

TESIS

**PENERAPAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR* TERHADAP
PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN
VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP)
DI ICU RUMAH SAKIT KATOLIK
SURABAYA**



Nama : Ni Ketut Suadnyani
NIM : 131514153030

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017**

TESIS

PENERAPAN TEORI OF PLANNED BEHAVIOR
DALAM PERAWAT DAN MAHASISWA
KEMAHALAKSANAAN (KEMAHALAKSANAAN)
DI ICU RUMAH SAKIT KATOLIK
SURABAYA

Disusun oleh : NI KETUT SUADNYANI
NIM : 1010100000000000

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010

**PENERAPAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR* TERHADAP
PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN
VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP)
DI ICU RUMAH SAKIT KATOLIK
SURABAYA**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

Oleh:

**Nama: Ni Ketut Suadnyani
NIM : 131514153030**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017**

iii

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS HUKUM
JURUSAN HUKUM
KATA PENGANTAR
PADA
KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR
DAFTAR ISI
BAB I PENDAHULUAN
BAB II PEMBAHASAN
BAB III PENUTUP

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI
BAB I PENDAHULUAN
BAB II PEMBAHASAN
BAB III PENUTUP

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS HUKUM
JURUSAN HUKUM
KATA PENGANTAR
PADA
KATA PENGANTAR

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Ni Ketut Suadnyani
NIM : 131514153030
Tanda Tangan :
Tanggal : 2 Mei 2017

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENERAPAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR* TERHADAP
PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN
VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP)
DI ICU RUMAH SAKIT KATOLIK
SURABAYA**

**Ni Ketut Suadnyani
131415143030**

**TESIS INI TELAH DI SETUJUI
Pada Tanggal 2 Mei 2017**

Oleh:
Pembimbing Utama



Dr. Kushanto S.Kp M.Kes
NIP.196808291989031002

Pembimbing Kedua



Erna Dwi Wahyuni S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.198402012014042001



Mengetahui,
Ketua Program Studi


Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Ni Ketut Suadnyani
NIM : 131514153030
Pogram Studi : Magister Keperawatan
Judul : Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 2 Mei 2017

Panitia Penguji,

Ketua	:	Prof.Dr.Suharto,dr.,M.Sc.,DTM&H. MPdK.,Sp.PD., K-PTI	(.....)
Penguji I	:	Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes	(.....)
Penguji II	:	Erna Dwi Wahyuni S.Kep.,Ns.,M.Kep	(.....)
Penguji III	:	Dr.Elizeus Hanindito dr.,SpAn.,KIC.,KAP	(.....)
Penguji IV	:	Atika, S.Si.,M.Kes	(.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP 197212172000032001



KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya”. Selama penyusunan tesis ini, penulis banyak menerima bantuan baik moril maupun materiil dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat:

- 1) Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan.
- 2) Dr. Kusnanto, S.Kp. M.Kes selaku pembimbing akademik dan pembimbing utama yang telah banyak memberikan bimbingan dan motivasi dengan penuh kesabaran sehingga tesis ini dapat selesai tepat pada waktunya.
- 3) Erna Dwi Wahyuni S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing kedua yang senantiasa memberikan dukungan dan motivasi dengan penuh kesabaran sehingga tesis ini dapat selesai tepat pada waktunya
- 4) Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku ketua program studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan.

- 5) **Dr.Sugiharto Tanto, MARS selaku Direktur Utama dan seluruh Direksi Rumah Sakit Katolik Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan dukungan penuh dalam menempuh pendidikan di Magister Keperawatan Unair**
- 6) **Ns.Rosa Dwi Sahati, S.Kep.MARS, selaku Direktur Keperawatan Rumah Sakit Katolik Surabaya sekaligus sebagai pembimbing yang telah memberikan dukungan secara fisik maupun moral dalam menyelesaikan tesis ini.**
- 7) **Semua staf dan dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini**
- 8) **Keluarga besarku yang dengan segenap kasih sayang memberikan semangat, cinta dan doa untuk menyelesaikan tesis ini**
- 9) **Seluruh teman-teman Magister angkatan 8 (M8) yang saling memberikan support dan semangat.**
- 10) **Teman-teman ICU yang sudah bersedia menjadi responden serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan tesis ini. Semoga Tuhan selalu memberikan yang terbaik kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini. Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam tesis ini, sehingga masukan dan saran sangat penulis harapkan.**

Surabaya, April 2017

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ni Ketut Suadnyani
NIM : 13151415303030
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non- exclusive Royalty- Free Right*) atas Karya ilmiah saya yang berjudul:

“Penerapan *Theory Of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan *Ventilator-Associated Pneumonia* (VAP) Di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 2 Mei 2017

Yang menyatakan,

(Ni Ketut Suadnyani)

RINGKASAN

**PENERAPAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR* TERHADAP
PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN VAP
DI ICU RUMAH SAKIT KATOLIK SURABAYA**

OLEH: Ni Ketut Suadnyani

Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah hal yang umum dari *Healthcare-Associated Infections* (HCAI) dan terjadi sekitar 10-20% pada pasien dengan alat ventilator. *Ventilator-Associated Pneumonia* merupakan penyebab utama kematian pada HCAI dengan alat ventilator yang memerlukan perlakuan dalam pencegahannya secara khusus. Pencegahan VAP belum dilakukan secara optimal, seperti perawat belum melakukan *handhygiene* sesuai SPO, elevasi kepala belum sesuai indikasi dan *oral care* belum dilakukan dengan benar. Tujuan dari penelitian ini adalah menerapkan *Theory of Planned Behavior* (TPB) terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.

Theory of Planned Behavior (TPB) menyatakan bahwa seseorang melakukan perilaku tergantung dari niat. Niat merupakan hal-hal yang dapat menjelaskan faktor-faktor motivasi serta berdampak kuat pada tingkah laku. Niat melakukan suatu perilaku ditunjang dengan keyakinan seseorang pada perilaku tersebut. Keyakinan diperoleh dengan pemberian pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman untuk melaksanakan perilaku tersebut.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *explanative observasional*. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang hubungan sebab akibat variabel bebas dan variabel terikat. Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* karena variabel bebas dan variabel terikat diamati secara bersamaan. Populasi adalah perawat pelaksana yang bekerja di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya. Dengan kriteria inklusi : perawat pelaksana, dengan masa kerja > 1 tahun. Teknik pengambilan sampel menggunakan total *sampling* dengan jumlah sampel 30 responden. Variabel dalam penelitian ini adalah sikap umum, usia, pendidikan, pengalaman, pengetahuan, sikap terhadap VAP, norma subjektif, persepsi terhadap pengendalian, niat, perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP. Data dianalisis menggunakan bivariat *Chi-square* ($p < 0,05$) untuk mengetahui hubungan antar variabel dan *Partial Least Square* (PLS) karena PLS memungkinkan pengujian rangkaian hubungan antar variabel yang relatif rumit secara simultan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa: Responden yang memiliki sikap umum baik 73,7% sikap VAP baik, 84,2% norma subjektif baik, 89,5% PBC baik. Usia 40-60 tahun memiliki sikap VAP dan norma subjektif baik dan 87,5% PBC baik. Pendidikan S1 Keperawatan 85,7% sikap VAP baik, 100% norma subjektif baik dan 71,4% PBC baik. Pengalaman baik memiliki sikap VAP baik 91,7%, norma subjektif 100% baik. Pengetahuan baik memiliki faktor pendukung intensi 76,5% baik. Sikap VAP baik 88,9% memiliki intensi baik, norma subjektif baik 73,3% memiliki intensi

baik dan PBC baik 100% memiliki intensi baik. Intensi baik 68,2% memiliki perilaku kepatuhan terhadap pencegahan VAP adalah baik. Berdasarkan hasil uji statistik, dengan melihat nilai *Fisher's Exact Test* didapatkan hasil bahwa: 1) sikap umum 0,045, usia 0,010 dan pengalaman 0,007 memiliki hubungan terhadap sikap pencegahan VAP sedangkan pendidikan 0,193 dan pengetahuan 0,061 tidak memiliki hubungan dengan sikap pencegahan VAP. Sikap umum 0,005, usia 0,029 dan pengalaman 0,002 memiliki hubungan dengan norma subjektif, sedangkan pendidikan 0,064 dan pengetahuan 0,225 tidak memiliki hubungan dengan norma subjektif. Sikap umum 0,000 dan pengalaman 0,024 memiliki hubungan dengan *perceived behavioral control*, sedangkan usia 0,210, pendidikan 1,000 dan pengetahuan 0,024 tidak memiliki hubungan dengan *perceived behavioral control* 2) Sikap pencegahan VAP 0,034, norma subjektif 0,007 dan PBC 0,000 memiliki hubungan dengan intensi 3) Intensi terbukti mempunyai hubungan dengan kepatuhan dalam pencegahan VAP dengan nilai *Fisher's Exact Test* 0,012. Rekomendasi: Peningkatan intensi perawat dalam pencegahan VAP dapat membentuk perilaku kepatuhan yang positif serta diterbitkan buku panduan khusus pencegahan VAP pada klien yang menggunakan ventilator, sehingga memudahkan dalam pemantauan perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP.

SUMMARY

THE APPLICATION THEORY OF PLANNED BEHAVIOUR TO NURSING ADHERENCE BEHAVIOUR ON VAP PREVENTION AT INTENSIVE CARE UNIT CATHOLIC HOSPITAL IN SURABAYA

By: Ni Ketut Suadnyani

Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) was common Healthcare-Associated Infections (HCAI) and occurred approximately 10-20% in patient using ventilator devices. Ventilator-Associated Pneumonia was main cause of death in HCAI with ventilator devices and need particular prevention action. VAP prevention was not optimum yet, as nurses did not hand hygiene appropriately as standard operating procedure, head elevation did not same as indication, and incorrect oral care.

The purpose of study was applying Theory of Planned Behavior to nursing adherence behavior on VAP prevention in Intensive Care Unit (ICU) catholic hospital in Surabaya.

Theory of Planned Behavior (TPB) explain that individual behavior depend on intention. Intention was factors determine motivation and strongly influence behavior. Intention to doing a behavior was supported by individual belief on these. Belief was got by knowledge, skill, and experience.

The study design was explanative observasional with cross sectional approach, this study aimed to investigate phenomena and elaborate correlative description of independent and dependent variable simultaneously. The population were ICU nurse practitioner in catholic hospital. Inclusive criteria: nurse practitioner, experience > 1 year. Sampling technique used total sampling with 30 respondents. Variable on this research were general attitude, age, formal education, experience, knowledge, attitude concerning VAP, subjective norms, perceived behavior, intention, adherence behavior on VAP prevention. Data were analyzed by Chi-Square to determine correlation between variable and Partial Least Square (PLS) to examine variable correlation chain simultaneously. The results showed that: Respondents who had good general attitude were 73.7% good of VAP attitude, 84.2% good subjective norm, 89.5% of PBC is good, age 40-60 years had good of VAP attitude and subjective norm and 87.5 % good of PBC, bachelor nursing education 85,7% was good of VAP attitude, 100% good of subjective norm and 71,4% good of PBC, good experience have good of VAP attitude 91,7%,100% good of subjektif norm, good knowledge have 76.5% support factor. Good VAP attitude 88,9% have good intention, Good subjective norm 73,3% have good intention and 100% good of PBC have good intention. A good intention 68.2% has VAP prevention adherence behavior. Based on statistical test results by looking at the value Fisher's Exact Test : 1) general attitude to the value of 0,045, age with the value 0,010 and experience with the value 0007 has a relationship to the attitude of the prevention of VAP, while education with a value 0.193 and knowledge with the value

0.061 do not have a relationship with an attitude of prevention of VAP. The general attitude to the value 0.005, the age of the value 0.029 and experiences with the value 0,002 has a relationship with the subjective norm, while education with a value 0,064 and knowledge with the value 0,225 do not have a relationship with subjective norm. The general attitude to the value 0,000 and experience with the value 0,024 have a relationship with the perceived behavioral control, while the age of the value 0.210, education to the value 1.000 and knowledge with the value 0,024 do not have a relationship with perceived behavioral control. 2) The attitude of prevention of VAP with a value 0,034, subjective norm with the value 0.007 and PBC with a value 0,000 have a relationship with the intention 3) Intention proved to have a relationship with compliance in the prevention adherence of VAP with a value of Fisher's Exact Test 0,012. Recommendation: increase nurse intention on VAP prevention thus forming positive adherence behavior and publish VAP prevention guidance book for client with ventilator device, made light of monitoring adherence behavior on VAP prevention.

ABSTRAK

**PENERAPAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR* TERHADAP
PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN VAP
DI ICU RUMAH SAKIT KATOLIK SURABAYA
OLEH: Ni Ketut Suadnyani**

Pendahuluan: *Ventilator-Associated Pneumonia* adalah salah satu dari *Healthcare-Associated Infections* (HCAI) dan terjadi sekitar 10-20% pada pasien dengan alat ventilator. *Ventilator-Associated Pneumonia* merupakan penyebab utama kematian pada HCAI yang memerlukan perlakuan dalam pencegahannya secara khusus. Pencegahan VAP belum dilakukan optimal, seperti perawat belum melakukan *handhygiene* dan *oral care* sesuai SPO, elevasi kepala belum sesuai indikasi. Tujuan penelitian adalah menerapkan *Theory of Planned Behavior* terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.

Metode: Desain penelitian adalah *explanative observasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi adalah perawat pelaksana yang bekerja di ICU dengan jumlah sampel 30 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan total *sampling*. Variabel penelitian adalah sikap umum, usia, pendidikan, pengalaman, pengetahuan, sikap terhadap VAP, norma subjektif, persepsi terhadap pengendalian, intensi, perilaku kepatuhan pencegahan VAP. Instrumen berupa kuesioner dan observasi. Hasil penelitian dianalisis menggunakan bivariate *Chi-Square* dan *Partial Least Square*, didapatkan isu strategis dan dilakukan *Focus Group Discussion*. **Hasil dan Analisa:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa: 1) sikap, usia dan pengalaman berhubungan dengan faktor pendukung intensi 2) Faktor pendukung intensi berhubungan dengan intensi 3) Intensi berhubungan dengan perilaku kepatuhan pencegahan VAP. **Diskusi dan Kesimpulan:** Perilaku kepatuhan pencegahan VAP mempertimbangkan *background factor*, faktor pendukung intensi, intensi. **Rekomendasi:** Peningkatan intensi perawat dalam pencegahan VAP dapat membentuk perilaku kepatuhan yang positif serta pengadaan buku panduan pencegahan VAP pada klien dengan ventilator dapat memudahkan pemantauan pencegahan VAP.

Kata Kunci: *Theory of Planned Behavior, Ventilator Associated Pneumonia*
Perilaku kepatuhan

ABSTRACT**THE APPLICATION THEORY OF PLANNED BEHAVIOUR TO NURSING ADHERENCE BEHAVIOUR ON VAP PREVENTION AT INTENSIVE CARE UNIT CATHOLIC HOSPITAL IN SURABAYA****By: Ni Ketut Suadnyani**

Introduction: Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) was common Healthcare-Associated Infections (HCAI) and occurred approximately 10-20% in patient using ventilator devices. Ventilator-Associated Pneumonia was main cause of death in HCAI with ventilator devices and need particular prevention action. VAP prevention was not optimum yet, as nurses did not hand hygiene appropriately as standard operating procedure, head elevation did not same as indication, and incorrect oral care. The purpose of study was applied Theory of Planned Behavior to nursing adherence behavior on VAP prevention in Intensive Care Unit (ICU) catholic hospital in Surabaya. **Method:** The study design was explanative observasional with cross sectional approach. The population were ICU nurse practitioner catholic hospital. Inclusive criteria: nurse practitioner, experience > 1 year. Sampling technique used total sampling with 30 respondents. Variable on this research were general attitude, age, formal education, experience, knowledge, attitude concerning VAP, subjective norms, perceived behavior, intention, adherence behavior on VAP prevention. The instrument in this research were questionnaire and observation. Data were analyzed by Chi-Square and Partial Least Square, strategic issues through focus group discussion. **Result and Analyze:** 1) general attitude, age, and experience have correlation to attitude concerning VAP, subjective norms, and perceived behavior, 2) main factors have correlation to intention, 3) intention related to VAP prevention adherence. **Discussion and Conclusion:** Adherence behavior on VAP prevention consider to background factors, main factors, and intention. **Recommendation:** increase nurse intention on VAP prevention thus forming positive adherence behavior and publish VAP prevention guidance book for client with ventilator device, made light of monitoring adherence behavior on VAP prevention.

Keywords: *Theory Of planned Behavior, Ventilator Associated Pneumonia, Adherence Behavior*

DAFTAR ISI

	Halaman
TESIS	i
TESIS	ii
PRASYARAT GELAR MAGISTER	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	ix
RINGKASAN	x
ABSTRAK	xiv
DAFTAR ISI	xvi
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR TABEL	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxiii
DAFTAR SINGKATAN	xxiv
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	9
1.3 Rumusan Masalah	10
1.4 Tujuan Penelitian	10
1.4.1 Tujuan Umum	10
1.4.2 Tujuan Khusus	11
1.5 Manfaat Penelitian	12
1.5.1 Manfaat Teoritis	12
1.5.2 Manfaat Praktis	12
BAB 2	13
TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Konsep <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)	13
2.1.1 Pengertian <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)	13
2.1.2 Etiologi	13
2.1.3 Faktor Resiko VAP	14
2.1.4 Diagnosis	15
2.1.5 Patogenesis	17
2.1.6 Pencegahan	18
2.1.7 Kebersihan Tangan	22
2.1.8 Dampak Infeksi Nosokomial (VAP)	24
2.2 Ventilator Mekanik	24
2.3 <i>VAP Bundle</i>	25
2.4 Kepatuhan	32

2.5	Pengertian Kepatuhan	32
2.5.1	Faktor- faktor yang mempengaruhi kepatuhan	33
2.5.2	Teori Keperawatan <i>Theory of Planned Behavior</i>	40
2.5.3	Sejarah <i>Theory of Planned Behavior</i>	40
2.5.4	Penjabaran <i>Theory of Planned Behavior</i>	41
	Keaslian Penelitian	58
BAB 3	.....	64
	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	64
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	64
3.2	Hipotesis	66
BAB 4	.....	67
	METODE PENELITIAN	67
4.1	Desain Penelitian	67
4.2	Populasi, Sampel, dan <i>Sampling</i>	67
4.2.1	Populasi	67
4.2.2	Sampel	68
4.2.3	Besar Sampel	68
4.3	Kerangka Operasional	69
4.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	70
4.4.1	Variabel	70
4.4.2	Definisi Operasional	71
4.5	Instrumen Penelitian	74
4.6	Uji Validitas dan Reliabilitas	78
4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian	81
4.8	Prosedur Pengambilan dan Pengambilan Data	82
4.9	Pengolahan dan Analisa Data	84
4.9.1	<i>Editing</i>	84
4.9.2	<i>Coding</i>	85
4.9.3	<i>Tabulating</i>	85
4.10	Etika Penelitian	88
BAB 5	.....	91
	HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	91
5.1	Gambaran Umum Rumah Sakit	91
5.2	Deskripsi Variabel Penelitian	94
5.2.1	<i>Background Factor</i> Responden	94
5.2.2	Faktor Pendukung Intensi Responden	95
5.2.3	Perilaku Kepatuhan Responden	96
5.3	Analisis Hubungan Antar Variabel	96
5.3.1	Hubungan Sikap Umum Dengan Faktor Pendukung Intensi	96
5.3.2	Hubungan Usia Dengan Faktor Pendukung Intensi	97
5.3.3	Hubungan Pendidikan Dengan Faktor Pendukung Intensi	98
5.3.4	Hubungan Pengalaman Dengan Faktor Pendukung Intensi	99
5.3.5	Hubungan Pengetahuan Dengan Faktor Pendukung Intensi	100

5.3.6	Hubungan Faktor Pendukung Intensi Dengan Intensi	101
5.3.7	Hubungan Intensi Dengan Perilaku Kepatuhan	102
5.4	Pengujian <i>Measurement (Outer)</i> Model	104
5.5	Hasil Diskusi Kelompok	109
BAB 6	.....	113
PEMBAHASAN	.....	113
6.1	Hubungan Sikap Umum Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP	113
6.2	Hubungan Usia Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP	118
6.3	Hubungan Pendidikan Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP	122
6.4	Hubungan Pengalaman Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP	126
6.5	Hubungan Pengetahuan Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP	130
6.6	Hubungan Sikap Terhadap Pencegahan VAP Dengan Intensi Perilaku Kepatuhan	135
6.7	Hubungan Norma Subjektif Dengan Intensi Perilaku Kepatuhan Dalam Pencegahan VAP	137
6.8	Hubungan <i>Perceived Behavioral Control</i> Dengan Intensi Perilaku Kepatuhan Dalam Pencegahan VAP	138
6.9	Hubungan Intensi Dengan Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP	140
6.10	Keterbatasan Penelitian	142
BAB 7	.....	144
SIMPULAN DAN SARAN	.....	144
7.1	Simpulan	144
7.2	Saran	145
DAFTAR PUSTAKA	.....	148
LAMPIRAN	.....	154

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar	1.1	Kajian Masalah Penerapan <i>Theory of Planned Behavior</i> Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya..... 9
Gambar	2.1	Endotrakeal dengan bentuk <i>Subglotic Suction</i> 19
Gambar	2.2	Enam langkah cuci tangan 23
Gambar	2.3	<i>Five Moment Hand Hygiene</i> 24
Gambar	2.4	<i>Theory Of Planned Behavior</i> 44
Gambar	3.1	Kerangka Konseptual Penerapan <i>Theory of Planned Behavior</i> Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya..... 64
Gambar	4.1	Kerangka Operasional Penerapan <i>Theory of Planned Behavior</i> Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya..... 70
Gambar	4.2	Model Struktur Penerapan <i>Theory of Planned Behavior</i> Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya..... 88
Gambar	5.1	Path model dan nilai <i>outer loading</i> pada penerapan <i>Theory Of Planned Behavior</i> terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya..... 105

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	<i>Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS)</i>	16
Tabel 2.2	<i>Theoretical Mapping/</i> riset pendukung tentang model Kepatuhan berbasis <i>Theory of planned behavior</i> terhadap <i>adherence</i> perawat	58
Tabel 4.1	Variabel Penelitian Penerapan <i>Theory of Planned Behavior</i> terhadap perilaku Kepatuhan Perawat dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.....	71
Tabel 4.2	Definisi Operasional Penerapan <i>Theory of Planned Behavior</i> terhadap perilaku Kepatuhan Perawat dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.....	72
Tabel 4.3	Reliabilitas kuesioner Penerapan <i>Theory of Planned Behavior</i> Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.....	81
Tabel 4.4	Jadwal penelitian Penerapan <i>Theory of Planned Behavior</i> terhadap perilaku Kepatuhan Perawat dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.....	82
Tabel 4.5	Analisis bivariat dengan uji statistik <i>Chi-Square</i>	86
Tabel 5.1	Ketenagaan ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.....	93
Tabel 5.2	<i>Background factor</i> perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya pada tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017	94
Tabel 5.3	Faktor pendukung intensi perawat dalam perilaku pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari -28 Februari 2017	95
Tabel 5.4	Intensi perawat dalam perilaku pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari -28 Februari 2017	96
Tabel 5.5	Perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari -28 Februari 2017.....	96
Tabel 5.6	Tabulasi silang sikap umum dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan <i>perceived behavioural control</i>) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017.....	97
Tabel 5.7	Tabulasi silang usia dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan <i>perceived behavioural control</i>) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik	

	Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017	98
Tabel 5.8	Tabulasi silang pendidikan dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan <i>perceived behavioural control</i>) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017	99
Tabel 5.9	Tabulasi silang pengalaman dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan <i>perceived behavioural control</i>) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017	100
Tabel 5.10	Tabulasi silang pengetahuan dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan <i>perceived behavioural control</i>) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017.....	101
Tabel 5.11	Tabulasi silang sikap VAP, norma subyektif, <i>perceived behavioural control</i> dengan intensi terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017	101
Tabel 5.12	Tabulasi silang intensi dengan perilaku kepatuhan perawat terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari -28 Februari 2017	102
Tabel 5.13	Rekapitulasi Hasil Uji Hipotesis Bivariate <i>Chi-Square</i> Penelitian Penerapan <i>Theory Of Planned Behavior</i> Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya	103
Tabel 5.14	Hasil validitas konvergen penerapan <i>Theory Of Planned Behavior</i> terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017	105
Tabel 5.15	Hasil <i>composite reliability</i> konvergen penerapan <i>Theory Of Planned Behavior</i> terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017	106
Tabel 5.16	Pengujian model struktural/ <i>inner model</i> penerapan <i>Theory Of Planned Behavior</i> terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017.....	107
Tabel 5.17	Analisis hubungan penerapan <i>Theory Of Planned Behavior</i> terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017	107
Tabel 5.18	<i>Direct dan indirect effect</i> penerapan <i>Theory Of Planned Behavior</i> terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017	108

Tabel 5.19	Pengaruh total penerapan <i>Theory Of Planned Behavior</i> terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017	109
Tabel 5.20	Hasil atau temuan penting yang didapatkan dari <i>Focus Group Discussion</i> dengan perawat pelaksana.....	110
Tabel 5.21	Hasil atau temuan penting yang didapatkan dari <i>Focus Group Discussion</i> dengan pengambil keputusan dan pakar ICU.....	111

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian dari Fakultas 154
Lampiran 2	Surat Balasan dari Rumah Sakit Katolik Surabaya... 155
Lampiran 3	Sertifikat Uji Etik 156
Lampiran 4	Daftar Hadir Peserta FGD..... 157
Lampiran 5	Surat Keterangan peneliti..... 162
Lampiran 6	Permohonan Menjadi Responden..... 163
Lampiran 7	Lembar Penjelasan..... 164
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian..... 166
Lampiran 9	Instrumen TBP..... 167
Lampiran 10	Kuesioner Sikap Umum..... 168
Lampiran 11	Kuesioner Pengetahuan..... 169
Lampiran 12	Kuesioner Sikap Terhadap Pencegahan VAP..... 172
Lampiran 13	Kuesioner Pengalaman..... 174
Lampiran 14	Kuesioner Norma Subyektif..... 175
Lampiran 15	Kuesioner <i>Perceived Behavioral Control</i> 176
Lampiran 16	Kuesioner Intensi..... 180
Lampiran 17	Lembar Observasi Kepatuhan..... 181
Lampiran 18	Panduan Diskusi 183
Lampiran 19	Uji Validitas dan Reliabilitas 189
Lampiran 20	Hasil Uji PLS 200
Lampiran 21	Hasil <i>Chi-Square</i> 204
Lampiran 22	Dokumentasi FGD..... 211
Lampiran 24	Glossarry..... 212

DAFTAR SINGKATAN

CPIS	:	<i>Clinical Pulmonary Infection Score</i>
FGD	:	<i>Focus Group Discussion</i>
HCAI	:	<i>HealthCare -Associated Infections</i>
HOB	:	<i>Head Of the Bed</i>
HIPERCCI	:	<i>Himpunan Perawat Critical Care Indonesia</i>
IABP	:	<i>Intra-Aortic Baloon Pump</i>
ICU	:	<i>Intensive Care Unit</i>
IHI	:	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IPCLN	:	<i>Infection Prevention Control Link Nurse</i>
LMWH	:	<i>Low Molecular Weight Heparin</i>
NIV	:	<i>Non Invasive Ventilator</i>
OD	:	<i>Oropharygeal Decontamination</i>
PBC	:	<i>Percieved Behavioural Control</i>
PEEP	:	<i>Positive End Expirasi Pressure</i>
PLS	:	<i>Partial Least Square</i>
PPI	:	<i>Pencegahan dan Pengendalian Infeksi</i>
SCCM	:	<i>Society of Critical Care Medicine</i>
SDD	:	<i>Selective Decontamination of Digestive Tract</i>
SPO	:	<i>Standar Prosedur Operasional</i>
TBP	:	<i>Theory of Planned Behavior</i>
TRA	:	<i>Theory of Reasoned Action</i>
VAP	:	<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>
TVD	:	<i>Trombosis Vena Dalam</i>
UFH	:	<i>Un-Fractionated Heparin</i>

BAB 1 PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HAP (*Hospital-Acquired Pneumonia*) adalah pneumonia nosokomial yang terjadi setelah 48 jam dirawat pada pasien berisiko, tanpa ventilasi mekanik atau trakeostomi (Guidelines CDC 2008). HAP (*Hospital-Acquired Pneumonia*) dan *Ventilator-Associated Pneumonia* (VAP) adalah dua kelompok yang berbeda (Kalil 2016) dalam IDSA *Guidelines* 2016. *Ventilator-Associated Pneumonia* (VAP) merupakan bagian dari *Healthcare-Associated Infections* (HCAI) dan terjadi sekitar 10-20% pada pasien dengan alat ventilator (Hellyer 2016). *Ventilator-Associated Pneumonia* merupakan penyebab utama kematian pada HCAI dengan angka mortalitas 13 % pasien dengan alat ventilator (Lau A, et al 2015). *Ventilator-Associated Pneumonia* adalah infeksi nosokomial yang sering ditemukan dengan salah satu faktor risiko utama pada penggunaan alat bantu napas berupa ventilator mekanik, terutama pada pasien ICU. *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) adalah pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pada pasien dengan bantuan ventilasi mekanik, baik itu melalui pipa endotracheal maupun tracheostomi (Hellyer 2016). *Ventilator-Associated Pneumonia* merupakan komplikasi yang mengancam bagi setiap pasien yang dirawat di ruang ICU, terutama yang menggunakan selang trakea dan/atau ventilator. Dengan kejadian VAP ini diperlukan adanya tindakan pencegahan yang dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu: nonfarmakologi dan farmakologi. Subhash Todi (2012)

menyebutkan ada empat tipe *bundles* yang dapat digunakan dalam praktek di area *critical care* meliputi *VAP Bundle*, *Central Line Bundle*, *Sepsis Resuscitation Bundle* dan *Sepsis Management Bundle*. Pencegahan VAP khususnya dapat dilakukan secara non farmakologi dengan penerapan *VAP Bundle*.

VAP Bundle adalah suatu kumpulan *Evidence-base practice*, yang ketika diimplementasikan secara bersama-sama, akan menghasilkan penurunan insiden VAP mencapai 45% (Al-Tawfiq & Abed 2010), sedangkan menurut CPSI (2012) komponen *VAP Bundle* meliputi: elevasi kepala 45° ketika memungkinkan, seperti status haemodinamik klien stabil, jika tidak coba pertimbangkan untuk mempertahankan posisi kepala lebih dari 30°, evaluasi harian terhadap kesiapan ekstubasi, penggunaan endotrakheal tube dengan drainage sekresi *subglottic*, perawatan mulut dan dekontaminasi dengan *chlorhexidine* dan nutrisi enteral yang aman secara dini dalam 24-48 jam setelah masuk ICU.

Penerapan *VAP Bundle* sangat tergantung pada kepatuhan perawat. Dari ke lima *VAP Bundle* tersebut ada yang harus dikerjakan perawat secara mandiri dan ada yang merupakan tugas delegasi. Tugas delegasi meliputi kesiapan ekstubasi, penggunaan *drainage subglottic* dan nutrisi secara dini setelah masuk ICU. Sedangkan tugas mandiri perawat meliputi: elevasi kepala 45° dan perawatan mulut (*oral care*). *HandHygiene* bukan termasuk dalam *VAP Bundle*, namun menurut Sedwick (2012) menyebutkan bahwa kuman yang ada di tangan petugas seperti *S aureus*, gram-negative bacilli, atau *Candida species* merupakan sumber infeksi nosokomial. Dengan *HandHygiene* sesuai protokol (enam langkah dan

five moment) dikatakan dapat menurunkan angka kejadian HCAI. Salah satu HCAI yang terjadi di ICU adalah VAP.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya dengan cara observasional pada 1- 4 Oktober 2016 dari 25 responden 75% perawat tidak melakukan cuci tangan sesuai SPO (enam langkah), 50% perawat belum cuci tangan *five moment*, 20% belum memberikan posisi elevasi kepala sesuai indikasi, 30 % belum melakukan *oral care* dengan benar. *VAP Bundle* yang lain seperti evaluasi harian terhadap kesiapan ekstubasi dan nutrisi enteral yang aman secara dini dalam 24-48 jam setelah masuk ICU sudah dilaksanakan 100% sedangkan penggunaan *endotracheal tube* dengan *drainage* sekresi *subglottic* belum dilaksanakan karena terkait dengan harga yang cukup mahal. Rumah Sakit sudah berupaya mengingatkan para petugas kesehatan untuk melakukan cuci tangan sesuai SPO seperti sosialisasi oleh tim PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi), parade kebersihan tangan, pemasangan poster /*leaflet* di setiap sarana cuci tangan, lomba keselamatan pasien tentang pencegahan VAP dengan penerapan *VAP Bundle* dan pelatihan tentang infeksi nosokomial tetapi hal ini belum membuat mereka patuh 100% terhadap anjuran yang telah ditetapkan. Oleh karena itu diperlukan metode baru yang dapat meningkatkan kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP.

Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan secara global terutama pada negara-negara berkembang (PAPDI 2009). Prevalensi VAP mencapai 25% di seluruh unit *Critical Care* (Matta 2014). Di Amerika Serikat kejadian VAP mencapai 25% dari kejadian

infeksi di ICU (Sedwick 2012). Di Indonesia sendiri tidak terdapat angka pasti dari kejadian VAP (Widyaningsih 2012). Dari survey yang dilaporkan oleh (PAPDI 2009), pneumonia terbanyak yang didapat di rumah sakit khususnya di ICU adalah *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP). Di Rumah Sakit Katolik Surabaya, pneumonia akibat *Ventilator* merupakan infeksi dengan insiden tertinggi selama periode (2008-2012). Insiden terjadinya pneumonia akibat *Ventilator* meningkat pada tahun 2011 menjadi 11.96% (Rahmiati 2013). Di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya angka kejadian VAP pada tahun 2015 berkisar 0,29 sampai 0,63/mil . Standar yang ditetapkan oleh rumah sakit ≤ 1 / mil dan prevalensi kejadian sangat bervariasi.

Penerapan *VAP Bundle* dalam penelitian bervariasi. Penelitian Luna (2015) disebutkan baru 68% perawat mematuhi penerapan *VAP Bundle*. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa penerapan *VAP Bundle* dapat menurunkan kejadian VAP (Abbott et al 2006; O'Keefe 2008; Shibu et al 2011; Lawrence 2011). Dalam *literature review* yang dilakukan oleh (Rahmiati 2013) disebutkan bahwa walaupun dengan komponen pencegahan yang bervariasi, kepatuhan dalam pelaksanaan *VAP Bundle* signifikan dalam menurunkan kejadian VAP dari 9,47 menjadi 1,9 kasus per 1000 hari ventilator dan menurunkan biaya perawatan (Sedwick 2012). Sedwick juga menyebutkan dalam *literature review Using Evidence-Based Practice to Prevent Ventilator- Associated Pneumonia* bahwa kepatuhan *HandHygiene* protokol dari tenaga kesehatan (perawat) hanya 50% dari *guidelines* yang sudah ditetapkan. Beberapa penelitian membuktikan infeksi nosokomial di rumah sakit terjadi akibat kurangnya kepatuhan petugas, rata-rata

kepatuhan petugas untuk *HandHygiene* di Indonesia 23,8% (RISKESDAS 2007). Di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya kepatuhan *HandHygiene* sesuai SPO baru 25%, *HandHygiene five moment* 50%, *Oral Care* dengan benar 70% dan pemberian posisi elevasi kepala 80%. Standar yang ditetapkan oleh rumah sakit untuk kepatuhan *VAP Bundle* 100%, kecuali ada kontraindikasi. *Ventilator Assosiated Pneumonia* (VAP) terjadi akibat 2 faktor yaitu: 1) Faktor predisposisi adalah faktor yang dimiliki pasien yaitu: adanya kerentanan pada tubuh pasien. 2) Faktor resiko adalah faktor dari luar yaitu adanya tindakan invasif *instrumentatif* yang salah satunya adalah intubasi *endotracheal* atau pemasangan ventilator (Arfianti 2010). Tindakan invasif pemasangan ventilator merupakan faktor paling penting berhubungan dengan pneumonia nosokomial yang dinamakan *Ventilator Assosiated Pneumonia* (VAP). Tindakan pencegahan VAP dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu: 1) Nonfarmakologi dengan penerapan *VAP Bundle*. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa penerapan *VAP bundle* secara bersama-sama sesuai protokol dapat menurunkan kejadian VAP. 2) Farmakologi bertujuan menurunkan kolonisasi saluran cerna terhadap kuman patogen. Pencegahan farmakologi dilakukan dengan cara dekontaminasi selektif menggunakan antibiotika pada saluran cerna (*Selective Decontamination of Digestive Tract/SDD*) dan dekontaminasi orofaring (*Oropharygeal Decontamination/OD*) menggunakan antiseptik (Sierra 2007). Banyak faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya VAP. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa mikroorganisme yang berperan terhadap VAP adalah *stapylococcus aureus*, *pseudomonas aeruginosa*. Selain itu kasus VAP sebagian besar berawal

dari aspirasi organisme orofaring ke bronchus distal kemudian terjadi pembentukan biofilm oleh bakteri diikuti dengan proliferasi dan invasi bakteri pada parenkim paru (Rello et al. 2011) sumber infeksi lain dapat berasal rongga sinus, gigi dan lambung. Faktor resiko kejadian VAP juga dapat akibat dari posisi istirahat yang datar dan keparahan penyakit (Tolentino 2007).

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang merawat pasien selama 24 jam. Perawat selalu melakukan kontak dengan pasien, maka akan menjadi sumber utama terpaparnya infeksi nosokomial. Di ICU aktivitas perawat sangat tinggi dan cepat, hal ini sering menyebabkan perawat kurang memperhatikan teknik aseptik dalam melakukan tindakan keperawatan (Potter 2005). Kondisi seperti ini dapat meningkatkan kejadian HCAI khususnya VAP. Kejadian VAP dapat mengakibatkan peningkatan biaya perawatan, lamanya masa rawat diinstitusi layanan kesehatan, meningkatnya ketidakmampuan pasien, peningkatan biaya antibiotik dan masa penyembuhan yang memanjang menambah pengeluaran pasien (Potter 2005). Dengan demikian dapat menurunkan mutu pelayanan suatu rumah sakit khususnya pelayanan di ICU.

Theory of Planned Behavior menurut Ajzen (2005) menyatakan bahwa seseorang dapat melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tergantung dari niat orang tersebut. Niat merupakan hal-hal yang dapat menjelaskan faktor-faktor motivasi serta berdampak kuat pada tingkah laku. Hal ini mengindikasikan seberapa keras seseorang berusaha dan seberapa banyak usaha yang dilakukan agar perilaku yang diinginkan dapat dilakukan (Santoso 2005). Niat melakukan suatu perilaku ditunjang dengan keyakinan seseorang pada perilaku tersebut.

