

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PETUGAS *CLEANING*
SERVICE TENTANG PEMUTUSAN RANTAI INFEKSI
DI RUMAH SAKIT RESTU IBU BALIKPAPAN**

SKRIPSI



CHINHOWA MAY FRIDA S.
NIM B1810810601

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA

2019

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PETUGAS *CLEANING*
SERVICE TENTANG PEMUTUSAN RANTAI INFEKSI
DI RUMAH SAKIT RESTU IBU BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana
(S.Kep)



DISUSUN OLEH :

CHINHOWA MAY FRIDA S.
NIM B1810810601

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA
2019

LEMBAR PERSETUJUAN

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN *CLEANING SERVICE* TENTANG
PEMUTUSAN RANTAI INFEKSI DI RUMAH SAKIT
RESTU IBU BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Disusun Oleh

**Chinhowa May Frida S.
NIM B1810810601**

SKRIPSI ini Telah Disetujui


Menyetujui :

Pembimbing I,



**Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep, M.Kep
NIK : 113072.83.11.02**

Pembimbing II



**Ns. Abdurahman, S.Kep. M.Kep
NIK1130728519138**

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



**Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.14071**

HALAMAN PENGESAHAN

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN *CLEANING SERVICE* TENTANG
PEMUTUSAN RANTAI INFEKSI DI RUMAH SAKIT
RESTU IBU BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Disusun Oleh:

CHINHOWA MAY FRIDA S

B1810810801

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 13 Febuari 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Ns. Siti Wardatun Hasanah, S.Kep., MM**

NIK. 19740818.199603.2.001

(.....)

2. **Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep**

NIK. 113072.82.06.009

(.....)

3. **Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep, M.Kep**

NIK. 113072.83.11.023

(.....)

4. **Ns. Abdurrahman, S.Kep., M.Kep**

NIK. 113072.85.19.138

(.....)

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK:113072.86.14.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Chinhowa May Frida S.

NIM : B1810810601

Program Studi : S1 Keperawatan

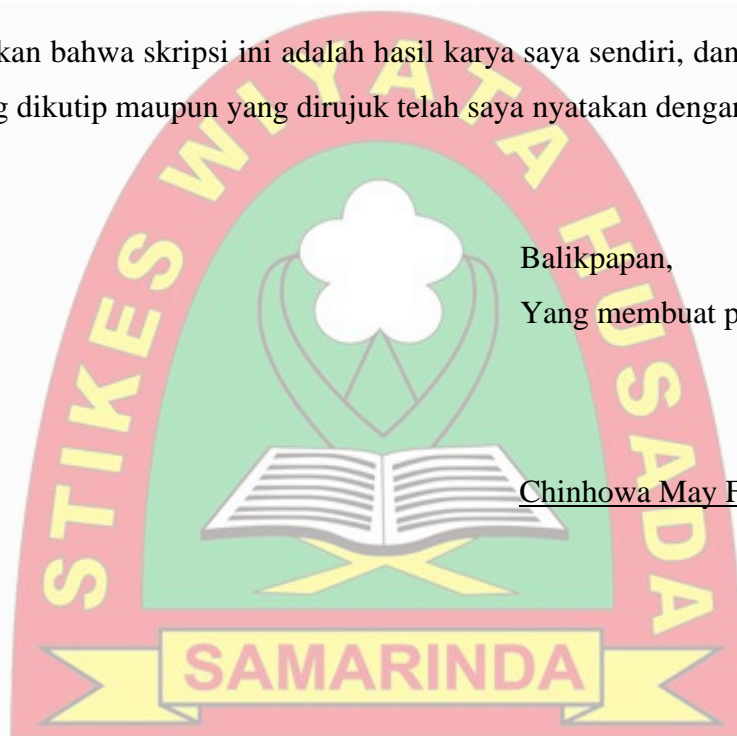
Judul Laporan Tugas Akhir : Gambaran Tingkat Pengetahuan *Cleaning Service*
dalam Pemutusan Rantai Infeksi di Rumah Sakit
Restu Ibu Balikpapan

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber,
baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Balikpapan,

Yang membuat pernyataan,

Chinhowa May Frida S.



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Chinhowa May Frida.S

NIM : B181081061

Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKes Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Gambaran Tingkat Pengetahuan Petugas *Cleaning Service* Tentang Pemutusan Rantai Infeksi Di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKes Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Balikpapan, Februari 2020

Yang membuat pernyataan

Chinhowa May Frida.S

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Chinhowa May Frida.S

NIM : B181081061

Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKes Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Gambaran Tingkat Pengetahuan Petugas *Cleaning Service* Tentang Pemutusan Rantai Infeksi Di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKes Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih mediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Balikpapan, Februari 2020

Yang membuat pernyataan

Chinhowa May Frida.S

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjtkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan Rahmat dan BimbinganNya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi penelitian dengan judul : Gambaran Tingkat Pengetahuan *Cleaning Service* Tentang Pemutusan Rantai Infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan.

Adapun skripsi ini dibuat dengan tujuan dan pemanfaatannya ini telah saya usahakan semaksimal mungkin dan tentunya dengan bantuan berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar skripsi ini. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak H. Mujito Hadi, S.Pd, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns. Edy Mulyono, S.Kep, M.Kep selaku Ketua STIKes Wiyata Husada Samarinda.
3. Drg. B. Agus W., M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan
4. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes Wiyata Husada Samarinda.
5. Ns. Siti Wardatun Hasanah, S.Kep., MM selaku penguji I yang telah banyak memberikan masukan dan saran dalam perbaikan skripsi ini.
6. Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep selaku penguji II yang telah banyak memberikan masukan dan saran dalam perbaikan skripsi ini.
7. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep, M.Kep selaku dosen pembimbing satu yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan tugas akhir ini.
8. Ns. Abdurahman, S.Kep., M.Kep., selaku dosen pembimbing dua yang telah menyediakan waktu, dukungan tenaga, arahan dan masukan serta pikiran untuk peneliti dalam melakukan penyusunan tugas akhir ini.
9. Seluruh Dosen pengajar STIKes Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan bimbingan dan pelajaran ilmu keperawatan.
10. Keluarga yang telah banyak memberi motivasi, dukungan moril maupun materil yang tak ternilai harganya serta doa dan kasih sayangnya selama ini kepada penulis.

11. Sahabat dan teman-teman jurusan S1 Keperawatan Ahli Jenjang Siloam angkatan 2018 yang telah banyak membantu dalam memberikan masukan dan dukungan.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaannya. Akhir kata, semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.

