total		5	10	7	22

## Nonparametric Correlations

Correlations

		pengetahuan	sikap	motivasi	tindakan	
Spearman's rho	pengetahuan	Correlation Coefficient	1,000	,466*	,061	,632**
		Sig. (2-tailed)	.	,029	,789	,002
		N	22	22	22	22
	sikap	Correlation Coefficient	,466*	1,000	,255	,635**
		Sig. (2-tailed)	,029	.	,251	,002
		N	22	22	22	22
	motivasi	Correlation Coefficient	,061	,255	1,000	,643**
		Sig. (2-tailed)	,789	,251	.	,001
		N	22	22	22	22
	tindakan	Correlation Coefficient	,632**	,635**	,643**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	,002	,001	.
		N	22	22	22	22

\* · Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* · Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	22	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	22	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,896	20

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	15,95	16,712	,559	,890
Q2	15,91	17,134	,501	,892
Q3	15,95	16,522	,629	,888
Q4	16,09	16,468	,477	,893
Q5	15,95	16,617	,594	,889
Q6	15,95	16,617	,594	,889
Q7	15,95	16,807	,525	,891
Q8	15,91	17,134	,501	,892
Q9	15,95	16,807	,525	,891
Q10	15,91	17,229	,461	,893
Q11	16,00	16,571	,533	,891
Q12	16,00	16,667	,502	,892
Q13	16,05	16,712	,441	,894
Q14	15,95	16,712	,559	,890
Q15	15,91	17,134	,501	,892
Q16	15,95	16,712	,559	,890
Q17	16,00	16,857	,441	,894
Q18	16,00	16,667	,502	,892
Q19	16,05	16,236	,585	,889
Q20	16,09	16,372	,505	,892

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
16,82	18,442	4,294	20

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	22	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	22	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,842	10

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	29,3636	18,147	,527	,829
Q2	28,6364	18,719	,457	,835
Q3	28,5000	19,405	,467	,834
Q4	28,5909	18,920	,674	,821
Q5	29,0000	14,952	,785	,799
Q6	29,0000	17,619	,635	,818
Q7	29,0000	17,714	,508	,832
Q8	28,7727	19,041	,483	,833
Q9	29,5909	18,253	,480	,834
Q10	28,3636	20,052	,471	,835

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
32,0909	22,182	4,70976	10

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	22	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	22	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,897	14

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	33,2273	33,613	,681	,887
Q2	34,4091	33,587	,509	,893
Q3	33,4545	34,355	,593	,891
Q4	33,5455	35,212	,492	,894
Q5	33,7273	31,922	,668	,886
Q6	33,5909	32,444	,662	,886
Q7	34,4091	35,110	,436	,895
Q8	34,4545	35,212	,435	,895
Q9	34,7273	32,208	,631	,888
Q10	34,0909	34,277	,608	,890
Q11	34,3636	32,814	,838	,882
Q12	34,5455	33,022	,640	,888
Q13	34,7727	28,851	,824	,877
Q14	34,7273	28,494	,586	,902

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
36,7727	37,898	6,15616	14

**Regresi Linier Berganda****Descriptive Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
tindakan	2,09	,750	22
pengetahuan	1,27	,456	22
sikap	1,45	,510	22
motivasi	2,09	,750	22

**Correlations**

	tindakan	pengetahuan	sikap	motivasi
Pearson Correlation	tindakan 1,000	pengetahuan ,620	sikap ,634	motivasi ,662
	pengetahuan ,620	1,000	,466	,063
	sikap ,634	,466	1,000	,260
	motivasi ,662	,063	,260	1,000
Sig. (1-tailed)	tindakan .	pengetahuan ,001	sikap ,001	motivasi ,000
	pengetahuan ,001	.	,014	,390
	sikap ,001	,014	.	,121
	motivasi ,000	,390	,121	.
N	tindakan 22	pengetahuan 22	sikap 22	motivasi 22
	pengetahuan 22	22	22	22
	sikap 22	22	22	22
	motivasi 22	22	22	22

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	motivasi, pengetahuan, sikap <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: tindakan

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,910 <sup>a</sup>	,829	,800	,335

a. Predictors: (Constant), motivasi, pengetahuan, sikap

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9,795	3	3,265	29,057	,000 <sup>a</sup>
	Residual	2,023	18	,112		
	Total	11,818	21			

a. Predictors: (Constant), motivasi, pengetahuan, sikap

b. Dependent Variable: tindakan

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,628	,300		-2,092	,051
	pengetahuan	,751	,182	,457	4,133	,001
	sikap	,405	,168	,275	2,411	,027
	motivasi	,561	,101	,561	5,541	,000

a. Dependent Variable: tindakan

**CATATAN REVISI**  
**SEMINAR PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Caturia Sasti Sulistyana  
NIM : 131111172

No	Halaman	Bab	Saran Perbaikan	Hasil Revisi
1	X	Abstrak	Ditambahkan saran untuk penelitian berikutnya	Sudah direvisi
2	58	4	Menggunakan sampel dan populasi yang konsisten dalam menuliskan keterbatasan	Sudah direvisi
3	59-61	5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan lokasi penelitian memiliki hubungan dengan penelitian</li> <li>2. Pembahasan langsung fokus pada tujuan khusus</li> <li>3. Teori dan opini berisi tentang mengapa dan bagaimana berdasarkan data yang ada</li> <li>4. Tambahkan fakta lainnya, yaitu hasil kuesioner dan obseervasi yang anomali</li> <li>5. Jangan duplikasi (pengulangan) teori</li> </ol>	Sudah direvisi
4	88	6	Simpulan disesuaikan dengan tujuan khusus	Sudah direvisi

Mengetahui,  
Penguji

Laily Hidayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIK. 139080822

**CATATAN REVISI**  
**SEMINAR PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Caturia Sasti Sulistyana  
NIM : 131111172

No	Halaman	Bab	Saran Perbaikan	Hasil Revisi
1	22	2	Ditambahkan konsep teknik aseptik sesuai SOP ruangan	Sudah direvisi
2	59-87	5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang dieksplor karakteristik respondennya</li> <li>2. Duplikasi teori</li> <li>3. Teori dan opini masih berupa konsep dasar, lebih dispesifikkan</li> </ol>	Sudah direvisi

Mengetahui,  
Penguji

Herdina Mariyanti, S.Kep.,Ns  
NIK. 139101033