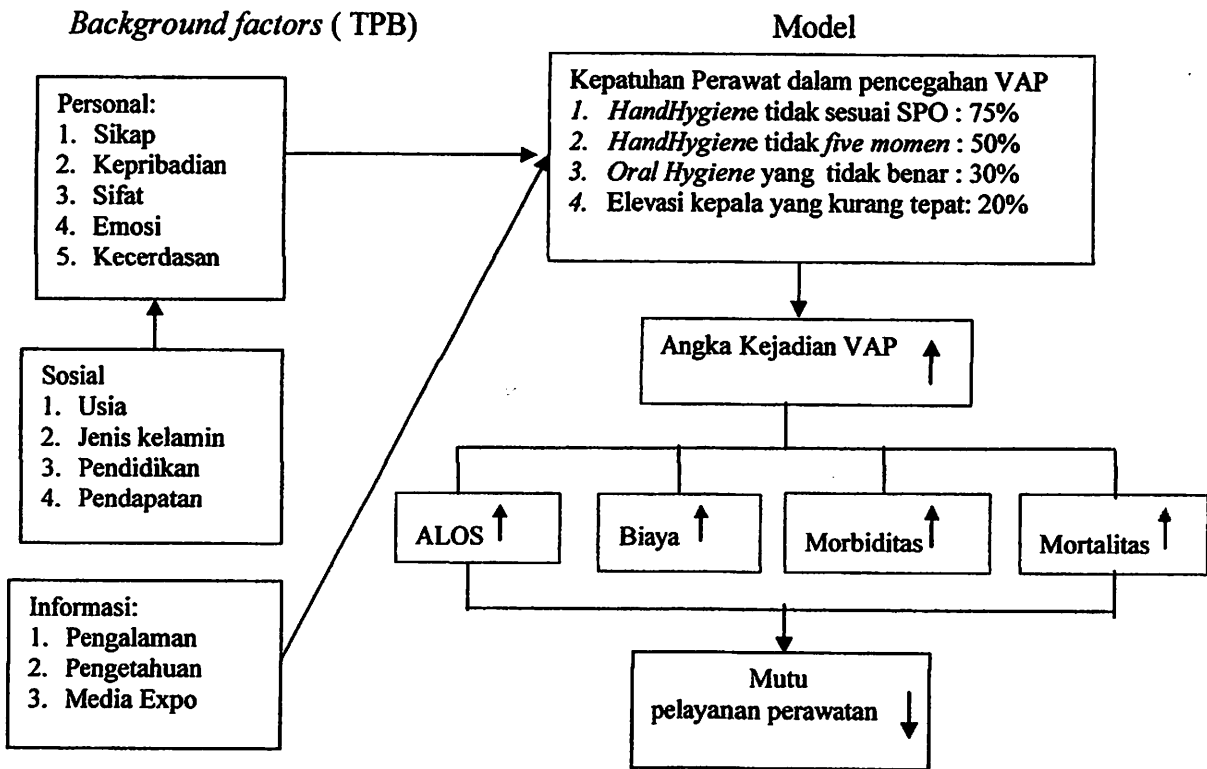
Keyakinan diperoleh dengan pemberian pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman untuk melaksanakan perilaku tersebut. Niat yang kuat dari seorang perawat, akan meningkatkan kepatuhannya dalam menjalankan suatu prosedur. Dalam *Theory of Planned Behavior* (TPB), perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena adanya intensi/niat untuk berperilaku (Ajzen 2005). Variabel lain yang mempengaruhi intensi selain beberapa faktor pendukung intensi (sikap, norma subyektif dan *perceived behavioral control*), yaitu variabel yang mempengaruhi atau berhubungan dengan *belief*. Beberapa variabel tersebut dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok, yaitu kategori personal, sosial (usia, jenis kelamin, dan pendidikan) dan informasi (salah satunya pengetahuan dan pengalaman). Teori ini memang mempunyai kekuatan dan kelemahan. Kekuatan teori ini adalah sangat jelas untuk kualitas penelitian, telah berhasil memprediksi berbagai perilaku kesehatan, adanya kuesioner penelitian memberikan pedoman khusus untuk merancang intervensi, dapat digunakan sebagai pertimbangan adanya pengaruh sosial, sedangkan kelemahan dari teori ini adalah antara niat dan perilaku belum tentu sesuai, kemungkinan perilaku bisa ditunjukkan tanpa ada niat dari seseorang, tidak ada definisi yang jelas tentang kontrol perilaku yang di rasakan. Meskipun ada kelemahan dari teori TBP ini peneliti tetap menggunakan karena untuk kualitas penelitian teori ini sangat jelas.

Kepatuhan petugas profesional (perawat) adalah sejauh mana perilaku seorang perawat sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan pimpinan perawat ataupun pihak rumah sakit (Niven 2002). Menurut (Niven 2002) kepatuhan dapat dipengaruhi oleh pendidikan, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan

model prosedur, meningkatkan interaksi profesional kesehatan, pengetahuan, sikap (*attitude*), usia.

Meskipun *VAP Bundle* telah dilakukan pada beberapa penelitian, akan tetapi pelaksanaan *VAP Bundle* berbeda di setiap kondisi tempat penelitian. Untuk dapat meningkatkan perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP dengan penerapan *VAP Bundle* yang benar maka perawat harus memiliki intensi yang positif atau baik, yang dipengaruhi oleh beberapa faktor pendukung intensi (sikap, norma subyektif dan *perceived behavioral control*). Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti merasa perlu mencoba untuk menerapkan *Theory of Planned Behavior* (TPB) terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian Masalah Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya merupakan ICU tersier yang memberikan pelayanan dengan alat yang lengkap antara lain hemofiltrasi, monitor invasif dan ventilator. ICU ini dilengkapi oleh dokter spesialis dan perawat terlatih. Berdasarkan data statistik angka kejadian VAP 0,29 sampai 0,63/mil.

Perawat mengatakan sudah tahu tentang cara cuci tangan yang benar, *oral care* yang benar, pemberian posisi elevasi kepala, akan tetapi tidak membuat mereka memahami manfaat dari tindakan tersebut dan tidak membuat mereka patuh terhadap prosedur yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit. Penerapan *VAP Bundle* merupakan program perawatan pasien dengan alat Ventilator. Penerapan *VAP Bundle* sudah banyak dilakukan di negara maju dan Indonesia, namun masalah VAP masih merupakan masalah yang sangat membutuhkan perhatian dari semua pihak. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian penerapan *Theory of Planned Behavior* (TPB) terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan penerapan *Theory of Planned Behavior* (TPB) terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menerapkan *Theory of Planned Behavior* (TPB) terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis hubungan sikap umum terhadap beberapa faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)
2. Menganalisis hubungan pendidikan terhadap beberapa faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)
3. Menganalisis hubungan usia terhadap beberapa faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)'
4. Menganalisis hubungan pengetahuan terhadap beberapa faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)
5. Menganalisis hubungan pengalaman terhadap beberapa faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)
6. Menganalisis hubungan sikap terhadap VAP terhadap intensi
7. Menganalisis hubungan norma subjektif terhadap intensi
8. Menganalisis hubungan *perceived behavioral control* terhadap intensi
9. Menganalisis hubungan intensi terhadap perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP
10. Menyusun buku panduan kepatuhan perawat berbasis *Theory of Planned Behavior* dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil perumusan model berbasis *Theory of Planned Behavior* (TPB) sebagai kerangka pemikiran dalam pengembangan keilmuan keperawatan medikal terutama untuk perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam menjalani penatalaksanaan pasien dengan ventilator yang dirawat di unit perawatan intensive.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi Tim PPI rumah sakit untuk pengembangan profesionalisme perawat dalam perilaku kepatuhan dalam pencegahan infeksi nosokomial
3. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk memberikan pelatihan atau pengembangan profesionalisme perawat dalam perilaku kepatuhan dalam pencegahan infeksi nosokomial

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)

2.1.1 Pengertian *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)

Ventilator Associated Pneumonia (VAP) adalah pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pada pasien dengan bantuan ventilasi mekanik, baik itu melalui pipa endotracheal maupun tracheostomi (Hellyer 2016). Menurut *American College of Physicians* mendefinisikan VAP adalah keadaan gambaran infiltrat baru dan menetap pada foto thorak disertai salah satu tanda yaitu, hasil biakan darah atau pleura sama dengan mikroorganisme yang ditemukan disputum maupun aspirasi trakea, kavitasi pada foto thorak, gejala pneumonia atau terdapat dua dari tiga gejala berikut yaitu demam, leukositosis dan sekret purulen (Wiryana 2007).

2.1.2 Etiologi (Septiari 2012)

Beberapa kuman diduga sebagai penyebab VAP. Bakteri penyebab VAP terbagi menjadi beberapa kelompok berdasarkan onset atau lamanya pola kuman. Kelompok I dengan onset dini adalah *Streptococcus pneumonia*, *Haemophilus influenza*, *Morasella Cattarrhalis*, *Staphylococcus aureus* (MSSA). Bakteri kelompok II dengan onset lambat adalah *Pseudomonas aerugenosa*, *Enterobacter spp*, *Acinetobacter spp*, *Klebsiella pneumonia*, *Serratia marcescens*, jamur dan *E coli*. Kelompok bakteri lain penyebab VAP adalah bakteri anerob, *Legionella pneumophilia*, influenza A,B dan Methicillin resistan *Staphylococcus aureus* (MRSA)

(Torres 2002). Menurut Widyaningsih (2012) Di ICU RS Harapan Kita Jakarta dari hasil penelitian didapatkan data pemeriksaan spesimen pada pasien yang memakai ventilator yaitu bakteri gram negatif yang paling dominan adalah pseudomonas sp (22,4%), pseudomonas aerugenesa (18,1%), stentrophomonas maltophilia (9,5%), klebsiella pneumonia, bacillus sp, enterobacter aerogenosa (7,8%) dan escherichia coli (masing-masing 5,2%) (Widyaningsih, R., & Buntaran 2012).

2.1.3 Faktor risiko VAP

Faktor risiko terjadinya VAP dapat dibagi menjadi dua kondisi yaitu kondisi yang bisa dimodifikasi dan tidak bisa dimodifikasi. Faktor resiko ini dapat berkaitan dengan pasien (misalnya laki-laki dan perempuan), atau dengan penyakit paru atau kegagalan multi organ sistem atau terkait pengobatan (intubasi atau makanan enteral). Faktor resiko yang bisa dimodifikasi terjadinya VAP merupakan target dari manajemen dan profilaksis dari beberapa studi dan pedoman untuk mencegah terjadinya resiko pneumonia (Sierra 2007). Awal terjadinya VAP, didefinisikan dapat terjadi dalam 4 hari pertama rawat inap, biasanya menunjukkan prognosis yang baik disebabkan bakteri sensitif terhadap antibiotik, selain itu onset yang lama dari VAP sekitar ≥ 5 hari, terjadi sebagai hasil infeksi karena multidrug resisten terhadap bakteri (H.D Aya B and Rello 2011). Menurut Sierra 2007 pencegahan VAP melalui beberapa penelitian meliputi: usia tua 60 tahun, lamanya pemakaian ventilasi mekanis, penggunaan antasida atau antagonis H2 karena dapat mengurangi keasaman dari intragastrik yang dapat mengakibatkan kolonisasi lebih

besar dari bakteri patogen, penyakit paru-paru kronis, posisi terlentang pada pasien yang menggunakan nasogastrik dapat mengakibatkan terjadinya aspirasi karena gastroesofageal refluk meningkat, intubasi nasal (trakea atau lambung) kedua tindakan ini dapat memudahkan terjadinya kolonisasi orofaringeal nosokomial sinusitis, lambung distensi, perawatan endotrakeal yang tidak memadai, ventilator sirkuit kondensat, tingkat pembentukan kondensat di sirkuit ventilator ini terkait dengan perbedaan suhu antara gas, fase inspirasi dan suhu ambien dan mungkin setinggi 20 sampai 40 ml/jam, karena sebagian kolonisasi tubing berasal dari sekresi pasien bila saat merubah posisi pasien/menaikkan rel tempat tidur tanpa sengaja menumpahkan terkontaminasi kondensat pada tracheal bronchial pasien, aspirasi isi lambung yang terkontaminasi dengan flora kolonial merupakan hal penting dalam patogenesis VAP, coma, nutrisi enteral telah dianggap sebagai faktor risiko untuk pengembangan VAP terutama karena peningkatan risiko aspirasi re-intubasi, tracheostomy, transportasi pasien, cedera otak, bedah saraf, penyakit neuromuscular, sindrom gangguan pernapasan akut, pemberian antibiotik sebelumnya merupakan faktor pendukung terjadi VAP karena adanya bakteri yang resisten terhadap antibiotik.

2.1.4 Diagnosis

Diagnosis VAP ditentukan berdasarkan 3 komponen tanda infeksi sistemik yaitu demam, takikardia, dan leukositosis disertai gambaran infiltrat baru ataupun perburukan di foto thorax dan penemuan bakteri penyebab infeksi paru. Tores

menyatakan bahwa diagnosis VAP meliputi tanda-tanda infiltrat baru maupun progresif pada foto thorax disertai gejala demam, leukositosis maupun leukopeni dan sekret purulen. Gambaran foto thorax disertai dua dari tiga kriteria gejala tersebut memberikan sensitiviti 69% dan spesifisitas 75 % (Tores 2011). Selain itu spesifitas diagnosis dapat ditingkatkan dengan menghitung *Clinical Pulmonary Infection Score* (CPIS) dalam kriteria ini data yang dikumpulkan diberi nilai dan dinyatakan sebagai VAP apabila hasil penjumlahannya lebih dari enam (Buisson 2011). Pemeriksaan dan data yang perlu dikumpulkan meliputi data yang tercantum dalam tabel 2.1

Tabel 2.1 *Clinical Pulmonary Infection Score* (CPIS)

Komponen	Nilai	Skor
Suhu (° C)	36.5-38.4	0
	38.5-38.9	1
	≥ 39 atau ≤ 36	2
Leukosit per mm ³	≥ 4.000 dan ≤ 11.000	0
	≤ 4.000 dan ≥ 11.000	1
Sekresi Trachea	Ketiadaan sekresi	0
	Adanya sekresi trachea non purulen	1
	Adanya sekresi trachea purulen	1
	≤ 240 dan tidak ada ARDS	2
Foto Thorax	Tidak ada infiltrat	0

Komponen	Nilai	Skor
	Bercak atau infiltrat diffus	1
	Infiltrat local	2
Progresivitas infiltrate Pulmunar	Tanpa progresivitas radiologik	0
	Progresivitas radiologik (setelah gagal jantung dan ARDS disingkirkan)	1

Sumber: Jones and Bartlett, 2011

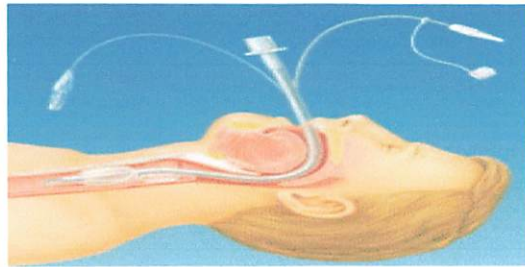
2.1.5 Patogenesis

Patogenesis VAP sangat kompleks, Kollef menyatakan insiden VAP tergantung pada lamanya paparan lingkungan petugas kesehatan, dan faktor resiko lain. Faktor-faktor resiko ini meningkatkan kemungkinan terjadinya VAP dengan cara terjadinya kolonisasi tractus aerodigestif oleh mikroorganisme patogen dan meningkatkan terjadinya aspirasi sekret yang terkontaminasi kedalam saluran nafas bawah. Kuman dalam aspirat tersebut akan menghasilkan biofilm didalam saluran nafas bawah dan diparenkim paru. Biofilm tersebut akan memudahkan kuman untuk menginvasi parenkim paru lebih lanjut sampai kemudian terjadi reaksi peradangan diparenkim paru. Cook dkk menunjukkan bahwa lambung adalah reservoir utama pertumbuhan dan aspirasi mikroorganisme. Hal ini dapat dipengaruhi beberapa faktor seperti pemakaian obat yang memicu pertumbuhan bakteri (antibiotik dan pencegahan stres ulcer). Posisi pasien yang datar, pemberian nutrisi enteral, dan derajat keparahan penyakit pasien. Seperti kita ketahui bersama saluran pernafasan

normal memiliki berbagai mekanisme pertahanan paru terhadap infeksi seperti glotis dan laring, reflek batuk, sekresi trakeobronkial, gerak mukosilier, imunitas humoral serta fagositik. Pneumonia akan terjadi apabila pertahanan tersebut terganggu dan invasi mikroorganisme virulen. Sebagian besar VAP disebabkan oleh aspirasi kuman patogen yang berkolonisasi dipermukaan mukosa orofaring (Burns, K 2011). Intubasi meningkatkan resiko terjadinya pneumonia sebanyak 6-21 kali lipat dan reintubasi juga meningkatkan resiko VAP dan harus dapat dihindari sebisa mungkin (PAPDI 2009). Karena intubasi mempermudah masuknya kuman dan menyebabkan kontaminasi sekitar ujung pipa endotrakeal pada pasien dengan posisi terlentang. Kuman gram negatif dan *Staphylococcus aureus* merupakan koloni yang sering ditemukan disaluran pernafasan atas saat perawatan lebih dari 5 hari (Fagon 2002).

2.1.6 Pencegahan

Cara pencegahan VAP sangat relevan pada sistim pengaturan perawatan kritis. Aspirasi sekret oropharing yang telah terkolonisasi bakteri pada *cuff tube* trachea adalah mekanisme patogenik utama untuk terjadinya VAP, beberapa strategi telah digunakan untuk memperbaiki model atau desain pada *tube trakea* (ETT) agar dapat mengurangi kemungkinan aspirasi sekret. Pemakaian ETT yang dianjurkan untuk sekresi subglotik aspirasi telah didemonstrasikan untuk menurunkan angka kejadian VAP. Pada pasien-pasien kritis yang menggunakan oral trakeal intubasi sering berubah menjadi kuman gram negatif aerob (Torres 2011)



Gambar 2.1 Endotrakeal dengan bentuk Subglotik *Suction* (Wyncoll 2011)

Pencegahan terhadap VAP dibagi 2 kategori yaitu strategi farmakologi yang bertujuan untuk menurunkan pertumbuhan saluran cerna terhadap kuman patogen serta strategi non farmakologi yang bertujuan menurunkan kejadian aspirasi.

Strategi pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (Torres 2011)

1. Pelaksanaan strategi pencegahan dari pneumonia nosokomial yang telah terbukti efektif dalam menurunkan angka kematian dan kesakitan.
2. Pelaksanaan program pendidikan untuk perawat, evaluasi dan pemenuhan penilaian.
3. Pemakaian alkohol untuk kebersihan tangan, karena alkohol dapat bekerja sebagai bakterisida, tuberkolosidal, fungisidal, dan virusidal tetapi tidak membunuh spora bakteri .
4. Menghindari pemakaian atau pemasangan ETT tetapi gunakan NIV sesuai indikasi karena dengan pemakaian NIV tidak dilakukan tindakan intubasi hanya dipasang masker ketat yang disambung dengan ventilator.
5. Penghentian atau pengurangan sedasi secara berkala dan pelaksanaan

- protokol lepas ventilator (*extubasi*).
6. Tidak mengganti tubing atau sirkuit ventilator kecuali sirkuit ventilator mengalami kerusakan.
 7. Gunakan ETT dengan *cuff* berbahan silikon dan sesuaikan ukurannya.
 8. Pakai level PEEP yang rendah selama intubasi trachea, karena dengan PEEP yang tinggi dapat mengakibatkan terjadinya trauma pada paru-paru.
 9. Aspirasi sekret subglotis dilakukan aspirasi terus menerus pada jenis endotracheal khusus dengan lumen punggung terpisah, yang berfungsi menghilangkan sekresi oral dan lambung dari ruang suglotic juga dapat mencegah mikro aspirasi yang dapat menyebabkan VAP.
 10. Pelihara tekanan *cuff* dalam ETT dan kontrol hati-hati selama transportasi saat pasien keluar ICU. Pemantauan tekanan *cuff* pada ETT harus dijaga antara 20-30 cm H₂O untuk mencegah terjadinya mikro aspirasi sekresi subglotic kedalam saluran pernafasan bagian bawah berpotensi menyebabkan VAP dan tetap menjaga perfusi trachea. Dengan tekanan yang berlebihan dapat mengakibatkan kerusakan pada trakea seperti fistula atau pembentukan stenosis.
 11. *Oral hygiene* dengan chlorhexadine merupakan agen bakteri spektrum luas (bakterisida untuk kedua gram negatif dan bakteri gram positif).
 12. Berikan posisi setengah duduk untuk meningkatkan pertukaran gas dan mengurangi aspirasi makanan enteral.

13. *Post pyloric feeding* pada pasien-pasien dengan pengosongan lambung yang terhambat.
14. Tindakan profilaksis ulkus stress pada pasien dengan resiko terhadap perdarahan gastrointestinal dan pertimbangkan pemakaian sucralfate jika diindikasikan, karena mempunyai PH lambung lebih rendah dan kolonisasi lambung lebih jarang.
15. *Selective Decontamination Digestive (SDD)* untuk pasien yang menggunakan ventilator lebih 48 jam. Tujuan untuk mengobati infeksi yang mungkin inkubasi pada saat pasien berada di ICU, dengan' melalui intravena antibiotik diberikan selama hari-hari pertama tinggal di ICU, dan untuk mencegah infeksi yang didapat ICU, dengan aplikasi topikal antibiotik dalam orofaring dan saluran pencernaan.
16. Pelaksanaan strategi pencegahan dari pneumonia nosokomial yang terbukti efektif dalam menurunkan angka kematian dan kesakitan
17. Pelaksanaan program pendidikan untuk perawat, evaluasi dan pemenuhan penilaian.

Sistem penghisapan endotracheal yaitu sistim tertutup tidak berpengaruh pada kejadian VAP, sistem yang dianjurkan pada pasien yang sekret trachea yang berlebihan atau dicurigai terinfeksi dengan organisme yang ditularkan melalui rute udara. Sedang sistim penyedotan endotracheal harus dirubah jika kotor. Pencegahan VAP farmakologi terbukti mampu menurunkan kejadian VAP, bila dibandingkan dengan pencegahan non farmakologi. Beberapa penelitian menyatakan bahwa dekolonisasi tractus aerodigestif, bisa menurunkan kejadian VAP secara bermakna. Dekolonisasi dapat dilakukan dengan cara termasuk *selective decontamination digestive (SDD)* atau *oropharyngeal decontamination (OD)* (Wiryana 2007). Sekalipun SDD merupakan tolak ukur yang kontroversial, dia dapat menurunkan insiden dari VAP dan infeksi saluran pernafasan. Efek jangka panjang dari SDD akan menimbulkan kegawatan yaitu resisten bakteri dan resiko tinggi penyebab infeksi yang luas masih menjadi kontroversi.

2.1.7 Kebersihan Tangan (Nasution 2011)

1. Definisi:

Kebersihan tangan merupakan suatu prosedur tindakan membersihkan tangan dengan menggunakan sabun/antiseptik dibawah air mengalir atau dengan menggunakan handrub berbasis alkohol.

2. Tujuan :

Untuk menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara

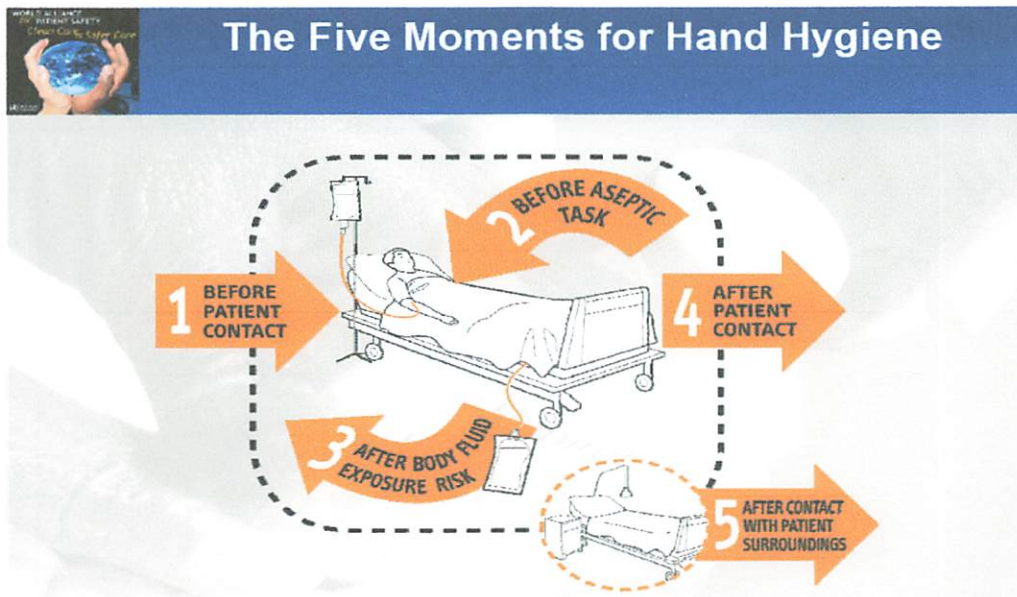
3. Indikasi kebersihan tangan:

- 1) Segera setelah tiba di rumah sakit
- 2) Sebelum masuk & tinggalkan ruangan pasien
- 3) Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau benda yang terkontaminasi cairan tubuh pasien
- 4) Diantara kontak pasien satu dengan yang lain
- 5) Sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada pasien
- 6) Sesudah ke kamar kecil
- 7) Sesudah kontak dengan darah atau cairan tubuh lainnya
- 8) Bila tangan kotor
- 9) Sebelum meninggalkan rumah sakit
- 10) Segera setelah melepaskan sarung tangan
- 11) Segera setelah membersihkan sekresi hidung
- 12) Sebelum dan setelah menyiapkan dan mengkonsumsi makanan

4. Gambar cara cuci tangan menurut WHO



Gambar 2.2 Enam langkah cuci tangan (WHO Guidelines 2009)



Gambar 2.3 *Five moment Hand Hygiene* (WHO Guidelines 2009)

2.1.8 Dampak Infeksi Nosokomial (VAP)

VAP mengakibatkan meningkatnya biaya perawatan, lamanya masa rawat diinstitusi layanan kesehatan, meningkatnya ketidakmampuan pasien, peningkatan biaya antibiotik dan masa penyembuhan yang memanjang menambah pengeluaran pasien (Arfianti 2010).

2.2 Ventilator Mekanik (Marino 2007)

Ventilator mekanik adalah salah satu alat bantu yang menunjang kehidupan di ICU yang bertujuan untuk mengembangkan paru-paru hingga mencapai tekanan yang diinginkan. Menurut data penelitian di AS, sedikitnya ada 300.000 pasien menggunakan ventilator mekanik di ruang ICU. Pada pasien dengan penggunaan ventilator mekanik tentu akan menerima beberapa perlakuan khusus dalam

perawatannya. Meskipun ventilator mekanik sukses menunjang dalam membantu pernapasan pada pasien dalam kondisi kritis, namun masih ada pasien yang meninggal dalam keadaan terpasang ventilator maupun segera setelah penggunaan ventilator mekanik.

2.2.1 Komplikasi penggunaan ventilator mekanik

Ada beberapa komplikasi ventilasi mekanik. Salah satu komplikasinya adalah pada paru-paru, meliputi: 1) Barotrauma dapat menyebabkan emfisema paru interstitial, pneumomediastinum, pneumoperitoneum, pneumotoraks, atau *tension* pneumothorak. 2) Intubasi endotracheal jangka panjang dapat menyebabkan kerusakan laryng dan pita suara. 3) Infeksi pada paru akibat dari keringnya jalan nafas dan retensi sputum

2.3 *VAP Bundle* (Lisa M 2013)

VAP Bundle (VB) adalah serangkaian intervensi yang berhubungan dengan perawatan pada pasien dengan ventilator mekanik yang ketika diimplementasikan bersama-sama akan mencapai hasil signifikan dibandingkan bila diterapkan secara individual. Pelaksanaan *VAP bundle* perawatan pasien untuk mengurangi VAP selama dekade terakhir. Ventilator *bundle* perawatan dikembangkan untuk mengukur kinerja rumah sakit pada tingkat VAP. *VAP Bundle* awalnya dirancang sebagai strategi dalam perawatan pasien dengan penggunaan alat ventilator, bukan bertujuan mencegah terjadinya VAP. Namun, banyak rumah sakit setelah menerapkan VB mengalami penurunan angka kejadian VAP dengan rata-rata 45%. Ketika VB di

terapkan di beberapa fasilitas dengan menerapkan setiap pasien yang berventilasi akan menerima perlakuan VB, dan angka kejadian VAP menjadi 0 pada bulan itu. Dalam 10 tahun terakhir ini banyak ICU telah menerapkan VAP *Bundle* terhadap pasien dengan ventilator mekanik. Secara khusus, banyak ICU telah melakukan VAP *Bundle* sebagai intervensi harian yang bertujuan untuk mengurangi tingkat kejadian *ventilator-associated pneumonia* (VAP).

Unsur-unsur *VAP Bundle* meliputi:

1. Elevasi tempat tidur (*Head Of Bed*) 30 ° sampai 45 °, kecuali kontraindikasi medis.
2. Penghentian secara berkala agen sedasi dan penilaian kesiapan ekstubasi.
3. Profilaksis trombosis vena dalam (kecuali kontraindikasi).
4. Profilaksis ulkus peptikum.
5. *Oral care* secara berkala dengan *chlorhexidine*

1. **Elevasi tempat tidur (*Head Of the Bed*) 30° sampai 45°, kecuali kontraindikasi medis**

Pasien dalam kondisi kritis dengan penggunaan ventilator mekanik disertai dengan *feeding tube* berisiko tinggi mengalami aspirasi isi gaster. Elevasi kepala atau dikenal dengan *Head Of the Bed* (HOB) merupakan salah satu langkah *VAP Bundle* yang dianjurkan oleh *The Institute for Healthcare Improvement* (IHI) adalah 30° sampai 45°. Aspirasi dapat didefinisikan sebagai akibat inhalasi dari sekret oropharyngeal atau inhalasi dari isi gaster ke dalam saluran pernapasan. Efek dari aspirasi paru tergantung pada komposisi volume dan kimia material yang ter-aspirasi serta letak dimana material aspirasi berada atau ada tidaknya agen infeksi dan kondisi

dari pasien itu sendiri. Beberapa komplikasi yang diakibatkan dari aspirasi, seperti pneumonitis ringan bahkan hingga terjadinya *acute respiratory distress* dan kematian. Faktor risiko terjadinya aspirasi adalah karena kondisi penurunan kesadaran, peningkatan gastrointestinal *refluk*, intubasi trakea, penggunaan *gastric tube*, dan isi perut yang penuh.

Elevasi kepala dapat mempengaruhi penurunan angka kejadian VAP yaitu dengan cara mengurangi risiko aspirasi gastrointestinal atau oropharyngeal, dan sekresi nasopharyngeal. Beberapa hasil dari studi membantu memperjelas dan menunjukkan bahwa HOB elevasi unggul daripada posisi *flat in bed* dalam mencegah aspirasi. Elevasi 30° umumnya direkomendasikan dan dipraktekkan secara nyata. Sampai saat ini belum ada bukti yang secara langsung dapat menunjukkan keuntungan elevasi 45° dalam mengurangi aspirasi. Tetapi jika mengacu pada beberapa studi yang menunjukkan bahwa ketinggian HOB mulai dari 30° atau lebih besar dikaitkan dengan kejadian aspirasi yang lebih rendah daripada tidak dilakukannya elevasi HOB. Salah satu penelitian melakukan uji acak kepada 86 pasien yang menggunakan ventilator mekanik dengan merubah posisi badan pasien menjadi 2 posisi yaitu pasien dengan semi terlentang dan terlentang, dengan hasil penelitian bahwa terjadi insidensi VAP sebanyak 34% pada pasien dengan posisi terlentang dan 8% pada pasien semi terlentang. Elevasi kepala disarankan untuk meningkatkan ventilasi pasien. Pasien dalam posisi terlentang akan memiliki volume tidal spontan yang rendah akibat tekanan ventilasi, dan yang membantu ventilasi lebih baik jika duduk dalam posisi tegak. Beberapa kontraindikasi yang perlu diperhatikan dalam melakukan intervensi

elevasi kepala 30° dan 45° adalah pada pasien penggunaan ventilator mekanik dalam keadaan : fraktur spinal, fraktur pelvis, pasien dengan *Intra-Aortic Balloon Pump* (IABP), hipotensi akut, dan pasien yang karena beberapa alasan tidak dapat dilakukan elevasi berdasarkan keputusan terapis.

2. Penghentian secara berkala agen sedasi dan penilaian kesiapan ekstubasi.

Penghentian obat sedasi dan untuk penilaian kesiapan dalam melakukan ekstubasi. Mempunyai kriteria inklusi dan eksklusi, kriteria ini ditujukan dalam mencegah terjadinya ekstubasi tidak terencana

1. Kriteria inklusi.

- 1) Pasien dengan cedera paru yang stabil
- 2) Hemodinamik stabil (HR < 100, MAP > 65)
- 3) FiO₂ < 0,5 dengan SpO₂ > 88
- 4) PEEP < 8 dan pasien mampu memulai napas

2. Kriteria eklusi:

- 1) Pasien *on pressors* (*vasopressor*)
- 2) Pasien dengan ciri-ciri kematian.
- 3) Pasien dengan blokade neuromuskular.
- 4) Pasien dengan napas 35 kali/menit selama lebih dari 5 menit
- 5) Saturasi oksigen < 90 %
- 6) *Heart rate* > 140 kali/menit
- 7) Tekanan sistolik >180 mmHg atau diastolik < 90 mmHg, peningkatan kecemasan, atau *diaphoresis*.

Seperti yang dilansir oleh sebuah penelitian dengan uji kontrol acak pada pasien dengan penggunaan ventilator yang menerima obat sedasi secara kontinyu di ruang ICU. Dalam penelitian ini pasien diacak untuk menerima perlakuan penghentian obat sedasi secara berkala dengan hasil hari lama perawatan berkurang dengan hasil 7,3 hari pada pasien tanpa perlakuan dan 4,9 hari pada pasien dengan perlakuan.

Peneliti melakukan penghentian sedasi setiap hari sampai pasien terjaga dan tetap mengikuti instruksi atau sampai pasien terlihat tidak nyaman atau gelisah dan dianggap memerlukan kembalinya sedasi. Perawat akan mengevaluasi pasien setiap hari selama periode ketika sedasi dihentikan sampai pasien baik terjaga atau tidak nyaman dan membutuhkan sedasi ini perlu dilanjutkan. Perawat segera menghubungi peneliti ketika pasien terbangun, pada saat penelitian dokter memeriksa pasien dan memutuskan apakah akan melanjutkan sedasi. Berdasarkan penelitian ini tampak bahwa dengan mengurangi penggunaan sedasi dapat menurunkan jumlah waktu yang dihabiskan dalam penggunaan ventilator mekanik dan karena itu risiko VAP menurun. Selain itu, pelepasan pasien dari penggunaan ventilator menjadi lebih mudah ketika pasien mampu membantu diri mereka sendiri saat diekstubasi dengan batuk dan mengontrol sekresi. Penghentian sedasi ini bukan tanpa risiko, misalnya, ada ketakutan bahwa pasien yang tidak diberikan sedasi akan memiliki potensi untuk meningkatkan *selfextubation*. Namun berdasarkan pengalaman, hal ini belum terbukti. Pasien yang terintubasi dan menerima perlakuan secara acak menggambarkan tidak adanya peningkatan *self-extubation* yang tidak direncanakan.

Beberapa telah menyarankan mungkin bila ada peningkatan potensi untuk rasa sakit dan kecemasan terkait dengan penghentian sedasi. Obat sedasi yang ideal adalah obat sedasi dengan onset cepat, waktu paruh singkat, dieliminasi dengan baik, tidak ada efek samping pada kardiovaskuler dan respirasi serta tidak ada efek akumulasi di tubuh. *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) menganjurkan beberapa obat sedasi yang dapat digunakan di ICU yaitu dengan menggunakan obat golongan nonbenzodiazepin seperti dexmedetomidine atau propofol, atau menggunakan benzodiazepine (midazolam atau lorazepam).

3. Profilaksis Ulkus Peptikum

Ulserasi adalah penyebab perdarahan gastrointestinal pada pasien di ICU dan adanya perdarahan gastrointestinal karena lesi ini dikaitkan dengan peningkatan lima kali lipat dalam kematian dibandingkan dengan pasien ICU tanpa perdarahan. Menerapkan profilaksis peptikum merupakan intervensi penting pada pasien kritis. Ulserasi dapat meningkatkan risiko nosokomial pneumonia. Penyebab PUD adalah agen yang meningkatkan pH lambung dan dapat meningkatkan pertumbuhan bakteri di perut, terutama basil gram negatif yang berasal dari duodenum. Refluks isi lambung dan sekresi dapat terjadi pada orang sehat, begitu pula pada pasien berventilasi dalam keadaan kritis akan lebih rentan terhadap kejadian aspirasi. Lebih buruknya lagi, saat pasien kritis terintubasi pasien tentu tidak memiliki kemampuan untuk mempertahankan jalan napas mereka. Refluks esofagus dan aspirasi isi lambung pada penggunaan pipa endotrakeal dapat menyebabkan kolonisasi endobronkial dan pneumonia. Obat – obat yang dapat menjadi profilaksis PUD antara

infeksi saluran pernapasan nosokomial untuk pasien operasi jantung. Sejak saat itu telah ada banyak diskusi yang membahas tentang pemanfaatan *chlorhexidine* sebagai tambahan penting untuk menjaga kebersihan mulut, tetapi beberapa penelitian yang memberikan bukti kuat bahwa penggunaan *chlorhexidin* sebagai antiseptik yang dapat mengurangi resiko terjadinya VAP. *Chlorhexidine* terbagi dalam dua dosis: 0,12 % dan 0,2 %. *US Food and Drug Administrasi* merekomendasikan 0,12% *chlorhexidine* oral yang digunakan sebagai obat kumur. Sedangkan menurut Chandan, penelitiannya yang diterbitkan pada tahun 2007 dalam *British Medical Journal*, ada sekitar sebelas studi yang mengevaluasi efek antiseptik *oral* terhadap terjadinya VAP dan kematian pada ventilasi mekanik pasien dewasa. Hasil analisis dapat disimpulkan bahwa dekontaminasi oral pada pasien dewasa dengan penggunaan ventilasi mekanik yang menggunakan *chlorhexidine* dengan rendahnya risiko VAP. Kebersihan mulut yang baik dengan penggunaan antiseptik oral dapat mengurangi bakteri pada mukosa mulut dan potensi kolonisasi bakteri pada saluran pernapasan. ini berhubungan dengan pengurangan bakteri, dan juga mengurangi potensi untuk terjadinya VAP bagi pasien pada penggunaan ventilasi mekanik.

2.4 Kepatuhan

2.4.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan (*Adherence*) dapat didefinisikan sebagai suatu perilaku seseorang untuk mengikuti saran medis ataupun kesehatan. Kepatuhan adalah merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang

mentaati peraturan (Notoatmodjo 2003). Kepatuhan adalah tingkat perilaku seseorang yang tertuju terhadap instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik diet, latihan, pengobatan atau menepati janji pertemuan dengan dokter (Stanley 2007). Kepatuhan petugas profesional (perawat) adalah sejauh mana perilaku seorang perawat sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan pimpinan perawat ataupun pihak rumah sakit (Niven 2002).

2.4.2 Faktor- faktor yang mempengaruhi kepatuhan (Brannon & Nord 1990):

Karakter dalam diri individu yang dapat mempengaruhi kepatuhan antara lain:

1. Usia, kepatuhan dapat meningkat atau menurun seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini juga tergantung dari spesifikasi penyakit, kerangka waktu, dan kepatuhan pengobatan.
2. Gender, terdapat sedikit perbedaan kepatuhan pada wanita dan pria. Beberapa perbedaan kepatuhan terjadi pada saat menjalani rekomendasi khusus.
3. Dukungan sosial, dukungan sosial yang diterima dari teman atau keluarga dapat meningkatkan kepatuhan
4. Dukungan emosional, kualitas dukungan sosial (dukungan emosional) lebih meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, dari pada secara kuantitas (Niven 2002).
5. Kepribadian individu, meskipun masalah kepribadian yang tidak patuh nampak menjadi mitos, beberapa penelitian menemukan bahwa kepribadian yang obsesif kompulsif mempunyai hubungan yang positif dengan kepatuhan, sedangkan

kepribadiann yang sinis mempunyai hubungan yang positif dengan ketidakpatuhan.

6. Keyakinan individu tentang penyakit yang dideritanya, pada umumnya ketika individu percaya bahwa dengan patuh terhadap pengobatan yang direkomendasikan dapat memberikan keuntungan kesehatan, maka individu akan patuh terhadap pengobatan tersebut. Individu yang perhatian terhadap kesehatan mereka juga memungkinkan untuk patuh terhadap nasihat medis. Selain itu, individu yang percaya atas kontrol mereka terhadap kesehatan mereka sendiri cenderung untuk tidak patuh terhadap nasihat medis (Niven 2002).

7. Norma Budaya

Individu gagal melakukan kepatuhan tidak dikarenakan kepribadian mereka yang tidak mau bekerjasama, tapi lebih disebabkan karena mereka tinggal dalam budaya yang memegang kepercayaan dan tingkah laku yang kurang kondusif untuk mematuhi peraturan.

Sedangkan menurut Niven (2002) faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan meliputi :

1. Pendidikan:

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara.