Balikpapan, Februari 2020

Peneliti



GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN *CLEANING SERVICE* TENTANG PEMUTUSAN RANTAI INFEKSI DI RUMAH SAKIT RESTU IBU BALIKPAPAN

Chinhowa May Frida¹, Chrisyen Damanik², Abdurahman³.
(chinhowamayfrida1976@gmail.com), damanik@stikeswhs.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang : Infeksi nosocomial masih menjadi masalah di berbagai rumah sakit di Indonesia walaupun sudah dilakukan berbagai upaya pengendalian namun target untuk menurunkan insidensi masih menjadi hambatan. Pemahaman tentang pemutusan rantai infeksi sangat diperlukan dari semua lini yang terlibat dalam pelayanan di rumah sakit dan salah satunya *cleaning service*. **Tujuan :** Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan *cleaning service* tentang pemutusan rantai infeksi. **Metode :** Penelitian ini bersifat *deskriptif* dengan pendekatan *kuantitatif*. Populasi tenaga non medis *cleaning service* yang bertugas di Rumah Sakit Restu Ibu sebanyak 35 orang dengan pengambilan tehnik sampel *jenuh* atau mengambil 100% jumlah populasi yang ada. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. **Hasil Penelitian :** Dari tingkat pengetahuan responden tentang pemutusan rantai infeksi dengan kategori “baik” sebesar 88.6% (31 responden). Diikuti kategori cukup sebesar 8.6% (3 responden) dan kategori kurang sebesar 2.8% (1 responden). **Kesimpulan :** Tingkat pengetahuan *cleaning service* tentang pemutusan rantai infeksi termasuk baik.

Kata Kunci : Pengetahuan, Pemutusan, Rantai Infeksi

Background: Nosocomial infection is still a problem in various hospitals in Indonesia despite various control efforts, but the target to reduce the incidence is still an obstacle. An understanding of the severity of the infection chain is needed from all lines involved in hospital services and one of them is cleaning service. **Objective:** To determine the level of cleaning service knowledge about termination of the infection chain. **Method:** This research is descriptive with a quantitative approach. The population of non-medical cleaning service personnel who served at Restu Ibu Hospital was 35 people by taking saturated sample techniques or taking 100% of the existing population. Data collection using a questionnaire. **Results:** The level of knowledge of respondents about the termination of the infection chain with the category of "good" amounted to 88.6% (31 respondents). Followed by enough categories of 8.6% (3 respondents) and less categories of 2.8% (1 respondent). **Conclusion:** The level of cleaning service knowledge about termination of the infection chain is good.

Keywords: Knowledge, Termination, Infection Chain

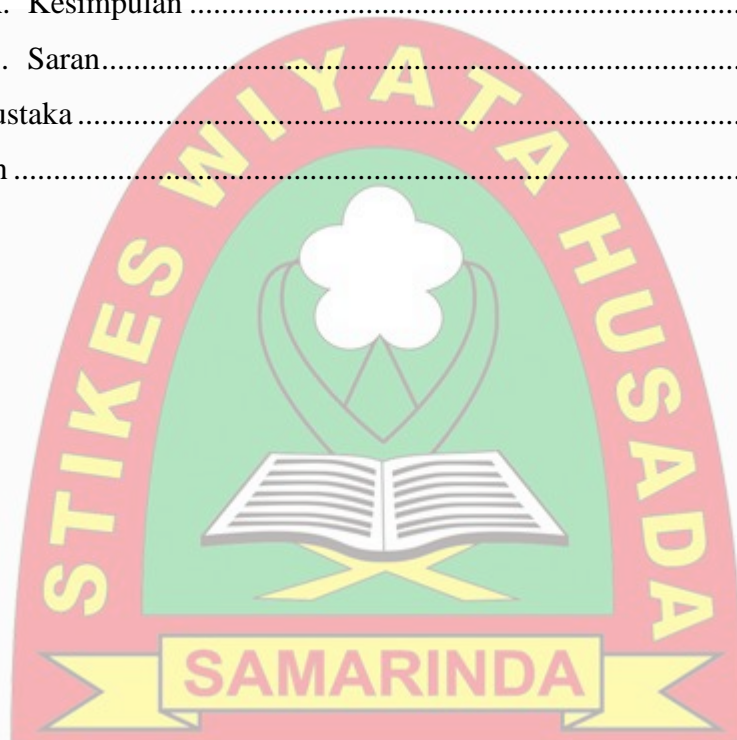
¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKes Wiyata Husada Samarinda

^{2,3} Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKes Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| Halaman Judul..... | i |
| Lembar Pengesahan | ii |
| Lembar Pernyataan Keaslian Tulisan..... | iii |
| Kata Pengantar | iv |
| Lembar Pernyataan Persetujuan Publikasi..... | v |
| Abstrak | vii |
| Daftar Isi..... | viii |
| Daftar Tabel | x |
| Daftar Gambar | xi |
| Daftar Skema | xii |
| BAB I Pendahuluan | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 5 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| D. Manfaat Penelitian | 5 |
| E. Penelitian Terkait | 6 |
| BAB II Tinjauan Pustaka | 8 |
| A. Konsep Dasar Teori..... | 8 |
| B. <i>Cleaning Service</i> | 17 |
| C. Kebersihan Tangan..... | 19 |
| D. Alat Pelindung Diri..... | 26 |
| E. <i>Spill Kit</i> | 33 |
| F. Pengetahuan | 36 |
| BAB III Metode Penelitian | 43 |
| A. Rancangan Penelitian | 43 |
| B. Waktu dan Tempat Penelitian | 43 |
| C. Populasi Dan Sampel | 43 |
| D. Prosedur Pengumpulan Data..... | 44 |
| E. Metode Pengumpulan Data..... | 45 |
| F. Variabel dan Definisi Operasional | 46 |
| G. Instrumen Penelitian | 46 |

| | |
|--|-----------|
| H. Uji Validitas dan Reabilitas | 47 |
| I. Analisa Data | 51 |
| J. Etika Penelitian | 51 |
| BAB IV Hasil dan Pembahasan | 53 |
| A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 53 |
| B. Hasil Penelitian | 54 |
| C. Pembahasan..... | 56 |
| D. Keterbatasan Penelitian..... | 57 |
| BAB V Kesimpulan dan Saran | 58 |
| A. Kesimpulan | 58 |
| B. Saran..... | 58 |
| Daftar Pustaka | 60 |
| Lampiran | 63 |



DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Bakteri Penyebab Infeksi Nosokomial..... | 9 |
| Tabel 2.2 Mikroorganisme Penyebab Infeksi Nosokomial..... | 10 |
| Tabel 3.1 Variabel dan Definisi Operasional | 46 |
| Tabel 3.2 Kisi-kisi kuesioner | 47 |
| Tabel 4.1 Karakteristik Responden | 54 |
| Tabel 4.2 Frekuensi Hasil Kuesioner | 55 |



DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar2.1 Cara Mencuci Tangan dengan Sabun dan Air..... | 24 |
| Gambar2.2 Cara Mencuci Tangan dengan Handrub..... | 25 |
| Gambar 2.3 Waktu Mencuci Tangan | 25 |
| Gambar 2.4 Sarung Tangan..... | 39 |
| Gambar 2.5 Goggles..... | 30 |
| Gambar 2.6 Pelindung Wajah | 30 |
| Gambar 2.7 Masker Bedah..... | 31 |
| Gambar 2.8 Pelindung Kaki | 32 |



DAFTAR SKEMA

| | |
|--|----|
| Skema 2.1 Rantai Penularan Infeksi Nosokomial..... | 11 |
| Skema 2.2 Diagram Alur <i>Spill Kit</i> | 36 |
| Skema 2.3 Kerangka Teori Nawawi | 41 |
| Skema 2.4 Kerangka Konsep | 41 |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Infeksi nosokomial merupakan infeksi serius dan berdampak merugikan pasien karena harus menjalani perawatan di Rumah Sakit lebih lama. Berawal dari ketidaknyamanan yang berkepanjangan sampai dengan kematian. Tindakan pengendalian infeksi diperlukan di lingkungan perawatan dan lingkungan rumah karena pasien mengalami gangguan imun, mempunyai penyakit menular, atau menggunakan alat-alat invasif. Pemberi perawatan keluarga harus dilindungi dan diajarkan tentang pencegahan infeksi, seperti mencuci tangan, dan barang-barang lain yang mungkin terinfeksi (Adhiwijaya, 2017).

Infeksi nosokomial menjadi isu paling rentan yang tidak hanya menjadi permasalahan di Rumah Sakit namun juga menjadi permasalahan global. Insiden kejadian infeksi nosokomial di dunia bervariasi antara 4-10%. Di Amerika Serikat, prevalensi infeksi nosokomial pada pasien rawat inap sebesar 5-10% dan berkontribusi sebanyak 100.000 kematian pertahun. Di Inggris, diperkirakan sebesar 8-9% pasien terjangkit infeksi dapatkan dari pelayanan kesehatan (Ningsih, 2017).

Infeksi nosokomial paling umum terjadi adalah infeksi luka operasi (*International Labour Organization* (ILO)). Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa angka kejadian *International Labour Organization* (ILO) pada rumah sakit di Indonesia bervariasi antara 2-18% dari keseluruhan prosedur pembedahan Di Rumah Sakit PKU Surakarta dalam tahun 2017 dari bulan April sampai Agustus terdapat 288 kasus infeksi nosokomial (Ningsih, 2017).

Penyebaran infeksi nosokomial umumnya terjadi melalui tiga cara yaitu udara, percikan dan kontak langsung (Astri FR, 2016). Sebagai contoh, infeksi nosokomial terjadi karena mikroba patogen yang bersumber terutama dari penderita penyakit menular. Pasien rawat inap

beresiko sangat tinggi untuk terjadinya infeksi nosokomial. Mereka cenderung lebih rentan terhadap infeksi karena kondisi penyakit yang mendasari. Selain itu, kondisi ruangan rawat inap harus memenuhi syarat kesehatan, baik kualitas udara, konstruksi bangunan maupun fasilitas. Kualitas udara dalam ruang tidak hanya dipengaruhi oleh pencemaran kimia tetapi juga oleh faktor lingkungan fisik seperti suhu dan kelembaban, pencahayaan dan luas ruangan. Apabila ruangan tersebut tidak memenuhi syarat kesehatan, penyakit dapat menular melalui peralatan, bahan-bahan yang digunakan, makanan dan minuman. Petugas kesehatan dapat pula menjadi sumber penularan, disamping keluarga pasien yang lalu lalang, peralatan medis, dan lingkungan rumah sakit itu sendiri (Nugraheni, 2012).

Infeksi nosokomial menyebabkan *Length of Stay* (LOS) bertambah 5-10 hari, angka kematian pasien lebih tinggi 6% dibanding yang tidak mengalami infeksi nosokomial. Tidak hanya pasien rawat yang dapat tertular, tapi juga seluruh personil rumah sakit yang berhubungan dengan pasien, juga penunggu dan pengunjung pasien. Infeksi ini dapat terbawa ketengah keluarganya masing-masing (Adhiwijaya, 2017). Memahami proses infeksi adalah sangat penting untuk melindungi pasien dan menyediakan pelayanan kesehatan dari infeksi nosokomial dan penyakit menular (Adhiwijaya, 2017).

Di Indonesia kejadian infeksi nosokomial yang didapat hanya sebesar 0 – 1 % melalui surveilans pasif. Angka ini cukup kecil dibandingkan dengan persentase kejadian infeksi nosokomial di negara-negara maju tersebut, akan tetapi kecilnya persentase ini dapat juga menggambarkan lemahnya surveilan terhadap kejadian infeksi nosokomial di sistem kesehatan Indonesia. Melihat kondisi tersebut, infeksi nosokomial menjadi tantangan global terhadap keselamatan pasien baik di Indonesia maupun di dunia dan menjadi dasar perlunya dibentuk suatu program untuk mencegah dan mengendalikan infeksi di Rumah Sakit. Selain itu, menerapkan budaya pencegahan infeksi dapat meningkatkan mutu pelayanan baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap pasien dan keluarga pasien

sehingga menjadi agen perubahan. Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di 11 Rumah Sakit di DKI Jakarta pada 2004 menunjukkan bahwa 9,8% pasien rawat inap mendapat infeksi yang baru selama dirawat (Adhiwijaya, 2017).

Dalam suatu infeksi dikenal apa yang disebut dengan rantai infeksi yang memiliki enam mata rantai. Enam mata rantai yang membentuk rantai infeksi adalah agen etiologi atau mikroorganisme, tempat tinggal alami organisme (*reservoir*), jalan keluar dari *reservoir*, metode (cara) penularan, jalan masuk kedalam penjamu, dan penjamu rentan (Yanah, dkk, 2015). Cara memutuskan rantai infeksi adalah dengan memutus beberapa atau salah satu rantainya. Mencuci tangan, menggunakan APD, dan menggunakan *spill kit* untuk membersihkan cairan infeksius merupakan cara untuk memutuskan rantai infeksi (Khomariah A, 2014).

Mekanisme terjadinya infeksi nosokomial bisa berupa infeksi silang (*Cross infection*), infeksi sendiri (*Self infection, Auto infection*), dan infeksi lingkungan (*Environmental infection*). Tentang model cara penularan, ada 4 cara penularan infeksi nosokomial yaitu kontak langsung antara pasien dan personil yang merawat atau menjaga pasien. Seterusnya, kontak tidak langsung ketika objek tidak bersemangat/kondisi lemah dalam lingkungan menjadi kontaminasi dan tidak didesinfeksi atau sterilkan, sebagai contoh perawatan luka paska operasi. Selain itu, penularan *caradroplet infection* dimana kuman dapat mencapai ke udara (*air borne*) dan penularan melalui vektor yaitu penularan melalui hewan/serangga yang membawa kuman (Astri FR, 2016).