Tingginya pendidikan seorang perawat dapat meningkatkan kepatuhan dalam melaksanakan kewajibannya, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

2. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial:

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari pimpinan rumah sakit, kepala perawat, perawat itu sendiri dan teman-teman sejawat. Lingkungan berpengaruh besar pada pelaksanaan prosedur asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Lingkungan yang harmonis dan positif akan membawa dampak yang positif pula pada kinerja perawat, sebaliknya lingkungan negatif akan membawa dampak buruk pada proses pemberian pelayanan asuhan keperawatan.

3. Perubahan model prosedur

Program pelaksanaan prosedur asuhan keperawatan dapat dibuat sederhana mungkin dan perawat terlihat aktif dalam mengaplikasikan prosedur tersebut. Keteraturan perawat melakukan asuhan keperawatan sesuai standar prosedur dipengaruhi oleh kebiasaan perawat menerapkan sesuai dengan ketentuan yang ada.

4. Meningkatkan Interaksi Profesional Kesehatan

Meningkatkan interaksi profesional kesehatan antara sesama perawat (khususnya antara kepala ruangan dengan perawat pelaksana) adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada perawat. Suatu penjelasan

tentang prosedur tetap dan bagaimana cara menerapkannya dapat meningkatkan kepatuhan. Semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, maka semakin mempercepat proses penyembuhan penyakit klien.

5. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo 2003).

6. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan aksi atau respon seseorang yang masih tertutup. Menurut Notoadmodjo (2003), sikap manusia terhadap suatu rangsangan adalah perasaan setuju (*favorablere*) ataupun perasaan tidak setuju (*non favorable*) terhadap rangsangan tersebut. Selain itu Allport (1935) dalam Notoadmodjo, (2003) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 (tiga) komponen pokok yaitu: kepercayaan (*keyakinan*) yang merupakan ide dan konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek dan kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. (Notoatmodjo 2003).

7. Usia

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan suatu tindakan (Notoatmodjo 2003). Menurut teori Kelman, perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan. Mula-mula individu mematuhi anjuran atau instruksi tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman/sanksi jika tidak patuh, atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan jika mematuhi anjuran tersebut, tahap ini disebut tahap kesediaan. Biasanya perubahan yang terjadi dalam tahap ini bersifat sementara, artinya bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan petugas. Tetapi begitu pengawasan itu mengendur atau hilang, perilaku itupun ditinggalkan (Niven 2002). Pengawasan itu tidak perlu berupa kehadiran fisik petugas atau tokoh otoriter, melainkan cukup rasa takut terhadap ancaman sanksi yang berlaku, jika individu tidak melakukan tindakan tersebut. Dalam tahap ini pengaruh tekanan kelompok sangatlah besar, individu terpaksa mengalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya dia tidak menyetujuinya. Namun segera setelah dia keluar dari kelompok tersebut, kemungkinan perilakunya akan berubah

menjadi perilakunya sendiri (Niven 2000). Kepatuhan individu berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru itu dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh (pimpinan) yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*). Biasanya kepatuhan ini timbul karena individu merasa tertarik atau mengagumi petugas (pimpinan) tersebut, sehingga ingin mematuhi apa yang dianjurkan atau diinstruksikan tanpa memahami sepenuhnya arti dan manfaat dari tindakan tersebut, tahap ini disebut proses identifikasi. Meskipun motivasi untuk mengubah perilaku individu dalam tahap ini lebih baik dari pada dalam tahap kesediaan, namun motivasi ini belum dapat menjamin kelestarian perilaku itu karena individu belum dapat menghubungkan perilaku tersebut dengan nilai-nilai lain dalam hidupnya, sehingga jika dia ditinggalkan petugas atau tokoh idolanya itu maka dia merasa tidak perlu melanjutkan perilaku tersebut. Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi, dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya. Niven (2002) menyebutkan proses internalisasi ini dapat dicapai jika petugas atau pimpinan tersebut merupakan seseorang yang dapat dipercaya (kredibilitasnya tinggi) yang dapat membuat individu memahami makna dan penggunaan perilaku tersebut serta membuat mereka mengerti akan pentingnya perilaku tersebut bagi kehidupan mereka sendiri. Memang proses internalisasi

ini tidaklah mudah dicapai sebab diperlukan kesediaan individu untuk mengubah nilai dan kepercayaan mereka agar menyesuaikan diri dengan nilai atau perilaku yang baru (*Teori The Health Belief Model*).

Faktor penentu derajat ketidakpatuhan (Niven 2002) mengungkapkan derajat ketidak patuhan ditentukan oleh kompleksitas prosedur pengobatan, derajat perubahan gaya hidup/lingkungan kerja yang dibutuhkan, lamanya waktu dimana perawat mematuhi prosedur tersebut, apakah prosedur tersebut berpotensi menyelamatkan hidup, dan keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien bukan petugas kesehatan. Lima strategi untuk meningkatkan kepatuhan menurut Smet (1994), diantaranya adalah: a. Dukungan profesional kesehatan. Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya tehnik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan, misalnya antara kepala perawatan dengan bawahannya. b. Dukungan sosial. Dukungan sosial yang dimaksud adalah pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga yang percaya pada tindakan dan perilaku yang dilakukan oleh perawat dapat menunjang peningkatan kesehatan pasien, sehingga perawat dapat bekerja dengan percaya diri dan ketidak patuhan dapat dikurangi. c. Perilaku sehat. Modifikasi perilaku sehat sangat diperlukan, misalnya kepatuhan perawat untuk selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien ataupun melakukan tindakan asuhan

keperawatan. d. Pemberian informasi. Pemberian informasi yang jelas tentang pentingnya pemberian asuhan keperawatan berdasarkan prosedur yang ada membantu meningkatkan kepatuhan perawat, hal ini dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan-pelatihan kesehatan yang diadakan oleh pihak rumah sakit ataupun instansi kesehatan lain.

2.5 Teori Keperawatan *Theory of Planned Behavior*

2.5.1 Sejarah *Theory of Planned Behavior*

Theory of Reasoned Action (TRA) dikembangkan oleh Fishbein dan Ajzen (1975) memberikan bukti ilmiah bahwa intensi untuk melakukan suatu tingkah laku dipengaruhi oleh dua faktor yaitu sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*) dan norma subjektif (*subjective norm*). Namun setelah beberapa tahun, Ajzen melakukan metaanalisis terhadap TRA. Hasil yang didapatkan dari metaanalisis tersebut adalah TRA hanya berlaku bagi tingkah laku yang berada dibawah kontrol penuh karena ada faktor yang menghambat dan mempermudah realisasi intensi kepada tingkah laku. Oleh karena itu, pada tahun 1988, Ajzen menambahkan *perceived behavioural control* (PBC) sebagai faktor yang mempengaruhi intensi. Pada akhirnya TRA berubah menjadi *Theory of Planned Behavior* (Amaliah 2008)

Penjelasan lain bahwa TRA dan TPB berfokus pada konstruksi teoritis yang berkaitan dengan faktor intensi individu sebagai penentu dari kemungkinan melakukan perilaku tertentu. Baik TRA maupun TPB menganggap prediktor terbaik

perilaku adalah niat terhadap perilaku. TPB merupakan perluasan dari TRA dengan menambahkan konstruksi *perceived behavioral control* (Glanz et al. 2008).

2.5.2 Penjabaran Theory of Planned Behavior

Dalam *Theory Reasoned Action* (Fishbein & Ajzen 1975) yang menyatakan bahwa seseorang dapat melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tergantung dari niat yang dimiliki oleh orang tersebut. Niat melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu dipengaruhi oleh dua penentu dasar, yang pertama berhubungan dengan sikap (*attitude towards behavior*) dan yang lain berhubungan dengan pengaruh sosial yaitu norma subjektif (*subjective norms*). Dalam upaya mengungkapkan pengaruh sikap dan norma subjektif terhadap niat untuk dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku diperlukan keyakinan (*beliefs*). Dikemukakannya bahwa sikap berasal dari keyakinan terhadap perilaku (*behavioral beliefs*), sedangkan norma subjektif berasal dari keyakinan normatif (*normative beliefs*).

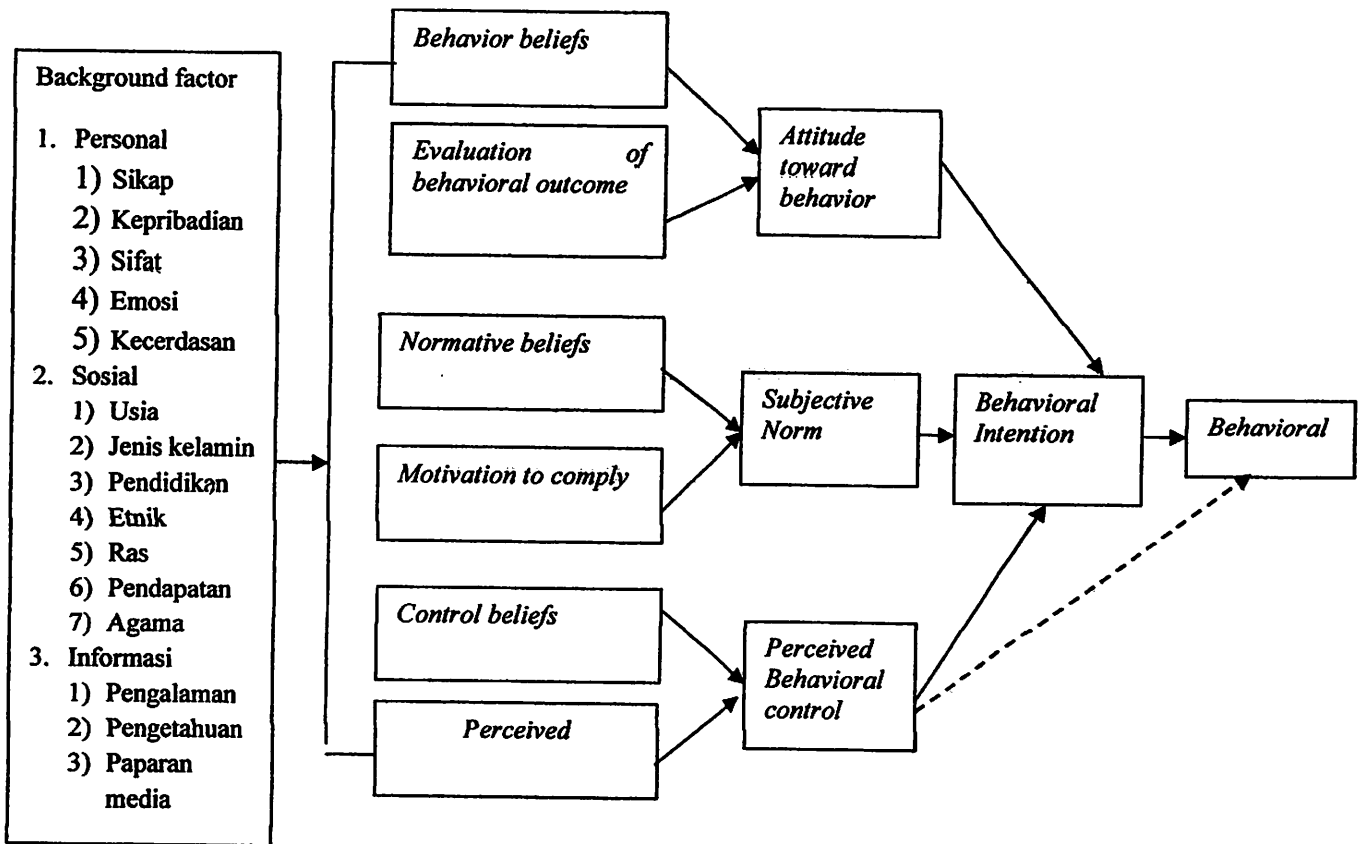
Theory of Planned Behavior (TPB) merupakan pengembangan lebih lanjut dari TRA. Ajzen (2005) menambahkan konstruksi yang belum ada dalam TRA, yaitu kontrol perilaku yang dipersepsi (*perceived behavioral control*). Konstruksi ini ditambahkan dalam upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka melakukan perilaku tertentu (Glanz 2008). Dengan kata lain, dilakukan atau tidak dilakukannya suatu perilaku tidak hanya ditentukan oleh sikap dan norma subjektif semata, tetapi juga persepsi individu terhadap kontrol yang dapat dilakukannya yang bersumber pada keyakinannya terhadap kontrol tersebut (*control beliefs*). *Theory of Planned Behavior* dapat digunakan untuk merancang intervensi

yang digunakan untuk meningkatkan perilaku kesehatan individu, seperti penggunaan kondom, berhenti merokok, pemeriksaan diri, kepatuhan pengobatan dan perilaku lain yang dapat mempengaruhi kesehatan klien (*Health Communication Capacity Collaborative* 2014).

Theory of Planned Behavior dapat mempunyai dua fitur sebagai berikut (Jogiyanto 2007):

- 1) Teori ini mengansumsi bahwa kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) mempunyai implikasi motivasional terhadap minat. Orang – orang yang percaya bahwa mereka tidak mempunyai sumber- sumber daya yang ada atau tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan perilaku tertentu mungkin tidak akan membentuk minat berperilaku yang kuat untuk melakukannya walaupun mereka mempunyai sikap yang positif terhadap perilakunya dan percaya bahwa orang lain akan menyetujui seandainya mereka melakukan perilaku tersebut. Dengan demikian diharapkan terjadi hubungan antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan minat yang tidak dimediasi oleh sikap dan norma subyektif. Di model ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol perilaku persepsian (*perceived behavioral control*) ke minat.
- 2) Fitur kedua adalah kemungkinan hubungan langsung antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan perilaku. Di banyak contoh, kinerja dari suatu perilaku tergantung tidak hanya pada motivasi untuk melakukannya tetapi juga kontrol yang cukup terhadap perilaku yang dilakukan. Dengan demikian kontrol perilaku persepsian (*perceived behavioral control*) dapat

mempengaruhi perilaku secara tidak langsung lewat minat, dan juga dapat memprediksi perilaku secara langsung. Di model hubungan langsung ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) langsung ke perilaku (*behavior*). Kontrol perilaku yang dirasakan dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan seseorang mengenai sulit atau tidaknya untuk melakukan perilaku tertentu (Azwar 2012). TPB menganggap bahwa teori sebelumnya mengenai perilaku yang tidak dapat dikendalikan sebelumnya oleh individu melainkan juga dipengaruhi oleh faktor mengenai faktor non motivasional yang dianggap sebagai kesempatan atau sumber daya yang dibutuhkan agar perilaku dapat dilakukan. Sehingga dalam teorinya, Ajzen menambahkan satu determinan lagi, yaitu kontrol persepsi perilaku mengenai mudah atau sulitnya perilaku yang dilakukan. Oleh karena itu menurut TPB, intensi dipengaruhi oleh tiga hal yaitu: sikap, norma subjektif, kontrol perilaku (Jogiyanto 2007)



Gambar 2.4 *Theory of planned behavior* (Ajzen 2005)

Bagan di atas dapat menjelaskan empat hal yang berkaitan dengan perilaku manusia, yaitu:

- 1) Hubungan yang langsung antara tingkah laku dan intensi. Hal ini dapat berarti bahwa intensi merupakan faktor terdekat yang dapat memprediksi munculnya tingkah laku yang akan ditampilkan individu.

- 2) Intensi dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu sikap individu terhadap tingkah laku yang dimaksud (*attitude towards behavior*), norma subyektif (*subjective norms*), dan persepsi terhadap kontrol yang dimiliki (*perceived behavioral control*).
- 3) Masing-masing faktor yang mempengaruhi intensi di atas (sikap, norma subjektif dan PBC) dipengaruhi anteseden lainnya, yaitu *beliefs*. Sikap dipengaruhi oleh *behavioral beliefs*, norma subjektif dipengaruhi oleh *normative beliefs*, dan PBC dipengaruhi oleh *beliefs* tentang kontrol yang dimiliki yang disebut *control beliefs*. Baik sikap, norma subjektif, dan PBC merupakan fungsi perkalian dari masing-masing *beliefs* dengan faktor lainnya yang mendukung.
- 4) PBC merupakan ciri khas teori ini dibandingkan dengan TRA.

Pada bagan di atas dapat dilihat bahwa ada dua cara yang menghubungkan tingkah laku dengan PBC. Cara pertama diwakili oleh garis penuh yang menghubungkan PBC dengan tingkah laku secara tidak langsung melalui perantara intensi. Cara kedua adalah hubungan secara langsung antara PBC dengan tingkah laku yang digambarkan dengan garis putus-putus, tanpa melalui intensi (Ajzen 2005).

Model teoritik dari *Theory of Planned Behavior* (Perilaku yang direncanakan) mengandung berbagai variabel yaitu (Ajzen 2005):

- 1) Latar belakang (*background factors*)

Usia, jenis kelamin, suku, status sosial ekonomi, suasana hati, sifat kepribadian, dan pengetahuan) mempengaruhi sikap dan perilaku individu terhadap sesuatu hal. Faktor latar belakang pada dasarnya adalah sifat yang hadir di dalam diri seseorang, yang dalam model Kurt Lewin dikategorikan ke dalam aspek O (*organism*). Dalam

kategori ini Ajzen (2005), memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial, dan informasi. Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*), emosi, dan kecerdasan yang dimilikinya. Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan, dan ekspose pada media.

2) Keyakinan perilaku (*behavioral belief*)

Hal-hal yang diyakini oleh individu mengenai sebuah perilaku dari segi positif dan negatif, sikap terhadap perilaku atau kecenderungan untuk bereaksi secara afektif terhadap suatu perilaku, dalam bentuk suka atau tidak suka pada perilaku tersebut.

3) Keyakinan normatif (*normative beliefs*)

Berkaitan langsung dengan pengaruh lingkungan yang secara tegas dikemukakan oleh Lewin dalam *Field Theory*. Pendapat Lewin ini digaris bawahi juga oleh Ajzen melalui *perceived behavioral control*. Menurut Ajzen (2005), faktor lingkungan sosial khususnya orang-orang yang berpengaruh bagi kehidupan individu (*significant others*) dapat mempengaruhi keputusan individu.

4) Norma subjektif (*subjective norm*)

Norma subjektif merupakan kepercayaan seseorang mengenai persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan (Ajzen 1988), atau persepsi individu tentang orang lain apakah mendukung atau tidak terwujudnya tindakan tersebut. Norma subjektif adalah pihak-pihak yang dianggap berperan dalam perilaku seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut, dan sejauh mana keinginan untuk memenuhi harapan tersebut.

Jadi, dengan kata lain bahwa norma subjektif adalah produk dari persepsi individu tentang keyakinan yang dimiliki oleh orang lain. Orang lain tersebut disebut rujukan (*referent*), dan dapat merupakan orang tua, sahabat, atau orang yang dianggap ahli atau penting. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi norma subjektif: *normative belief*, yaitu keyakinan individu bahwa rujukan berpikir ia harus atau tidak melakukan suatu perilaku dan *motivation to comply*, yaitu motivasi individu untuk memenuhi norma dari rujukan tersebut.

Rumusan norma subjektif pada intensi perilaku tertentu, dirumuskan sebagai berikut (Fishbein & Ajzen, 1975):

$$SN = \sum b_i m_i$$

Keterangan:

SN = Norma Subjektif

b_i = *Normative belief*

m_i = Motivasi untuk mengikuti anjuran (*motivation to comply*)

Berdasarkan rumusan tersebut, dapat dikatakan bahwa norma subjektif adalah persepsi seseorang terhadap orang-orang yang dianggap penting bagi dirinya untuk berperilaku tertentu, dan sejauh mana seseorang ingin mematuhi anjuran orang-orang tersebut. Norma subjektif secara umum dapat ditentukan oleh harapan spesifik yang dipersepsikan seseorang, yang merupakan referensi (anjuran) dari orang-orang yang disekitarnya dan oleh motivasi untuk mengikuti referensi atau anjuran tersebut.

Berdasarkan rumus di atas, norma subjektif (SN) didapatkan dari hasil penjumlahan hasil kali *normative belief* tentang tingkah laku i (b_i) dan dengan *motivation to comply*/motivasi untuk mengikutinya (m_i). Dengan kata lain, bahwa seseorang yang memiliki keyakinan bahwa individu atau kelompok yang cukup berpengaruh terhadapnya (*referent*) akan mendukung ia untuk melakukan tingkah laku tersebut, maka hal ini akan menjadi tekanan sosial untuk seseorang tersebut melakukannya. Sebaliknya, jika seseorang percaya bahwa orang lain yang berpengaruh padanya tidak mendukung tingkah laku tersebut, maka hal ini menyebabkan ia memiliki norma subjektif untuk tidak melakukannya.

Pengukuran norma subjektif sesuai dengan antesedennya, yaitu berdasarkan dua skala: *normative belief* dan *motivation to comply*. Maka pengukurannya juga diperoleh dari penjumlahan hasil perkalian keduanya. Norma subjektif sama halnya dengan sikap, tentang pihak-pihak yang mendukung atau tidak mendukung didapatkan dari hasil elisitasi untuk menentukan keyakinan utamanya.

5) Keyakinan Kontrol (*control beliefs*)

Keyakinan dari dalam diri individu bahwa suatu perilaku yang dilaksanakan dapat diperoleh dari berbagai hal, pertama adalah pengalaman melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau pengalaman yang diperoleh karena melihat orang lain misalnya, teman, keluarga dekat dalam melaksanakan perilaku itu sehingga ia memiliki keyakinan bahwa ia pun akan dapat melaksanakannya. Selain pengetahuan, ketrampilan, dan pengalaman, keyakinan individu mengenai suatu perilaku akan dapat dilaksanakan ditentukan juga oleh ketersediaan waktu untuk melaksanakan

perilaku tersebut, tersedianya fasilitas untuk melaksanakannya, dan memiliki kemampuan untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku.

6) Persepsi kemampuan mengontrol tingkah laku (*perceived behavioral control*)

Keyakinan (*beliefs*) bahwa individu pernah melaksanakan atau tidak pernah melaksanakan perilaku tertentu, individu memiliki fasilitas dan waktu untuk melakukan perilaku itu, kemudian individu melakukan estimasi atas kemampuan dirinya apakah dia punya kemampuan atau tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan perilaku tersebut. Ajzen (2005) menamakahi kondisi ini dengan “persepsi kemampuan mengontrol” (*perceived behavioral control*). Niat untuk melakukan perilaku (*intention*) adalah kecenderungan seseorang untuk memilih melakukan atau tidak melakukan sesuatu pekerjaan. Niat ini ditentukan oleh sejauh mana individu memiliki sikap positif pada perilaku tertentu, dan sejauh mana kalau dia memilih untuk melakukan perilaku tertentu itu dia mendapat dukungan dari orang-orang lain yang berpengaruh dalam kehidupannya.

Perceived behavioral control sama dengan kedua faktor sebelumnya yaitu dipengaruhi juga oleh keyakinan. Keyakinan (*belief*) yang dimaksud adalah tentang ada /tidak ada faktor yang menghambat atau mendukung performa tingkah laku (*control belief*). Berikut adalah rumus yang menghubungkan antara *Perceived behavioral control* dan *control belief*.

$$PBC = \sum c_i p_i$$

Keterangan:

PBC = *Perceived behavioral control*

c_i = *Control belief*

p_i = *Power belief*

Kendali perilaku yang dipersepsikan/PBC didapat dengan menjumlahkan hasil kali antara keyakinan mengenai mudah atau sulitnya perilaku dilakukan (*control belief*) dan kekuatan faktor i dalam memfasilitasi atau menghambat tingkah laku (*power belief*). Dengan kata lain, semakin besar persepsi seseorang mengenai kesempatan dan sumber daya yang dimiliki (faktor pendukung), serta semakin kecil persepsi tentang hambatan yang dimiliki, maka semakin besar *perceived behavioral control* yang dimiliki seseorang.

Pengukuran *perceived behavioral control* yang dapat dilakukan hanyalah mengukur persepsi individu yang bersangkutan terhadap kontrol yang ia miliki terhadap beberapa faktor penghambat atau pendukung tersebut. Beberapa faktor yang dipersepsi sebagai penghambat atau pendorong tersebut didapatkan dari proses elisitasi untuk mendapatkan keyakinan utama.

7) Sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*)

Menurut Ajzen (2005), sikap adalah evaluasi individu secara positif atau negatif terhadap benda, orang, institusi, kejadian, perilaku atau minat tertentu. Sikap merupakan kecenderungan kognitif, afektif, dan tingkah laku yang dipelajari untuk berespon secara positif maupun negatif terhadap objek, situasi, institusi, konsep atau seseorang. Berdasarkan teori ini, sikap individu terhadap suatu perilaku diperoleh dari keyakinan terhadap konsekuensi yang ditimbulkan oleh perilaku tersebut, yang

diistilahkan dengan *behavioral beliefs* (keyakinan terhadap perilaku). Dengan kata lain, seseorang yang yakin bahwa sebuah tingkah laku dapat menghasilkan *outcome* yang positif, maka individu tersebut akan memiliki sikap yang positif, begitu juga sebaliknya. Berdasarkan *Theory Of Planned Behavior*, seseorang yang percaya bahwa menampilkan perilaku tertentu akan mengarahkan pada hasil yang positif akan memiliki sikap *favorable* terhadap ditampilkannya perilaku, sedangkan orang yang percaya bahwa menampilkan tingkah laku tertentu akan mengarahkan pada hasil yang negatif, maka ia akan memiliki sikap *unfavorable* (Ajzen 2005).

Dikaitkan dengan sikap, keyakinan mempunyai tingkatan atau kekuatan yang berbeda-beda. Kekuatan ini berbeda-beda pada setiap orang dan kuat lemahnya keyakinan ditentukan berdasarkan persepsi seseorang terhadap tingkat keseringan suatu objek memiliki atribut tertentu (Fishbein & Ajzen 1975). Sebagai salah satu komponen dalam rumusan intensi, sikap terdiri atas keyakinan dan evaluasi keyakinan (Fishbein & Ajzen 1975 dalam Ismail & Zain 2008), seperti rumus berikut ini.

$$AB = \sum b_i e_i$$

Keterangan:

AB = Sikap terhadap perilaku tertentu

b_i = keyakinan (*beliefs*) terhadap perilaku tersebut yang mengarah pada
konsekuensi i

e_i = Evaluasi seseorang terhadap *outcome* i (*outcome evaluation*)

Berdasarkan rumus diatas, sikap terhadap perilaku tertentu (AB) didapatkan dari penjumlahan hasil kali antara kekuatan *beliefs* terhadap outcome yang dihasilkan (b_i) dengan evaluasi terhadap outcome (e_i). Dengan kata lain, seseorang bahwa sebuah tingkah laku dapat menghasilkan sebuah *outcome* yang positif, maka ia akan memiliki sikap yang positif. Begitu juga sebaliknya, jika seseorang memiliki keyakinan bahwa dengan melakukan suatu tingkah laku akan menghasilkan *outcome* yang negative, maka seseorang tersebut juga akan memiliki sikap yang negative terhadap perilaku tersebut.

Pengukuran sikap tidak bisa didapatkan melalui pengamatan langsung, melainkan harus melalui pengukuran respon. Pengukuran sikap ini didapatkan dari interaksi antara *beliefs content-outcome evaluation* dan *beliefs strength*. *Beliefs* seseorang mengenai suatu objek atau tindakan dapat dimunculkan dalam format respons bebas dengan cara meminta subjek untuk menuliskan karakteristik, kualitas, dan atribut dari objek atau konsekuensi tingkah laku tertentu. Fishbein & Ajzen menyebutkan dengan proses elisitasi. Elisitasi digunakan untuk menentukan keyakinan utama (*salient belief*) yang akan digunakan dalam penyusunan alat ukur atau instrumen.

8) Intensi

Intensi menurut Fishbein dan Ajzen (1975), merupakan komponen dalam diri individu yang mengacu pada keinginan untuk melakukan tingkah laku tertentu. Intensi didefinisikan sebagai dimensi probabilitas subjektif individu dalam kaitan antara diri dan perilaku. Bandura (1986) menyatakan bahwa intensi merupakan suatu

kebulatan tekad untuk melakukan aktivitas tertentu atau menghasilkan suatu keadaan tertentu di masa depan. Santoso (2005) beranggapan bahwa intensi adalah hal-hal yang diasumsikan dapat menjelaskan faktor-faktor motivasi serta berdampak kuat pada tingkah laku. Hal ini mengindikasikan seberapa keras seseorang berusaha dan seberapa banyak usaha yang dilakukan agar perilaku yang diinginkan dapat dilakukan. Hartono (2007) mendefinisikan intensi (niat) sebagai keinginan untuk melakukan perilaku. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa, seseorang berperilaku karena faktor keinginan, kesengajaan atau karena memang sudah direncanakan. Niat berperilaku (*behavioral intention*) masih merupakan suatu keinginan atau rencana. Dalam hal ini, niat belum merupakan perilaku, sedangkan perilaku (*behavioral*) adalah tindakan nyata yang dilakukan.

Menurut *Theory of Planned Behavior*, seseorang dapat bertindak berdasarkan intensi atau niatnya hanya jika ia memiliki kontrol terhadap perilakunya (Ajzen 2005). Teori ini tidak hanya menekankan pada rasionalitas dari tingkah laku manusia, tetapi juga pada *belief* bahwa target tingkah laku berada di bawah kontrol kesadaran individu tersebut. Suatu tingkah laku tidak hanya bergantung pada intensi seseorang, melainkan juga pada faktor lain yang tidak ada dibawah kontrol dari individu, misalnya ketersediaan sumber dan kesempatan untuk menampilkan tingkah laku tersebut (Ajzen 2005).

Fishbein & Ajzen (1975) menyatakan bahwa intensi memiliki 4 aspek yaitu: perilaku, sasaran, situasi dan waktu. Perilaku merupakan tindakan spesifik yang nantinya akan dilakukan. Sasaran adalah objek yang menjadi sasaran perilaku dalam

hal ini klien. Situasi adalah kondisi yang mendukung untuk dilakukannya suatu perilaku. Situasi ini dapat menjadi faktor pendukung maupun penghambat. Waktu meliputi saat terjadinya perilaku yang dipengaruhi oleh individu itu sendiri.

Intensi merupakan faktor motivasional yang memiliki pengaruh pada perilaku, sehingga orang dapat mengharapkan orang lain berbuat sesuatu berdasarkan intensinya (Ajzen;1988, 1991). Pada umumnya intensi memiliki Hubungan yang tinggi dengan perilaku, sehingga dapat digunakan untuk meramalkan perilaku. Menurut *Theory of Planned Behavior*, intensi memiliki tiga determinan, yaitu: sikap, norma subjektif, dan kendali-perilaku-yang-dipersepsikan (Ajzen 1988). Untuk melihat besar/bobot pengaruh masing-masing determinan digunakan perhitungan analisis multiple regresi, dengan persamaan sebagai berikut:

$$B - I = (A_b)W_1 + (SN)W_2 + (PBC)W_3$$

Keterangan:

B = *behavior* = perilaku

I = *intention* = intensi melakukan perilaku B

A_b = *attitude* = sikap terhadap perilaku B

SN = *subjective norms* = norma subjektif

PBC = *perceived behavior control* = kendali perilaku yang dipersepsikan

W₁₂₃ = *weight* = bobot pengaruh

Keakuratan intensi dalam memprediksi tingkah laku tentu bukan tanpa syarat, karena ternyata ditemukan pada beberapa studi bahwa intensi tidak selalu menghasilkan tingkah laku yang dimaksud. Pernyataan ini diperkuat oleh pernyataan

Ajzen (2005). Menurutnya, walaupun banyak ahli yang sudah membuktikan hubungan yang kuat antara intensi dan tingkah laku, namun pada beberapa kali hasil studi ditemukan pula hubungan yang lemah antara keduanya. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan intensi dalam memprediksi tingkah laku yaitu:

1. Kesesuaian antara intensi dan tingkah laku

Pengukuran intensi harus disesuaikan dengan perilakunya dalam hal konteks dan waktunya.

2. Stabilitas intensi

Faktor kedua adalah ketidakstabilan intensi seseorang. Hal ini bisa terjadi jika terdapat jarak/jangka waktu yang cukup panjang antara pengukuran intensi dan dengan pengamatan dan tingkah laku. Semakin panjang interval waktunya, maka semakin besar kemungkinan intensi akan berubah.

3. *Literal inconsistency*

Pengukuran intensi dan tingkah laku sudah sesuai (*compatible*) dan jarak waktu antara pengukuran intensi dan tingkah laku singkat, namun kemungkinan terjadi ketidaksesuaian antara intensi dan tingkah laku yang ditampilkannya masih ada. Penjelasan *literal inconsistency* ini adalah individu terkadang tidak konsisten dalam mengaplikasikan tingkah lakunya sesuai dengan intensi yang sudah dinyatakan sebelumnya. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa alasan, diantaranya individu tersebut merasa lupa akan apa yang pernah diucapkan. Maka untuk mengantisipasi hal ini dapat dilakukan strategi *implementation intention*, yaitu dengan meminta individu untuk memerinci bagaimana intensi tersebut akan

diimplementasikan dalam tingkah laku. Perincian mencakup kapan, di mana, dan bagaimana tingkah laku akan dilakukan

2. *Base rate*

Base rate adalah tingkat kemungkinan sebuah tingkah laku akan dilakukan oleh orang. Tingkah laku dengan *base rate* yang tinggi adalah tingkah laku yang dilakukan oleh hampir semua orang, misalnya mandi dan makan. Sementara tingkah laku dengan *base rate* yang rendah adalah tingkah laku yang hampir tidak dilakukan oleh kebanyakan orang, misal bunuh diri.

Pengukuran intensi dapat digolongkan ke dalam pengukuran *beliefs*. Sebagaimana pengukuran *beliefs*, pengukuran intensi terdiri atas dua hal, yaitu pengukuran isi (*content*) dan kekuatan (*strength*). Isi dari intensi diwakili oleh jenis tingkah laku yang akan diukur, sedangkan kekuatan responnya dilihat dari *rating* jawaban yang diberikan responden pada pilihan skala yang tersedia.

9) Perilaku (*behavior*)

Perilaku adalah suatu tindakan atau kegiatan nyata yang dilakukan. Perilaku (*behavior*) dilakukan karena individu mempunyai minat atau keinginan untuk melakukannya (Jogiyanto 2007). Menurut Green LW dan Kreauter MW (1991) perilaku ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor:

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), merupakan faktor internal yang ada pada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.

- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Ketiga faktor penyebab tersebut di atas dipengaruhi oleh faktor penyuluhan dan faktor kebijakan, peraturan serta organisasi. Semua faktor-faktor tersebut merupakan ruang lingkup promosi kesehatan. Faktor lingkungan adalah segala faktor baik fisik, biologis, maupun sosial budaya yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi derajat kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Keaslian Penelitian

Tabel 2.2 *Theoretical Mapping/* riset pendukung tentang model Kepatuhan berbasis *Theory of planned behavior* terhadap *adherence* perawat

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
1	<i>Adherence to Institution-specific Ventilator-associated Pneumonia prevention Guidelines</i> ((Kiyoshi 2014)	<i>A cross-sectional descriptive</i>	576 orang perawat critical care	<i>Oral hygiene, head-of-bed elevation, and spontaneous breathing trials.</i>	Kuesioner	Multivariate logistic regression analyses	Perawat yang memiliki sikap positif lebih konsisten dalam penerapan VAP Bundle
2	<i>An Exploration of Nurse Adherence to Ventilator-Associated Pneumonia Bundle Interventions</i> (Luna 2015)	Quantitative Study	28 perawat ICU di 3 rumah sakit di northern California	VAP Bundle	57-pertanyaan yang berhubungan dengan VAP bundle yang dilaksanakan oleh perawat ICU	Analysis of Variance (ANOVA)	Perawat menerapkan VAP bundle sesuai dengan kebijakan masing2 rumah sakit. Banyak protocol VAP bundle masih harus ditingkatkan.
3	<i>Adherence to Ventilator-Associated Pneumonia Bundle and Incidence of Ventilator-Associated Pneumonia in the Surgical Intensive Care Unit</i> (Lyerla et al. 2010)	Prospectively collected data were retrospectively	Pasien yang terpasang ventilator di Surgical ICU	Hubungan antara penerapan <i>VAP Bundle</i> dengan angka kejadian VAP	Data dikumpulkan dari <i>Infection Control Committee</i>	X ² test	Dengan penerapan VAP Bundle dari 53% menjadi 91% angka kejadian VAP menurun dari 10.2 kasus/1000 ventilator per-hari menurun menjadi 3.4 kasus /1000 ventilator per-hari dan dapat mengurangi biaya sebesar 1.08 juta dollar

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
4	<i>Assessment of a training Programme for the prevention Of ventilator-associated Pneumonia</i> (Jam Gatell et al. 2012)	A prospective, quasiexperiment al, pre- and post-study	Semua perawat ICU di surgical ICU	Pengetahuan perawat tentang VAP Bundle Dan sikap perawat	Pertanyaan yang berhubungan dgn VAP bundle		Perawat menjawab pertanyaan lebih banyak benar setelah intervensi dibanding sebelum intervensi
5	<i>Decision support system And potential predictors Of head-of-bed position For patients receiving Mechanical ventilation</i> (Lyerla et al. 2010)	A modified interrupted time-series	43 pasien dan 33 perawat dalam tiga waktu yang berbeda di ICU rumah sakit menengah	Pemberian posisi <i>HeadUp</i> pada pasien dengan ventilator dan karakteristik perawat yang melaksanakan pedoman	Observasi		-Pemberian posisi kepala lebih tinggi meningkat dari fase 1 ke fase 2 dan ke fase 3 - karakteristik perawat tidak signifikan dengan pemberian posisi
6	<i>Critical care nurses' knowledge of, adherence to and barriers towards evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia</i> (Luna 2015)	A quantitative cross-sectional survey	101 perawat critical care	Pengetahuan dan kepatuhan perawat critical care	Kuesioner		Test tingkat pengetahuan : 59.9%. perawat yang berpengalaman lebih baik jika dibandingkan dengan yang kurang pengalaman (p=0.029). tingkat kepatuhan perawat: 84.0%. Masih diperlukan peningkatan dalam pendidikan dan strategi implementasi yg efektif

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
7	<i>Using Evidence-Based Practice to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia</i> (Sedwick et al. 2012)	<i>literature review.</i>	Pencarian komprehensif dilakukan pada literatur kedokteran dan keperawatan	Penerapan Bundle VAP	Hasil-hasil penelitian		Kepatuhan terhadap praktek termasuk dalam <i>vap bundle</i> meningkat. Tingkat untuk protokol perawatan mulut meningkat dari 76% menjadi 96,8%. Kesiapan untuk ekstubasi mencapai setidaknya 92,4%. Tarif dari ventilator-associated pneumonia menurun 9,47-1,9 kasus per 1000 hari ventilator. Penurunan tarif menghasilkan penghematan diperkirakan sekitar \$ 1,5 juta.
8	Ventilator-Associated Pneumonia Pencegahannya (Rahmiati 2013)	<i>Literature review.</i> Dan	Pencarian komprehensif dilakukan pada literatur kedokteran dan keperawatan	Cara pencegahan VAP	Hasil – hasil penelitian		<i>VAP bundle care</i> terus mengalami perbaikan melalui fakta-fakta terbaru mengenai intervensi yang tepat dalam mencegah VAP.
9	Penggunaan <i>Ventilator Bundle</i> Pada Pasien Dengan Ventilator Mekanik Di ICU RSUP Dr.Kariadi Periode Juli – Desember 2013 (FUTACI 2014)	Deskriptif <i>retrospektif</i>	298 Rekam medis pasien yang menggunakan ventilator	Penerapan <i>Bundle</i>	<i>VAP</i> Rekam medis		Tingkat penggunaan VB menurut indikasi pemakaian ventilator mekanik, lama pemakaian ventilator mekanik dan usia pengguna ventilator mekanik : 100% tidak lengkap. Presentase penerapan masing – masing elemen VB: elevasi tempat

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							tidur (Head Of Bed) 30° sampai 45° 9.43%; , penghentian secara berkala agen sedasi dan penilaian kesiapan ekstubasi tidak ditemukan tercatat; profilaksis trombosis vena dalam 33,96%; profilaksis ulkus peptikum dan <i>oral care hygiene</i> 100%
10	Cuci tangan sebagai faktor resiko kejadian VAP di RS. Sanglah Denpasar (PDPI 2003)	Studi kasus kontrol	Dokter, perawat dan rekam medis	Cuci tangan	Wawancara terstruktur, kuesioner dan data rekam medis	Univariat, bivariate dengan <i>chi square</i> dan analisis multivariate dengan regresi logistik	Kepatuhan dokter cuci tangan sebelum tindakan paling rendah sebesar 45,1% pada kasus dan 66,3% pada kontrol.
11	Hubungan Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan Dan Kejadian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU Dan NICU RS Awal Bros Tangerang.(2013)	Kuantitatif dengan jenis deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional	20 orang perawat di ruang ICU dan NICU.	Kepatuhan cuci tangan dan infeksi nosocomial	Observasi	univariat dengan menggunakan distribusi frekuensi, bivariat dengan menggunakan chi kuadrat	Kepatuhan cuci tangan pada kategori tidak patuh 40%, dan variabel kejadian infeksi sebesar 20%. Hasil uji Chi Square ($p= 0.068$, $\alpha < 0.1$) membuktikan ada hubungan kepatuhan perawat melakukan cuci tangan dan kejadian infeksi nosokomial.
12	Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Tingkat	Deskriptif Hubungan	Semua tenaga keperawatan yang	Karakteristik perawat (tingkat	Kuesioner dan analisa data	univariat dan bivariat	Rumah sakit Columbia Asia Medan memiliki tingkat

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
	Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan (Luna 2015)		bekerja di Rumah Sakit Columbia Asia Medan sebanyak 280 orang	pengetahuan, tingkat pendidikan, umur dan lama bekerja) dengan tingkat kepatuhan perawat		menggunakan uji Pearson	kepatuhan melakukan cuci tangan dengan kategori kepatuhan minimal (72,61%).
13	Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan cuci tangan perawat di RSI Sultan Agung Semarang (Arfianti 2010)	Deskriptif kolerasi dengan rancangan <i>cross sectional</i>	Semua tenaga keperawatan yg berpendidikan D3 yang tersebar di seluruh unit RSI berjumlah 103 orang	Tingkat pengetahuan perawat tentang cuci tangan	Kuesioner	uji <i>Chi Square</i>	Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan cuci tangan perawat di rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang ($p=0,039$).
14	<i>An Educational Intervention Regarding Oral Care to Increase Compliance of VAP Bundle Protocol</i> Peterson, et all (2012)	<i>cross sectional</i>	Perawat yang bekerja di ICU	Tingkat pengetahuan perawat dalam <i>oral care</i>	Kuesioner		Pelaksanaan <i>oral care</i> sesuai protokol berdasarkan <i>evidence based</i> dapat meningkatkan perawatan pasien dan meurunkan angka kejadian VAP
15	<i>The effectiveness of an evidence-based nursing care program to reduce ventilator-associated pneumonia in a Korean ICU</i> (Ban 2011)	<i>cross sectional</i>	Perawat ICU	Cuci tangan, suction management, glove management, mechanical ventilator management	Kuesioner	Kolmogorov—Smirnov test,	a statistically significant increase ($F = 7.94$, $p = .008$). Posttest analysis results showed a statistically significant difference in the total awareness directly preceding the intervention and directly following the intervention ($F = .541$, $p = .009$). A statistically significant difference was also seen directly following

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							the intervention and 3 months after the intervention ($F = 11.984, p = .002$)
16	Analisis kepatuhan perawat dalam melaksanakan standar prosedur Operasional pemasangan ventilator di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta (Maria Ulfa 2015)	<i>cross-sectional</i>	Perawat ICU	kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan ventilator	kuesioner dan <i>checklist</i> observasi	analisis bivariat dan analisis multivariate	Sikap, pengetahuan, dan faktor eksternal memberikan kontribusi terhadap kepatuhan perawat sebesar 34,4% dan sikap merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan perawat

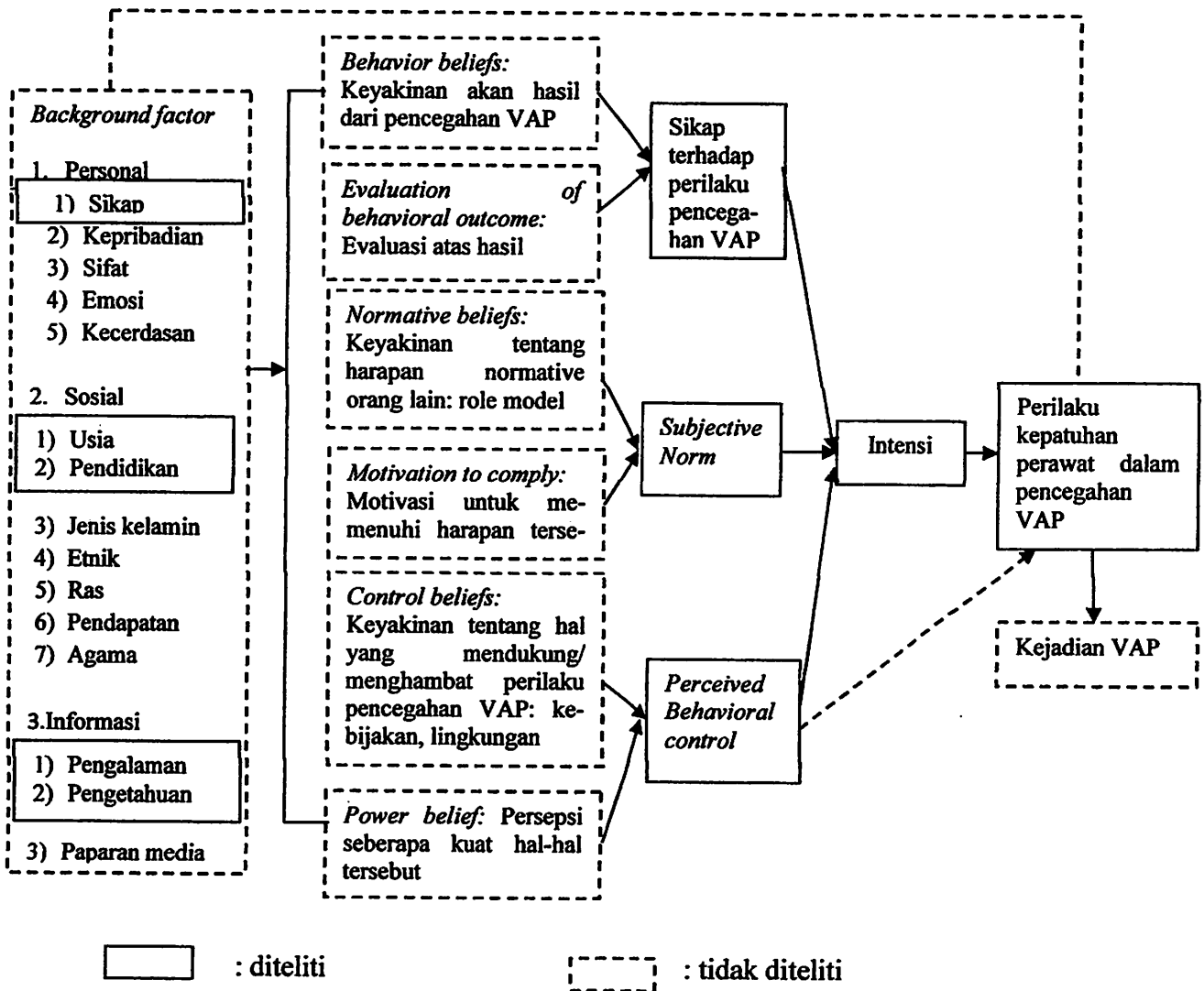
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penerapan Theory of Planned Behavior Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

Keterangan:

Berdasarkan kerangka konseptual diatas *Theory of Planned Behavior* (TBP) menjelaskan perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena adanya intensi/niat untuk berperilaku (Ajzen, 2006). Dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan VAP dalam penerapan VAP *Bundle*.

Menurut *Theory of Planned Behavior* (TBP) munculnya niat berperilaku ditentukan oleh *behavioral belief*, *normative belief*, dan *control belief*. Secara berurutan *behavioral beliefs* menghasilkan sikap terhadap perilaku positif atau negatif, *normative belief* menghasilkan norma subyektif (*subjective norm*) dan *control belief* menimbulkan *perceived behavioral control* atau kontrol perilaku yang dipersepsikan (Ajzen 2002). *Belief* dipengaruhi oleh faktor- faktor seperti faktor personal (sikap, nilai, emosi, kecerdasan), faktor sosial (usia, pendidikan, jenis kelamin, ras, budaya, pendapatan, agama), dan faktor informasi (pengetahuan, pengalaman, media). Pendekatan terhadap *beliefs* dilakukan dengan mengasosiasikan berbagai karakteristik, kualitas, dan atribut berdasarkan informasi yang telah dimiliki, kemudian secara otomatis akan terbentuk intensi untuk berperilaku. Dengan intensi atau niat yang kuat dapat membentuk suatu perilaku (*behavior*) dalam hal ini adalah kepatuhan dalam tatalaksana pencegahan VAP. Perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP yang dilakukan secara terus menerus dapat menurunkan angka kejadian VAP, morbiditas dan mortalitas menurun sehingga mutu perawatan meningkat.

3.2 Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan pernyataan awal penelitian mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban tentang kemungkinan hasil penelitian. Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara faktor sikap umum terhadap faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)
2. Ada hubungan antara faktor usia terhadap faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)
3. Ada hubungan antara faktor pendidikan terhadap faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)
4. Ada hubungan antara faktor pengetahuan terhadap faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)
5. Ada hubungan antara faktor pengalaman terhadap faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*)
6. Ada hubungan antara sikap terhadap VAP terhadap intensi
7. Ada hubungan antara norma subjektif terhadap intensi
8. Ada hubungan antara *perceived behavioral control* terhadap intensi
9. Ada hubungan antara intensi terhadap perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini dibahas tentang, 1) Desain penelitian; 2) Populasi, sampel, besar sampel, dan sampling; 3) Kerangka operasional penelitian ; 4) Variabel penelitian dan definisi operasional; 5) Instrumen penelitian; 6) Uji validitas dan reliabilitas; 7) Lokasi dan waktu penelitian; 8) Prosedur pengumpulan data; 9) Analisis data; serta 10) Etika penelitian

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah eksplanatif observasional. Jenis penelitian ini diterapkan oleh karena peneliti bertujuan untuk menemukan penjelasan tentang suatu fenomena atau kejadian yang terjadi, sehingga akan menghasilkan gambaran mengenai hubungan sebab akibat variabel bebas dan variabel terikat (Sugiyono 2006). Pendekatan waktu yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional* karena variabel bebas dan variabel terikat akan diamati secara bersamaan (Nursalam 2016).

4.2 Populasi, Sampel, dan *Sampling*

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya dengan jumlah populasi 30 perawat pelaksana.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam 2016). Pada penelitian ini terdapat kriteria pemilihan sampel, yaitu:

1. Kriteria Inklusi

- 1) Perawat pelaksana
- 2) Perawat dengan masa kerja > 1 tahun

2. Kriteria Eklusi

- 1) Perawat yang sedang cuti melahirkan
- 2) Perawat yang sedang tugas belajar

4.2.3 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini semua perawat yang bekerja di ICU sesuai dengan kriteria inklusi berjumlah 30 orang.

Pengambil keputusan terdiri dari Kepala Instalasi Unit Khusus, Penanggungjawab Shift, sedangkan pakar terdiri dari Tim PPI RS, perawat HIPERCCI, Dokter Konsultan Intensive Care.

Besar sampel untuk *Focus Group Discussion* (FGD) untuk perawat pelaksana berjumlah 8-10 orang setiap kelompok. Besar sampel untuk FGD pengambil keputusan berjumlah 3 orang dan FGD untuk pakar berjumlah 3 orang

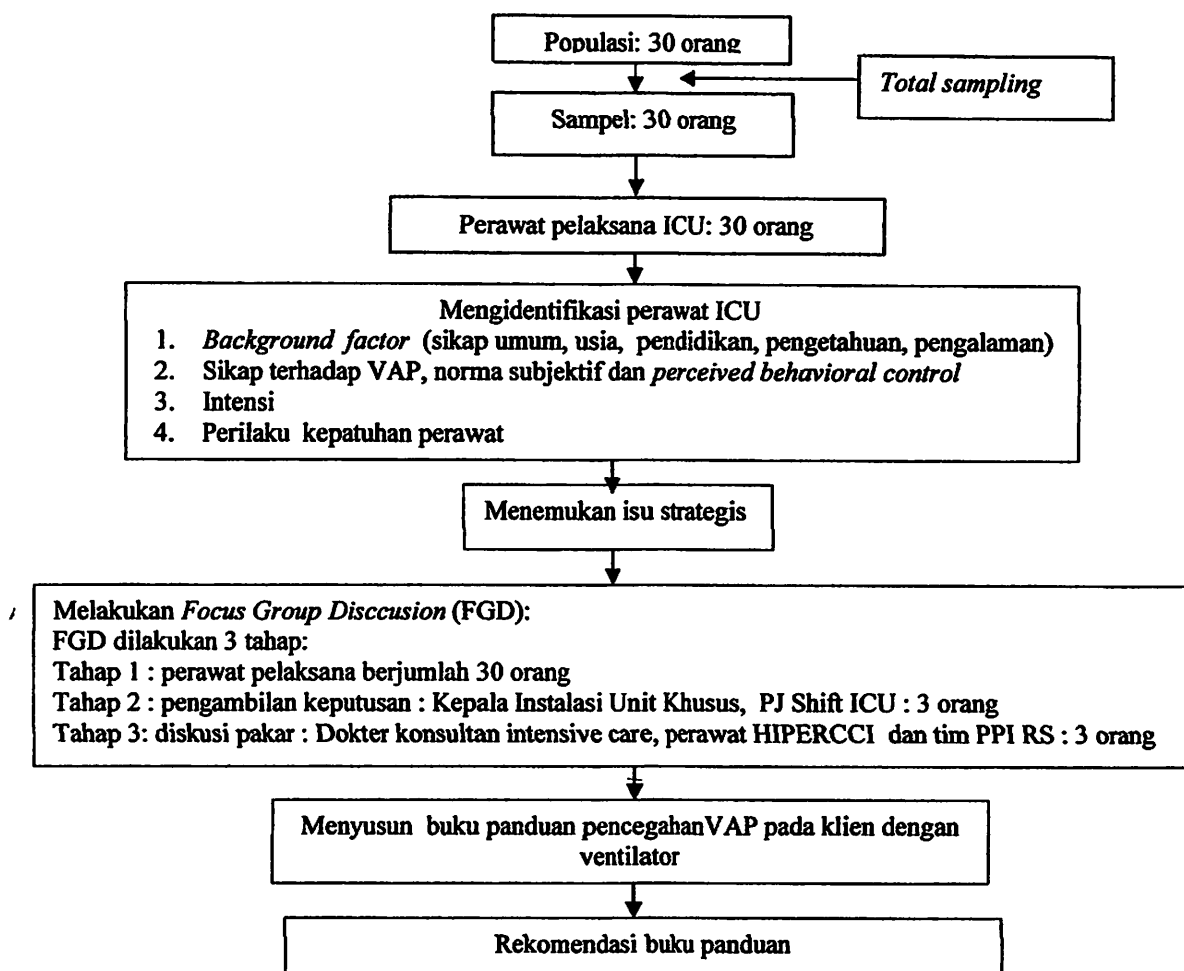
4.2.4 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam 2016). Teknik pengambilan sampel yang

digunakan adalah *total sampling* yaitu semua perawat mempunyai kesempatan untuk dipilih sebagai sampel dalam penelitian ini. Jumlah tenaga perawat di ICU berjumlah 33 orang yang terdiri dari 1 orang kepala ruangan sebagai peneliti, 2 orang penanggungjawab shift sebagai petugas observasi dan 30 perawat pelaksana sebagai responden.

4.3 Kerangka Operasional

Kerangka kerja adalah langkah-langkah yang akan dilaksanakan dalam penelitian yang ditulis dalam bentuk kerangka atau alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Hidayat 2010)



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di Rumah Sakit Katolik Surabaya

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.4.1 Variabel

1. Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas pada penelitian ini adalah *background factor* (sikap umum, usia, pendidikan, pengetahuan, pengalaman)

2. Variabel moderator (*intervening*)

Variabel moderator dalam penelitian ini adalah faktor pendukung intensi meliputi sikap terhadap VAP, norma subjektif, *perceived behavioral control*, dan intensi

3. Variabel terikat (*dependent*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP.

Tabel 4.1 Variabel Penelitian Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

Variabel	Keterangan	Indikator
Variabel bebas		
X ₁	<i>Background factor</i>	X _{1,1} = Sikap umum
		X _{1,2} = Usia
		X _{1,3} = Pendidikan
		X _{1,4} = Pengetahuan
		X _{1,5} = Pengalaman
Variabel moderator		
X ₂	Faktor pendukung intensi	X _{2,1} = Sikap terhadap pencegahan VAP
		X _{2,2} = Norma subjektif
		X _{2,3} = <i>Perceived behavioral control</i>
X ₃	Intensi	
Variabel terikat		
Y	Perilaku kepatuhan perawat dalam Pencegahan VAP	Y ₁ = <i>HandHygiene</i>
		Y ₂ = <i>Oral Care</i>
		Y ₃ = <i>Elevasi kepala</i>

4.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk

melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat 2010).

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel independen						
1	Sikap umum	Kecendrungan individu untuk merespon dengan cara khusus terhadap stimulus	Penilaian sikap umum perawat dalam merawat klien dengan ventilator	Kuesioner	Nominal	Skor jawaban menggunakan skala Likert 1-4 Sikap baik : > 25 Sikap kurang baik: < 25
1	Usia	Jumlah bilangan tahun yang dimiliki perawat sejak lahir sampai penelitian dilakukan	Kategori usia perawat yang bekerja di ICU	Kuesioner	Nominal	1. 20-40 th 2. 41-60 th
2	Pendidikan	Pendidikan formal dibidang keperawatan yang pernah diikuti sesuai ijazah terakhir yang dimiliki perawat saat dilakukan penelitian	Kategori pendidikan perawat yang bekerja di ICU	Kuesioner	Nominal	1. D3/D4 Kep 2. S1 Kep.
3	Pengetahuan	Pemahaman perawat tentang tata laksana pencegahan VAP	Penilaian Pengetahuan tentang: 1. Definisi 2. Sumber infeksi 3. Penyebab 4. Cara penularan 5. Diagnosis 6. <i>Universal precaution</i>	Kuesioner	Nominal	Baik : skor > mean data : 20,93 Kurang: skor < mean data : 20,93
4	Pengalaman	Kejadian yang pernah dialami (dijalani, dirasa ditanggung dsb) baik yang sudah lama ataupun baru tentang pencegahan VAP	Penilaian pengalaman tentang: 1. Elevasi kepala 2. <i>Hand Hygiene</i> 3. <i>Oral</i>	Kuesioner	Nominal	Baik : skor > mean data : 6,3 Kurang : < mean data: 6,3

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
<i>Hygiene</i>						
Faktor pendukung intensi						
1	Sikap terhadap pencegahan VAP	Perasaan mendukung atau memihak (<i>favorableness</i>) atau tidak memihak (<i>unfavorableness</i>) terhadap suatu objek (pencegahan VAP) yang akan disikapi.	Penilaian sikap perawat terhadap perilaku pencegahan VAP yang terdiri dari 2 skala, yaitu: 1. Skala evaluasi terhadap <i>belief</i> 2. skala <i>belief</i> subyek terhadap perilaku pencegahan VAP	Kuesioner	Nominal	Skor jawaban menggunakan skala Likert 1-4 Sikap baik jika: > 62,5 Sikap kurang baik jika: < 62,5
2	Norma subjektif	Persepsi individu terhadap tekanan sosial atau sejumlah orang yang dianggap penting dalam menganjurkan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku pencegahan VAP dan sejauhmana individu berkeinginan untuk mematuhi anjuran atau larangan tersebut	Penilaian norma subjektif perawat terhadap perilaku pencegahan VAP yang terdiri dari 2 skala: 1. <i>Motivation to comply</i> 2. <i>normative belief</i>	Kuesioner	Nominal	Skor jawaban menggunakan skala Likert 1-4 Sikap baik jika: > 30 Sikap kurang baik jika: < 30
3	Persepsi terhadap pengendalian	Persepsi individu mengenai kondisi atau situasi yang mendorong individu atau menghambat perilaku pencegahan VAP	<i>Perceived behavioral control</i> terhadap perilaku pencegahan VAP diukur dengan 2 skala:	kuesioner	Nominal	Skor jawaban menggunakan skala Likert 1-4 Baik: > 75 Kurang: < 75

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
			1. <i>control belief</i> 2. <i>kekuatan/power Belief</i>			
4	Niat (<i>intention</i>)	Keinginan dalam hati seseorang untuk melakukan dan tidak melakukan sesuatu (pencegahan VAP)	Penilaian intensi perawat dalam upaya pencegahan VAP	Kuesioner	Nominal	Skor jawaban menggunakan skala Likert 1-4. Tingkatan niat baik: > 25 Kurang: < 25
	Variabel Dependen					
5	Perilaku Kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP	Perilaku perawat untuk mengikuti tindakan sesuai prosedur dalam pencegahan VAP. Observasi akan dilakukan sebanyak 3x pada masing-masing perawat.	Penilaian perawat dalam melakukan serangkaian tindakan yang berhubungan dengan <i>handhygiene</i> , <i>oral care</i> dan elevasi kepala	Lembar observasi	Nominal	1. Baik : skor > mean data :12,2 2. Kurang : skor < mean data: 12,2

4.5 Instrumen Penelitian

4.5.1 Sikap umum

Instrumen sikap umum dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan yang berasal dari Nursalam (2016) yang dikombinasi, dengan penilaian jawaban “sangat setuju” = 4, “setuju” = 3, “tidak setuju” = 2, “sangat tidak setuju” = 1 berlaku untuk *favorable question* sedangkan untuk *unfavorable question* menggunakan penilaian jawaban “sangat setuju” = 1, “setuju” = 2, “tidak setuju” = 3, “sangat tidak setuju” = 4, dengan kriteria baik jika > 25 dan kurang jika < 25.

Bagian instrumen sikap secara umum item yang *favorable* ditunjukkan oleh item no 1, 2, 3, 4, 5 dan 9 sedangkan yang *unfavorable* ditunjukkan oleh item no 6, 7, 8, 10

4.5.2 Usia

Instrumen usia dengan menggunakan kuesioner tertutup yang terdiri dari 1 pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban, yaitu 20- 40 tahun dan 41-60 tahun

4.5.3 Pendidikan

Instrumen pendidikan dengan menggunakan kuesioner tertutup yang terdiri dari 1 pertanyaan tertutup dan dengan 2 pilihan jawaban, yaitu DIII Keperawatan dan SI Keperawatan.

4.5.4 Pengetahuan

Instrumen pengetahuan dengan menggunakan kuesioner yang berasal dari PDPI (2009) yang terdiri dari 30 pertanyaan dengan pernyataan benar atau salah. Dengan kriteria pengetahuan baik jika skor $>$ mean data dan pengetahuan kurang jika skor $<$ mean data. Nilai mean 20,93

4.5.5 Pengalaman

Instrumen pengalaman dengan menggunakan kuesioner yang berasal dari Kiyoshi (2014) dimana peneliti melakukan modifikasi pada topik pertanyaan yang ada pada kuisisioner tersebut. Kuesioner terdiri dari 10 pertanyaan dengan penilaian ya atau tidak. Dengan kriteria Baik jika skor $>$ mean data, Kurang jika skor $<$ mean data. Nilai mean untuk pengalaman 6,3

4.5.6 Sikap terhadap perilaku pencegahan VAP

Instrumen ini menggunakan kuesioner dengan skala likert dengan pilihan jawaban sebanyak 4 pilihan jawaban. Sikap diukur melalui 2 skala, yaitu evaluasi terhadap *belief* dan skala *belief* subyek tentang perilaku pencegahan VAP (*belief strength*). Skala yang mengukur sikap 12 item mengukur *belief strength* dan 12 item mengukur evaluasinya, dengan penilaian jawaban “sangat setuju” = 4, “setuju” = 3, “tidak setuju” = 2, “sangat tidak setuju” = 1 yang berlaku untuk *favorable question* sedangkan untuk *unfavorable question* menggunakan penilaian jawaban “sangat setuju” = 1, “setuju” = 2, “tidak setuju” = 3, “sangat tidak setuju” = 4, dengan kriteria sikap baik jika $> 62,5$ dan kurang jika $< 62,5$

Bagian instrumen sikap terhadap perilaku pencegahan VAP item yang *favorable* ditunjukkan oleh item no 1, 2, 3 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 21,22 sedangkan yang *unfavorable* ditunjukkan oleh item no 6, 7, 8, 14,17,18,19, 23, 24, 25

4.5.7 Norma subyektif

Norma subyektif diukur dengan melalui 2 skala yaitu skala *motivation to comply* dan skala *normative belief*. Skala yang mengukur norma subyektif ini terdiri dari 12 item, dengan pembagian 6 item untuk mengukur *motivation to comply* dan 6 item mengukur *normative belief*.

Skala yang digunakan adalah skala likert dengan 4 pilihan jawaban. Pada kedua bagian nilai 1 diberikan untuk jawaban sangat tidak setuju (STS) dan nilai 4 untuk sangat setuju (ST) untuk item-item *favorable*. Sedangkan untuk item-item *unfavorable*, nilai 1 diberikan untuk jawaban sangat setuju (ST) dan nilai 4 untuk

jawaban sangat tidak setuju (STS), dengan kriteria perilaku baik jika > 30 dan perilaku kurang baik jika < 30

Bagian pertama dari kuesioner ini semua item adalah *favorable*, sedangkan bagian kedua, item *favorable* ditunjukkan oleh item no 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10 sedangkan yang *unfavorable* ditunjukkan oleh item no 11 dan 12

4.5.8 *Perceived behavioral control* (PBC)

Perceived behavioral control (PBC) diukur melalui 2 skala, yaitu skala yang mengukur *control belief* dan skala yang mengukur kekuatan/ *power belief* yang terdiri dari 30 item dengan pembagian 15 item untuk mengukur *control belief* dan 15 item untuk mengukur *power belief*. Skala yang digunakan adalah skala likert dengan 4 pilihan jawaban nilai 1 diberikan untuk jawaban sangat tidak setuju (STS) dan nilai 4 untuk sangat setuju (ST) untuk item-item *favorable*. Sedangkan untuk item-item *unfavorable*, nilai 1 diberikan untuk jawaban sangat setuju (ST) dan nilai 4 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS), dengan kriteria perilaku baik jika > 75 dan kurang jika < 75

Bagian instrumen ini item yang *favorable* ditunjukkan oleh item no 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8,11,14 sedangkan yang *unfavorable* ditunjukkan oleh item no 7, 9,10, 12,13 dan 15

4.5.9 Intensi

Instrumen ini menggunakan kuesioner dengan skala likert dengan pilihan jawaban sebanyak 4, yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju.

Kuesioner terdiri dari 10 item pertanyaan, dengan kriteria baik jika > 25 dan kurang jika < 25

Bagian instrumen ini semua item adalah *favorable*

4.5.10 Kepatuhan dalam pencegahan VAP

Instrumen kepatuhan dalam pencegahan VAP dengan menggunakan lembar observasi. Instrumen ini terdiri dari 22 item penilaian yang terdiri dari 4 sub bagian yaitu *five moment* cuci tangan, enam langkah cuci tangan, elevasi kepala dan *oral care*, dengan pilihan jawaban Ya = 1 dan Tidak = 0, dengan kriteria baik jika skor \geq mean data dan kurang jika skor $<$ mean data. Nilai mean data 12,2

4.6 Uji validitas dan Reliabilitas

Sebelum melakukan penelitian, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas alat ukur pada tanggal 14 Januari 2017 dengan menyebarkan kuesioner kepada 10 responden di ICU Rumah Sakit Darmo Surabaya yang memiliki karakteristik yang sama dengan responden penelitian. Responden dalam uji coba kuesioner ini tidak termasuk responden penelitian.

Hasil uji coba alat ukur selanjutnya dilakukan analisis validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas adalah untuk melihat kesesuaian instrumen penelitian dengan objek pengukuran. Tujuannya adalah sejauh mana skor dari suatu tes bisa memberikan gambaran tentang populasi atau sampel (Cresswell 2005). Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang akan digunakan benar dan akurat dalam mengukur apa yang akan diukur (sikap, pengetahuan, pengetahuan, sikap terhadap VAP, norma subjektif, *perceived behavioral control*, intensi). Reliabilitas

sebagai tingkat kestabilan dan konsistensi dari suatu alat tes. Jadi skor seseorang akan cenderung sama atau mendekati jika dilakukan tes dengan alat yang sama (Cresswell 2005). Uji reliabilitas instrumen pada penelitian ini dilakukan dengan metode penghitungan koefisien *Alpha Cronbach* dengan menggunakan koefisien *Alpha Cronbach*. Prinsip pengujian pada *Cronbach Alpha* adalah membandingkan nilai r hasil dengan nilai r tabel. Jika nilai r *Cronbach Alpha* \geq nilai r tabel maka pernyataan tersebut reliabel, sebaliknya jika nilai r *Cronbach Alpha* \leq nilai r tabel maka pernyataan tersebut tidak reliabel. Kuesioner dinyatakan reliabel bila nilai *Cronbach's Alpha* lebih dari 0,6 (Dahlan 2010).

1) Validitas

Pada penelitian ini langkah uji validitas item dilakukan dengan menggunakan teknik Hubungan item-total *product moment*. Hubungan item total dipilih karena metode ini dapat digunakan untuk melihat hubungan suatu item dengan item yang lain yang memiliki dimensi yang sama. Penghitungan validitas item pernyataan dilakukan dengan menggunakan bantuan SPSS versi 23.0. Hubungan *Pearson product moment* membandingkan nilai r tabel dan r hitung. Pernyataan dinyatakan valid jika nilai r hitung \geq nilai r tabel (0,36) dan sebaliknya jika r hitung \leq nilai r tabel maka pernyataan dinyatakan tidak valid.

Uji validitas untuk kuesioner sikap umum yang terdiri dari 10 pernyataan semua pernyataan dinyatakan valid.

Uji validitas untuk kuesioner sikap terhadap pencegahan VAP yang terdiri dari 25 pernyataan. Pernyataan yang tidak valid nomor 1, 2, 4, 15, 17, 18, 24, dan sudah dilakukan modifikasi.

Uji validitas untuk kuesioner norma subjektif yang terdiri dari 12 pernyataan semua pernyataan valid

Uji validitas untuk kuesioner *perceived behavioral control* yang terdiri dari 30 pernyataan. Pernyataan yang tidak valid nomor 1, 2, 3, 6, 8, 9, 17, 18 dan sudah dilakukan modifikasi.

Uji validitas untuk kuesioner intensi yang terdiri dari 10 pernyataan dan semua dinyatakan valid.

Uji validitas untuk kuesioner pengetahuan yang terdiri dari 30 pernyataan dihasilkan 2 yang tidak valid (no 24, 26), namun pernyataan ini tetap dipakai dengan melakukan modifikasi

Uji validitas untuk kuesioner pengalaman yang terdiri dari 10 pernyataan dan semua dinyatakan valid.

2) Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat sejauh mana kemampuan suatu instrumen mempunyai kepercayaan, keterandalan, konsistensi dan bias digunakan secara berulang-ulang. Uji reliabilitas terhadap instrumen dilakukan untuk mengetahui tingkat keajegan dari alat ukur. Pengujian reliabilitas instrumen penelitian dapat dilakukan dengan menggunakan teknik Cronbach Alfa dengan rumus sebagai berikut: pertanyaan yang sudah valid kemudian diuji reliabilitasnya

menggunakan rumus diatas. Berdasarkan pedoman Aiken dalam Susila dan Suyanto (2015), suatu instrumen dinyatakan memiliki reliabilitas atau dapat diandalkan jika nilai $r \geq 0,65$ atau menurut Wiyono (2011) jika nilai r hitung $> r$ tabel. Pada penelitian ini kuesioner yang telah digunakan diuji validitas reliabilitasnya menggunakan aplikasi SPSS 23.0.

Tabel 4.3 Reliabilitas kuesioner Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	Kesimpulan
Pengetahuan	0,924	Reliabel
Sikap umum	0,942	Reliabel
Sikap terhadap pencegahan VAP	0,880	Reliabel
Norma subyektif	0,889	Reliabel
PBC	0,915	Reliable
Intensi	0,913	Reliabel
Pengalaman	0,930	Reliabel

4.7 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada perawat pelaksana yang bekerja di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya. Penelitian dilaksanakan pada 26 Januari – 28 Februari 2017.

Tabel 4.4 Jadwal penelitian Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

Kegiatan	Waktu Pelaksanaan								
	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Maret	April	Mei	
	2016	2016	2016	2017	2017	2017	2017	2017	2017
Penyusunan proposal dan ujian praproposal	■	■							
Ujian proposal tesis			■						
Uji etik dan uji validitas dan realibilitas				■					
Pelaksanaan penelitian					■	■	■		
Ujian hasil							■	■	
Ujian tesis									■

4.8 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam 2008). Prosedur dan pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi:

1. Administrasi:

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang kemudian disampaikan kepada Direktur Utama Rumah Sakit Katolik Surabaya.

2. Pengumpulan data:

- 1) Tahap persiapan alat ukur penelitian. Proses penyusunan alat ukur terutama *background factor* (sikap umum, pengetahuan, pengalaman) dan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subyektif dan *perceived behavioral control*)
- 2) Tahap uji coba instrumen, tahap ini dilakukan di Rumah Sakit Darmo Surabaya
- 3) Melakukan pengambilan data dimulai pada tanggal 26 Januari 2017 dari identifikasi masalah pengukuran *background factor* (sikap umum, usia, pendidikan, pengetahuan, pengalaman) dilanjutkan dengan pengukuran faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subyektif dan *perceived behavioral control*) dan intensi serta perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.

Pengukuran untuk *background factor* (sikap umum, usia, pendidikan, pengetahuan, pengalaman) dilanjutkan dengan pengukuran faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subyektif dan *perceived behavioral control*) dan intensi dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden. Responden adalah perawat pelaksana yang bekerja di ICU. penyebaran kuesioner dilakukan oleh peneliti sendiri dan ditunggu proses pengisian yang dilakukan oleh responden. Sedangkan untuk perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP dilakukan dengan menggunakan lembar observasi dan observasi dilakukan oleh penanggungjawab shift ICU. Observasi dilakukan 3x pada setiap perawat dengan berbeda shift. Setelah melakukan

pengukuran dan menghubungkan antar variabel dilanjutkan dengan proses pengolahan data untuk mendapatkan isu strategis yang dilanjutkan dengan *Focus Group Discussion* (FGD) dimulai pada tanggal 13 Februari 2017 untuk mendapatkan isu strategi dan solusi sebagai dasar untuk menyusun rekomendasi dalam pembuatan buku panduan. Peserta FGD terdiri dari 3 kelompok yaitu kelompok perawat pelaksana, kelompok pengambil keputusan terdiri dari Kepala Instalasi Unit Khusus, dan PJ Shift, kelompok pakar terdiri dari dokter konsultan *intensive care*, perawat HIPERCCI dan tim PPI. Kegiatan dilaksanakan selama \pm 90 menit dengan jumlah peserta 6-8 orang 'dalam satu kelompok. Diskusi dipimpin oleh peneliti sebagai moderator dan dibantu dari bagian diklat RS sebagai penanggung jawab dalam penelitian ini dan sekretaris ruang ICU sebagai notulis. Peserta FGD memberikan masukan atau saran terkait isi panduan sehingga sesuai dengan kebutuhan pasien serta sumber daya dan kebijakan RS. Konsep solusi yang dihasilkan dalam FGD adalah penyusunan buku panduan untuk perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada klien dengan ventilator.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan dalam beberapa rangkaian kegiatan yaitu: *editing*, *coding* dan *tabulating*.

4.9.1 Editing

Editing adalah pemeriksaan data yang telah terkumpul. Data yang diperiksa adalah kelengkapan, konsistensi, ketepatan, keseragaman dan relevansi. Jika data yang terkumpul menunjukkan adanya kecacatan, maka dilakukan pengumpulan data

ulang untuk mendapatkan data yang sesuai harapan (Silalahi 2010). Peneliti meneliti kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden. Apabila ada data yang belum terisi, peneliti meminta responden untuk mengisi kembali.

4.9.2 Coding

Coding adalah pemberian kode pada tiap data yang termasuk kedalam kategori yang sama. Data yang dikumpulkan dapat berupa angka untuk memudahkan dalam pengolahan jawaban tersebut (Silalahi 2010). Pada tahap *coding*, peneliti memberikan kode pada jawaban yang telah diisi oleh responden. Kode ini disesuaikan dengan kuesioner yang diisi. Kode dapat dilihat pada tabel definisi operasional.

4.9.3 Tabulating

Tabulating adalah pengorganisasian data. Data dianalisis dengan menggunakan:

1) Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk melihat hasil dari masing-masing variabel. Data yang berjenis kategori disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

2) Analisis Statistik

Teknik analisis dengan menggunakan analisis bivariat dengan uji statistik *Chi Square* untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Grace E.C. Korompis 2015).

Skala dari distribusi frekuensi interpretasikan sebagai berikut: (Arikunto 2009)

Seluruh : 100%

Hampir seluruhnya	: 76% - 99%
Sebagian besar	: 51% - 75%
Setengah	: 50%
Hampir setengahnya	: 26% - 49%
Sebagian kecil	: 1% - 25%
Tidak satupun	: 0%

Tabel 4.5 Analisis bivariat dengan uji statistik *Chi Square*

No	Analisis bivariat antara variabel	Uji statistik
1	Hubungan sikap umum dengan beberapa faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan <i>perceived behavioral control</i>)	<i>Chi-Square</i>
2	Hubungan pendidikan dengan beberapa faktor pendukung intensi (sikap, norma subjektif, dan <i>perceived behavioral control</i>)	
3	Hubungan usia dengan beberapa faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan <i>perceived behavioral control</i>)	
4	Hubungan pengetahuan dengan beberapa faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan <i>perceived behavioral control</i>)	
5	Hubungan pengalaman dengan beberapa faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan <i>perceived behavioral control</i>)	
6	Hubungan sikap terhadap VAP terhadap intensi	
7	Hubungan norma subjektif terhadap intensi	
8	Hubungan <i>perceived behavioral control</i> terhadap intensi	
9	Hubungan intensi terhadap perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP	

Selanjutnya dilakukan analisis model persamaan struktural berbasis *variance* atau *component based* yang disebut PLS (*Partial Least Square*). *Partial Least Square*

mempunyai keunggulan yaitu bersifat *powerfull*, hal ini disebabkan karena PLS tidak mengasumsikan data harus memiliki skala tertentu, sampel kecil juga dapat digunakan untuk konfirmasi teori (Ghozali 2008). *Partial Least Square* memungkinkan pengujian rangkaian hubungan variabel yang relatif rumit secara simultan. Model analisis jalur semua variabel dalam PLS terdiri atas tiga rangkaian hubungan yaitu: *inner model* mengkhhususkan hubungan antar variabel laten (*structural model*), *outer model* yang mengkhhususkan hubungan antar variabel laten dengan indikator. Model evaluasi PLS berdasarkan pada pengukuran prediksi yang mempunyai sifat nonparametrik. Evaluasi model terdiri dari dua bagian evaluasi yaitu evaluasi model pengukuran dan evaluasi struktural.

1) Evaluasi model pengukuran atau *outer model*

Model pengukuran atau *outer model* dengan indikator relatif dievaluasi berdasarkan hasil *validity* dan *reability* indikator. Indikator dikatakan valid jika memiliki nilai *outer loading* diatas 0,5 dan nilai T- Statistik diatas 1,96. *Reliability* menguji nilai reliabilitas indikator dari konstruk yang membentuknya.

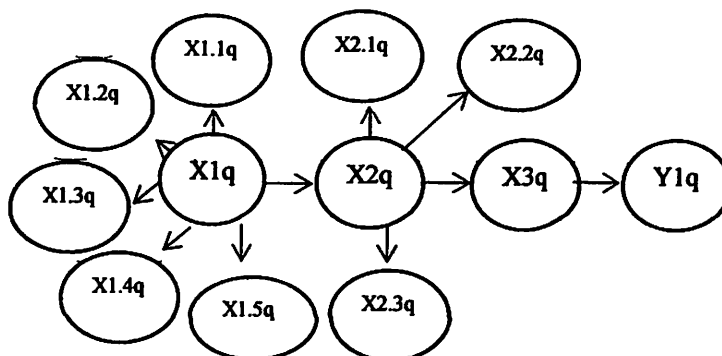
2) Evaluasi model struktural atau *inner model*

Evaluasi *inner model* bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel - variabel dalam penelitian, yaitu dengan mendapatkan nilai *R square* atau koefisien determinasi yang merupakan sebuah nilai yang menjelaskan tentang ukuran kebaikan model atau besarnya pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat serta nilai *Q2* atau relevansi prediksi. Apabila diperoleh nilai *Q2* lebih besar dari nol atau mendekati 1, hal tersebut membuktikan

bahwa model memiliki *predictive relevance*. Namun apabila memperoleh Q^2 dibawah nol maka terbukti bahwa model tidak memiliki *predictive relevance*.