Salah satu tenaga non medis yang ada di rumah sakit adalah *Cleaning Service*. *Cleaning Service* adalah karyawan yang bertugas untuk membersihkan lingkungan rumah sakit agar tetap terjaga kebersihannya, karena bahaya yang ada di rumah sakit seperti penularan penyakit dapat terjadi jika lingkungan rumah sakit tidak terjaga kebersihannya. Pekerjaan membersihkan lingkungan rumah sakit, membuat petugas kebersihan menjadi rentan terpapar bahaya yang dapat mengganggu kesehatannya. Menurut penelitian Evryanti (2012) bahaya yang dapat mengancam

petugas kebersihan rumah sakit antara lain terpapar debu yang dibersihkan, terpeleset saat mengepel lantai, kontak dengan bahan kimia yang digunakan untuk mengepel lantai, terpapar bahaya biologi saat membersihkan laboratorium atau ruangan yang mengandung virus dan bakteri, tertusuk benda tajam seperti jarum suntik saat mengelola limbah tajam, sehingga dapat tertular berbagai penyakit (Falatehan, 2018).

Sebagai tenaga kebersihan tentunya diharapkan untuk paham mengenai pentingnya mengatasi masalah infeksi. Tenaga *Cleaning Service* dibekali dengan pengetahuan mengenai rantai infeksi dan cara pemutusannya. Terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan risiko terjadinya infeksi. Hal ini dapat kita mengerti karena berasal dari pendidikan non formal maupun informal dapat meningkatkan pengetahuan serta mempengaruhi perilaku. Ini bisa dimaklumi mengingat bahwa pengetahuan adalah sesuatu yang perlu, tapi bukan merupakan faktor yang cukup kuat untuk mengubah perilaku, bahkan tidak jarang orang yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang sesuatu yang berkaitan dengan keterampilan. Berdasarkan kenyataan diatas, dengan pengetahuan yang cukup tinggi merupakan modal utama untuk merubah perilaku, tetapi tentunya perlu diimbangi dengan niat yang kuat sehingga seseorang bertindak sesuai dengan pengetahuannya, (Puspasari, 2015).

Berdasarkan hasil laporan tim Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) pada triwulan I tingkat kepatuhan kebersihan tangan dan APD sebesar 78% dan 72% sementara triwulan II sebesar 81% dan 83 % sementara target capaian Rumah Sakit Restu Ibu sebesar 85% untuk kebersihan tangan dan 100% untuk penggunaan APD, Sedangkan untuk penggunaan *spill kit* sebesar 67 % dari target capaian sebesar 80%. Kesimpulan nya adalah dalam upaya pencegahan infeksi masih berada dibawah standar pencapaian indicator mutu dan masih didapati petugas yang bertugas melakukan penanganan terhadap tumpahan cairan infeksius belum sepenuhnya sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada. Hal tersebut berpotensi terjadinya kecelakaan kerja akibat tidak

sesuainya petugas bekerja dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada. Hal ini yang menjadi dasar penulis untuk mengambil penelitian mengenai Tingkat Pengetahuan Petugas *Cleaning Service* Tentang Pemutusan Rantai Infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan.

B. Rumusan Masalah

Infeksi nosokomial merupakan masalah yang sering dihadapi oleh suatu rumah sakit sehingga pelaksanaan pemutusan rantai infeksi harus dilaksanakan sesuai dengan standar dan prosedur yang ada. Berdasarkan hasil observasi tim Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) didapatkan data indikator mutu yang masih dibawah target capaian tentang pencegahan infeksi rumah sakit serta masih ditemukan petugas *cleaning service* yang bertugas melakukan penanganan terhadap tumpahan cairan infeksius belum sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada. Selain itu tingkat pengetahuan dari petugas juga perlu diperhatikan dan dilakukan pengawasan demi pengendalian dan pencegahan terjadinya *Healthcare-Associated Infections*. Untuk itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui “Gambaran tingkat pengetahuan petugas *Cleaning Service* tentang pemutusan rantai infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan?”.

C. Tujuan penelitian

Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan *Cleaning Service* tentang pemutusan rantai infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat Teoritis

1. Sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan dalam rangka upaya manajemen untuk meningkatkan program pencegahan dan pengendalian infeksi sehingga menjadi dasar peningkatan kualitas pelayanan.
2. Tenaga kesehatan dan petugas rumah sakit mampu mengaplikasikan teknik pembersihan cairan infeksius menggunakan *Spill Kit*, menggunakan APD, dan melakukan kebersihan tangan.

E. Penelitian Terkait

Dalam Penyusunan Skripsi ini, penulis sedikit banyak terinspirasi dan mereferensi dari penelitian – penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan latar belakang pada Skripsi ini.

- a. Penelitian yang dilakukan oleh Khomariah, A (2014) yang berjudul “Hubungan Pengetahuan, Motivasi, Dan Supervisi Dengan Kinerja Pencegahan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar” dengan metode penelitian adalah survey observasional dengan pendekatan *cross sectional* study. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner. Pengolahan data menggunakan program SPSS. Analisis data yang dilakukan adalah univariat dan bivariat dengan uji *chi square*. Data ditampilkan dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi disertai dengan narasi hasil penelitian. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan adanya hubungan pengetahuan, motivasi, dan supervisi kepala ruangan, dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Haji 7 Makassar. Persamaan dengan penelitian yang sedang dilakukan adalah variabel pengetahuan dan infeksi nosokomial. Perbedaan dengan penelitian yang sedang peneliti laksanakan yaitu terletak pada desain penelitian, metode yang digunakan dan analisa data.
- b. Penelitian oleh Ratna N, Suhartono, Sri W., (2011), yang berjudul “Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Setjonegoro Kabupaten Wonosobo” Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian *deskriptif* dengan studi pendekatan *cross sectional*. Beberapa variabel dalam penelitian ini adalah tempat/ruang, waktu, orang (jenis kelamin) dan kejadian infeksi nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. Hasil penelitian didapatkan adanya peningkatan angka kejadian infeksi nosokomial dari tahun 2010-2011 (0,37% menjadi 1,48% kasus). Persamaan dengan peneliti yang sedang dilakukan adalah kejadian infeksi nosokomial dan metode penelitian *deskriptif*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Definisi Nosokomial

Infeksi nosokomial adalah suatu infeksi yang diperoleh atau dialami oleh pasien selama dia dirawat di rumah sakit dan menunjukkan gejala infeksi baru setelah 72 jam pasien berada di rumah sakit serta infeksi itu tidak ditemukan atau diderita pada saat pasien masuk ke Rumah Sakit (Ningsih,2017).