3) Pengujian Hipotesis

Pengujian dilakukan dengan *chi-square*, bila diperoleh $p\text{-value} \leq 0,05$ (α 5%) maka disimpulkan signifikan dan sebaliknya. Bilamana hasil pengujian hipotesis pada outer model signifikan, hal ini menunjukkan bahwa indikator dipandang dapat digunakan sebagai instrumen pengukur variabel laten, sedangkan apabila hasil pengujian pada inner model adalah signifikan, maka dapat dikatakan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna variabel laten terhadap variabel laten lainnya.



Gambar 4.2 Model Struktur Pada Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

4.10 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia. Penelitian ini sudah melalui uji etik yang dilaksanakan di Fakultas

Keperawatan Universitas Airlangga pada tanggal 23 Januari 2017, dari segi etika penelitian harus diperhatikan antara lain sebagai berikut (Hidayat 2010)

1) Lembar Persetujuan (*informed consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar penelitian. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembaran persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti, maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampak (Hidayat 2010). Responden diberikan format persetujuan untuk menjadi responden sebelum mengisi lembar kuesioner.

2) Tanpa Nama (*Anonimity*)

Memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan (Hidayat 2010). Lembar kuesioner pada penelitian ini, kuesioner responden hanya di tulis nomor responden dan responden tidak perlu mencantumkan nama agar privasi responden tetap terjaga.

3) Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat 2010).

4) *Beneficiency dan non Maleficiency*

Prinsip ini merefleksikan mengutamakan manfaat dan tidak merugikan responden. Dalam penelitian ini, perlakuan diberikan semata-mata untuk memberikan manfaat pada responden. Perlakuan disemua proses penelitian diterapkan dengan tidak menyebabkan cedera fisik maupun psikis dan ditujukan untuk mendapatkan manfaat (Hidayat 2010)

BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit

5.1.1 Rumah Sakit Katolik Surabaya

Rumah Sakit Katolik Surabaya adalah RS Swasta milik sebuah yayasan. Berdasarkan jenis – jenis pelayanan, kemampuan sumber daya manusia, peralatan medis, sarana dan prasarana, maka RS ini ditetapkan menjadi Rumah Sakit Umum Kelas B pada tanggal 28 Agustus 2013, dengan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 340/Menkes/Per/III/2010.

Rumah Sakit ini mempunyai Visi, Misi dan Motto serta tujuan:

1. Visi

“Menjadi Rumah Sakit Pilihan yang berkomitmen pada kehidupan yang bermartabat dengan dijiwai semangat kasih”

2. Misi

- 1) Memberi pelayanan kesehatan prima yang menyeluruh, terpadu, aman dan berkualitas secara profesional dengan pemanfaatan teknologi informasi dan teknologi medis canggih
- 2) Membentuk sumber daya manusia yang berkualitas, bertanggung jawab, disemangati kasih dan rasa syukur.
- 3) Membangun jejaring kerjasama strategis yang saling menumbuhkan kembangkan di dalam RS dan luar RS
- 4) Membangun, memelihara dan mengembangkan lingkungan RS yang

rekreatif, edukatif (pengembangan pengetahuan konsumen), *kontemplatif* dan *inspiratif* serta harmonis terhadap kelestarian lingkungan & perkembangan masyarakat

3. Tujuan RS

Memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermutu secara profesional agar setiap individu dan masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai manusia seutuhnya

4. Motto

“Committed 2 HELP (Honesty, Empathy, Love, Professionalism)”

5.1.2 *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Katolik Surabaya

Intensive Care Unit RS ini berada di bawah pengawasan kepala Instalasi Unit Khusus. *Intensive Care Unit* juga mempunyai visi, misi, motto serta tujuan

1. Visi

“Menjadi ICU pilihan yang berkomitmen pada kehidupan yang bermartabat, melalui pelayanan kesehatan terpadu”

2. Misi

Memberikan pelayanan kesehatan secara profesional melalui sumber daya manusia yang berkualitas, dengan pemanfaatan teknologi informasi dan teknologi medis canggih

3. Motto

” *THINK SMART* “ Perawat ICU harus cerdas, cermat, teliti, terampil dan mampu memberikan pelayanan yang terbaik

4. Tujuan

Memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas, dan profesional dengan dijiwai semangat kasih pada pasien kritis

5.1.3 Pengorganisasian *Intensive Care Unit*

Intensive Care Unit RS ini dikelola oleh Kepala ICU seorang dokter umum dan didampingi kepala keperawatan. Secara organisasi RS, Kepala ICU bertanggung jawab kepada Kepala Instalasi Perawatan Khusus. Untuk penanganan pasien di ICU dilakukan oleh dokter konsultan *intensive care*.

Kepala keperawatan ICU dibantu 2 orang penanggung jawab shift yang merupakan perawat senior. Selain itu ada perawat senior lainnya, perawat medior, perawat junior, pembantu perawat, tenaga administrasi, kader gizi, pekarya, *cleaning service*. Petugas apoteker ICU dibantu dari apoteker farmasi klinis. Pengelolaan pasien tiap shift/dinas dikoordinasi masing-masing ketua tim ICU 1, ketua tim ICU 2 & 3, ketua tim ICU 4.

3. Ketenagaan

Tabel 5.1 Ketenagaan ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

No	Ketenagaan	Jumlah
1	Dr Umum	1
2	Perawat senior	8
3	Perawat medior	12
4	Perawat yunior	13
5	Pembantu perawat	12
6	Kader gizi	1
7	Administrasi	1
8	Pekarya	1

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di ICU RS ini dikoordinir oleh tim PPI rumah sakit dengan dibantu oleh tim IPCLN di masing-masing unit. Di ICU RS ini ada 3 tenaga IPCLN, mereka bertugas mengontrol kejadian infeksi nosokomial yang salah satunya adalah VAP. Tim PPI RS sudah menyediakan SPO sesuai kebutuhan, seperti buku panduan pencegahan *Healthcare-Associated Infections* (HCAI), *SPO handhygiene* dan *SPO oral care*. Setiap karyawan baru selalu sudah mendapatkan sosialisasi tentang pencegahan infeksi nosokomial RS dan sosialisasi tentang kebersihan tangan dan *VAP bundle*.

Pengendalian VAP yang dilakukan selama ini di ICU RS ini belum menerapkan *VAP bundle* secara maksimal, misalnya pemberian posisi elevasi kepala atas dasar perkiraan dari perawat (belum ada ukuran standar), kebersihan mulut masih menggunakan sulip lidah dengan listerin.

Responden dalam penelitian semua wanita dengan usia 25 – 57 tahun dan masa kerja 2 - 30 tahun

5.2 Deskripsi Variabel Penelitian.

5.2.1 *Background Factor* Responden

Background factor responden yang terdiri dari sikap, usia, pendidikan, pengetahuan dan pengalaman yang dapat dipelajari pada tabel 5.2 sebagai berikut

Tabel 5.2 *Background factor* perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya pada tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017

No	Background	Faktor	Jumlah Perawat	
		Kategori	Frekuensi (f)	%
1	Sikap Umum	Baik	19	63,3
		Kurang	11	36,7
2	Usia	20-40 tahun	22	73,3
		41-60 tahun	8	26,7

No	Background	Faktor	Jumlah Perawat	
3	Pendidikan	D3	23	76,7
		S1	7	23,3
4	Pengetahuan	Baik	17	56,7
		Kurang	13	43,2
5	Pengalaman	Baik	12	40,0
		Kurang	18	60,0
Total			30	100

Tabel 5.2 Menginformasikan bahwa hampir seluruhnya responden berpendidikan DIII keperawatan, sebagian besar mempunyai sikap umum dan pengetahuan yang baik, sebagian besar berusia 20-40 tahun dan sebagian besar masih kurang berpengalaman.

5.2.2 Faktor Pendukung Intensi Responden

Variabel faktor pendukung intensi terdiri dari variabel sikap terhadap VAP, norma subjektif dan *perceived behavioral control* serta intensi

1. Faktor pendukung intensi

Tabel 5.3 Faktor pendukung intensi perawat dalam perilaku pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari -28 Februari 2017

No	Faktor pendukung intensi	Jumlah Perawat		
		Kategori	Frekuensi (f)	%
1	Sikap terhadap pencegahan VAP	Baik	18	60
		Kurang baik	12	40
2	Norma Subyektif	Baik	20	66,7
		Kurang baik	10	33,3
3	<i>Perceived Behavioral Control</i>	Baik	20	66,7
		Kurang baik	10	33,3
Total			30	100

Tabel 5.3 Menginformasikan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap terhadap pencegahan VAP, norma subjektif dan *perceived behavioral control* yang baik.

2. Faktor intensi

Tabel 5.4 Intensi perawat dalam perilaku pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari -28 Februari 2017

No	Intensi	Jumlah Perawat		
		Kategori	Frekuensi (f)	%
1		Baik	22	73,3
		Kurang	8	26,7
		Total	30	100

Tabel 5.4 Menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki intensi yang baik.

5.2.3 Perilaku Kepatuhan Responden

Tabel 5.5 Perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari -28 Februari 2017

No	Perilaku Kepatuhan	Jumlah Perawat		
		Kategori	Frekuensi (f)	%
1		Baik	16	53,3
		Kurang baik	14	46,7
		Total	30	100

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa perilaku kepatuhan perawat sebagian besar berada pada kategori baik

5.3 Analisis Hubungan Antar Variabel

5.3.1 Hubungan Sikap Umum Dengan Faktor Pendukung Intensi

Tabulasi silang sikap umum dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya dapat dipelajari pada tabel 5.6

Tabel 5.6 Tabulasi silang sikap umum dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017

Sikap Umum	Sikap VAP		Norma subjektif						PBC									
	Kategori		Baik		Kurang		Total		Baik		Kurang		Total					
	f	%	f	%	n	%	f	%	f	%	n	%	f	%	f	%	n	%
Baik	14	73,7	5	26,3	19	100	16	84,2	3	15,8	19	100	17	89,5	2	10,5	19	100
Kurang	4	36,4	7	63,6	11	100	4	36,4	7	63,6	11	100	3	27,3	8	72,7	11	100
Total	18	60	12	40	30	100	20	66,7	10	33,3	30	100	20	66,7	10	33,3	30	100
<i>Fisher's Exact Test</i> 0,045						<i>Fisher's Exact Test</i> 0,005						<i>Fisher's Exact Test</i> 0,000						

Dari tabel 5.6 menginformasikan bahwa sikap umum yang baik hampir seluruhnya memiliki faktor pendukung intensi yang baik pula. Berdasarkan uji statistik bivariate *Chi-square* dengan $p < 0,05$ untuk sikap umum, norma subjektif maupun *perceived behavioural control* dengan sikap pencegahan terhadap VAP berhubungan signifikan. Pengujian ini mengindikasikan sikap umum yang baik secara langsung menjadikan sikap yang baik terhadap pencegahan VAP, norma subjektif dan *perceived behavioural control*, berarti hipotesis terbukti.

5.3.2 Hubungan Usia Dengan Faktor Pendukung Intensitas

Tabulasi silang usia dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya dapat dipelajari pada tabel 5.7

Tabel 5.7 Tabulasi silang usia dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017

Usia	Sikap VAP						Norma subjektif						PBC					
	Kategori						Kategori						Kategori					
	Baik		Kurang		Total		Baik		Kurang		Total		Baik		Kurang		Total	
	f	%	f	%	n	%	f	%	f	%	n	%	f	%	f	%	n	%
20-40 Th	10	45,5	12	54,5	22	100	12	54,5	10	45,5	22	100	13	59,1	9	40,9	22	100
41-60 Th	8	100	0	0	8	100	8	100	0	0	8	100	7	87,5	1	12,5	8	100
Total	18	60	12	40	30	100	20	66,7	10	33,3	30	100	20	66,7	10	33,3	30	100
<i>Fisher's Exact Test</i> 0,010						<i>Fisher's Exact Test</i> 0,029						<i>Fisher's Exact Test</i> 0,210						

Tabel 5.7 menginformasikan bahwa usia 41-60 tahun hampir seluruhnya memiliki faktor pendukung intensi yang baik. Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji statistik bivariate *Chi-square* dengan $p < 0,05$ bahwa usia dengan sikap pencegahan VAP dan norma subjektif berhubungan signifikan berarti hipotesis terbukti, sedangkan usia terhadap *perceived behavioural control* tidak berhubungan signifikan berarti hipotesis tidak terbukti

5.3.3 Hubungan Pendidikan Dengan Faktor Pendukung Intensi

Tabulasi silang pendidikan dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya dapat dipelajari pada tabel 5.8

Tabel 5.8 Tabulasi silang pendidikan dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017

Pendidikan	Sikap VAP		Norma subjektif						PBC										
			Kategori		Kategori		Kategori		Kategori		Kategori								
	Baik	Kurang	Total	Baik	Kurang	Total	Baik	Kurang	Total	Baik	Kurang	Total							
f	%	f	%	n	%	f	%	f	%	n	%	f	%	f	%	n	%		
DIII	12	52,2	11	47,8	23	100	13	56,5	10	43,5	23	100	15	65,2	8	34,8	23	100	
SI	6	85,7	1	14,3	7	100	7	100	0	0	7	100	5	71,4	2	28,6	7	100	
Total	18	60	12	40	30	100	20	66,7	10	33,3	30	100	20	66,7	10	33,3	30	100	
		<i>Fisher's Exact Test</i> 0,193						<i>Fisher's Exact Test</i> 0,064						<i>Fisher's Exact Test</i> 1,000					

Tabel 5.8 menginformasikan bahwa pendidikan S1 Keperawatan hampir seluruhnya memiliki faktor pendukung intensi yang baik meskipun berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji statistik bivariate *Chi-square* dengan $p < 0,05$ pendidikan tidak berhubungan signifikan dengan sikap dalam pencegahan VAP, norma subjektif maupun *perceived behavioural control*, berarti hipotesis tidak terbukti.

5.3.4 Hubungan Pengalaman Dengan Faktor Pendukung Intensi

Tabulasi silang pengalaman dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya dapat dipelajari pada tabel 5.9

Tabel 5.9 Tabulasi silang pengalaman dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017

Pengalaman	Sikap VAP						Norma subjektif						PBC					
	Baik		Kurang		Total		Baik		Kurang		Total		Baik		Kurang		Total	
Katagori	f	%	f	%	n	%	f	%	f	%	n	%	f	%	f	%	n	%
Baik	11	91,7	1	8,3	12	100	12	100	0	100	12	100	11	91,7	1	8,1	12	100
Kurang	7	38,9	11	61,1	18	100	8	44,4	10	55,6	18	100	9	50	9	50	18	100
Total	18	60	12	40	30	100	20	66,7	10	33,3	30	100	20	66,7	10	33,3	30	100
<i>Fisher's Exact Test</i> 0,007						<i>Fisher's Exact Test</i> 0,002						<i>Fisher's Exact Test</i> 0,024						

Tabel 5.9 menginformasikan bahwa pengalaman yang baik hampir seluruhnya memiliki faktor pendukung intensi yang baik. Berdasarkan dari uji statistik dengan menggunakan statistik bivariate *Chi-square* dengan $p < 0,05$ bahwa pengalaman dengan sikap dalam pencegahan VAP, norma subjektif maupun *perceived behavioural control* berhubungan signifikan berarti hipotesis terbukti.

5.3.5 Hubungan Pengetahuan Dengan Faktor Pendukung Intensitas

Tabulasi silang pengetahuan dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya dapat dipelajari pada tabel 5.10

Tabel 5.10 Tabulasi silang pengetahuan dengan faktor pendukung intensi (sikap terhadap VAP, norma subjektif, dan *perceived behavioural control*) terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017

Pengetahuan	Sikap VAP		Norma subjektif						PBC				
	Kategori		Kategori		Kategori		Kategori		Kategori		Kategori		
	Baik	Kurang	Total	Baik	Kurang	Total	Baik	Kurang	Total	Baik	Kurang	Total	
	f	%	f	%	n	%	f	%	f	%	n	%	
Baik	13	76,5	4	23,5	17	100	13	76,5	4	23,5	17	100	
Kurang	5	38,5	8	61,5	13	100	7	53,8	6	46,2	13	100	
Total	18	60	12	40	30	100	20	66,7	10	33,3	30	100	
<i>Fisher's Exact Test</i> 0,061				<i>Fisher's Exact Test</i> 0,225						<i>Fisher's Exact Test</i> 0,255			

Tabel 5.10 menginformasikan bahwa pengetahuan yang baik sebagian besar memiliki faktor pendukung intensi baik, meskipun berdasarkan uji statistik dengan menggunakan statistik bivariate *Chi-square* dengan $p < 0,05$ bahwa pengetahuan tidak ada hubungan signifikan dengan sikap dalam pencegahan VAP, norma subjektif maupun *perceived behavioural control* berarti hipotesis tidak terbukti

5.3.6 Hubungan Faktor Pendukung Intensi Dengan Intensi

Tabulasi silang faktor pendukung intensi dengan intensi terhadap perilaku perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya dapat dipelajari pada tabel 5.11

Tabel 5.11 Tabulasi silang sikap VAP, norma subyektif, *perceived behavioural control* dengan intensi terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari – 28 Februari 2017

Faktor Pendukung Intensi	Kategori	Intensi				Total	
		Baik		Kurang baik		n	%
		f	%	f	%		
Sikap terhadap VAP	Baik	16	88,9	2	11,1	18	100

Faktor Pendukung Intensi	Kategori	Intensi				Total	
	Kurang baik	6	50	6	50	12	100
	Total	22	73,3	8	26,7	30	100
Fisher's Exact Test	0,034						
Norma Subjektif	Baik	18	90	2	10	20	100
	Kurang	4	40	6	60	10	100
	Total	22	73,3	8	26,7	30	100
Fisher's Exact Test	0,007						
PBC	Baik	20	100	0	0	20	100
	Kurang	2	20	8	80	10	100
	Total	22	73,3	8	26,7	30	100
Fisher's Exact Test	0,000						

Tabel 5.11 Menginformasikan bahwa intensi perawat dalam pencegahan VAP didominasi oleh *perceived behavioural control* (100 %), disusul oleh norma subjektif baik (90 %) dan sikap terhadap VAP baik (88,9 %). Jadi intensi yang baik cenderung dipengaruhi oleh faktor pendukung intensi yang baik. Berdasarkan hasil uji statistik bivariante *Chi-square* dengan $p < 0,05$ bahwa sikap pencegahan VAP, norma subjektif maupun *perceived behavioural control* berhubungan signifikan dengan intensi berarti hipotesis terbukti.

5.3.7 Hubungan Intensi Dengan Perilaku Kepatuhan

Tabulasi silang intensi dengan perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya dapat dipelajari pada tabel 5.12

Tabel 5.12 Tabulasi silang intensi dengan perilaku kepatuhan perawat terhadap pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya tanggal 26 Januari -28 Februari 2017

Intensi	Perilaku kepatuhan				Total	
	Baik		Kurang baik			
	f	%	f	%	n	%
Baik	15	68,2	7	31,8	22	100
Kurang baik	1	12,5	7	87,5	8	100
Total	16	53,3	14	46,7	30	100
Fisher's Exact Test:	0,012					

Tabel 5.12 Menginformasikan bahwa dengan intensi yang baik 68,2 % perawat berperilaku baik dalam pencegahan VAP, masih ada intensi yang baik dari perawat cenderung berperilaku kurang baik (31,8 %), dan intensi yang kurang baik juga berperilaku yang kurang baik masih tinggi (87,5 %). Intensi terbukti berhubungan signifikan dengan perilaku kepatuhan pencegahan VAP. Berdasarkan hasil uji statistik bivariante *Chi-square* $p < 0,05$ berarti hipotesis terbukti.

Berdasarkan data diatas hasil uji hipotesis bivariante *Chi-square* $p < 0,05$ dapat direkapitulasi seperti pada tabel 5.13

Tabel 5.13 Rekapitulasi Hasil Uji Hipotesis Bivariate *Chi-Square* Penelitian Penerapan *Theory Of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

NO	Hubungan antar variabel	Nilai p	Keterangan
1	Sikap umum dengan sikap pencegahan VAP	0,048	Signifikan
2	Sikap umum dengan norma subjektif	0,005	Signifikan
3	Sikap umum dengan PBC	0,000	Signifikan
4	Usia dengan sikap pencegahan VAP	0,010	Signifikan
5	Usia dengan norma subjektif	0,029	Signifikan
6	Usia dengan PBC	0,210	Tidak signifikan
7	Pendidikan dengan sikap pencegahan VAP	0,193	Tidak signifikan
8	Pendidikan dengan norma subjektif	0,064	Tidak Signifikan
9	Pendidikan dengan PBC	1,000	Tidak signifikan
10	Pengalaman dengan sikap pencegahan VAP	0,007	Signifikan
11	Pengalaman dengan norma subjektif	0,002	Signifikan
12	Pengalaman dengan PBC	0,024	Signifikan
13	Pengetahuan dengan sikap pencegahan VAP	0,061	Tidak signifikan
14	Pengetahuan dengan norma subjektif	0,225	Tidak signifikan
15	Pengetahuan dengan PBC	0,255	Tidak signifikan
16	Sikap VAP dengan intensi	0,034	Signifikan
17	Norma subjektif dengan intensi	0,007	Signifikan
18	PBC dengan intensi	0,000	Signifikan
19	Intensi dengan perilaku kepatuhan	0,012	Signifikan

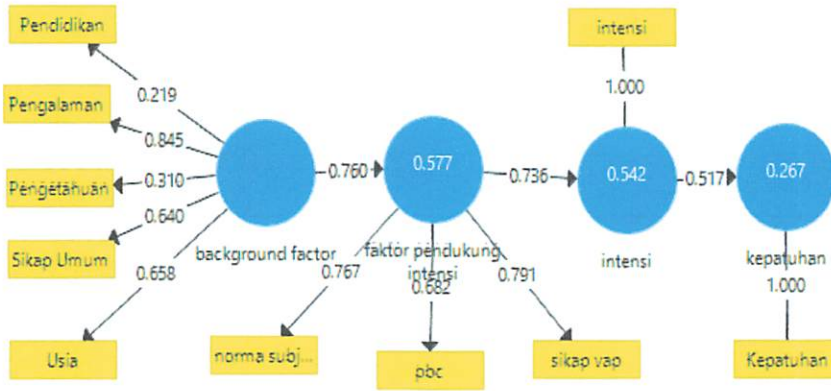
Berdasarkan tabel 5.13 hasil rekapitulasi hasil uji hipotesis di jelaskan sebagai berikut:

1. Pendidikan dan pengetahuan tidak berhubungan signifikan dengan faktor utama pendukung intensi
2. Usia tidak berhubungan signifikan dengan PBC (*Perceived Behavioural Control*)
3. Faktor-faktor yang lain berpengaruh signifikan.

5.4 Pengujian *Measurement (Outer) Model*

1) Uji validitas

Nilai *convergen validity* dapat dilihat dari nilai *outer loading*. *Convergen validity* dari *measurment model* dengan indikator reflektif dapat dilihat dari Hubungan antara skor indikator dengan skor konstruknya. Suatu indikator dikatakan memenuhi *convergen validity* jika memiliki *outer loading* $> 0,50$. Nilai *convergen validity* penelitian ini dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



Gambar 5.1 Path model dan nilai *outer loading* pada penerapan *Theory Of Planned Behavior* terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

Nilai *outer loading* untuk semua indikator baik dari variabel *background factor* seperti usia, sikap umum, pendidikan, pengetahuan, dan pengalaman, variabel sikap terhadap VAP, norma subjektif dan *perceived behavioral control*, intensi dan kepatuhan dapat dilihat pada tabel 5.14

Tabel 5.14 Hasil validitas konvergen penerapan *Theory Of Planned Behavior* terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017

Variabel	Indikator	Outer loading	Keterangan
<i>Background factor</i>	Usia	0,658	Valid
	Sikap umum	0,640	Valid
	Pengetahuan	0,310	Tidak valid
	Pengalaman	0,845	Valid
	Pendidikan	0,219	Tidak valid
Faktor pendukung intensi	Sikap	0,791	Valid
	Norma Subjektif	0,767	Valid
	<i>Perceived behavioral control</i>	0,682	Valid
Intensi		1,000	Valid
Perilaku kepatuhan		1,000	Valid

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa terdapat beberapa indikator yang tidak valid yaitu indikator pengetahuan dan pendidikan karena memiliki *outer loading* kurang dari 0,50.

2) Uji reliabilitas

Composite reliability dilakukan untuk menguji nilai reliabilitas indikator pada suatu konstruk. Konstruk dikatakan reliabel jika memiliki nilai *Composite reliability* maupun *Cronbach Alpha* diatas 0,70.

Tabel 5.15 Hasil *composite reliability* konvergen penerapan *Theory Of Planned Behavior* terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017

No.	Variabel	<i>Composite reliability</i>	<i>Cronbach Alpha</i>	Keterangan
1.	<i>Background factor</i>	0,684	0,419	Tidak reliabel
2.	Faktor pendukung intensi	0,611	0,792	Reliabel
3.	Intensi	1,000	1,000	Reliabel
4.	Kepatuhan	1,000	1,000	Reliabel

Berdasarkan tabel 5.15 nilai *composite reliability* dan *Cronbach Alpha* untuk *background factor* kurang dari 0,70 sehingga disimpulkan bahwa variabel tersebut tidak memenuhi uji reliabilitas. Nilai *composite reliability* dan *Cronbach Alpha* untuk variabel Faktor pendukung intensi, intensi dan kepatuhan memiliki nilai > 0,70 sehingga disimpulkan variabel tersebut memenuhi uji reliabilitas.

3) Pengujian model struktural/ *inner model*

Pengujian model struktural /*inner model* dengan melihat nilai *R-square* yang merupakan uji *goodness-fit* model dapat dilihat pada tabel 5.16

Tabel 5.16 Pengujian model struktural/ *inner model* penerapan *Theory Of Planned Behavior* terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari– 28 Februari 2017.

No	Variabel	R. Square	R.Square Adjusted
1	<i>Background factor</i>	0,577	0,562
2	Faktor pendukung intensi	0,542	0,526
3	Intensi	0,267	0,241

Model hubungan *Background factor* terhadap faktor pendukung intensi memberikan nilai *R.Square* 0,577 yang dapat diinterpretasikan bahwa variabilitas konstruk *Background factor* sebesar 57,7% sedangkan 42,3% dijelaskan oleh variabel lain diluar yang diteliti. Faktor pendukung intensi terhadap intensi memberikan nilai *R.Square* 0,542 yang dapat diinterpretasikan bahwa variabilitas konstruk faktor pendukung intensi sebesar 54,2% sedangkan 45,8% dijelaskan oleh variabel lain diluar yang diteliti. Intensi terhadap perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP memberikan nilai *R.Square* 0,267 % yang dapat diinterpretasikan bahwa variabilitas konstruk intensi sebesar 26,7% sedangkan 73,7% dijelaskan oleh variabel lain di luar yang diteliti.

Pengujian hipotesis penelitian dapat dilihat dari hasil uji PLS pada tabel 5.17

Tabel 5.17 Analisis hubungan penerapan *Theory Of Planned Behavior* terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017.

No	Variabel	Koefisien Parameter	T-Statistik	Keterangan
1.	Hubungan <i>background factor</i> dengan faktor pendukung intensi	0,760	13,566	Ada hubungan
2.	Hubungan faktor pendukung intensi dengan intensi	0,736	7,996	Ada hubungan
3.	Hubungan intensi dengan perilaku kepatuhan	0,517	3,381	Ada hubungan

Berdasarkan tabel 5.17 menunjukkan bahwa isu strategis yang didapatkan dari analisis PLS yaitu semua variabel mempunyai hubungan yang kuat karena nilai T-statistik > 1,96

4) Hitung *Q-square predictive relevance*

Dari gambar 5.1 dapat dihitung *Q-square predictive relevance* dengan melihat nilai *R Square*.

$$\begin{aligned} Q^2 &= 1 - (1 - R_1^2) (1 - R_2^2) (1 - R_3^2) \\ &= 1 - (1 - 0,542) (1 - 0,267) (1 - 0,577) \\ &= 1 - (0,458) (0,733) (0,423) \\ &= 1 - 0,142 \\ &= 0,858 (85,8\%) \end{aligned}$$

Q-square predictive relevance sebesar 85,8 % artinya model memiliki *predictive relevance* karena mendekati nilai 1

5. *Direct dan indirect effect*

Dari gambar 5.1 dapat dijelaskan hubungan langsung dan tidak langsung sebagai berikut:

Tabel 5.18 *Direct dan indirect effect* penerapan *Theory Of Planned Behavior* terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017.

Path	Pengaruh	
	Langsung	Tidak langsung
Intensi -> kepatuhan	Ya	Tidak
Faktor pendukung intensi-> kepatuhan	Tidak	Ya melalui intensi
<i>Back ground factor</i> -> kepatuhan	Tidak	Ya melalui Faktor pendukung intensi dan intensi

Berdasarkan gambar 5.1 Hubungan langsung dan tidak langsung antar variabel sebagai berikut: hubungan langsung intensi ke kepatuhan dengan nilai 0,517. Hubungan tidak langsung faktor pendukung intensi ke kepatuhan melalui intensi dengan nilai $0,736 \times 0,517 = 0,381$. Hubungan tidak langsung *background factor* ke perilaku kepatuhan melalui faktor pendukung intensi dan intensi dengan nilai $0,736 \times 0,517 \times 0,760 = 0,289$

Tabel 5.19 Pengaruh total penerapan *Theory Of Planned Behavior* terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP pada 26 Januari – 28 Februari 2017

Path	Pengaruh		Pengaruh total
	Langsung	Tidak langsung	
Intensi -> kepatuhan	0,517		0,517
Faktor pendukung intensi-> kepatuhan		0,381	0,381
<i>Background factor</i> -> kepatuhan		0,289	0,289

5.5 Hasil diskusi kelompok

Focus Group Discussion dilakukan setelah peneliti selesai melakukan pengukuran dan menghubungkan antar variabel. *Focus Group Discussion* bertujuan untuk mendapatkan isu strategis dan solusi sebagai dasar untuk menyusun rekomendasi dalam penerapan *Theory Of Planned Behavior* terhadap perilaku perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.

Focus Group Discussion dilakukan sebanyak 5 kali yaitu:

1. Hari Senin, Selasa dan Kamis tanggal 13,14 dan 16 Februari 2017 untuk kelompok perawat pelaksana. Semua peserta FGD adalah perawat pelaksana yang bekerja di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya. Pelaksanaan *Focus Group Discussion* masing-masing kelompok berjalan selama 90 menit.

2. Hari Jumat tanggal 17 Februari 2017 kelompok pertama dengan kepala instalasi unit khusus, penanggungjawab shift ICU dan kelompok kedua dengan dokter konsultan *intensive care*, perawat HIPERCCI, dan Tim PPI RS

Adapun hasil *Focus Group Discussion* (FGD) di Rumah Sakit Katolik Surabaya sebagai berikut:

1. Hasil *Focus Group Discussion* dengan perawat pelaksana

Tabel 5.20 Hasil atau temuan penting yang didapatkan dari *Focus Group Discussion* dengan perawat pelaksana

Isu Strategis	Pendapat peserta FGD	Rekomendasi
1. <i>Back ground factor</i> Perilaku, Faktor pendukung intensi, intensi dan perilaku kepatuhan pencegahan VAP yang tidak sesuai SPO: <i>handhygiene, oral care</i> dan elevasi kepala	<p>1. Perawat menyampaikan bahwa selama ini memang sebagian besar belum melakukan <i>handhygiene</i> enam langkah karena ribet, butuh waktu lama, dan kondisi <i>emergency</i></p> <p>2. Untuk <i>handhygiene five moment</i> juga tidak selalu terutama saat masuk dalam lingkungan pasien, yang sering dilakukan saat selesai dari pasien, sebelum tindakan aseptik dan setelah kena cairan tubuh klien</p> <p>3. Perawat menyampaikan sudah tahu cara pencegahan VAP, termasuk salah satu nya <i>handhygiene</i> enam langkah dan hampir seluruhnya (80%) perawat berpendapat tidak melakukan karena menghemat waktu, sebagian besar (50%), mengatakan ribet, hampir seluruhnya (90%) keinginan cepat selesai ditunggu pekerjaan</p>	<p>1. <i>Mereview</i> kembali pentingnya <i>handhygiene</i> enam langkah dan <i>five moment, oral care</i> yang benar dan pemberian posisi elevasi kepala 30- 45° yang sudah di tetapkan oleh rumah sakit dalam memberikan perawatan pada pasien yang di rawat di ICU</p> <p>2. <i>Mereview</i> kembali SPO yang sudah disediakan oleh rumah sakit</p> <p>3. Mengoptimalkan kembali fungsi katim dari masing-masing ICU untuk saling mengingatkan antar teman serta fungsi PJ Shift disaat dinas sore atau malam</p> <p>4. Perlu adanya tempat alat cuci tangan di depan ICU4 yang selama ini masih bergabung dengan ICU3</p> <p>5. Meningkatkan pemahaman perawat pentingnya elevasi</p>

Isu Strategis	Pendapat peserta FGD	Rekomendasi
	lain, dan hampir seluruhnya (80%) keadaan <i>emergency</i> . sebagian kecil (20%) mengatakan karena faktor tenaga, terutama saat dinas malam. Mereka merasa banyak pekerjaan yang menunggu.	kepala, dan fungsi tempat tidur sudah didesain serta tidak mungkin rusak.
	4. <i>Oral care</i> tidak dilakukan dengan benar karena takut pasien batuk, takut tangan tergigit, dan karena klien tidak kooperatif	6. Mengadakan <i>refresing</i> ilmu keperawatan kritis, terkait infeksi nosokomial yang <i>update</i>
	5. Hampir seluruhnya (80%) perawat menyampaikan baru memberikan elevasi kepala hanya 30 derajat karena kalau diberikan posisi 45 derajat, takut klien mencabut ETT, takut tempat tidur rusak, tidur cenderung melorot atau memang karena kondisi haemodinamik tidak stabil	

2. Hasil *Focus Group Discussion* dengan pengambil keputusan dan pendapat pakar ICU

Tabel 5.21 Hasil atau temuan penting yang didapatkan dari *Focus Group Discussion* dengan pengambil keputusan dan pakar ICU

Isu Strategis	Pendapat Peserta FGD	Rekomendasi
1. <i>Back ground factor</i> , Faktor pendukung intensi, intensi dan perilaku kepatuhan pencegahan VAP yang tidak sesuai SPO:	1. Perawat dalam bekerja memang harus mematuhi peraturan atau kebijakan serta SPO yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit 2. Dalam bekerja memang	1. <i>Mereview</i> kembali peraturan-peraturan dan SPO yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit merupakan salah satu upaya untuk selalu mengingatkan

Isu Strategis	Pendapat Peserta FGD	Rekomendasi
<p><i>handhygiene, oral care</i> dan elevasi kepala yang disampaikan oleh perawat pelaksana</p>	<p>harus ada niat yang baik atau positif dari individu masing-masing, karena dengan niat yang baik harapannya perilaku juga akan baik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Komitmen yang sudah disepakati bersama antar perawat pelaksana sebaiknya di lakukan supervisi oleh karu, PJ Shift dan katim 4. Pemakaian sulip lidah memang sudah jarang digunakan karena memang tidak dapat melakukan <i>oral care</i> dengan optimal 5. Untuk posisi kepala memang harus dilakukan dengan catatan haemodinamik pasien stabil 30-45 ° 6. Tim IPCLN ruangan harus aktif melakukan evaluasi hasil kinerja unit untuk dijadikan bahan hasil monitoring dan membuat program kerja selanjutnya (MONEV) 7. Kalau memang belum ada buku panduan, seharusnya dibuatkan suatu buku panduan khusus pencegahan VAP pada pasien dengan ventilator sebagai acuan untuk perawat pelaksana dalam bekerja dan acuan untuk katim, PJ shift dan karu melakukan supervisi 	<p>perawat untuk berperilaku baik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Saling mengingatkan antar teman memang salah satu solusi dalam berperilaku yang baik, namun perlu juga adanya evaluasi berkala tentang hasil perilaku yang sudah dijalankan selama ini, misal evaluasi kinerja tim dari masing-masing ruang ICU 1 sampai ICU4 3. Memberikan <i>reward</i> untuk tim yang sudah berperilaku baik dan memberikan catatan peringatan untuk tim yang kurang patuh. 4. Mengaktifkan supervisi oleh katim, PJ shift dan karu dalam perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP 5. Gunakan sikat gigi dengan <i>suction</i> sehingga <i>oral care</i> dapat dilakukan dengan optimal terutama plak gigi 6. Pemberian penanda pada tempat tidur pasien dengan posisi yang sudah diukur dengan benar sehingga mudah untuk dilakukan kontrol atau supervisi. 7. Mengaktifkan sistem monitoring ruangan 8. Dibuatkan buku panduan khusus pencegahan VAP pada klien dengan ventilator 9. Pemberian <i>reward</i> untuk tim yang selalu patuh

BAB 6 PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Hubungan Sikap Umum Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP.

6.1.1 Sikap umum terhadap sikap terhadap VAP

Sikap umum perawat mempunyai hubungan signifikan terhadap sikap pencegahan VAP. Berdasarkan hasil penelitian bahwa sikap umum yang baik sebagian besar memiliki sikap baik terhadap pencegahan VAP, meskipun hampir setengahnya perawat yang mempunyai sikap umum baik namun masih ada berperilaku kurang baik terhadap pencegahan VAP. Model teoritik dari *Theory of Planned Behavior* (perilaku yang direncanakan) mengandung berbagai variabel (Ajzen 2005) yaitu Latar belakang (*background factors*) diantaranya faktor personal yang salah satunya adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu. Menurut Ajzen (2005) mengatakan bahwa seseorang tumbuh dan berkembang dalam lingkungan yang berbeda-beda, hal ini yang menyebabkan orang tersebut dapat memperoleh informasi yang berbeda-beda pula mengenai suatu permasalahan. Sikap secara umum adalah suatu predisposisi yang dipelajari untuk merespon secara konsisten, baik positif maupun negatif terhadap suatu obyek. Dalam pandangan ini, respons yang diberikan individu diperoleh dari proses belajar terhadap berbagai atribut berkaitan dengan obyek (Wawan 2010). Sikap dikatakan sebagai suatu respons evaluatif. Respon hanya akan timbul apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya reaksi

individual. Respons evaluatif berarti bahwa bentuk reaksi yang dinyatakan sebagai sikap itu timbulnya didasari oleh proses evaluasi dalam diri individu yang memberi kesimpulan terhadap stimulus dalam bentuk nilai baik-buruk, positif-negatif, menyenangkan-tidak menyenangkan, yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap objek sikap (Aswar 2008). Temuan-temuan penelitian mengenai hubungan sikap dengan perilaku memang belum konklusif. Ada penelitian yang mengatakan bahwa sikap berhubungan sangat kuat dengan perilaku ada juga penelitian yang mengatakan berhubungan sangat lemah. Sikap seseorang dapat dipengaruhi oleh media massa. Adanya informasi sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Sikap ini dipengaruhi oleh komponen-komponen salah satunya adalah kognitif /pengetahuan (Azwar 2003). Semakin banyak pengetahuan seseorang mengenai pencegahan VAP, maka orang tersebut akan mempunyai sikap yang positif.

Perawat yang bekerja di ICU adalah perawat yang sudah dididik dan dilatih agar mampu memberikan pelayanan sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan. Seorang perawat ICU harus memiliki sikap yang baik/positif dalam memberikan pelayanan. Secara teori dikatakan bahwa seseorang yang mempunyai sikap yang baik maka orang tersebut akan berperilaku positif. Berdasarkan hasil penelitian bahwa perawat yang mempunyai sikap umum baik tidak seluruhnya berperilaku positif dalam pencegahan VAP. Hasil FGD didapatkan informasi

bahwa masih ada perawat yang kurang berperilaku positif karena situasi saat itu, misalnya kondisi *emergency* atau pada saat kondisi sangat sibuk. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa seorang yang bersikap positif ataupun negatif karena dipengaruhi oleh banyak faktor seperti pengetahuan, situasi ataupun lingkungan dan niat dari individu tersebut.

6.1.2 Sikap umum terhadap norma subjektif

Sikap umum mempunyai hubungan signifikan terhadap norma subjektif dalam pencegahan VAP. Perawat yang mempunyai sikap umum baik hampir seluruhnya mempunyai norma subjektif yang baik, meskipun masih ada sebagian kecil perawat yang mempunyai sikap umum baik namun norma subjektifnya kurang baik.

Norma subjektif merupakan kepercayaan seseorang mengenai persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan (Ajzen 1988). Norma subjektif adalah pihak-pihak yang dianggap berperan dalam perilaku seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut, dan sejauh mana keinginan untuk memenuhi harapan tersebut. Orang lain tersebut disebut rujukan (*referent*), dan dapat merupakan atasan, sahabat, atau orang yang dianggap ahli atau penting. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi norma subjektif: *normative belief*, yaitu keyakinan individu bahwa rujukan berpikir ia harus atau tidak melakukan suatu perilaku dan *motivation to comply*, yaitu motivasi individu untuk memenuhi norma dari rujukan tersebut. Menurut Brannon & Nord (1990) salah satu sikap yang dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang adalah norma budaya yang menjelaskan bahwa individu gagal melakukan kepatuhan tidak dikarenakan kepribadian

mereka yang tidak mau bekerjasama, tapi lebih disebabkan karena mereka tinggal dalam budaya yang memegang kepercayaan dan tingkah laku yang kurang kondusif untuk mematuhi peraturan.

Seorang perawat yang bekerja di suatu pelayanan kritis memang dibutuhkan suatu motivasi yang kuat. Motivasi seseorang yang kuat akan dapat mempengaruhi perilaku orang tersebut. Motivasi juga dapat dipengaruhi oleh orang yang ada disekitarnya. Salah satu upaya yang dapat meningkatkan motivasi seseorang adalah dengan sistem supervisi. Di ICU RS ini supervisi belum berjalan optimal, sehingga sistem supervisi memang harus ditingkatkan. Hasil FGD didapatkan data sebagian besar perawat mengatakan, kurangnya motivasi dan niat yang kuat untuk berperilaku patuh dalam pencegahan VAP, dan memang untuk *handhygiene* enam langkah belum membudaya. Hal ini jelas memberikan gambaran bahwa meskipun sikap umum yang baik jika motivasinya kurang dan lingkungan budaya tidak mendukung belum tentu norma subjektifnya juga baik. Perawat mengatakan perlu adanya supervisi yang ketat dari Katim, PJ Shift ataupun KARU, dan saling mengingatkan antar teman saat berperilaku tidak sesuai SPO. Sesuai dengan teori bahwa *role model* sangat diperlukan untuk meningkatkan motivasi seseorang.

6.1.3 Sikap umum terhadap *perceived behavioral control*

Sikap umum mempunyai hubungan signifikan terhadap *perceived behavioral control* dalam pencegahan VAP. Ini tampak bahwa sikap yang baik hampir seluruhnya memiliki *perceived behavioral control* baik, meskipun dengan sikap yang kurang baik tapi *perceived behavioral control* tetap baik.

Menurut Ajzen (2005) individu memiliki fasilitas dan waktu untuk melakukan atau berperilaku, kemudian individu melakukan estimasi atas kemampuan dirinya apakah dia punya kemampuan atau tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan perilaku tersebut, dalam hal ini kondisi seperti ini dinamakan dengan “persepsi kemampuan mengontrol” (*perceived behavioral control*). Inti teori perilaku terencana tetap berada pada faktor intensi perilaku namun determinan intensi tidak hanya dua (sikap terhadap perilaku yang bersangkutan dan norma-norma subjektif) melainkan ada aspek kontrol perilaku yang dihayati (*perceived behavioral control*). Sikap terhadap perilaku dipengaruhi oleh keyakinan bahwa perilaku tersebut akan membawa pada hasil yang diinginkan. Kontrol perilaku ini sangat penting artinya ketika rasa percaya diri seseorang sedang berada dalam kondisi yang lemah.

Pasien yang dirawat di ICU adalah pasien kritis, yang membutuhkan perawatan yang maksimal, sehingga perawat yang bekerja di ICU dituntut untuk cepat dan tepat, namun tetap ada kontrol perilaku. Kontrol perilaku sangat diperlukan dalam menghadapi suatu kondisi kritis. Tindakan yang diberikan pada pasien memerlukan cara berpikir kritis. Hasil FGD didapatkan informasi bahwa bekerja di ICU selalu dituntut untuk bekerja dengan cepat apalagi dalam keadaan *emergency* dan saat berdinam malam dimana tenaga yang terbatas, membuat mereka kurang dalam melakukan kontrol terhadap perilaku. Mereka berpendapat nyawa pasien adalah yang utama. Situasi seperti ini sering terjadi sehingga meskipun sikap umum baik, *perceived behavioral control* dapat menjadi kurang baik. Pakar berpendapat situasi memang salah satu kendala dalam kontrol

perilaku, namun situasi tidak dipakai sebagai alasan tidak patuh karena melakukan *handhygiene* sesuai SPO hanya memerlukan waktu 20-30 detik, sehingga diperlukan suatu komitmen yang kuat dari seluruh perawat yang bekerja di ICU.

6.2 Hubungan Usia Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP

6.2.1 Faktor usia terhadap sikap pencegahan VAP

Usia mempunyai hubungan yang signifikan terhadap sikap pencegahan VAP. Pada penelitian ini usia lebih tua hampir seluruhnya mempunyai sikap baik dibandingkan dengan usia muda, rata-rata dari usia tersebut berkisar pada 41-60 tahun.

Ajzen (2005) dalam *Theory of Planned Behavior* (perilaku yang direncanakan) mengandung berbagai variabel latar belakang (*background factors*), salah satunya adalah usia. Usia dapat mempengaruhi sikap dan perilaku individu terhadap sesuatu hal. Faktor latar belakang pada dasarnya adalah sifat yang hadir di dalam diri seseorang. Usia merupakan jumlah tahun yang dimiliki responden dari lahir sampai penelitian dilakukan. Usia lebih tua mempunyai lebih banyak pengalaman dibandingkan dengan usia muda. Semakin bertambah usia akan semakin meningkatkan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi, berpikir rasional dan toleransi terhadap pandangan orang lain (Martini 2007). Sikap dapat dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya. Apa yang telah dan sedang dialami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Di sini jelas tampak bahwa. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan

suatu tindakan (Notoatmodjo 2003). Apa yang telah dan sedang dialami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial.

Usia responden dalam penelitian ini sebagian besar berusia 20-40 tahun dan sebagian besar mempunyai sikap yang kurang dalam pencegahan VAP. Data menunjukkan bahwa usia 20-40 tahun dengan masa kerja yang bervariasi juga memiliki sikap umum yang kurang. Sesuai teori bahwa semakin dewasa usia seseorang semakin matang cara berfikir secara rasional. Berdasarkan hasil FGD sebagian besar responden yang berusia muda mengatakan memang tidak melakukan *handhygiene* sesuai SPO karena butuh waktu yang lama dan sudah ditunggu oleh pekerjaan lain. Secara teori usia muda seseorang mempengaruhi dalam pengambilan keputusan dan pengendalian emosi serta berpikir secara rasional. Perawat tidak berpikir tentang akibat yang dapat terjadi jika tidak melakukan pencegahan VAP secara prosedur. Perawat hanya berpikir semua tindakan sudah dilakukan sesuai jadwal dan tepat waktu, dalam hal ini perlu adanya *review* materi keperawatan kritis.

6.2.2 Faktor usia terhadap norma subjektif pencegahan VAP

Usia berhubungan signifikan dengan norma subjektif dalam pencegahan VAP. Pada penelitian ini usia 41-60 tahun hampir seluruhnya mempunyai norma subjektif yang baik, sedangkan usia 20-40 tahun hampir setengahnya mempunyai norma subjektif yang kurang baik.

Norma subjektif merupakan kepercayaan seseorang mengenai persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan (Ajzen 1988), atau persepsi individu tentang orang lain apakah mendukung atau tidak terwujudnya tindakan tersebut. Secara

teori hasil kemampuan dan keterampilan seseorang sering dihubungkan dengan usia, sehingga semakin bertambah usia seseorang maka pemahaman terhadap masalah semakin dewasa. Secara fisiologis pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan bertambahnya usia. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan suatu tindakan (Notoatmodjo 2003).

Faktor usia terhadap norma subjektif pada penelitian ini cukup bervariasi, meskipun usia muda namun ada yang menunjukkan norma subjektif yang baik, sedangkan usia dewasa semua menunjukkan norma subjektif yang baik. Hal ini sesuai dengan teori bahwa semakin dewasa seseorang maka cara berpikir semakin matang dan teratur dalam melakukan suatu tindakan, begitu juga dari hasil FGD bahwa mereka yang berusia dewasa lebih memahami prosedur-prosedur yang ada, namun ada juga usia muda mengatakan sudah melakukan sesuai prosedur, dapat diartikan bahwa tergantung dari faktor personal (individu), meskipun masih muda jika ada niat yang baik maka akan berperilaku baik dalam kepatuhan pencegahan VAP.

6.2.3 Faktor usia terhadap *perceived behavioral control*

Usia menunjukkan tidak ada hubungan signifikan dengan *perceived behavioral control* dalam pencegahan VAP.

Keyakinan (*beliefs*) bahwa individu pernah melaksanakan atau tidak pernah melaksanakan perilaku tertentu, individu memiliki fasilitas dan waktu untuk melakukan perilaku itu, kemudian individu melakukan estimasi atas kemampuan dirinya apakah dia punya kemampuan atau tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan perilaku tersebut. Ajzen (2005) menamakan kondisi ini dengan “persepsi kemampuan mengontrol” (*perceived behavioral control*). Niat untuk melakukan perilaku (*intention*) adalah kecenderungan seseorang untuk memilih melakukan atau tidak melakukan sesuatu pekerjaan. Pengukuran *perceived behavioral control* yang dapat dilakukan hanyalah mengukur persepsi individu yang bersangkutan terhadap kontrol yang ia miliki terhadap beberapa faktor penghambat atau pendukung tersebut. Beberapa faktor yang dipersepsi sebagai penghambat atau pendorong tersebut didapatkan dari proses elisitasi untuk mendapatkan keyakinan utama. Hasil kemampuan dan keterampilan seseorang sering dihubungkan dengan usia, sehingga semakin bertambah usia seseorang maka pemahaman terhadap masalah semakin dewasa. Secara fisiologis pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan bertambahnya usia. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan suatu tindakan (Notoatmodjo 2003).

Faktor usia terhadap *perceived behavioral control* dalam penelitian ini didominasi pada usia 20-40 tahun, pada usia ini mereka masih banyak yang belum memiliki pengalaman dalam menentukan sikap mana yang menghambat atau mendukung dalam melakukan suatu pekerjaan. Perawat yang bekerja di ICU harus melalui ruang medical bedah terlebih dahulu selama minimal 2 tahun, sehingga mereka memulai bekerja di ICU setelah berusia lebih dari 25 tahun. Berdasarkan hasil FGD yang dilakukan sebagian besar responden mengatakan faktor pendukung untuk berperilaku patuh dalam pencegahan VAP sudah ada seperti fasilitas, SPO dan kebijakana RS, namun masih ada faktor penghambat seperti waktu tindakan harus cepat, kesulitan melakukan *oral care* saat pasien tidak kooperatif, perawat muda yang belum berpengalaman merasa takut tergigit oleh pasien atau posisi ETT dapat berubah, begitu juga kondisi dan situasi ICU yang membuat mereka kehilangan kontrol perilaku dalam kepatuhan pencegahan terhadap VAP, seperti saat terjadi *emergency*. Pakar berpendapat bahwa ketakutan untuk digigit atau malposisi ETT dapat diantisipasi dengan penggunaan sikat gigi dengan *suction* atau dilakukan oleh 2 orang. Perawat harus lebih kreatif dan inovatif dalam mengatasi hambatan yang dialami selama memberikan pelayanan.

6.3 Hubungan Pendidikan Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP.

Hubungan pendidikan dengan faktor pendukung intensi secara analisis deskripsi didapatkan bahwa pendidikan selaras dengan faktor pendukung intensi meskipun secara statistik dinyatakan tidak signifikan.

6.3.1 Faktor pendidikan terhadap sikap pencegahan VAP

Pendidikan tidak mempunyai hubungan signifikan terhadap Faktor pendukung intensi sikap dalam pencegahan VAP. Pendidikan DIII Keperawatan mendominasi tingkat pendidikan responden. Pendidikan DIII ataupun S1 Keperawatan masih ada yang berperilaku kurang baik dalam pencegahan VAP.

Ajzen (2005), memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial, dan informasi. Pendidikan adalah salah satu termasuk faktor sosial. Pendidikan seseorang secara teori akan mempengaruhi respon seseorang terhadap objek yang datang dari luar. Orang dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih rasional dan terbuka dalam menerima sesuatu yang baru serta lebih mudah menyesuaikan diri terhadap perubahan (Niven 2002). Pendidikan yang dicapai seseorang diharapkan menjadi faktor determinan produktifitas antara lain *knowledge, skill, abilitas, dan behavior* yang cukup dalam menjalankan aktifitas pekerjaannya (Newland 1994, dalam Martini 2007). Berdasarkan teori tersebut disampaikan bahwa seseorang yang memiliki pendidikan formal lebih tinggi biasanya memiliki pemahaman kerja lebih baik.

Pendidikan dalam penelitian ini hampir seluruhnya DIII Keperawatan dan sebagian kecil S1 Keperawatan. Perawat yang berpendidikan S1 ini sebagian besar dari program reguler. Beberapa faktor yang diprediksi sebagai penyebab tidak ada hubungan antara pendidikan dengan sikap terhadap pencegahan VAP adalah karena tingkat pendidikan mayoritas adalah DIII Keperawatan (perawat vokasi), hal ini terlihat bahwa kelompok perawat DIII Keperawatan (80%) dan S1 Keperawatan hanya 20%. Hal ini di prediksi bahwa di

ICU perawat dituntut untuk terampil dan bekerja dengan cepat (Potter 2005), karena tindakan di ICU lebih banyak mengarah pada tindakan kolaborasi. Berdasarkan hasil FGD didapatkan data bahwa perawat yang berpendidikan DIII dan S1 sama-sama mengatakan bahwa belum ada komitmen yang kuat dalam sikap pencegahan VAP. Mereka bertindak kurang sesuai prosedur sehingga diperlukan supervisi yang ketat dari atasan dalam upaya pencegahan VAP.

6.3.2 Faktor pendidikan dengan norma subjektif

Pendidikan tidak mempunyai hubungan signifikan terhadap norma subjektif. Dalam penelitian ini hampir seluruhnya adalah DIII Keperawatan dan sebagian kecil adalah S1 Keperawatan.

Ajzen (2005), menyatakan bahwa norma subjektif secara umum dapat ditentukan oleh harapan spesifik yang dipersepsikan seseorang, yang merupakan referensi (anjuran) dari orang-orang yang disekitarnya dan oleh motivasi untuk mengikuti referensi atau anjuran tersebut. Niven (2002) menyatakan bahwa pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar seseorang secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Secara teori tingginya pendidikan seorang perawat dapat meningkatkan kepatuhan dalam melaksanakan kewajibannya, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

Pendidikan DIII dan S1 Keperawatan dalam penelitian ini menunjukkan hasil yang hampir sama terhadap norma subjektif. Kesempatan belajar untuk mereka memang ada, hampir seluruh perawat sudah mendapatkan pelatihan ICU Dasar ataupun ICU *Intermediate*, namun belum membuat mereka untuk selalu patuh terhadap SPO yang ada. Berdasarkan hasil FGD rata-rata mereka menyampaikan SPO dan aturan untuk cuci tangan yang benar sudah ada, sebenarnya ada keinginan untuk membaca, namun tidak sempat karena sibuk dengan tugas rutinitas dan tugas kolaborasi. Selain itu budaya untuk membaca sendiri dari mereka memang masih kurang, sehingga perlu selalu diingatkan dari atasan, atau teman sejawat dengan membaca SPO setiap selesai timbang terima. Budaya berubah juga memerlukan waktu dan tetap dibutuhkan suatu pelatihan-pelatihan ataupun refresing ilmu yang *update* dalam keperawatan kritis.

6.3.3 Faktor pendidikan dengan *perceived behavioral control*

Pendidikan tidak mempunyai hubungan signifikan terhadap *perceived behavioral control*. Pendidikan responden hampir seluruhnya adalah DIII Keperawatan dan sebagian besar memiliki *perceived behavioral control* baik, meskipun hampir setengahnya memiliki *perceived behavioral control* kurang baik.

Ajzen (2005), pendidikan adalah salah satu faktor sosial dari *background factor*. Menurut Niven (2002) bahwa pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar seseorang secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Tingginya

pendidikan seseorang dapat meningkatkan respon seseorang dalam melaksanakan kewajibannya, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

Pendidikan dalam penelitian ini meskipun mayoritas DIII Keperawatan, dari hasil FGD antara pendidikan S1 maupun DIII keperawatan hampir memiliki sikap terhadap perilaku kontrol diri yang sama. Menurut mereka perilaku kontrol diri saat bekerja di ICU tidak hanya dipengaruhi oleh pendidikan namun situasi kondisi pasien yang dirawat dan pengalaman sangat mempengaruhi. Pelatihan harus selalu di berikan secara berkala, sarana dan prasarana juga harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan penelitian-penelitian yang sudah dilakukan harus selalu dikembangkan.

6.4 Hubungan Pengalaman Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP

6.4.1 Faktor pengalaman dengan sikap terhadap VAP

Pengalaman mempunyai hubungan yang signifikan terhadap sikap perawat dalam pencegahan VAP. Pengalaman yang baik dari seseorang hampir seluruhnya menghasilkan sikap yang baik dalam pencegahan VAP, meskipun masih ada dengan pengalaman yang kurang hampir setengahnya mampu menunjukkan sikap yang baik dalam pencegahan VAP.

Ajzen (2005), memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial, dan informasi. Pengalaman seseorang masuk dalam faktor informasi. Menurut Notoatmojo (2003) pengalaman merupakan guru yang baik, yang menjadi sumber pengetahuan dan juga merupakan suatu cara untuk memperoleh

kebenaran pengetahuan. Pengalaman dapat diartikan juga sebagai memori episodik, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa-peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu. Suatu objek psikologis cenderung akan bersikap negatif terhadap objek tersebut, untuk menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan, sehingga pengalaman akan lebih mendalam dan lama membekas (Aswar 2008). Salah satu faktor yang mempengaruhi sikap adalah pengalaman sebelumnya. Responden yang mempunyai pengalaman kurang baik mengenai pencegahan VAP dapat membuat sikap orang tersebut menjadi negatif. Penelitian dari Luna (2015) bahwa perawat yang berpengalaman mempunyai sikap pencegahan VAP lebih baik dibanding dengan perawat yang kurang berpengalaman.

Pengalaman dalam penelitian ini merupakan hal yang sangat penting dalam merawat pasien dengan ventilator. Pengalaman dapat membuat seseorang akan selalu ingat apa yang dikerjakan. Perawat yang bekerja di ICU harus sudah mempunyai pengalaman kerja di medical bedah minimal 2 tahun. Berdasarkan kompetensi perawat bahwa perawat yang bekerja di ICU minimal perawat klinik tingkat 2. Pada saat FGD sebagian besar perawat mengatakan bahwa mereka masih ada yang belum memiliki pengalaman sehingga mereka melakukan sesuatu berdasarkan melihat teman yang sudah berpengalaman. *Role model* dari teman yang sudah berpengalaman akan sangat membantu pembentukan sikap dari

perawat yang belum berpengalaman, sehingga dibutuhkan suatu komitmen positif dari tim dalam pencegahan VAP.

6.4.2 Faktor pengalaman dengan norma subjektif

Pengalaman berhubungan signifikan dengan norma subjektif. Dalam penelitian ini pengalaman yang baik hampir seluruhnya mempunyai norma subjektif yang baik, dan pengalaman yang kurang sebagian besar menunjukkan norma subjektif yang kurang baik juga.

Teori perilaku terencana bahwa keyakinan berpengaruh pada sikap terhadap perilaku tertentu, pada norma-norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dihayati. Keyakinan mengenai perilaku apa yang bersifat normatif (yang diharapkan oleh orang lain) dan motivasi untuk bertindak sesuai dengan harapan normatif tersebut memberikan norma subjektif dalam diri individu. Menurut teori perilaku terencana, diantara berbagai keyakinan yang akhirnya akan menentukan intensi dan perilaku tertentu adalah keyakinan mengenai tersedia-tidaknya kesempatan dan sumber yang diperlukan (Ajzen 1988). Keyakinan ini dapat berasal dari pengalaman dengan perilaku yang bersangkutan di masa lalu, dapat juga dipengaruhi oleh informasi tidak langsung mengenai perilaku misalnya dengan melihat pengalaman teman atau orang lain yang pernah melakukannya.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pengalaman seseorang dapat digunakan sebagai contoh oleh orang lain yang dapat mempengaruhi sikap pada orang tersebut. Perawat yang berpengalaman diharapkan mampu menjadi contoh yang baik bagi perawat yang belum berpengalaman, sehingga akan membentuk perawat

– perawat yang professional dan mempunyai sikap yang positif. Berdasarkan hasil FGD bahwa ada sebagian kecil perawat merasa memang belum punya pengalaman dalam perawatan pasien dengan ventilator, mereka melakukan atas dasar melihat teman yang lain, namun ada juga yang sudah berpengalaman tapi belum melakukan perawatan sesuai aturan yang sudah ditetapkan, hal ini tergantung dari masing-masing individu serta contoh yang dilihat dari teman yang lain. Perubahan budaya kurang patuh terhadap norma subjektif yang ada membutuhkan waktu dan kerjasama tim.

6.4.3 Faktor pengalaman dengan *perceived behavioral control*

Pengalaman berhubungan signifikan dengan *perceived behavioral control*. Dalam penelitian ini pengalaman baik hampir seluruhnya mempunyai *perceived behavioral control* yang baik, dan pengalaman yang kurang hampir setengahnya menunjukkan *perceived behavioral control* yang kurang juga.

Teori perilaku terencana keyakinan-keyakinan berpengaruh terhadap kontrol perilaku yang dihayati. *Perceived behavioral control* sama dengan kedua faktor sebelumnya yaitu dipengaruhi juga oleh keyakinan. Keyakinan (*belief*) yang dimaksud adalah tentang ada /hadir dan tidaknya faktor yang menghambat atau mendukung performa tingkah laku (*control belief*). Menurut Aswar (2008) kontrol perilaku ditentukan oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan individu mengenai seberapa sulit atau mudahnya untuk melakukan perilaku yang bersangkutan. Kontrol perilaku ini sangat penting artinya ketika rasa percaya diri seseorang sedang dalam kondisi yang lemah. Ajzen (2005) mengatakan bahwa pada beberapa situasi *perceived behavioral control* tidak realistis, seperti ketika

sumber daya yang berubah atau ketika elemen baru muncul pada situasi tersebut. Kondisi seperti ini sering ditemukan di ruang ICU ketika pasien dalam keadaan kritis atau *emergency*.

Kontrol perilaku perawat yang bekerja di ICU dapat dipengaruhi oleh banyak hal, misalnya situasi ICU, kondisi pasien, lingkungan serta fasilitas yang ada juga dapat menjadi faktor penghambat dalam perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP. Berdasarkan hasil FGD dari pengalaman responden didapatkan informasi bahwa meskipun sudah ada faktor yang mendukung pencegahan VAP, namun ada banyak faktor yang menghambat dalam perilaku pencegahan VAP, misalnya kondisi pasien yang kurang kooperatif saat dilakukan *oral care* atau pemberian elevasi kepala serta kondisi *emergency*, yang mana nyawa pasien saat itu yang menjadi prioritas. Hambatan-hambatan seperti itu membuat mereka kurang kontrol dalam berperilaku karena tuntutan dari situasi. Pakar berpendapat dalam situasi seperti ini memang tetap dibutuhkan suatu komitmen dan niat dari dalam diri sendiri. Jadi suatu *reward* dapat diberikan pada perawat yang tetap patuh pada situasi apapun juga dan sanksi bagi perawat yang kurang patuh.

6.5 Hubungan Pengetahuan Dengan Faktor Pendukung Intensi Terhadap Perilaku Kepatuhan Pencegahan VAP

Hubungan pengetahuan dengan faktor pendukung intensi secara statistik dinyatakan tidak signifikan, namun secara analisis deskripsi didapatkan bahwa pengetahuan selaras dengan faktor pendukung intensi.

6.5.1 Faktor pengetahuan terhadap sikap dalam pencegahan VAP

Pengetahuan tidak mempunyai hubungan signifikan dengan sikap dalam pencegahan VAP. Dalam penelitian ini menunjukkan perawat yang mempunyai pengetahuan yang baik sebagian kecil masih menunjukkan sikap yang kurang baik dalam pencegahan VAP

Ajzen (2005) mengatakan bahwa seseorang tumbuh dan berkembang dalam lingkungan yang berbeda-beda, hal ini yang menyebabkan orang tersebut dapat memperoleh informasi yang berbeda-beda pula mengenai suatu permasalahan. Informasi tersebut dapat menjadi dasar dari keyakinan mereka mengenai konsekuensi dari perilaku, mengenai harapan normatif dari pihak lain yang penting serta berbagai hambatan yang mencegah mereka untuk melakukan suatu perilaku. Sikap dipengaruhi oleh komponen-komponen salah satunya adalah kognitif /pengetahuan (Azwar 2003). Semakin tinggi pengetahuan seseorang seharusnya mempunyai sikap semakin positif. Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Luna (2015) menyatakan bahwa perawat yang mempunyai pengetahuan baik sikap terhadap pencegahan VAP juga baik.

Gambaran diatas dapat memberikan informasi bahwa seharusnya pengetahuan yang baik mempunyai sikap yang baik dalam berperilaku, namun tidak dalam penelitian ini, meskipun pengetahuannya baik masih ada yang berperilaku kurang baik dalam pencegahan VAP. Data hasil penelitian

menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik tapi pengalamannya kurang maka sikap terhadap VAP nya juga kurang. Berdasarkan FGD di dapatkan informasi bahwa sebagian besar dari mereka sudah mengetahui perilaku yang semestinya mereka lakukan, namun karena memang niat kurang dan situasi saat itu membuat mereka kurang patuh dalam berperilaku, tapi ada juga yang memang belum tahu tentang prosedur yang benar, sehingga membuat mereka berperilaku tidak patuh, sehingga masih di perlukan refreasing ilmu-ilmu terkini dan inovasi baru dalam pencegahan VAP yang akhirnya dapat meningkatkan perilaku kepatuhan pada perawat.

6.5.2 Faktor pengetahuan terhadap norma subjektif

Pengetahuan tidak berhubungan signifikan dengan norma subjektif. Hal ini tampak bahwa meskipun memiliki pengetahuan yang baik, namun norma subjektif yang ditunjukkan sebagian kecil masih ada yang kurang baik. Pengetahuan baik mendominasi responden dalam penelitian ini

Norma subjektif merupakan kepercayaan seseorang mengenai persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan (Ajzen 1988), atau persepsi individu tentang orang lain apakah mendukung atau tidak terwujudnya tindakan tersebut. Norma subjektif adalah pihak-pihak yang dianggap berperan dalam perilaku seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut, dan sejauh mana keinginan untuk memenuhi harapan tersebut. Menurut Notoatmodjo (2003), bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dari pengalaman. Penelitian

terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Seorang perawat ICU harus memiliki pengetahuan yang baik dalam merawat pasien dalam kondisi kritis. Pengetahuan perawat ICU dalam penelitian ini ada pada kriteria baik. Peraturan ataupun standar memang harus diketahui oleh perawat yang memberikan asuhan. Berdasarkan hasil FGD di dapatkan informasi bahwa responden mengetahui teknik *handhygiene* dan *oral care* yang benar, namun karena situasi pasien dan ICU membuat mereka tidak melakukan dengan benar, sedangkan untuk posisi elevasi kepala yang kurang selama ini memang sebagian perawat belum tahu dan belum memahami manfaatnya, sehingga perlu diadakan *refresing* ilmu yang terbaru serta pemberian tanda sehingga dapat diketahui dengan pasti posisi elevasi kepala yang benar dan memudahkan dalam melakukan supervisi.

6.5.3 Faktor pengetahuan terhadap *perceived behavioral control*

Pengetahuan tidak berhubungan signifikan dengan *perceived behavioral control*. Pengetahuan baik dari responden namun *perceived behavioral control* yang ditunjukkan sebagian kecil masih ada yang kurang baik. Penelitian ini memberikan gambaran pengetahuan baik belum tentu mempunyai *perceived behavioral control*.

Perceived behavioral control sama dengan kedua faktor sebelumnya yaitu dipengaruhi juga oleh keyakinan. Keyakinan (*belief*) yang dimaksud adalah tentang ada / hadir dan tidaknya faktor yang menghambat atau mendukung performa tingkah laku (*control belief*). Keyakinan (*beliefs*) bahwa individu pernah

melaksanakan atau tidak pernah melaksanakan perilaku tertentu, individu memiliki fasilitas dan waktu untuk melakukan perilaku itu, kemudian individu melakukan estimasi atas kemampuan dirinya apakah dia punya kemampuan atau tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan perilaku tersebut. Menurut Notoatmodjo (2003), bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Pencegahan VAP yang dilakukan di ICU RS ini sudah mengupayakan sesuai standar yang dianjurkan oleh CDC, faktor pendukung seperti SPO tentang *handhygiene*, SPO *oral care* sudah tersedia, namun dalam pelaksanaan tidak dapat dilaksanakan 100% karena adanya faktor penghambat seperti kondisi pasien saat itu, dan situasi ruangan. Berdasarkan hasil FGD didapatkan bahwa sebenarnya responden mengetahui teknik cuci tangan dan *oral care* yang benar, namun karena situasi saat itu membuat mereka tidak melakukan dengan benar, sedangkan untuk posisi elevasi kepala yang kurang selama ini memang responden belum memahami manfaatnya, sehingga perlu diadakan refresing ilmu yang terbaru dan buku panduan sebagai acuan bagi para perawat dalam melakukan pencegahan VAP.

6.6 Hubungan Sikap Pencegahan VAP Dengan Intensi Perilaku Kepatuhan

Sikap pencegahan VAP berhubungan signifikan dengan intensi. Sikap yang kurang baik setengahnya menunjukkan intensi yang kurang pula. Sikap menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus sosial.

Ajzen (2005) menyatakan bahwa sikap terhadap perilaku merupakan salah satu faktor penentu terbentuknya intensi. Sikap terhadap perilaku didefinisikan Ajzen (2005) sebagai derajat penilaian positif atau negative individu terhadap perilaku tertentu. Sikap terhadap perilaku ditentukan oleh evaluasi individu mengenai hasil yang berhubungan dengan perilaku dan dengan kekuatan hubungan dari kedua hal tersebut. Semakin individu memiliki evaluasi bahwa suatu perilaku akan menghasilkan konsekuensi positif maka individu akan cenderung bersikap *favorable* terhadap perilaku tersebut. Sikap terhadap perilaku tersebut yang akan mempengaruhi intensi seseorang dalam memunculkan sebuah perilaku. Sikap dapat berubah dengan diperoleh tambahan informasi tentang objek tersebut melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya (Sarwono 2004). Berdasarkan hasil penelitian (Maradona 2009) menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara sikap dengan intensi kepatuhan pelanggan, sesuai dalam penelitian ini bahwa ada hubungan antara sikap dengan intensi kepatuhan, karena secara luas menurut (Aswar 2008) perilaku tidak hanya dapat ditinjau dalam kaitannya dengan sikap manusia. Namun satu hal selalu dapat disimpulkan, yaitu bahwa perilaku manusia tidaklah sederhana untuk difahami dan diprediksikan. Begitu banyak faktor internal dan eksternal dari dimensi masa lalu, saat ini dan masa datang yang ikut mempengaruhi perilaku manusia (Aswar 2008).

Teori di atas dan hasil dari penelitian, terlihat bahwa sikap dapat mempengaruhi intensi responden dalam melakukan perilaku tertentu. Sikap berhubungan dengan banyak faktor, hal ini terbukti dari hasil statistik PLS bahwa *R Square* dari faktor pendukung intensi variabilitas konstruksinya baru mencapai 54,2 %, sehingga 45,8 % dijelaskan oleh faktor lain, terbukti bahwa tidak semua sikap responden yang baik terhadap pencegahan VAP, akan menghasilkan intensi yang baik. Begitu juga sebaliknya ada sikap yang kurang baik namun intensinya baik. Sikap merupakan hasil dari proses belajar serta selalu berhubungan dengan suatu objek, dan sikap biasanya memberikan penilaian (menerima/menolak) terhadap objek yang dihadapi (Dharmmesta 1998). Berdasarkan hasil FGD perawat menyampaikan bahwa mereka kurang patuh dalam pencegahan VAP karena memang kurang adanya niat, mereka merasa tuntutan waktu untuk menyelesaikan suatu pekerjaan adalah hal yang utama, tanpa memikirkan resiko yang dapat terjadi akibat perilaku tersebut, mereka berpendapat memang masih perlu menumbuhkan niat dari dalam diri masing-masing, dengan niat yang positif niscaya akan menghasilkan sikap yang positif pula. Menurut mereka niat dapat tumbuh dari diri sendiri ataupun adanya tuntutan dari atasan. Niat tumbuh positif jika ada motivasi dari masing-masing individu. Motivasi seseorang tumbuh jika ada dorongan dari luar seperti teman, keluarga dan atasan. Mereka berpendapat bahwa supervisi dari atasan sangat membantu menumbuhkan motivasi untuk berniat baik.

6.7 Hubungan Norma Subjektif Dengan Intensi Perilaku Kepatuhan Dalam Pencegahan VAP

Norma subjektif yang kurang sebagian besar memiliki intensi yang kurang pula. Hal ini sesuai dengan hasil uji statistik bivariat *chi-square* didapatkan norma subjektif mempunyai hubungan signifikan terhadap intensi.

Norma subjektif merupakan persepsi seseorang mengenai tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku (Fishbein & Ajzen 1975). Apabila individu merasa bahwa perilaku tersebut bukan ditentukan oleh orang lain, maka dia akan mengabaikan pandangan orang tentang perilaku yang akan dilakukannya. Norma subjektif berupa keyakinan individu untuk mematuhi arahan atau anjuran orang di sekitarnya untuk turut dalam melaksanakan pencegahan VAP (Ramayah & Harun 2005). Orang atau kelompok sosial yang berpengaruh bagi individu, baik itu orangtua, pasangan (suami/istri), teman dekat, rekan kerja atau yang lain, tergantung pada tingkah laku yang dimaksud. Norma subjektif tidak hanya ditentukan oleh adanya *normative belief* yang dipengaruhi oleh *referent*, tetapi juga kekuatan/kekuasaan yang dimiliki *referent* terhadap individu, dan seberapa jauh individu akan mengikuti pendapat *referent* tersebut. Hal ini diperkuat oleh penelitian (Maradona 2009) juga menunjukkan hal yang serupa bahwa terdapat hubungan positif antara norma subjektif dengan intensi kepatuhan pelanggan.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang didapat bahwa norma subjektif mempunyai hubungan dengan intensi individu dalam melakukan suatu perilaku. Ketika individu mempersepsikan bahwa orang sekitar mereka mengharapkan

mereka untuk patuh terhadap pencegahan VAP, maka mereka termotivasi untuk memenuhi harapan orang sekitarnya. Mereka akan memiliki intensi yang kuat untuk tetap patuh dalam menjalani program pencegahan VAP. Saat ada seseorang yang ia yakini merupakan seorang yang berpengaruh pada mereka, maka ia akan menjadi seorang yang dianggap penting dalam memandang apakah perilaku tertentu akan dilakukan atau tidak. Saat seseorang mempersepsi orang lain yang mereka anggap penting mengharapkan mereka untuk melakukan perilaku tersebut dan mereka memiliki norma subjektif untuk melakukannya, maka orang yang dianggap penting tersebut memiliki kekuatan atas persepsi subjek yang membuat subjek mau melakukan perilaku tersebut. Dari hasil FGD didapatkan data bahwa responden berkomitmen akan berperilaku patuh terhadap pencegahan VAP dengan cara saling mengingatkan antar teman, atasan dengan bawahan dan mengharapkan adanya buku panduan khusus perawatan klien dengan ventilator yang berisi tentang hal-hal yang harus dilakukan dalam merawat pasien dengan ventilator sebagai media bacaan dalam perilaku pencegahan VAP.

6.8 Hubungan *Perceived Behavioral Control* Dengan Intensi Perilaku Kepatuhan Dalam Pencegahan VAP

Perceived behavioral control yang kurang hampir seluruhnya memiliki intensi yang kurang pula. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan signifikan antara *perceived behavioral control* dengan intensi.

Perceived behavioral control (PBC) yaitu persepsi individu mengenai mudah atau tidaknya individu untuk melakukan perilaku dan diasumsikan merupakan refleksi dari pengalaman yang telah terjadi sebelumnya juga

hambatan-hambatan yang diantisipasi (Ajzen 2005). Semakin banyak faktor pendukung dan sedikit faktor penghambat yang individu rasakan untuk dapat melakukan suatu perilaku, maka lebih besar kontrol yang mereka rasakan atas perilaku tersebut dan begitu juga sebaliknya. Persepsi tersebut ditentukan oleh keyakinan (*beliefs*) seseorang, yang disebut *control beliefs*, untuk mengendalikan faktor-faktor yang menghambat ataupun yang mendorong munculnya perilaku (Ajzen 1991). Keyakinan-keyakinan ini dapat diakibatkan oleh pengalaman masa lalu dengan tingkah laku tersebut, namun juga dapat dipengaruhi oleh informasi yang tidak langsung akan tingkah laku tersebut yang diperoleh dengan mengobservasi pengalaman orang lain dikenal atau teman, sedangkan faktor-faktor yang dikontrol adalah faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal seperti keahlian, kemampuan, informasi, dan emosi, dan lain-lain. Sedangkan faktor eksternal yaitu faktor situasi atau faktor lingkungan. Dalam penelitian (Asrori 2000) dikatakan PBC secara signifikan mempunyai hubungan positif terhadap intensi. Selain itu penelitian Sukrisno (1996) menunjukkan bahwa PBC merupakan peramal yang baik untuk intensi.

Perawat ICU harus mempunyai kontrol perilaku yang positif. Di ICU RS ini faktor pendukung sudah diupayakan semaksimal mungkin, meskipun masih ada hambatan dalam melakukannya. Hambatan ini bisa dari dalam diri individu ataupun dari luar. Secara teori faktor lingkungan sangat memegang peranan dalam kontrol perilaku dalam pencegahan VAP, namun masih belum dilakukan secara optimal karena kurang memiliki intensi yang kuat dalam diri individu untuk melaksanakannya, mereka berpendapat dalam FGD karena situasi ICU

membutuhkan tindakan yang cepat dan sering akibat dari tindakan *emergency*. Menurut perawat pemberian elevasi kepala belum optimal, *oral care* yang dilakukan selama ini hanya dengan sulip lidah dan kassa, sehingga belum bisa seoptimal yang diharapkan. Mereka belum menyadari akibat yang dapat terjadi jika perilaku kepatuhan tidak dilaksanakan, sehingga masih perlu motivasi yang kuat serta supervisi dari atasan (Katim, PJ Shift dan Karu) untuk selalu mengingatkan pada mereka. Perawat merasa masih diperlukan inovasi-inovasi baru seperti adanya kepastian tanda dari elevasi kepala dan penggunaan sikat gigi untuk *oral care*. Semakin banyak sumber daya dan kesempatan yang dimiliki, dan semakin banyak rintangan yang dapat diantisipasi, maka hal ini akan semakin memperkuat *perceived behavioral control* seseorang.

6.9 Hubungan Intensi Dengan Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP

Intensi mempunyai hubungan signifikan dengan perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP. Dalam penelitian didapatkan bahwa perawat yang mempunyai intensi yang baik sebagian besar mempunyai perilaku kepatuhan yang baik pula.