2. Epidemiologi

Infeksi nosokomial banyak terjadi di seluruh dunia dengan kejadian terbanyak di negara miskin dan negara yang sedang berkembang karena penyakit-penyakit infeksi masih menjadi penyebab utama. Suatu penelitian yang dilakukan oleh *World Health Organisation* (WHO) menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit dari 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik tetap menunjukkan adanya infeksi nosokomial dengan Asia Tenggara sebanyak 10,0% (Ningsih,2017). Walaupun ilmu pengetahuan dan penelitian tentang mikrobiologi meningkat pesat pada 3 dekade terakhir dan sedikit demi sedikit resiko infeksi dapat dicegah, tetapi semakin meningkatnya pasien-pasien dengan penyakit immunocompromised, bakteri yang resisten antibiotik, super infeksi virus dan jamur, dan prosedur invasif, masih menyebabkan infeksi nosokomial menimbulkan kematian sebanyak 88.000 kasus setiap tahunnya walaupun (Sianturi, 2014).

Laporan-laporan rumah sakit di Indonesia yang menunjukkan infeksi nosokomial berupa infeksi luka operasi adalah di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung 9,9% (1991, Warko), di Rumah Sakit Pringadi Medan 13,92% (1987), Rumah Sakit Dr. Karyadi Semarang 7,3% (1984), Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya 5,32% (1988) dan

RSCM 5,4% (1989). Infeksi luka operasi inisemuanya untuk kasus-kasus bersih dan bersih tercemar yang dioperasi (Sianturi, 2014).

3. Etiologi

a. Agen Infeksi

Pasien akan terpapar berbagai macam mikroorganisme selama ia dirawat di rumah sakit. Kontak antara pasien dan berbagai macam mikroorganisme ini tidak selalu menimbulkan gejala klinis karena banyaknya faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial. Kemungkinan terjadinya infeksi tergantung pada karakteristik mikroorganisme, resistensi terhadap zat-zat antibiotika, tingkat virulensi, dan banyaknya materi infeksius (Adhiwijaya, 2017).

Semua mikroorganisme termasuk bakteri, virus, jamur dan parasit dapat menyebabkan infeksi nosokomial. Infeksi ini dapat disebabkan oleh mikroorganisme yang didapat dari orang lain (*cross infection*) atau disebabkan oleh flora normal dari pasien itu sendiri (*endogenous infection*). Kebanyakan infeksi yang terjadi di rumah sakit ini lebih disebabkan karena faktor eksternal, yaitu penyakit yang penyebarannya melalui makanan dan udara dan benda atau bahan-bahan yang tidak steril. Penyakit yang didapat dari rumah sakit saat ini kebanyakan disebabkan oleh mikroorganisme yang umumnya selalu ada pada manusia yang sebelumnya tidak atau jarang menyebabkan penyakit pada orang normal (Adhiwijaya, 2017).

Tabel 2.1. Bakteri Penyebab Infeksi Nosokomial

| Bakteri | Persentase(%) |
|----------------------|---------------|
| Enterobacteriaceae | >40 |
| <i>S. aureus</i> | 11 |
| Enterococcus | 10 |
| <i>P. aeruginosa</i> | 9 |

(Afif F., 2015)

Tabel 2.2. Mikroorganisma Penyebab Infeksi Nosokomial

| Mikroorganisme | Persentase(%) |
|--|---------------|
| <i>S. aureus</i> , Staphylococci koagulase negatif, Enterococci | 34 |
| <i>E. coli</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>Enterobacter</i> spp., & <i>K. pneumoniae</i> | 32 |
| <i>C. difficile</i> | 17 |
| Fungi (kebanyakan <i>C. Albicans</i>) | 10 |
| Bakteri Gram negatif lain (<i>Acinetobacter</i> , <i>Citrobacter</i> , <i>Haemophilus</i>) | 7 |

(Afif F., 2015)

b. Respon dan toleransi tubuh pasien

Faktor terpenting yang mempengaruhi tingkat toleransi dan respon tubuh pasien dalam hal ini adalah umur, status imunitas penderita, penyakit yang diderita, obesitas dan malnutrisi, orang yang menggunakan obat-obatan immunosupresan dan steroid serta intervensi yang dilakukan pada tubuh untuk melakukan diagnosa dan terapi (Afif Fathoni, 2015).

Usia muda dan usia tua berhubungan dengan penurunan resistensi tubuh terhadap infeksi kondisi ini lebih diperberat bila penderita menderita penyakit kronis seperti tumor, anemia, leukemia, diabetes mellitus, gagal ginjal, SLE dan AIDS. Keadaan-keadaan ini akan meningkatkan toleransi tubuh terhadap infeksi dari kuman yang semula bersifat opportunistik. Obat-obatan yang bersifat immunosupresif dapat menurunkan pertahanan tubuh terhadap infeksi. Banyaknya prosedur pemeriksaan penunjang dan terapi seperti biopsi, endoskopi, kateterisasi, intubasi dan tindakan pembedahan juga meningkatkan resiko infeksi (Afif Fathoni, 2015).

Menurut Purwandari (2016), bayi mempunyai pertahanan yang lemah terhadap infeksi, lahir mempunyai antibodi dari ibu, sedangkan sistem imunnya masih imatur. Dewasa muda sistem imun telah memberikan pertahanan pada bakteri yang menginvasi. Pada usia lanjut, karena fungsi dan organ tubuh mengalami penurunan, sistem imun jugamengalami perubahan. Peningkatan infeksi nosokomial juga sesuai dengan umur dimana pada usia >65

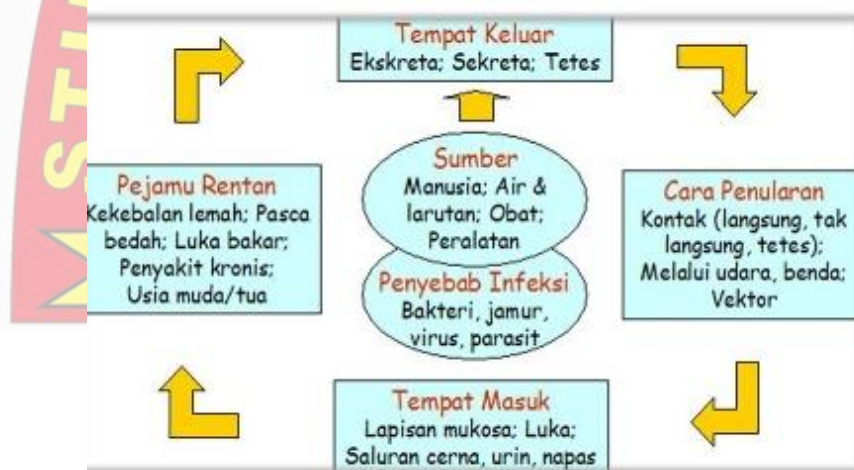
tahun kejadian infeksi tiga kali lebih sering daripada usia muda (Hikmayanti, 2015).