Theory of Planned Behavior menyatakan bahwa intensi merupakan faktor langsung dari tingkah laku maka dapat disebutkan bahwa tingkah laku individu tertentu akan konsisten dengan intensinya terhadap tingkah laku tersebut. Jika ada intensi untuk bertingkah laku tertentu, maka ia akan melakukan tingkah laku tersebut (Fishbein & Ajzen 1975). Oleh karena itu, intensi dari seorang individu dapat memberikan prediksi yang akurat akan tingkah laku yang muncul. Intensi tidak dengan sendirinya menjadi perilaku, karena masih tergantung pada faktor

lain yaitu persepsi individu terhadap kemampuannya untuk mewujudkan perilaku dan kendala-kendala yang diperkirakan dapat menghambat perilakunya (Sarwono 1997). Menurut Semin dan Fiedler (1996) teori tingkah laku terencana menjelaskan bahwa persepsi terhadap kontrol tingkah laku bersama dengan sikap terhadap perilaku dan norma subjektif akan membentuk intensi, sedangkan persepsi terhadap kontrol perilaku dengan intensi akan mempengaruhi terwujudnya suatu perilaku. Semakin positif persepsi individu terhadap kemampuannya untuk menampilkan perilaku, semakin besar kemungkinan intensi terwujud menjadi perilaku. Perilaku karena pilihan bebas (*volitional behavior*) dipengaruhi oleh intensi atau niat, dan kontrol aktual individu untuk menampilkan atau tidak menampilkan perilaku tersebut. Dalam kaitannya dengan kepatuhan pencegahan VAP, intensi kepatuhan menjalankannya ditunjukkan pada motivasi individu menampilkan perilaku kepatuhan tersebut, yang menunjuk seberapa besar individu ingin melakukan suatu perilaku (Ajzen 2005). Suatu perilaku dapat diubah dengan memodifikasi sistem keyakinan dominan yang mendasari (sikap, norma subjektif dan *perceived behavioral control*) sehingga memunculkan niat untuk merubah perilaku. Salah satu dari lima strategi untuk meningkatkan kepatuhan menurut Smet (1994), diantaranya adalah dukungan profesional kesehatan. Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya tehnik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan, misalnya antara kepala perawat dengan bawahannya.

Hasil penelitian didapatkan bahwa niat perawat dalam menjalani pencegahan VAP masih ada kurang, meskipun dari data didapatkan 68,2% sudah berperilaku yang baik atas dasar niat dari perawat. Dari hasil FGD perawat menginformasikan memang masih ada perilaku yang melanggar terutama dalam *handhygiene* sesuai SPO. Menurut mereka sudah melakukan *handhygiene* hanya sampai langkah ketiga, mereka merasa terlalu ribet dan butuh banyak waktu. Mereka berpendapat bahwa pekerjaan harus cepat selesai, tidak dipikirkan akibat yang dapat terjadi dari perilaku tersebut. Hal ini jelas kurang adanya niat yang baik dalam berperilaku patuh, sehingga diperlukan suatu perubahan dalam kepatuhan berperilaku terutama dalam pencegahan VAP. Sesuai dengan teori dikatakan bahwa salah satu upaya meningkatkan kepatuhan seseorang adanya dukungan profesional dengan teknik meningkatkan komunikasi antar teman. Sesuai dengan komitmen yang sudah disepakati untuk meningkatkan kepatuhan selain meningkatkan niat yang kurang juga dengan saling mengingatkan antar teman, supervisi dari atasan, pemberian *reward* untuk yang sudah berperilaku patuh. Dengan adanya niat dan komunikasi yang baik niscaya perilaku kepatuhan perawat dalam menjalani tatalaksana pencegahan VAP juga akan menjadi baik.

6.10 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

- 1) Beberapa faktor yang tidak dapat dikendalikan oleh peneliti yaitu situasi lingkungan ICU saat terjadi *emergency*, petugas observasi harus berfokus

pada kondisi pasien, sehingga perilaku perawat kurang dapat diobservasi secara optimal.

- 2) Observasi perilaku kepatuhan tidak dapat dilakukan secara optimal terutama pada saat shift malam, karena petugas observasi harus mengawasi keseluruhan ICU.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

- 1) Sikap umum berhubungan signifikan dengan faktor pendukung intensi dalam perilaku pencegahan VAP.
- 2) Pendidikan secara analisis deskripsi sesuai dengan teori, meskipun secara statistik bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan faktor pendukung intensi, hal ini kemungkinan jumlah sampel yang terbatas.
- 3) Usia berhubungan signifikan dengan sikap terhadap VAP dan norma subjektif namun tidak berhubungan dengan *perceived behavioral control*
- 4) Pengetahuan secara analisis deskripsi sesuai dengan teori, meskipun secara statistik tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan faktor pendukung intensi, hal ini dapat disebabkan karena kurangnya pengalaman dari responden.
- 5) Pengalaman berhubungan signifikan dengan faktor pendukung intensi
- 6) Sikap terhadap pencegahan VAP berhubungan signifikan terhadap intensi
- 7) Norma subjektif berhubungan signifikan terhadap intensi
- 8) *Perceived behavioral control* berhubungan signifikan terhadap intensi
- 9) Perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP mempertimbangkan faktor intensi, sikap, norma subjektif dan *perceived behavioral control* yang telah disusun dalam bentuk “ Buku Panduan Pencegahan VAP Pada Pasien Dengan Ventilator”

10) Fasilitas kesehatan (sikat gigi dengan *suction* dan penanda elevasi kepala) juga dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP

7.2 Saran

1. Institusi (*Intensive Care Unit*)

- 1) Perilaku pencegahan VAP perlu diperbaiki dengan meningkatkan intensi, menurut hasil FGD intensi dapat diperbaiki dari supervisi dan evaluasi secara rutin serta umpan balik, sehingga perawat mengetahui keberhasilan dan kekurangan dalam perilaku pencegahan VAP serta merasa diperhatikan.
- 2) Evaluasi kinerja secara berkala dari *preceptorship* untuk perawat yang baru bekerja di ICU untuk mengetahui kemampuan dari masing-masing individu.
- 3) Perbaikan perilaku kepatuhan pencegahan VAP dapat diawali dengan peningkatan *background* faktor sikap secara umum dan pengalaman, perawat diberi pelatihan secara berkala dan supervisi dari katim, Pj shift dan kepala ruangan
- 4) Sosialisasi secara berjenjang tentang SPO, petunjuk teknis, buku panduan dalam perilaku pencegahan VAP, sehingga terjadi persepsi yang sama serta menumbuhkan keyakinan dan sikap yang baik.

- 5) Pemberian *reward* dan sanksi yang jelas untuk mempertahankan niat yang sudah baik agar tetap baik dalam berperilaku patuh dalam pencegahan VAP.
- 6) Evaluasi secara *continue* dan periodik terhadap *VAP bundle* sebagai usaha meningkatkan perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP

2. Perawat

- 1) Peningkatan sikap umum dan pengalaman dapat dilakukan dengan selalu melihat dan memberi contoh yang baik dari teman dan mengikuti pelatihan dalam tata laksana pencegahan VAP
- 2) Peningkatkan niat/intensi perawat dalam pencegahan VAP sehingga akan terbentuk perilaku kepatuhan yang positif.
- 3) Perawat wajib melaksanakan pencegahan VAP sesuai hasil penelitian seperti *oral care* dengan sikat gigi *suction*, pemberian elevasi kepala sesuai penanda yang sudah ada pada tempat tidur, dan *handhygiene* sesuai SPO.

3. Penelitian Lanjut

- 1) Peneliti selanjutnya melakukan aplikasi buku panduan pencegahan VAP sebagai acuan dalam pemberian asuhan keperawatan dengan mengukur angka kejadian VAP

- 2) Hasil penelitian ini dapat diterapkan di tempat lain dengan syarat rumah sakit memiliki tipe, budaya dan karakteristik yang sama dengan Rumah Sakit Katolik Surabaya yaitu RS Swasta Type B.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abbott, C.A., Dremsa, T., S. & D.W., Mark, D.D., & Swift, C.C., 2006. Adoption of a ventilator-associated pneumonia clinical practice guideline. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4), pp.139–52.
- Ajzen, I., 1988. *From Intentions To Action, Attitudes, Personality and Behavior*. London Open University Press, England.
- Ajzen, I., 1991. *The Theory Of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision processes*. Academic Press, University of Massachusetts
- Ajzen, I., 2005. *Attitudes, Personality, and Behavior* 2nd ed., Berkshire: Open University Press.
- Arikunto (2009). *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Asrori, M., 2000. Hubungan Sikap, Norma Subjektif, dan Perceived behavioral control dengan Intensi Menghindari Pajak. Fakultas Psikologi UI.
- Al-Tawfiq, J.A. & Abed, M.S., 2010. Decreasing ventilator-associated pneumonia in adult intensive care units using the Institute for Healthcare Improvement bundle. *American Journal of Infection Control*, 38(7), pp.552–556. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2010.01.008>.
- Andre C.Kalil , et al., 2016 Management of Adult With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infections Diseases Society of America and the American Thoracic Society, ISDA Guideline, *Clinial Infections Diseases Journal*
- Amaliah, K., 2008. *Peranan sikap, norma subjektif, dan perceived behavioral control dalam memprediksi intensi mahasiswa untuk bersepeda di kampus*. Universitas Indonesia, Depok.
- American Thoracic Society; Infectious Disease Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005; 171(4):388-416.
- Arfianti, 2010. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan cuci tangan perawat di RSI Sultan Agung Semarang.
- Azwar, S., 2003. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Yogyakarta: Pustaka

Pelajar.

- Azwar, S., 2008. *Penyusunan Skala Psikologi* 2nd ed., Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Ban, K.O., 2011. The effectiveness of an evidence-based nursing care program to reduce ventilator-associated pneumonia in a Korean ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(4), pp.226–232. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.001>.
- Bart, Smet. 1994. *Psikologi Kesehatan*. PT. Gramedia Widiasarana Indonesia. Jakarta
- Bandura, A., 1986. From Thought To Action: Mechanisms of Personal Agency. *New Zealand Journal of Psychology*, 15, pp.1–17.
- Brannon, L. & Nord, W.R., 1990. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* 3rd ed., USA: Brooks/ Cole.
- Buisson, 2011. Diagnosing Pneumonia During Mechanical Ventilation, the Clinical Pulmonary Infection Score. *AJRCCM*.
- Burns, K 2011. . Guidelines For The Prevention of Ventilator- Associated Pneumonia. Ireland: *Wikipedia*, pp.1–6. Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/World_Health_Organization.
- Cresswell, J.W., 2005. *Research Design: Qualitative and Quantitative Approach*, California: Sage Publications.
- Dahlan, M., 2010. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*, Jakarta: Salemba Medika.
- Dharmmesta, B.S. 1998. *Theory Of Planned Behavior* dalam Penelitian Sikap, Niat dan Perilaku Konsumen. *Kelola* 18 (VII): 85-103
- Grace E.C. Korompis, M., 2015. *Biostatistik untuk keperawatan*. Egi Komara yudha, ed., Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Fishbein, M. & Ajzen, I., 1975. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An introduction to Theory and Research*, Philippines: Addison-Wesley Publishing Company.
- Futaci, D.A., 2014. Penggunaan Ventilator Bundle Pada Pasien Dengan Ventilator Mekanik di ICU. *Jurnal Kedokteran*.
- Ghozali, I., 2008. *Structural Equation Modeling Metode Alternatif Dengan*

- Pendekatan Partial Least Square (PLS)* 2nd ed., Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Glanz, K., Rimer, B. & Viswanath, K., 2008. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, USA.
- Health Communication Capacity Collaborative, 2014. Theory of Planned Behavior An HC3 Research Prime., p.<http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploa>.
- Hellyer TP, Evan V, Wilson P and Simpson Victoria Evan, P.W., 2016. The Intensive Care Society recommended bundle of interventions for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Journal of the Intensive Care Society*, vol.17(3), p.238-243
- Hidayat, A.A., 2010. *Metode Penelitian Kesehatan; Paradigma Kuantitatif*, Surabaya: Health Books Publishing.
- Institute, T.C.P.S. & (CPSI)., 2012. Prevent Ventilator Associated Pneumonia. *Saferhealthcare*.
- Jam Gatell, M.R., 2012. Assessment of a training programme for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Nursing in Critical Care*, 17(6), pp.285–292.
- Jogiyanto, 2007. *Sistem Informasi Keperilakuan*, Yogyakarta: Penerbit Andi Yogyakarta.
- Kiyoshi, H., 2014. Adherence to Institution Specific Ventilator Associated Pneumonia Prevention Guidelines. *American Journal of Critical-Care*, 23, p.3.
- Lau Ac, So HM, Tang SL, Yeung A, Lam SM, Yan W., 2015. Prevention of Ventilator- associated Pneumonia. *Honkong Med J*, 21(1), pp.61–8.
- Lawrence, P., & Fulbrook, P., 2011. The ventilator care bundle and its impact on ventilator-associated pneumonia a review of the evidence. *Nursing in Critical Care*, 16(5), pp.222–34.
- Liza M. Weavind, Nahel Saied, J. D. Hall, Pratik P. Pandharipande., 2013 Care Bundles in the Adult ICU. *Critical Care Anesthesia*, vol. 3: 79-88
- Luna, A., 2015. An Exploration of Nurse Adherence to Ventilator- Associated Pneumonia Bundle Interventions: A Quantitative Study. *Critical Care Nursing Commons, and the Other Analytical, Diagnostic and Therapeutic Techniques and Equipment Commons*, 43.

- Lyerla, F, Cyntia LR, Dorothy A Cooke, Debra T, Lisa W., 2010. A nursing clinical decision support system and potential predictors of head-of-bed position for patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 19(1), pp.39–47.
- Maria Ulfa, F.A., 2015. Analisis Kepatuhan Perawat dalam Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Ventilator di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah. *Kesehatan*, 1, p.2.
- Matta, A.S., 2014. Prevention of Ventilation Assocaited Pneumonia, News Idea and Better Results. *Journal of Pulmonary Respiratory Medecine* 5(1).
- Marino PL., 2007. Principles of Mechanical Ventilation. In: Marino PL, ed. *The ICU Book*. 3rd ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins.Inc
- Maradona, 2009. Hubungan Sikap Pelanggan, Norma Subjektif Pelanggan dan Kontrol Perilaku Pelanggan dengan Intensi Kepatuhan Pelanggan dalam Membayar Tagihan Jasa Telepon Rumah di Pt. Telekomunikasi Indonesia, Tbk Malang (Penerapan Teory Of Planned Behavior). Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.
- Martini, 2007. Hubungan Karakteristik Perawat, Sikap, Beban Kerja, Ketersediaan Fasilitas dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rawat Inap BPRSUD Kota Salatiga. Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro, Semarang.
- Nasution, D.C.R., 2011. Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. In 3. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pp. 4–4.
- Niven, N., 2002. *Psikologi Kesehatan*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Notoatmodjo, S., 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* 4th ed., Jakarta: Salemba Medika.
- O’Keefe-McCarthy, S., Santiago, C. & & Lau, G., 2008. Ventilator-associated pneumonia bundled strategies: an evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), pp.193–204.
- PAPDI, 2009. *Panduan Tata kelola Hospital-Acquired Pneumonia, Ventilator-*

- Assosiated Pneumonia, Healthcare-Assosiated Pneumonia pasien dewasa second.*, Jakarta: Centra Communications.
- PDPI, 2003. *Pneumonia Nosokomial Pedoman Diagnosis. dan Penatalaksanaan.*, Jakarta: Centra Communications.
- Potter, P.A., 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik* 4th ed. Y. Asih, ed., Jakarta: EGC.
- Rahmiati, 2013. Ventilator-Associated Pneumonia Dan Pencegahannya. *journal Husada Mahakam*, vol. 3 (6): 263-318
- Rello, J, Jean Chastre, Giuseppe C, Robert M., 2011. A European care bundle for management of ventilator-associated pneumonia. *Journal of Critical Care*, 26(1), pp.3–10. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.04.001>.
- Ramayah, T. & Harun, Z., 2005. Entrepreneurial Intention Among the Student of Universiti Sains Malaysia (USM)". , 1, 8-20. *International Journal of Management and Entrepreneurship*, 1, pp.8–20.
- RISKESDAS, 2007. *Riset Kesehatan Dasar 2007*, Jakarta.
- Santoso, 2005. *Pendidikan Anak Dalam Keluarga*, Jakarta: Grasindo.
- Sarwono, S.w., 1997. *Psikologi Sosial, individu dan Teori-Teori Psikologi Sosial*. Jakarta: Balai Pustaka
- Sarwono, S.W., 2004. *Psikologi Remaja* 8th ed., Jakarta: Raja Grafindo Pustaka.
- Sedwick, M.B., Lance-Smith, M. & Reeder, S. J., & Nardi, J., 2012. Using Evidence-Based Pracrice to Prevent Ventilator Associated Pneumonia. *Crit Care Nurse.*, Vol. 32,no.4, pp.41–51.
- Septiari, B.B., 2012. *Infeksi Nosokomial*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Semin, G.R., dan Fiedler, K. 1996 *Applied Social Psychology*. London: Sage Publication
- Shibu, B., Susan, B., Nair, S. & Ganesan, S. & Bipin, R., 2011. Implementation and Compliance to Ventilator-associated Pneumonia Prevention Bundle in A Private Health care Facility in The Arab Emirates. *Critical Care*.
- Sierra, G. and, 2007. *Nosokomial Pneumonia Strategi For Management England*.

Library of Congress Cataloging in Publication Data.

- Silalahi, U., 2010. *Metode Penelitian Sosial* 2nd ed. A. Gunarsa, ed., Bandung: PT. Refika Aditama.
- Smet, B., 1994. *Psikologi Kesehatan*, Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Stanley, M., 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* 2nd ed., Jakarta: EGC.
- Sukrisno, 1996. Hubungan antara Sikap, Norma Subjektif, dan Perceived behavioral control dengan Intensi melanjutkan ke Program Profesi Psikolog. Depok: Fakultas Psikologi UI.
- Tolentino-DelosReyes, A. F., R. & S. D., & K. Shiao, S., 2007. Evidence-Based Practice: Use of The Ventilator Bundle to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. *American Journal of Critical Care*, 16, p.1.
- Todi, S 2012., Bundle Therapy in Critical Care. *Journal of Medicine Update*, Vol. 22, p.695-699
- Wawan, 2010 *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*, Jakarta, Nuha Medika.
- Widyaningsih, R., & Buntaran, L., 2012. Pola Kuman Penyebab Ventilator Associated Pneumonia (VAP) dan Sensitivitas Terhadap Antibiotik di RSAB Harapan Kita. , 1(6).
- WHO Guidelines, 2009 *On HandHygiene in Health Care*
- Wirjana, M., 2007. Ventilator Associated Pneumonia. *Jurnal Kesehatan*.
- Wyncoll, P.S.Z. and D. LA, 2011. Critical care The Tracheal Tube Gateway to Ventilator Associated Pneumonia.

LAMPIRAN

Lampiran 1



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkp.unair.ac.id

Nomor	: /UN3.1.13/PPd/S2/2017	12 Januari 2017
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair	


Kepada Yth.
 Direktur Utama RS Katolik
 Surabaya

Schubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama	: Ni Ketut Suadnyani, S.Kep., Ns.
NIM	: 131514153030
Judul Proposal	: Penerapan <i>Theory Of Planned Behavior</i> terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat dalam Pencegahan VAP di ICU RS Swasta Type B Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n Dekan
 Wakil Dekan I



Dr. Kusanto, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196306291989031002

- Tujuan:
1. Diklat RS Katolik Surabaya
 2. Direktur Keperawatan RS Katolik Surabaya

Lampiran 2

RKZ SURABAYA

RUMAH SAKIT KATOLIK

St. Vincentius a Paulo
Jl. Diponegoro 51

Surabaya 60241 - Indonesia

+62 031 5677562 (hunting)

+62 031 5674748

info@rkzby.com

www.rkzsurabaya.com

Surabaya, 20 Januari 2017

Nomor : 28/UAK/I/2017

Perihal : Ijin penelitian

Yang terhormat,
Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan
Prodi Magister Keperawatan
Universitas Airlangga
Surabaya

Sehubungan dengan surat Bapak, tertanggal 12 Januari 2017, perihal permohonan ijin pengambilan data untuk penelitian Tesis dengan judul : "*Penerapan Theory of Planned Behavior Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Swasta Type B Surabaya*" oleh Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR, yaitu :

Sdr. Ni Ketut Suadnyani

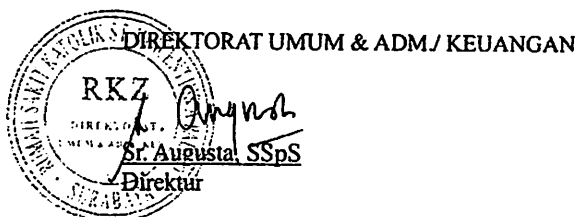
NIM. 131514153030.

Direksi RS Katolik St. Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya dapat *memberi ijin* kepada Mahasiswa tersebut untuk melakukan pengambilan data, dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Pengambilan data untuk penelitian hanya diijinkan di *Intensive Care Unit (ICU)* RS Katolik St. Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya.
2. Dalam melakukan pengambilan data, Peneliti (yang bersangkutan) harus dibawah pendampingan Ibu Rosa Dwi Sahati, S.Kep., Ners., MARS.
3. Sebelum dibuat karya tulis resmi dan diajukan dalam sidang/ ujian, hasil penelitian yang dilakukan di RS Katolik St. Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya harus dipresentasikan kepada Direksi RS Katolik St. Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya dan mendapat persetujuan.

Sebelum memulai penelitiannya, mohon Peneliti (yang bersangkutan) menghubungi Sdr. Nora Ekawati, SKM, MARS di Kantor Diklatbang RS Katolik St. Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya pada jam kerja.

Semoga penelitian yang dilaksanakan memberi manfaat bagi peningkatan profesionalitas para perawat ICU.



Tembusan :

1. Sdr. Ni Ketut Suadnyani
2. Direktur Keperawatan RS Katolik St. Vincentius a Paulo
3. Arsip

---- Diselenggarakan oleh Yayasan Arnoldus ----



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”

No : 314-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“PENERAPAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR* TERHADAP PERILAKU KEPATUHANPERAWAT DALAM PENCEGAHAN VAP DI RS SWASTA TIPE B”.

Peneliti utama : Ni Ketut Suadnyani
Principal Investigator
Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Rumah Sakit Katolik Surabaya
Setting of research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned

Surabaya, 23 Januari 2017

Ketua, (CHAIRMAN)

Joni Baryanto, S.Kp., M.Si., Dr Kep
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 4

BIDANG DIKLATBANG
RS KATOLIK ST. VINCENTIUS A PAULO
SURABAYA








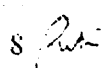

DAFTAR HADIR PESERTA

FOCUS GROUP DISCUSION (FGD)

PENELITIAN MAHASISWA PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSTAS AIRLANGGA

Judul Penelitian :
Penerapan *Theory Of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP Di ICU Rumah Sakit Swasta Type B Surabaya.

Tempat FGD : Ruang ICU 2
Hari / Tanggal : Senin / 13 Februari 2017
Waktu : Pukul 13.00 – 14.30 WIB
Fasilitator : Ni Ketut Suadnyani, S.Kep., Ners
Notulis : Dini Susiana
Peserta FGD : Perawat Pelaksana ICU

NO	NIK	NAMA	TANDA TANGAN
1	00923	Tutik Ernawati, S.Kep., Ners	1 
2	01159	Ni Nyoman Budi Armiti, Amd.Kep	2 
3	01256	Deli Manurung, Amd.Kep	3 
4	01507	Mersiana Indrawati, Amd.Kep	4 
5	02019	Benecikta Rati Damayanti, J., Amd.Kep	5 
6	02263	Jelin Mucjowati, Amd.Kep	6 
7	03376	Dewi Kartika Mus Hancayani, Amd.Kep	7 
8	0348	Putri Natalia Kristina, S.Kep., Ners	8 
9		Yusni Kartamadani	9 
10			10

BIDANG DIKLATBANG
RS KATOLIK ST. VINCENTIUS A PAULO
SURABAYA


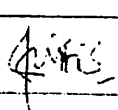




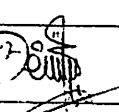
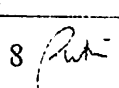

DAFTAR HADIR PESERTA

FOCUS GROUP DISCUSION (FGD)

PENELITIAN MAHASISWA PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Judul Penelitian :
Penerapan *Theory Of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP Di ICU Rumah Sakit Swasta Type B Surabaya.

Tempat FGD : Ruang ICU 2
Hari / Tanggal : Senin / 13 Februari 2017
Waktu : Pukul 13.00 – 14.30 WIB
Fasilitator : Ni Ketut Suadnyani, S.Kep., Ners
Notulis : Dini Susiana
Peserta FGD : Perawat Pelaksana ICU

NO	NIK	NAMA	TANDA TANGAN
1	00923	Tutik Ernawati, S.Kep., Ners	1 
2	01159	Ni Nyoman Budi Arniti, Amd.Kep	2 
3	01256	Deli Manurung, Amd.Kep	3 
4	01507	Mersiana Indrawati, Amd.Kep	4 
5	02019	Benedikta Ratih Damayanti J., Amd.Kep	5 
6	02263	Jein Mudjowati, Amd.Kep	6  → Bantu tel 16/2/17
7	03376	Dewi Kartika Mus Handayani, Amd.Kep	7 
8	03481	Putri Natalia Kristina, S.Kep., Ners	8  Bantu tel 16/2/17
9		Yusni Hartmadani	9 

DANG DIKLATBANG
KATOLIK ST. VINCENTIUS A PAULO
URABAYA

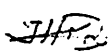

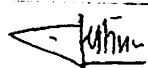


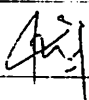

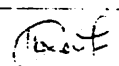
DAFTAR HADIR PESERTA

FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)

PENELITIAN MAHASISWA PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Penelitian :
Penerapan *Theory Of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam
Pencegahan *VAP* Di *ICU* Rumah Sakit Swasta *Type B* Surabaya.

Tempat FGD : Ruang ICU 2
Hari / Tanggal : Selasa / 14 Februari 2017
Waktu : Pukul 13.00 – 14.30 WIB
Moderator : Ni Ketut Suadnyani, S.Kep., Ners
Penulis : Dini Susiana
Peserta FGD : Perawat Pelaksana ICU

NO	NIK	NAMA	TANDA TANGAN
1	01467	Veronika Kristiastuti, S.Kep., Ners	1 
2	01977	Augustina Heny Mulyani, Amd.Kep	2 
3	01996	Christina Adviyanti, Amd.Kep	3 
4	02583	Elisabeth Setyaningrum K., Amd.Kep	4 
5	02711	Indah Yuni Astuti, Amd.Kep	5 
6	03238	Octavia Tris Susanti, Amd.Kep	6 
7	03478	Natalia Ayu Puspitasari, S.Kep., Ners	7 
8	00799	Ratih Winda Mart Susi, S.Kep. Ners	8 
9		Yuni Indah	9

BIDANG DIKLATBANG
RS KATOLIK ST. VINCENTIUS A PAULO
SURABAYA

DAFTAR HADIR PESERTA


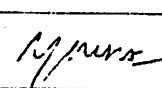

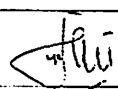



FOCUS GROUP DISCUSION (FGD)

PENELITIAN MAHASISWA PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Judul Penelitian :

Penerapan *Theory Of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP Di ICU Rumah Sakit Swasta Type B Surabaya.

Tempat FGD : Ruang ICU 2
Hari / Tanggal : Rabu / 15 Februari 2017
Waktu : Pukul 13.00 – 14.30 WIB
Fasilitator : Ni Ketut Suadnyani, S.Kep., Ners
Notulis : Dini Susiana
Peserta FGD : Perawat Pelaksana ICU

NO.	NIK	NAMA	TANDA TANGAN
1	00799	Ratih Wido Mart Susi, S.Kep., Ners → sdh 14/2/17.	
2	00902	Karolina Lengi, Amd.Kep	2 Roni
3	01760	Agnes Nina Ariwati, Amd.Kep	3 
4	02473	Youses Dwi Herawati, Amd.Kep	4 
5	02652	Ni Gusti Suryani, Amd.Kep	5 
6	03012	JEN MUOTOWATI Gabriella Endah Pratiwi, Amd.Kep	6 
7	03366	Yusri Rachmadani Pertiwi, S.Kep., Ners → 7/15/2/17	
8	03486	Stepani Rita Yuliana, Amd.Kep	8 
9	00827	Natalia Lili	9 
10	03481	Palmi	10 

BIDANG DIKLATBANG
RS KATOLIK ST. VINCENTIUS A PAULO
SURABAYA

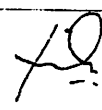
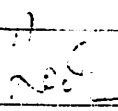
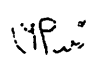

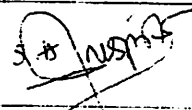
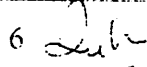
DAFTAR HADIR PESERTA

FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)

PENELITIAN MAHASISWA PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Judul Penelitian :
Penerapan *Theory Of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP Di ICU Rumah Sakit Swasta Type B Surabaya.

Tempat FGD : Ruang ICU 2
 Hari / Tanggal : Jumat / 17 Februari 2017
 Waktu : Pukul 13.00 – 14.30 WIB
 Fasilitator : Ni Ketut Suadnyani, S.Kep., Ners
 Notulis : Dini Susiana
 Peserta FGD : Dokter Anastesi, Pengurus HIPERCCI, Kepala Instalasi Perawatan Khusus, IPCN RS, dan PJ Shift Ruang ICU.

NO	NIK	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1		dr. Nicolas Parningotan Simamora, Sp.An	Konsultan Intensive Care (Dokter Mitra)	1 
2		Rodiana S.Kep., Ners	Perawat HIPERCCI	2 
3	00358	Gusti Ayu Made Surati, Amd.Kep	Kepala Instalasi Perawatan Khusus	3 
4	00577	Chatarina Eko Suwarni, Amd.Kep	Penanggung Jawab Shift ICU	4 
5	01334	Aulia Puspita, Amd.Kep	Penanggung Jawab Shift ICU	5 
6	01671	Ni Putu Nugraheni Hartati, S.Kep.. Ners	Tim PPI (IPCN)	6 
7				7
8				8

Lampiran 5

RKZ SURABAYA

**RUMAH SAKIT KATOLIK
St. Vincentius a Paulo**

Jl. Diponegoro 51
Surabaya 60241 - Indonesia
☎ +62 031 5677562 (hunting)
☎ +62 031 5674748
✉ info@rkzsby.com
www.rkzsby.com

SURAT KETERANGAN

No. 194/UAK/IV/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sr. Augusta, SSpS
Jabatan : Direktur Umum & Adm./ Keuangan
Instansi : RS Katolik St. Vincentius a Paulo
/ Jalan Diponegoro 51, Surabaya

dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Ni Ketut Suadnyani
NIM : 131514153030
Judul penelitian : *"Penerapan Theory of Planned Behavior Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Swasta Type B Surabaya"*

benar-benar telah melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Katolik St. Vincentius a Paulo Surabaya *sejak tanggal 26 Januari sampai dengan 28 Pebruari 2017.*

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk diketahui pihak Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Surabaya, 7 April 2017

DIREKTORAT UMUM & ADM/ KEUANGAN



Sr. Augusta, SSpS
Direktur

---- Diselenggarakan oleh Yayasan Arnoldus ----

Lampiran 6

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ni Ketut Suadnyani
NIM : 131415143030

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang “Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya”. Penelitian ini bermanfaat untuk merumuskan suatu model sebagai upaya meningkatkan kepatuhan perawat dalam menjalankan tata laksana, mencegah terjadinya infeksi nosokomial.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/ Ibu/ Saudara menjadi responden dalam penelitian ini. Semua data yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan. Data hanya disajikan untuk keperluan penelitian ini. Apabila dalam penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan, maka responden dapat mengundurkan diri.

Apabila bapak/ Ibu/ Saudara bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Ni Ketut Suadnyani.

Lampiran 7

LEMBAR PENJELASAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Ni Ketut Suadnyani
NIM : 131415143030
Mahasiswa : Program Magister Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Saat ini sedang melakukan penelitian tentang “Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya”. Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu saya informasikan terkait dengan keikutsertaan perawat sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan model perilaku kepatuhan perawat dalam pencegahan VAP berbasis *Theory of Planned Behavior*
 2. Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi pelayanan untuk informasi pentingnya pencegahan VAP dan beberapa faktor yang mempengaruhi sehingga akan mampu meningkatkan profesionalisme dalam bekerja .
 3. Jika Bapak / Ibu bersedia berpartisipasi dalam penelitian, maka peneliti akan memberikan kuesioner berupa pertanyaan dan bapak/ibu dimohon untuk mengisi kuesioner tersebut.
 4. Penelitian ini tidak mengandung resiko, karena identitas bapak/ibu akan peneliti rahasiakan kepada siapapun, apabila dalam jalannya penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan maka responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden
 5. Penelitian ini tidak memberikan reward kepada responden dalam uang, namun responden mendapat cinderamata berupa sovenir dari peneliti.
 6. Semua responden akan mendapat perlindungan dan perlakuan yang sama.
- Dengan penjelasan tersebut diatas, saya berharap Bapak/ Ibu/ Saudara

bersedia menjadi responden penelitian ini. Jika ada pertanyaan bisa menghubungi peneliti , nomor HP 0811373842 dan Atas kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

7. Untuk itu saya mohon partisipasi saudara untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya persiapkan dengan sejujur-jujurnya dalam waktu \pm 1-1,5 jam dan akan ditunggu oleh peneliti
8. Dalam penelitian ini aka ada pengambilan foto dan rekaman suara dari responden dan akan di tampilkan dalam hasil penelitian
9. Jika bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan

Surabaya, 26 Januari 2017

Yang menerima penjelasan,

Peneliti

()

Ni Ketut Suadnyani.

Saksi,

()

Lampiran 8**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya memahami/mengerti dengan baik maka saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian dengan judul” Penerapan *Theory of Planned Behavior* Terhadap Perilaku Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya” yang dilakukan oleh Ni Ketut Suadnyani mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Atas dasar pemikiran bahwa penelitian ini dilakukan untuk pengembangan ilmu keperawatan, maka saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi penjelasan dan menyatakan bersedia menjadi responden dengan sadar serta tanpa adanya keterpaksaan.

Surabaya, 26 Januari 2017

Peneliti

Responden Penelitian

(Ni Ketut Suadnyani)

Nama Jelas

Lampiran 9

INSTRUMEN TBP-AJZEN (2006)

Petunjuk

Berilah tanda centang (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban saudara

No Responden :.....

Tanggal Pengisian :.....

A. Data Demografi

1. Pendidikan

- Sekolah Perawat Kesehatan
- D-3 Keperawatan/D-4 Keperawatan
- S-1 Keperawatan
- S-2 Keperawatan

2. Usia :tahun

3. Lama Kerja di ICU:tahun

Lampiran 10

KUESIONER SIKAP UMUM

Berikut ini akan diberikan beberapa pernyataan. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

Mohon bantuan untuk mengerjakan dengan cermat dan teliti

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya menyukai atau senang dengan tugas dan fungsi perawat yang menjadi tanggung jawab saya saat ini				
2.	Saya menyukai, senang dengan tugas tambahan di luar tugas pokok perawat (menjalankan tugas dari dokter)				
3	Saya menyukai, senang kerjasama sesama perawat disini				
4	Saya menyukai, senang dengan fasilitas dan prasarana di ruangan ini				
5	Sebelum dan setelah tindakan, tangan dalam keadaan bersih				
6	Tidak menggunakan handuk/tissue jika tangan sedang dalam keadaan basah				
7	Ketika kondisi tubuh sedang tidak sehat saya tetap melakukan tindakan kesehatan				
8	Saya terlalu sibuk untuk melakukan kebersihan mulut sesuai jadwal				
9	Saya bertanggungjawab terhadap posisi elevasi kepala pasien yang dirawat dengan ventilator				
10	Saya hanya memberikan posisi elevasi kepala pada pasien saat hanya dibutuhkan				

Lampiran 11

KUESIONER PENGETAHUAN

Petunjuk: berilah tanda (x) pada pernyataan yang dianggap benar pada pernyataan di bawah ini.