4. Proses Penularan Infeksi Nosokomial

a. Menurut Depkes RI (1995) macam-macam penularan infeksi nosokomial bisa berupa :

- 1) Infeksi silang (*Cross Infection*), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman yang didapat dari orang atau penderita lain di rumah sakit secara langsung atau tidak langsung.
- 2) Infeksi sendiri (*Self infection, Auto infection*), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman dari penderita itu sendiri berpindah tempat dari satu jaringan ke jaringan lain
- 3) Infeksi lingkungan (*Enverenmental infection*), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman yang berasal dari benda atau bahan yang tidak bernyawa yang berada di lingkungan rumah sakit, misalnya lingkungan yang lembab dan lain-lain.

b. Skema Rantai Penularan Infeksi Nosokomial



Skema 2.1. Rantai Penularan Infeksi Nosokomial (Yanah dkk, 2015)

5. Penilaian yang digunakan untuk Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial disebut juga dengan “*Hospital Acquired Infection*” apabila memenuhi batasan atau kriteria sebagai berikut:

a. Pada waktu penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak

- didapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut.
- b. Pada waktu penderita mulai dirawat tidak dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut.
 - c. Tanda-tanda infeksi tersebut baru timbul sekurang-kurangnya 3 × 24 jam sejak mulaidirawat.
 - d. Infeksi tersebut bukan merupakan sisa (residual) dari infeksi sebelumnya (Hasbullah T,2015).
6. Faktor Resiko Terjadinya Infeksi pada Pasien
- a. Infeksi secara langsung atau secara tidak langsung

Infeksi boleh terjadi karena kontak secara langsung atau tidak langsung. Penularan infeksi ini dapat tertular melalui tangan, kulit dan baju, yang disebabkan oleh golongan staphylococcus aureus. Cairan yang diberikan secara intravena dan jarum suntik, peralatan serta instrumen kedokteran boleh menyebabkan infeksi nosokomial. Makanan yang tidak steril, tidak dimasak dan diambil menggunakan tangan yang menyebabkan terjadinya cross infection (Herman, Max Joseph, 2016).

b. Resistensi Antibiotika

Seiring dengan penemuan dan penggunaan antibiotika penicillin antara tahun 1950-1970, kebanyakan penyakit yang serius dan fatal ketika itu dapat diterapi dan disembuhkan. Bagaimanapun, keberhasilan ini menyebabkan penggunaan berlebihan dan penyalahgunaan antibiotika. Maka banyak mikroorganisme yang kini menjadi lebih resisten. Peningkatan resistensi bakteri dapat meningkatkan angka mortalitas terutama pada pasien yang immunocompromised (Herman, Max Joseph, 2016).

Penggunaan antibiotika yang terus-menerus ini meningkatkan multiplikasi serta penyebaran strain yang resisten. Penyebab utamanya adalah penggunaan antibiotika yang tidak sesuai dan tidak terkontrol, dosis antibiotika yang tidak optimal, terapi dan pengobatan menggunakan antibiotika yang terlalu singkat serta

kesalahan diagnosa (Sianturi, 2014). Infeksi nosokomial sangat mempengaruhi angka morbiditas dan mortalitas di rumah sakit, dan menjadi sangat penting karena:

- 1) Meningkatnya jumlah penderita yang dirawat
 - 2) Seringnya imunitas tubuh melemah karena sakit, pengobatan atau umur
 - 3) Mikroorganisme yang baru (mutasi)
 - 4) Meningkatnya resistensi bakteri terhadap antibiotika
- (Sianturi, 2014).

c. Faktor alat

Suatu penelitian klinis menunjukkan infeksi nosokomial terutama disebabkan oleh infeksi dari kateter urin, infeksi jarum infus, infeksi saluran nafas, infeksi kulit, infeksi dari luka operasi dan septikemia. Penggunaan peralatan non steril juga boleh menyebabkan infeksi nosokomial (Sianturi, 2014).

7. Cara Penularan Infeksi

Cara penularan infeksi nosokomial bisa berupa infeksi silang (*Cross infection*) yaitu disebabkan oleh kuman yang didapat dari orang atau penderita lain di rumah sakit secara langsung atau tidak langsung. Infeksi sendiri (*Self infection, Auto infection*) yaitu disebabkan oleh kuman dari penderita itu sendiri yang berpindah tempat dari satu jaringan ke jaringan yang lain. Infeksi lingkungan (*Environmental infection*) yaitu disebabkan oleh kuman yang berasal dari benda atau bahan yang tidak bernyawa yang berada di lingkungan rumah sakit. Misalnya lingkungan yang lembab dan lain-lain (Ekowanti, 2016).

Terdapat 4 cara penularan infeksi nosokomial yaitu kontak langsung antara pasien dan personil yang merawat atau menjaga pasien. Seterusnya, kontak tidak langsung ketika objek tidak bersemangat/kondisi lemah dalam lingkungan menjadi kontaminasi dan tidak didesinfeksi atau sterilkan, sebagai contoh perawatan luka paska operasi. Selain itu, penularan cara droplet infection dimana kuman dapat mencapai ke udara (*air borne*) dan penularan melalui

vektor yaitu penularan melalui hewan/serangga yang membawa kuman (Afif F., 2015).

8. Strategi Pencegahan terjadinya Infeksi

a. Peningkatan daya tahan pejamu.

Daya tahan pejamu dapat meningkat dengan pemberian imunisasi aktif (contoh vaksinasi Hepatitis B), atau pemberian imunisasi pasif (imunoglobulin). Promosi kesehatan secara umum termasuk nutrisi yang adekuat akan meningkatkan daya tahan tubuh.

b. Inaktivasi agen penyebab infeksi.

Inaktivasi agen infeksi dapat dilakukan dengan metode fisik maupun kimiawi. Contoh metode fisik adalah pemanasan (Pasteurisasi atau Sterilisasi) dan memasak makanan seperlunya. Metode kimiawi termasuk klorinasi air, disinfeksi

c. Tindakan pencegahan paska pajanan

(*“Post Exposure Prophylaxis”* / PEP) terhadap petugas kesehatan. Hal ini terutama berkaitan dengan pencegahan agen infeksi yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh lainnya, yang sering terjadi karena luka tusuk jarum bekas pakai atau pajanan lainnya. Penyakit yang perlu mendapat perhatian adalah hepatitis B, Hepatitis C dan HIV.

d. Memutus rantai infeksi.

Hal ini merupakan cara yang paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, tetapi hasilnya sangat bergantung kepada ketaatan petugas dalam melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan. Tindakan pencegahan ini telah disusun dalam suatu *“Isolation Precautions”* (Kewaspadaan Isolasi) yang terdiri dari dua pilar/tingkatan yaitu *“Standard Precautions”* (Kewaspadaan standar) dan *“Transmission-based Precautions”* (Kewaspadaan berdasarkan cara penularan). Komponen dari kewaspadaan standar adalah sebagai berikut :

Kewaspadaan Standar untuk pelayanan semua pasien.
Kategori I meliputi ;

- 1) Kebersihan tangan/Handhygiene
- 2) Alat Pelindung Diri (APD)
- 3) Pengendalian lingkungan
- 4) Pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen
- 5) Kesehatan karyawan / Perlindungan petugas kesehatan
- 6) Penempatan pasien
- 7) Hygiene respirasi/Etika batuk
- 8) Praktek menyuntik yang aman
- 9) Praktek untuk lumbal punksi

(Depkes RI, 2010)

Terdapat berbagai pencegahan yang perlu dilakukan untuk mencegah infeksi nosokomial. Antaranya adalah dikontaminasi tangan dimana transmisi penyakit melalui tangan dapat diminimalisasi dengan menjaga hiegene dari tangan. Tetapi pada kenyataannya, hal ini sulit dilakukan dengan benar, karena banyaknya alasan seperti kurangnya peralatan, alergi produk pencuci tangan, sedikitnya pengetahuan mengenai pentingnya hal ini, dan waktu mencuci tangan yang lama. Penggunaan sarung tangan sangat dianjurkan apabila melakukan tindakan atau pemeriksaan pada pasien dengan yang dirawat di rumah sakit (Nelwan, 2017).

Afif Fathoni(2015) menyimpulkan bahwa lebih dari 50% suntikan yang dilakukan di negara berkembang tidak aman contohnya adalah jarum, tabung atau keduanya yang dipakai secara berulang-ulang. Untuk mencegah penyebaran infeksi melalui jarum suntik maka diperlukan, penggunaan jarum yang steril dan penggunaan alat suntik yang disposabel. Masker digunakan sebagai pelindung terhadap penyakit yang ditularkan melalui udara. Sarung tangan, sebaiknya digunakan terutama ketika menyentuh darah, cairan tubuh, feses maupun urine. Sarung tangan harus selalu diganti untuk setiap pasiennya, baju khusus juga harus dipakai untuk melindungi kulit dan

pakaian selama kita melakukan suatu tindakan untuk mencegah percikan darah, cairan tubuh, urin dan feses (Louisiana, 2017).

Pembersihan yang rutin sangat penting untuk meyakinkan bahwa rumah sakit sangat bersih dan benar-benar bersih dari debu, minyak dan kotoran. Administrasi rumah sakit harus ada waktu yang teratur untuk membersihkan dinding, lantai, tempat tidur, pintu, jendela, tirai, kamar mandi, dan alat-alat medis yang telah dipakai berkali-kali. Usahakan pemakaian penyaring udara, terutama bagi penderita dengan status imun yang rendah atau bagi penderita yang dapat menyebarkan penyakit melalui udara. Kamar dengan pengaturan udara yang baik boleh menurunkan resiko terjadinya penularan tuberkulosis. Selain itu, rumah sakit harus membangun suatu fasilitas penyaring air dan menjaga kebersihan pemrosesan serta filternya untuk mencegah terjadinya pertumbuhan bakteri. Toilet rumah sakit juga harus dijaga, terutama pada unit perawatan pasien diare untuk mencegah terjadinya infeksi antar pasien. Permukaan toilet harus selalu bersih dan diberi disinfektan (Purniawati, 2014).

Penyebaran dari infeksi nosokomial juga dapat dicegah dengan membuat suatu pemisahan pasien. Ruang isolasi sangat diperlukan terutama untuk penyakit yang penularannya melalui udara, contohnya tuberkulosis, dan SARS, yang mengakibatkan kontaminasi berat. Penularan yang melibatkan virus, seperti HIV serta pasien yang mempunyai resistensi rendah seperti leukimia juga perlu diisolasi agar terhindar dari infeksi. Ruang isolasi ini harus selalu tertutup dengan ventilasi udara yang menuju keluar (Babb, JR. Liffe, AJ, 2015).

Perlu diperhatikan dalam pencegahan infeksi nosokomial luka operasi adalah harus melakukan pemeriksaan terhadap pasien operasi sebelum pasien masuk/dirawat di rumah sakit yaitu dengan memperbaiki keadaan pasien, misalnya gizi. Sebelum operasi, pasien operasi dilakukan dengan benar sesuai dengan prosedur, misalnya pasien harus puasa, desinfeksi daerah operasi dan lain-lain. Pada waktu operasi semua petugas harus mematuhi peraturan kamar operasi yaitu

bekerja sesuai *Standard Operating Procedure*(SOP) yaitu dengan perhatikan waktu/lama operasi. Seterusnya, pasca operasi harus diperhatikan perawatan alat-alat bantu yang terpasang sesudah operasi seperti kateter, infus dan lain-lain (Farida, 2017).

B. *Cleaning Sevrice* Rumah Sakit

1. Definisi *Cleaning Sevrice*

Cleaning Sevrice adalah Pelayanan yg diberikan terhadap kebersihan suatu gedung atau bangunan lainnya, yang dilakukan secara seksama dan menyeluruh dengan bantuan alat-alat kebersihan mesin non mesin serta bahan kimia (*chemical*) yg dilakukan oleh seorang petugas atau perawat kebersihan (*cleaner*) Tujuan *Cleaning Sevrice* adalah: Menciptakan 5K Kebersihan, kerapihan, keindahan, keamanan, dan kenyamanan pada gedung atau bangunan dll, yg dilakukan oleh seorang cleaner. Tugas Pokok *Cleaner* adalah: Menjaga dan merawat kebersihan masing-masing area, sesuai penempatan, (*plotting*) dan prosedur yg sudah ditentukan oleh atasan.

Pekerja *Cleaning Sevrice* biasanya sering tidak diberikan pelatihan, peralatan dan informasi untuk melakukan pekerjaan mereka dengan cara yang terbaik sehat dan aman

Cleaning Sevrice terdapat dalam berbagai kegiatan dan dilakukan dalam lingkungan kerja berbeda, seperti rumah, kantor, industri, sekolah, took, bandara, dan rumah sakit, risiko dari seseorang jasa kebersihan terpajan bahaya terantung pada tugas yang mereka lakukan dan tempat bekerja mereka.

Cleaning Sevrice adalah salah satu jenis pekerjaan basah sering kontak dengan air yaitu membuat karakteristik *Cleaning Sevrice* menjadi berpotensi terkena penyakit kulit akibat kerja, seperti dermatitits kontak akibat kerja. Aktivitas pembersihan biasanya berlangsung di rumah, kantor, sekolah atau pabrik, pekerjaan *Cleaning Sevrice* berpotensi mengakibatkan kerusakan fisik kulit karena kontak dengan sabun, detergen, beberapa makanan dan produk teknis lainnya.