NO	PERTANYAAN	B	S
		1	0
DEFINISI			
1	Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang didapat di rumah sakit		
2	Infeksi nosokomial diperoleh penderita selama dalam proses asuhan keperawatan di rumah sakit.		
3	Suatu infeksi dikatakan didapat dari rumah sakit apabila timbul gejala klinis sejak mulai perawatan		
4	VAP adalah pneumonia yang terjadi setelah 48-72 jam pada pasien dengan bantuan ventilasi mekanik, baik itu melalui pipa endotracheal maupun tracheostomi		
SUMBER INFEKSI			
5	Pasien merupakan unsur pertama yang dapat menyebarkan infeksi ke pasien lain, petugas kesehatan, pengunjung dan lingkungan		
6	Petugas kesehatan dapat menyebarkan infeksi melalui kontak langsung.		
7	Keberadaan pengunjung/keluarga merupakan sumber penularan dengan secara langsung		
8	Cairan yang terkontaminasi dapat dengan mudah terpercik saat dibuang di toilet atau tempat sampah		
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI			

NO	PERTANYAAN	B	S
		1	0
9	Semakin lama pasien dirawat, akan meningkatkan resiko terjadinya infeksi nosokomial		
10	Pasien dengan infeksi dapat dirawat bersama dengan pasien noninfeksi		
11	Pasien dengan usia lanjut lebih rentan terhadap infeksi nosokomial.		
12	Pasien dengan alat ventilator dapat meningkatkan kejadian VAP		
CARA PENYEBARAN			
13	Keberadaan pengunjung/keluarga merupakan sumber penularan tak Langsung		
14	Kesalahan dalam melakukan kebersihan tangan yang tepat merupakan penyebab utama infeksi nosokomial dan penyebaran microorganisme multiresisten		
15	Perawat yang demam ringan, pada saat bekerja harus memakai masker		
16	Perawat harus menjaga ke seterilan alat saat melakukan tindakan Invasif		
DIAGNOSIS			
17	Tidak semua penderita yang berada dalam perawatan akan tertular infeksi nosokomial		
18	Tanda klinis infeksi nosokomial sekurang-kurangnya 3 X 24 jam sejak perawatan.		
19	Demam pada hari ke-2 perawatan, merupakan indikasi pasien terpapar infeksi nosokomial		
20	VAP merupakan salah satu infeksi nosokomial yang terjadi di rumah sakit		
21	Pasien dengan ventilator beresiko tinggi terkena VAP		
22	Pasien dengan ventilator jika terjadi VAP angka kematiannya meningkat		
23	Pencegahan VAP pada pasien dengan ventilator merupakan tindakan prioritas		

NO	PERTANYAAN	B	S
		1	0
24	Penerapan VAP Bundle sangat signifikan dalam pencegahan VAP		
UNIVERSAL PRECAUTION			
25	Mencuci tangan sesuai SPO (enam langkah) adalah salah satu upaya pencegahan infeksi nosocomial		
26	Mencuci tangan dengan <i>five momen</i> merupakan standar di rumah sakit dalam pencegahan infeksi nosocomial		
27	Pemberian elevasi kepala merupakan tindakan prioritas pada pasien dengan ventilator untuk mencegah VAP		
28	Setiap pasien dengan ventilator harus dilakukan elevasi kepala		
29	<i>Oral Hygiene</i> merupakan tindakan prioritas pada pasien dengan ventilator		
30	<i>Oral Hygiene</i> dilakukan 2-3 jam sekali dengan menggunakan antiseptic		

Lampiran 12

KUESIONER SIKAP TERHADAP PENCEGAHAN VAP

Berikut ini akan diberikan beberapa pernyataan. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

Mohon bantuan untuk mengerjakan dengan cermat dan teliti

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya bertanggung jawab terhadap kebersihan mulut pasien yang dirawat dengan ventilator				
2.	Kebersihan mulut merupakan salah satu tindakan yang sangat penting pada pasien dengan ventilator				
3	Saya melakukan kebersihan mulut dengan menggunakan sulip lidah/tong spatel				
4	Saya melakukan kebersihan mulut setiap 3 jam dengan antiseptik				
5	Melakukan kebersihan mulut sesuai prosedur merupakan standar perawatan pasien dengan ventilator				
6	Saya hanya melakukan kebersihan mulut pada pasien saat hanya membutuhkan				
7	Saya merasa berat untuk melakukan kebersihan mulut sesuai jadwal				
8	Saya terlalu sibuk untuk melakukan kebersihan mulut sesuai jadwal				
9	Saya percaya kebersihan mulut dengan benar dapat mencegah kejadian infeksi nosokomial				
10	Jika saya melakukan kebersihan mulut sesuai prosedur infeksi nosokomial akan dapat saya cegah				
11	Saya bertanggungjawab terhadap posisi elevasi kepala pasien yang dirawat dengan ventilator				
12	Pemberian posisi elevasi kepala merupakan salah satu tindakan pencegahan infeksi nosokomial pada pasien dengan ventilator				

13	Memberikan posisi elevasi kepala sesuai prosedur merupakan standar perawatan pasien dengan ventilator				
14	Saya hanya memberikan posisi elevasi kepala pada pasien saat hanya dibutuhkan				

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
15	Bagi saya pemberian posisi elevasi kepala dengan benar dapat mencegah kejadian infeksi nosokomial				
16	Bagi saya melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur adalah tindakan pencegahan infeksi nosokomial				
17	Saya hanya melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan perawatan				
18	Bagi saya melakukan cuci tangan sesuai prosedur membutuhkan banyak waktu				
19	Kadang-kadang saya tidak punya waktu untuk melakukan cuci tangan sesuai prosedur				
20	Saya merasa sulit untuk memberikan posisi elevasi kepala saat pasien mengalami gangguan haemodinamik				
21	Saya merasa sulit melakukan kebersihan mulut saat pasien tidak kooperatif				
22	Saya tidak melakukan cuci tangan saat memberikan tindakan keparawatan ketika <i>emergency</i>				
23	Saya memberikan posisi elevasi kepala hanya 30 derajat				
24	Panduan pencegahan infeksi nosokomial mengurangi variasi perawatan pada pasien dengan ventilator				
25	Panduan pencegahan infeksi nosokomial mengganggu otoritas professional saya dan sulit untuk di mengerti				

Lampiran 13

KUESIONER PENGALAMAN

Berikut ini akan diberikan beberapa pernyataan. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

Ya : 1

Tidak : 0

Mohon bantuan untuk mengerjakan dengan cermat dan teliti

No	PERNYATAAN	YA	TIDAK
		1	0
1.	Saya memposisikan pasien (elevasi kepala) sesuai standar yang sudah ditetapkan pada pasien yang saya rawat		
2.	Saya sering tidak punya waktu untuk memposisikan pasien sesuai standar (elevasi kepala)		
3	Saya mengalami kesulitan memberikan posisi elevasi kepala pada empat terakhir pasien yang saya rawat dengan ventilator		
4	Saya tahu bahwa pencegahan infeksi nosokomial adalah prioritas di rumah sakit		
5	Panduan PPI yang ada membantu saya dalam pencegahan infeksi nosokomial		
6	Saya melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial karena adanya audit dari tim PPI rumah sakit		
7	Saya sering membaca panduan pencegahan infeksi nosokomial yang disediakan oleh rumah sakit		
8	Saya melakukan kebersihan mulut dengan menggunakan sulip lidah/tong spatel pada pasien yang saya rawat		
9	Saya melakukan kebersihan mulut setiap 3 jam dengan antiseptik		
10	Saya melakukan kebersihan tangan sesuai prosedur yang sudah ditetapkan		

Lampiran 14

KUESIONER NORMA SUBYEKTIF

Berikut ini akan diberikan beberapa pernyataan. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

Mohon bantuan untuk mengerjakan dengan cermat dan teliti

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Biasanya, saya akan mengikuti apa yang ditetapkan oleh tim PPI				
2.	Biasanya, saya akan melakukan apa yang dianjurkan oleh direktur keperawatan				
3	Biasanya, saya akan mengikuti apa yang dianjurkan oleh kepala instalasi unit khusus				
4	Biasanya, saya akan melakukan apa yang dianjurkan oleh kepala ruangan				
5	Biasanya, saya akan melakukan apa disarankan oleh rekan sejawat saya				
6	Biasanya, saya akan melakukan apa yang disarankan oleh tim kesehatan lain (salah satunya dokter)				

7	Tim PPI saya mendukung saya untuk melakukan pencegahan VAP				
8.	Direktur keperawatan saya mendukung untuk melakukan pencegahan VAP				
9	Kepala instalasi perawatan khusus saya mendukung saya untuk melakukan pencegahan VAP				
10	Kepala ruangan saya mendukung saya untuk melakukan pencegahan VAP				
11	Rekan sejawat saya tidak mendukung saya untuk melakukan pencegahan VAP				
12	Tim kesehatan lain (salah satunya dokter) tidak mendukung saya untuk melakukan pencegahan VAP				

Lampiran 15

KUESIONER *PERCEIVED BEHAVIORAL CONTROL*

Berikut ini akan diberikan beberapa pernyataan. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

Mohon bantuan untuk mengerjakan dengan cermat dan teliti

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Peraturan rumah sakit merupakan faktor pendorong untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
2	Kesadaran akan akibat yang ditimbulkan jika terjadi infeksi nosokomial menjadi faktor pendorong untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
3	Motivasi untuk menjalankan kewajiban, tanggung jawab perawat menjadi faktor pendukung untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
4	Kondisi ruangan yang memerlukan tindakan yang cepat merupakan hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
5	Adanya supervisi dari atasan merupakan faktor pendorong untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
6	Kebutuhan akreditasi rumah sakit atau evaluasi mutu merupakan faktor pendorong untuk melakukan pencegahan VAP				
7	Belum ada pedoman baku dan format khusus menjadi hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
8	Faktor pengetahuan perawat tentang pentingnya pencegahan infeksi nosokomial dalam asuhan keperawatan merupakan faktor pendorong untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
9	Faktor malas merupakan faktor penghambat untuk saya melakukan tindakan pencegahan VAP				
10	Faktor waktu merupakan faktor penghambat untuk saya melakukan tindakan pencegahan VAP				
11	Tersedianya sarana dan prasarana (sarung tangan, antiseptik, tempat tidur dengan remote) merupakan faktor pendukung untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
12	Kondisi pasien yang gawat menjadi faktor penghambat untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
13	Faktor beban kerja merupakan penghambat untuk melakukan pencegahan VAP				
14	Faktor pengalaman dan informasi menjadi faktor pendukung untuk melakukan pencegahan VAP				
15	Minimumnya <i>reward</i> merupakan penghambat untuk melakukan pencegahan VAP				

Berikut ini akan diberikan beberapa pernyataan. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

SK = Sangat Kecil

K = Kecil

B = Besar

SB = Sangat Besar

No.	Pernyataan	Sangat Kecil 1	Kecil 2	Besar 3	Sangat besar 4
16	Bagi saya, peraturan rumah sakit merupakan faktor pendorong untuk melakukan tindakan pencegahan VAP yang.....				
17	Bagi saya, kesadaran akan akibat yang ditimbulkan jika terjadi infeksi nosokomial menjadi faktor pendorong untuk melakukan tindakan pencegahan VAP.....				
18	Bagi saya, motivasi untuk menjalankan kewajiban, tanggung jawab perawat menjadi faktor pendukung untuk melakukan tindakan pencegahan VAP.....				
19	Kondisi ruangan yang memerlukan tindakan yang cepat merupakan hambatan yang.....bagi saya untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
20	Adanya supervisi dari atasan merupakan faktor pendorong yang.....bagi saya untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
21	Bagi saya, kebutuhan akreditasi rumah sakit atau evaluasi mutu merupakan faktor pendorong untuk melakukan pencegahan VAP yang.....				

No.	Pernyataan	Sangat Kecil 1	Kecil 2	Besar 3	Sangat besar 4
22	Belum ada pedoman baku dan format khusus menjadi hambatan yang.....bagi saya untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
23	Bagi saya, faktor pengetahuan perawat tentang pentingnya pencegahan infeksi nosokomial dalam asuhan keperawatan merupakan faktor pendorong untuk melakukan tindakan pencegahan VAP yang.....				
24	Faktor malas merupakan faktor penghambat yang.....bagi saya untuk saya melakukan tindakan pencegahan VAP				
25	Faktor waktu merupakan faktor penghambat yang.....bagi saya untuk saya melakukan tindakan pencegahan VAP				
26	Bagi saya, tersedianya sarana dan prasarana (sarung tangan, antiseptik, tempat tidur dengan remote) merupakan faktor pendukung untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
27	Kondisi pasien yang gawat menjadi faktor penghambat yang..... untuk melakukan tindakan pencegahan VAP				
28	Faktor beban kerja merupakan penghambat yang .....bagi saya untuk melakukan pencegahan VAP				
29	Faktor pengalaman dan informasi menjadi faktor pendukung yang.....bagi saya untuk melakukan pencegahan VAP				
30	Minimumnya <i>reward</i> merupakan penghambat yang .....bagi saya untuk melakukan pencegahan VAP				

Lampiran 16

KUESIONER INTENSI

Berikut ini akan diberikan beberapa pernyataan. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

Mohon bantuan untuk mengerjakan dengan cermat dan teliti

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya akan mencoba melakukan perawatan pasien di ICU sesuai prosedur untuk mencegah komplikasi infeksi nosocomial khususnya VAP				
2.	Saya berusaha setiap melakukan kebersihan tangan dengan cara enam langkah				
3	Saya berusaha melakukan kebersihan tangan <i>five momen</i>				
4	Saya yakin bahwa saya dapat melakukan melakukan kebersihan tangan sesuai prosedur				
5	Saya berusaha melakukan <i>oral care</i> dengan benar				
6	Saya yakin bahwa saya dapat melakukan melakukan <i>oral care</i> dengan benar sesuai prosedur				
7	Saya berusaha memberikan posisi elevasi kepala pada pasien dengan alat ventilator jika tidak ada kontraindikasi				
8	Saya yakin bahwa saya dapat melakukan posisi elevasi kepala pada pasien dengan alat ventilator jika tidak ada kontraindikasi				
9	Saya berniat rutin menjalani pencegahan VAP pada pasien dengan ventilator				
10	Saya berniat untuk melakukan tindakan pencegahan VAP sesuai standar yang sudah ditetapkan				

Lampiran 17

LEMBAR OBSERVASI KEPATUHAN

Tanggal :

No.Responden :

No	Materi Observasi	TIDAK	YA
		0	1
Five Momen Cuci Tangan			
1	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien		
2	Mencuci tangan sebelum tindakan aseptik		
3	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
4	Mencuci tangan setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien		
5	Mencuci tangan setelah kena cairan tubuh		
Enam Langkah Cuci Tangan			
6	Langkah 1 : Menggosok kedua telapak tangan		
7	Langkah 2 : Menggosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan /sebaliknya		
8	Langkah 3: Menggosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari		
9	Langkah 4: Menggosok Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan		
10	Langkah 5 : Menggosok ibu jari kiri dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya		
11	Langkah 6: Gosokan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan lakukan sebaliknya		

No	Materi Observasi	TIDAK	YA
		0	1
Positioning Pasien (Elevasi Kepala)			
12	Supine pada pasien dengan haemodinamik stabil		
13	Elevasi kepala 30 derajat pada pasien dengan haemodinamik stabil		
14	Elevasi kepala 30 derajat pada pasien dengan haemodinamik tidak stabil		
15	Elevasi kepala ≥ 45 derajat pada pasien dengan haemodinamik stabil		
<i>Oral Hygiene/Oral Care</i>			
16	Menggunakan tong spatel / sulip lidah		
17	Menggunakan antiseptik		
18	Tidak menggunakan antiseptik		
19	Menggosok gigi dan lidah dengan benar		
20	Melakukan <i>suction</i> setelah <i>oral hygiene</i>		

Lampiran 18

PANDUAN DISKUSI

TOPIK	: Penerapan <i>Theory of Planned Behavior</i> Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan VAP
WAKTU	: 90 Menit
TEMPAT	: Ruang Pertemuan ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya

I. PENDAHULUAN:

Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah hal yang umum dari *Healthcare-Associated Infections* (HCAI). *Ventilator-Associated Pneumonia* adalah infeksi nosokomial yang sering ditemukan dengan salah satu faktor risiko utama pada penggunaan alat bantu napas berupa ventilator mekanik, terutama pada pasien ICU. *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) adalah pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pada pasien dengan bantuan ventilasi mekanik, baik itu melalui pipa endotracheal maupun tracheostomy (Thomas P Hellyer 2016). *Ventilator-Associated Pneumonia* merupakan komplikasi yang mengancam bagi setiap pasien yang dirawat di ruang ICU, terutama yang

Berdasarkan observasional pada 1-4 Oktober 2016 dari 25 responden 75% perawat tidak melakukan cuci tangan sesuai SPO (enam langkah), 50% perawat

belum cuci tangan *five moment*, 20% belum memberikan posisi elevasi kepala sesuai indikasi, 30 % belum melakukan *oral care* dengan benar

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang merawat pasien selama 24 jam. Perawat selalu melakukan kontak dengan pasien, maka akan menjadi sumber utama terpaparnya infeksi nosokomial. Di ICU aktivitas perawat sangat tinggi dan cepat, hal ini sering menyebabkan perawat kurang memperhatikan teknik aseptik dalam melakukan tindakan keperawatan (Potter 2005). Kondisi seperti ini dapat meningkatkan kejadian HCAI khususnya VAP. Kejadian VAP dapat mengakibatkan peningkatan biaya perawatan, lamanya masa rawat diinstitusi layanan kesehatan, meningkatnya ketidakmampuan pasien, peningkatan biaya antibiotik dan masa penyembuhan yang memanjang menambah pengeluaran pasien (Potter 2005). Dengan demikian dapat menurunkan mutu pelayanan suatu rumah sakit khususnya pelayanan di ICU. Dalam upaya untuk pengembangan perilaku perawat dalam pencegahan VAP pada pasien dengan ventilator dapat diidentifikasi dengan menggunakan *Theory of Planned Behavior* (TBP). Dalam *Theory of Planned Behavior* menurut Ajzen (2005) menyatakan bahwa seseorang dapat melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tergantung dari niat orang tersebut. Niat merupakan hal-hal yang dapat menjelaskan faktor-faktor motivasi serta berdampak kuat pada tingkah laku. Hal ini mengindikasikan seberapa keras seseorang berusaha dan seberapa banyak usaha yang dilakukan agar perilaku yang diinginkan dapat dilakukan (Santoso

2005). Niat melakukan suatu perilaku di tunjang dengan keyakinan seseorang pada perilaku tersebut. Keyakinan diperoleh dengan pemberian pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman untuk melaksanakan perilaku tersebut. Niat yang kuat dari seorang perawat, akan meningkatkan kepatuhannya dalam menjalankan suatu prosedur. Dalam *Theory of Planned Behavior* (TPB), perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena adanya intensi/niat untuk berperilaku (Ajzen 2005). Variabel lain yang mempengaruhi intensi selain beberapa faktor pendukung intensi (sikap, norma subyektif dan *Perceived Behavioral Control*), yaitu variabel yang mempengaruhi atau berhubungan dengan *belief*. Beberapa variabel tersebut dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok, yaitu kategori personal, sosial (usia, jenis kelamin, dan pendidikan) dan informasi (salah satunya pengetahuan dan pengalaman)

II. TUJUAN DISKUSI

Tujuan dari FGD untuk mendapatkan isu strategis dan solusi sebagai dasar untuk menyusun rekomendasi dalam penyusunan panduan perilaku perawat dalam pencegahan VAP di ICU Rumah Sakit Katolik Surabaya.

III. LANGKAH-LANGKAH DISKUSI

1. Bagaimanakah cara pencegahan VAP pada pasien yang menggunakan ventilator yang sudah dilakukan selama ini?
2. Bagaimanakah prinsip-prinsip pencegahan VAP sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan?

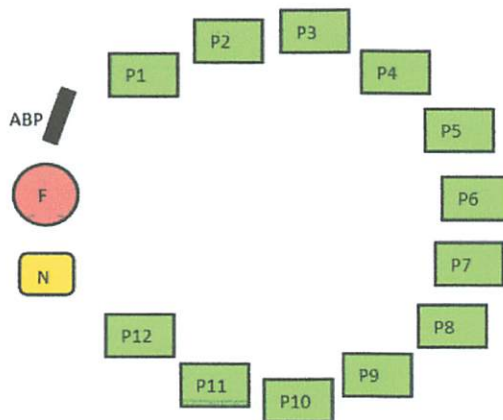
3. Apakah upaya yang sudah dilakukan selama ini dan kendala apa yang dihadapi selama ini dalam pencegahan VAP? seperti kebersihan tangan sesuai SPO, pemberian elevasi kepala dan *oral care* secara benar
4. Solusi apa yang diusulkan untuk perilaku kepatuhan dalam pencegahan VAP ini

IV. DISKUSI PARTISIPATIF PESERTA

1) Kesepakatan dan Aturan Diskusi

Pelaksanaan FGD dilakukan melalui diskusi partisipatif oleh seluruh peserta yang difasilitasi oleh Fasilitator. Pelaksanaan diskusi partisipatif dalam rangka FGD dalam perilaku kepatuhan pencegahan VAP

2) Skema pengaturan tempat



Gambar 1. Skema Pengaturan Tempat

Keterangan:

- P1, P2..... : Peserta 1, 2, 3 ...dst
- Fs : Fasilitator
- N : Notulis
- ABP : Alat Bantu Peragaan

Dalam rangka mengeksploitasi partisipasi peserta FGD maka perlu disepakati bersama pemahaman dan aturan diskusi partisipatif, yaitu :

1. Semua peserta FGD sama derajat dan berhak untuk berpartisipasi menyampaikan pendapat/saran/jawaban.
2. Apapun jawaban/pendapat/saran yang disampaikan peserta FGD tidak boleh diklasifikasikan “salah” atau “benar”, “setuju” atau “tidak setuju”
3. Pendapat/jawaban setiap peserta merupakan “share information” dan tidak untuk diekspose keluar dari tempat FGD.
4. Semua jawaban/pendapat direcord dengan alat rekaman, dan dirahasiakan nama- namanya pada laporan FGD dengan menggunakan “kode” peserta.

3) Suasana Diskusi Kondusif

Beberapa hal yang perlu diperhatikan bahwa selama diskusi partisipatif FGD berlangsung kemungkinan akan menghadapi situasi/suasana sebagai berikut:

1. Situasi FGD yang “stagnant ” atau “diam”: Pada waktu baru dimulai FGD mungkin akan terjadi suasana terdiam dan jika dalam waktu relatif lama, maka fasilitator segera berinisiatif “mencairkan” suasana.
2. Peserta terlalu aktif atau pasif: fasilitator harus mengatur atau “memblok” agar peserta yang pasif juga berkesempatan aktif dalam diskusi, sehingga tidak terjadi “ego individual”.
3. Perdebatan yang memanas: Jika terjadi perdebatan yang memanas, fasilitator segera mengambil inisiatif menetralkan suasana dengan memberikan pendapat atau analogi yang disertai dengan joke-joke ringan.

4. Menyimpang dari topik diskusi: Jika jalannya diskusi menyimpang dari topik FGD yang telah disepakati, fasilitator segera berinisiatif untuk mengembalikan ke topik FGD yang telah disepakati.

DAFTAR PUSTAKA

- Aliot and Associates . 2005. *How to Conduct a Focus Group Discussion*
- ETR-Associates. 2010. *Focus Group Discussion Facilitation Tips.*
- Saifudin Asrori. 2007. *Pedoman Pertanyaan untuk Focus Group Discaussion.*
FISIP-UI, Jakarta
- Uzair Suahaimi. 1999. *Focus Group Discussion: Panduan Studi Kualitatif.*
Kerjasama BPS-ADB, Jakarta
- Wahyu T. Setyobudi. 2010. *Teknik Moderasi Focus Group Discussion.*

Lampiran 19

Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Sikap Umum

Validity Statistics

Nomer Item Soal		Skor total	validity (0.632)
item_1	Pearson Correlation	.712*	Valid
	Sig. (2-tailed)	.021	
	N	10	
item_2	Pearson Correlation	.887**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_3	Pearson Correlation	.887**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_4	Pearson Correlation	.887**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_5	Pearson Correlation	.839**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.002	
	N	10	
item_6	Pearson Correlation	.867**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_7	Pearson Correlation	.887**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_8	Pearson Correlation	.839**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.002	
	N	10	
item_9	Pearson Correlation	.797**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.006	
	N	10	
item_10	Pearson Correlation	.887**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Reliability (0.632)
.945	10	Reliabel

Uji Validitas dan Reliabilitas Sikap Terhadap VAP

Validity Statistics

Nomer Item Soal		Skor_Total	Validity (0,632)
item_1	Pearson Correlation	.589	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.073	
	N	10	
item_2	Pearson Correlation	.497	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.144	
	N	10	
item_3	Pearson Correlation	.688 [*]	Valid
	Sig. (2-tailed)	.028	
	N	10	
item_4	Pearson Correlation	.589	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.073	
	N	10	
item_5	Pearson Correlation	.663 [*]	Valid
	Sig. (2-tailed)	.037	
	N	10	
item_6	Pearson Correlation	.917 ^{**}	Valid
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	10	
item_7	Pearson Correlation	.497	Valid
	Sig. (2-tailed)	.144	
	N	10	
item_8	Pearson Correlation	.589	Valid
	Sig. (2-tailed)	.073	
	N	10	
item_9	Pearson Correlation	.459	Valid
	Sig. (2-tailed)	.182	
	N	10	
item_10	Pearson Correlation	.688 [*]	Valid
	Sig. (2-tailed)	.028	
	N	10	
item_11	Pearson Correlation	.688 [*]	Valid
	Sig. (2-tailed)	.028	
	N	10	
item_12	Pearson Correlation	.688 [*]	Valid
	Sig. (2-tailed)	.028	
	N	10	
item_13	Pearson Correlation	.688 [*]	Valid
	Sig. (2-tailed)	.028	
	N	10	
item_14	Pearson Correlation	.917 ^{**}	Valid
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	10	
item_15	Pearson Correlation	.459	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.182	
	N	10	
item_16	Pearson Correlation	.688 [*]	Valid
	Sig. (2-tailed)	.028	
	N	10	

item_17	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.480 .160 10	Not Valid
item_18	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.392 .263 10	Not Valid
item_19	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.737* .015 10	Valid
item_20	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.716* .020 10	Valid
item_21	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.917** .000 10	Valid
item_22	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.688* .028 10	Valid
item_23	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.693* .026 10	Valid
item_24	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.465 .176 10	Not Valid
item_25	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.848** .002 10	Valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Reliability (0,396)
.880	25	Reliabel

Uji Validitas dan Reliabilitas Norma Subjektif

Validity Statistics

Nomer Item Soal		Skor_Total	Validity (0,632)
item_1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.893** .001 10	Valid
item_2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.851** .002 10	Valid
item_3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.851** .002 10	Valid
item_4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.893** .001 10	Valid
item_5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.893** .001 10	Valid
item_6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.536 .110 10	Valid
item_7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.893** .001 10	Valid
item_8	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.780** .008 10	Valid
item_9	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.780** .008 10	Valid
item_10	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.670* .034 10	Valid
item_11	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.893** .001 10	Valid
item_12	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.893** .001 10	Valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Validity (0,576)
.889	12	Reliabel

Uji Validitas dan Reliabilitas PBC

Validity Statistics

Nomer Item Soal		Skor Total	Validity (0,632)
item_1	Pearson Correlation	.513	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.129	
	N	10	
item_2	Pearson Correlation	.501	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.140	
	N	10	
item_3	Pearson Correlation	.458	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.183	
	N	10	
item_4	Pearson Correlation	.890**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_5	Pearson Correlation	.713*	Valid
	Sig. (2-tailed)	.021	
	N	10	
item_6	Pearson Correlation	.451	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.190	
	N	10	
item_7	Pearson Correlation	.890**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_8	Pearson Correlation	.458	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.183	
	N	10	
item_9	Pearson Correlation	.451	Not Valid
	Sig. (2-tailed)	.190	
	N	10	
item_10	Pearson Correlation	.674*	Valid
	Sig. (2-tailed)	.033	
	N	10	
item_11	Pearson Correlation	.607	Valid
	Sig. (2-tailed)	.063	
	N	10	
item_12	Pearson Correlation	.674*	Valid
	Sig. (2-tailed)	.033	
	N	10	
item_13	Pearson Correlation	.890**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_14	Pearson Correlation	.513	Valid
	Sig. (2-tailed)	.129	
	N	10	
item_15	Pearson Correlation	.890**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_16	Pearson Correlation	.524	Valid
	Sig. (2-tailed)	.120	
	N	10	

item_17	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.466 .175 10	Not Valid
item_18	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.501 .140 10	Not Valid
item_19	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.890** .001 10	Valid
item_20	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.710* .021 10	Valid
item_21	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.871** .001 10	Valid
item_22	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.890** .001 10	Valid
item_23	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.416 .232 10	Valid
item_24	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.890** .001 10	Valid
item_25	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.513 .129 10	Valid
item_26	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.416 .232 10	Valid
item_27	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.513 .129 10	Valid
item_28	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.416 .232 10	Valid
item_29	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.890** .001 10	Valid
item_30	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.607 .063 10	Valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Reliability (0,361)
.915	30	Reliabel

Uji Validitas dan Reliabilitas Intensi

Validity Statistics

Nomer Item Soal		Skor_Total	Validity (0,632)
item_1	Pearson Correlation	.871**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_2	Pearson Correlation	.755*	Valid
	Sig. (2-tailed)	.012	
	N	10	
item_3	Pearson Correlation	.867**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	10	
item_4	Pearson Correlation	.933**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	10	
item_5	Pearson Correlation	.933**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	10	
item_6	Pearson Correlation	.626	Valid
	Sig. (2-tailed)	.053	
	N	10	
item_7	Pearson Correlation	.933**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	10	
item_8	Pearson Correlation	.811**	Valid
	Sig. (2-tailed)	.004	
	N	10	
item_9	Pearson Correlation	.755*	Valid
	Sig. (2-tailed)	.012	
	N	10	
item_10	Pearson Correlation	.681*	Valid
	Sig. (2-tailed)	.030	
	N	10	

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Reliability (0,632)
.913	10	Reliabel

Uji Validitas dan Reliabilitas Pengalaman

Validity Statistics

Nomer Item Soal		Skor_Total	Validity (0,632)
item_1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.784** .007 10	Valid
item_2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.834** .003 10	Valid
item_3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.695* .026 10	Valid
item_4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.784** .007 10	Valid
item_5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.980** .000 10	Valid
item_6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.834** .003 10	Valid
item_7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.834** .003 10	Valid
item_8	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.834** .003 10	Valid
item_9	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.855** .002 10	Valid
item_10	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.722* .018 10	Valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Reliability (0,632)
.784	10	Reliabel

Uji Validitas dan Reliabilitas Pengetahuan

Validity Statistics

Nomer Item Soal		Skor_Total	Validity (0.361)
item_1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.913** .000 10	Valid
item_2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.711* .021 10	Valid
item_3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.568 .087 10	Valid
item_4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.506 .135 10	Valid
item_5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.568 .087 10	Valid
item_6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.506 .135 10	Valid
item_7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.711* .021 10	Valid
item_8	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.414 .234 10	Valid
item_9	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.506 .135 10	Valid
item_10	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.760* .011 10	Valid
item_11	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.711* .021 10	Valid
item_12	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.760* .011 10	Valid

item_13	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.414 .234 10	Valid
item_14	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.568 .087 10	Valid
item_15	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.568 .087 10	Valid
item_16	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.913** .000 10	Valid
item_17	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.453 .189 10	Valid
item_18	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.711* .021 10	Valid
item_19	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.568 .087 10	Valid
item_20	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.453 .189 10	Valid
item_21	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.506 .135 10	Valid
item_22	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.760* .011 10	Valid
item_23	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.506 .135 10	Valid
item_24	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.325 .360 10	Not valid
item_25	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.453 .189 10	Valid
item_26	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.291 .414 10	Not valid

item_27	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.414 .234 10	Valid
item_28	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.420 .227 10	Valid
item_29	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.568 .087 10	Valid
item_30	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.526 .119 10	Valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Reliability (0.361)
.924	30	Reliable

/

Lampiran 20

Hasil Uji PLS

Path Coefficients

Matrix Path Coefficients Copy to Clipboard: Excel Format R Format

	background factor	faktor pendukung intensi	intensi	kepatuhan
background factor		0.760		
faktor pendukung intensi			0.736	
intensi				0.517
kepatuhan				

tesis ketut 1.txt *tesis ketut maret.splsm PLS Algorithm (Run No. 1)

Outer Loadings

Matrix Copy to Clipboard: Excel Format R Format

	background factor	faktor pendukung intensi	intensi	kepatuhan
Kepatuhan				1.000
Pendidikan	0.219			
Pengalaman	0.845			
Pengetahuan	0.310			
Sikap Umum	0.640			
Usia	0.658			
intensi			1.000	
norma subjektif		0.767		
pbk		0.682		
sikap vap		0.791		

tesis ketut 1.txt *tesis ketut maret.splsm PLS Algorithm (Run No. 1)

R Square

Matrix	R Square	R Square Adjusted
	R Square	R Square Adjusted
faktor pendukung intensi	0.577	0.562
intensi	0.542	0.526
kepatuhan	0.267	0.241

tesis ketut 1.txt *tesis ketut maret.splsm PLS Algorithm (Run No. 1)

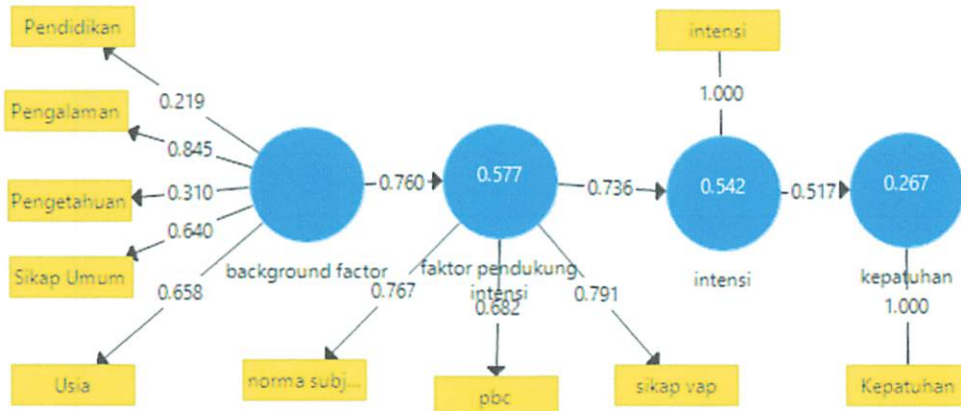
Construct Reliability and Validity

Matrix	Cronbach's Alpha	rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted ...
	Cronbach's Alpha	rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted (AVE)
background factor	0.419	0.544	0.684	0.340
faktor pendukung intensi	0.611	0.595	0.792	0.560
intensi	1.000	1.000	1.000	1.000
kepatuhan	1.000	1.000	1.000	1.000

tesis ketut 1.txt *tesis ketut maret.splsm PLS Algorithm (Run No. 1)

Discriminant Validity

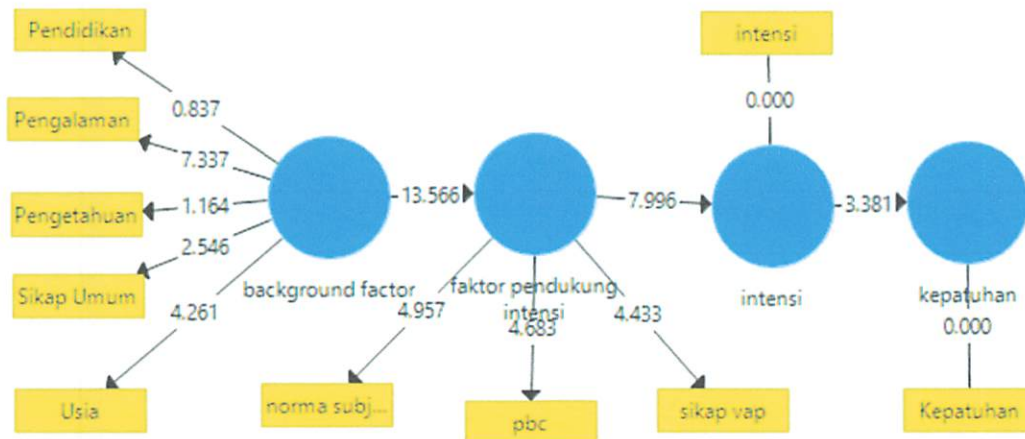
Matrix	background factor	faktor pendukung intensi	intensi	kepatuhan
background factor	0.583			
faktor pendukung intensi	0.760	0.748		
intensi	0.690	0.736	1.000	
kepatuhan	0.480	0.541	0.517	1.000



tesis ketut 1.tst *tesis ketut maret.spism PLS Algorithm (Run No. 1) Bootstrapping (Run No. 1)

Path Coefficients

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (|O|/STDEV)	P Values
background factor -> faktor pendukung intensi	0.760	0.794	0.056	13.566	0.000
faktor pendukung intensi -> intensi	0.736	0.737	0.092	7.996	0.000
intensi -> kepatuhan	0.517	0.528	0.153	3.381	0.001



Lampiran 21

Uji Hasil *Chi-Square***Sikap Umum * Sikap VAP**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.625 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	3.906	1	.048		
Likelihood Ratio	5.670	1	.017		
Fisher's Exact Test				.045	.024
Linear-by-Linear Association	5.437	1	.020		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Sikap Umum * Norma Subjektif

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.075 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	6.769	1	.009		
Likelihood Ratio	9.065	1	.003		
Fisher's Exact Test				.005	.005
Linear-by-Linear Association	8.773	1	.003		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Sikap Umum * PBC

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.700 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	11.719	1	.001		
Likelihood Ratio	15.179	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	14.210	1	.000		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan * Sikap VAP

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.516 ^a	1	.113		
Continuity Correction ^b	1.312	1	.252		
Likelihood Ratio	2.798	1	.094		
Fisher's Exact Test				.193	.125
Linear-by-Linear Association	2.432	1	.119		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.80.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan * Norma Subjektif

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.565 ^a	1	.033		
Continuity Correction ^b	2.818	1	.093		
Likelihood Ratio	6.699	1	.010		
Fisher's Exact Test				.064	.038
Linear-by-Linear Association	4.413	1	.036		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan * PBC

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.093 ^a	1	.760		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.095	1	.758		
Fisher's Exact Test				1.000	.571
Linear-by-Linear Association	.090	1	.764		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Usia * Sikap VAP

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.273 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	5.178	1	.023		
Likelihood Ratio	10.064	1	.002		
Fisher's Exact Test				.010	.007
Linear-by-Linear Association	7.030	1	.008		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.20.

b. Computed only for a 2x2 table

Usia * Norma Subjektif

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.455 ^a	1	.020		
Continuity Correction ^b	3.601	1	.058		
Likelihood Ratio	7.874	1	.005		
Fisher's Exact Test				.029	.022
Linear-by-Linear Association	5.273	1	.022		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Usia * PBC

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.131 ^a	1	.144		
Continuity Correction ^b	1.044	1	.307		
Likelihood Ratio	2.395	1	.122		
Fisher's Exact Test				.210	.154
Linear-by-Linear Association	2.060	1	.151		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengetahuan * Sikap VAP

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.434 ^a	1	.035		
Continuity Correction ^b	2.992	1	.084		
Likelihood Ratio	4.507	1	.034		
Fisher's Exact Test				.061	.042
Linear-by-Linear Association	4.287	1	.038		
N of Valid Cases	30				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.20.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengetahuan * Norma Subjektif

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.697 ^a	1	.193		
Continuity Correction ^b	.831	1	.362		
Likelihood Ratio	1.696	1	.193		
Fisher's Exact Test				.255	.181
Linear-by-Linear Association	1.640	1	.200		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengetahuan * PBC

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.697 ^a	1	.193		
Continuity Correction ^b	.831	1	.362		
Likelihood Ratio	1.696	1	.193		
Fisher's Exact Test				.255	.181
Linear-by-Linear Association	1.640	1	.200		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengalaman * Sikap VAP

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.356 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	6.302	1	.012		
Likelihood Ratio	9.440	1	.002		
Fisher's Exact Test				.007	.005
Linear-by-Linear Association	8.078	1	.004		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.80.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengalaman * Norma Subjektif

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.000 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	7.656	1	.006		
Likelihood Ratio	13.460	1	.000		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	9.667	1	.002		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengalaman * PBC

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.625 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	3.906	1	.048		
Likelihood Ratio	6.353	1	.012		
Fisher's Exact Test				.024	.021
Linear-by-Linear Association	5.437	1	.020		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Sikap VAP * Intensi

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.568 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	3.757	1	.053		
Likelihood Ratio	5.601	1	.018		
Fisher's Exact Test				.034	.027
Linear-by-Linear Association	5.383	1	.020		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.20.

b. Computed only for a 2x2 table

Norma Subjektif * Intensi

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.523 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	6.158	1	.013		
Likelihood Ratio	8.331	1	.004		
Fisher's Exact Test				.007	.007
Linear-by-Linear Association	8.239	1	.004		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.67.

b. Computed only for a 2x2 table

PBC * Intensi

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.818 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	17.919	1	.000		
Likelihood Ratio	24.787	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.091	1	.000		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Intensi * Kepatuhan

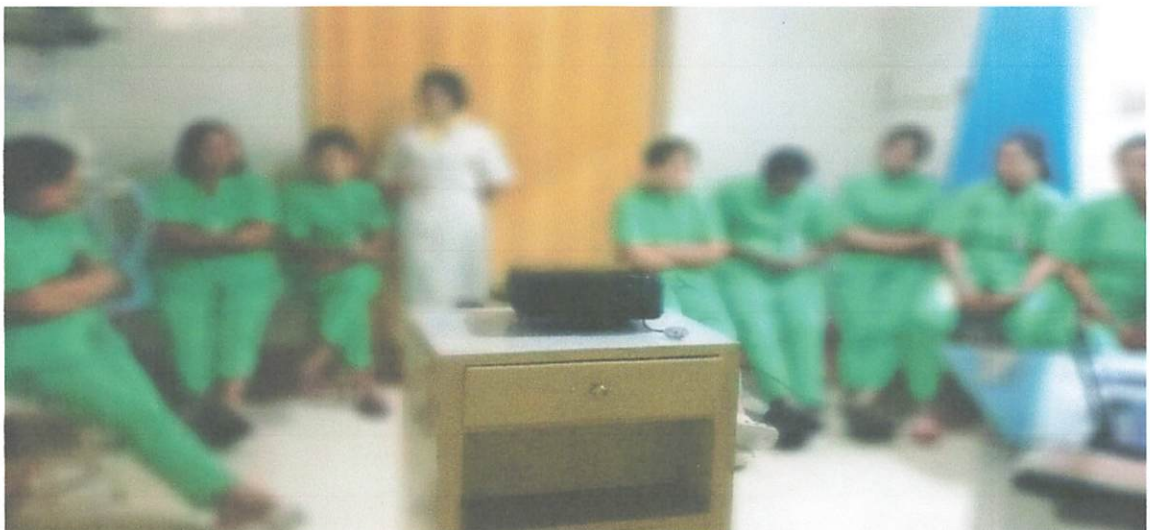
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.308 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	5.242	1	.022		
Likelihood Ratio	7.905	1	.005		
Fisher's Exact Test				.012	.010
Linear-by-Linear Association	7.065	1	.008		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.73.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 22

FGD bersama perawat pelaksana



FGD dengan pakar



Lampiran 23

GLOSSARY

Ekstubasi adalah pelepasan alat ETT (*endotracheal tube*)

PEEP merupakan tekanan positif pada akhir ekspirasi yang diberikan pada pasien dengan ventilator

Intensi merupakan komponen dalam diri individu yang mengacu pada keinginan untuk melakukan tingkah laku tertentu

Subglotic Suction merupakan ETT yang dilengkapi dengan *suction* yang berguna untuk pencegahan VAP

Ventilator-Associated Pneumonia (VAP): infeksi pada paru yang terjadi setelah pemakaian ventilator > 3x24 jam

VAP Bundle (VB) adalah serangkaian intervensi yang berhubungan dengan perawatan pada pasien dengan ventilator mekanik yang ketika diimplementasikan bersama-sama akan mencapai hasil signifikan dibandingkan bila diterapkan secara individual