2. Dasar Pemahaman *Cleaning Service*

a. Arti Cleaning (Kebersihan)

Bersih bisa diartikan sebagai keadaan suatu area atau benda tanpa terdapat material lain yang tidak semestinya. Suatu area atau benda bisa dikatakan bersih apabila sudah memenuhi syarat syarat minimal sebagai berikut :

1) Berpedoman pada beberapa *Panca Indra*: 1). Mata. Suatu area atau benda bisa dikatakan bersih apabila dilihat warnanya sesuai dengan aslinya. 2). Kulit Suatu area atau benda bisa dikatakan bersih apabila diraba atau diusap dengan tangan tidak menimbulkan bekas kotor pada tangan atau jari dan permukaannya sesuai aslinya. 3). Hidung Suatu area atau benda bisa dikatakan bersih apabila tidak menimbulkan bau atau aroma yang tidakbaik.

2) Syarat kesehatan:

Suatu area atau benda bisa dikatakan bersih apabila higienis, berarti bersih dari kuman atau bakteri yang timbul akibat dari debu, sampah dan kotoran lain (terutama toilet dan lantai).

3) Syarat 5R (Resik, Ringkas, Rapi, Rawat & Rajin).

Setiap proses dan hasil pekerjaan harus selalu memperhatikan pengaturan dan penataan lingkungan kerja.

b. Arti Service (Pelayanan)

Pelayanan bisa diartikan suatu pekerjaan yang sengaja dilakukan untuk diberikan atau ditujukan kepada orang lain. Pelayanan seutuhnya diberikan untuk semua orang yang ada di lingkungan kerja mulai dari level bawah sampai tertinggi dan terlebih lagi adalah untuk tamu atau pengunjung.

Dalam pelayanan harus memperhatikan beberapa hal :

1) Senyum, Salam dan Sapa (3S).

Senyum, salam dan sapa mutlak harus dilakukan dalam pelayanan sebagai wujud keseriusan dan ketulusan dalam melayani pelanggan.

2) Norma

Sudah menjadi hukum norma pelayanan bahwa dalam setiap berinteraksi harus mengedepankan rasa hormat terhadap pelanggan. Apapun situasinya tidak dibenarkan melakukan reaksi melebihi dari pelanggannya.

3) Fleksibilitas

Dalam praktek pelayanan sering terjadi permintaan pekerjaan lain atau tuntutan yang lebih dari pelanggan. Oleh karena itu dalam melayani diharapkan ada fleksibilitas atau toleransi pekerjaan sebagai upaya menjalin hubungan yang lebih baik.

c. Tujuan atau Fungsi

Berdasarkan arti tersebut, maka *Cleaning Service* mempunyai maksud dan tujuan antara lain :

1) Meningkatkan Produktivitas pelanggan dalam beraktivitas.

Dengan lingkungan yang bersih dan sehat akan menunjang aktivitas mereka.

2) Mempertahankan Nilai Teknis aset pelanggan

Lingkungan yang bersih dan terawat akan melindungi material yang dibersihkan, sehingga berfungsi dengan baik dan tidak cepat rusak.

3) Meningkatkan Efisiensi dalam manajemen pemeliharaan.

Menyerahkan urusan pengelolaan kebersihan kepada bidangnya maka sistem dan teknik pekerjaan akan lebih efisien karena ditunjang oleh totalitas dan pengalaman.

4) Memberikan citra positif di kalangan mitra kerja, mitra usaha dan masyarakat Apabila gedung dan lingkungan dalam keadaan bersih terpelihara dengan baik maka akan memberi kesan positif. (Ratnasari, 2016).

C. Kebersihan Tangan

1. Definisi Kebersihan Tangan

Kebersihan Tangan adalah suatu prosedur tindakan membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganisme pada tangan yang di dapat

melalui kontak dengan pasien, petugas kesehatan lain dan permukaan lingkungan dengan menggunakan sabun/larutan antiseptik di bawah air bersih mengalir atau dengan menggunakan handrub berbasis alkohol.

- a. Kebersihan Tangan dengan Sabun dan Air Mengalir (*Handwash*) adalah Mencuci tangan dengan air bersih mengalir menggunakan sabun yang bertujuan membersihkan tangan dari transmisi (perpindahan) mikroorganisme di tangan (pada tangan yang kotor) dan mengeringkan dengan menggunakan handuk/tissue.
- b. Kebersihan Tangan dengan Antiseptik (*Handrub*) adalah Mencuci tangan dengan menggunakan larutan antiseptik yang berbahan dasar alkohol di seluruh permukaan tangan untuk meminimalkan pertumbuhan mikroorganisme tanpa menggunakan air dan handuk (pada tangan yang bersih).

Contohnya adalah :

- 1) Alkohol 60-90 % (etil dan isopropyl atau metal alcohol)
 - 2) Klorhexidin glukonat 2-4% (*Hibiclens, Hibiscrub, Hibitane*)
 - 3) Klorhexidin glukonat dan cetrimide, dalam berbagai konsentrasi (*savlon*)
 - 4) Yodium 3%, yodium dan produk alcohol berisi yodium atau tincture (*yodium tincture*).
 - 5) Iodofor 7,5-10%, berbagai konsentrasi (*betadine* atau *Wescodyne*).
 - 6) Kloroksillenol 0,5-4% (Para kloro metaksilenol atau PCMX) berbagai konsentrasi (*Dettol*)
 - 7) Triklosan 0,2-2%
- c. Kebersihan Tangan Bedah (*Surgical Handwash*) pada tindakan operasi adalah: Proses menghilangkan atau menghancurkan mikroorganisme transien dan mikroorganisme yang tinggal di lapisan kulit yang lebih dalam serta di dalam folikel rambut yang tidak dapat dihilangkan seluruhnya (*flora residen*).

2. Teknik dan Tata Cara Membersihkan Tangan

- a. Teknik cuci tangan dengan sabun dan air

Prosedur cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dilakukan selama 40-60 detik. Teknik membersihkan tangan dengan sabun dan air harus dilakukan seperti dibawah ini :

- 1) Basahi tangan mulai dari pergelangan tangan dengan air mengalir.
 - 2) Tuangkan 3-5 cc sabun cair untuk menyabuni seluruh permukaan tangan dengan metode 6 langkah yaitu :
 - a) Ratakan dengan kedua telapak tangan
 - b) Gosok kedua telapak tangan hingga merata.
 - c) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
 - d) Gosok kedua telapak dan sela-sela jari
 - e) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.
 - f) Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya.
 - g) Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya.
 - 3) Bilas kedua tangan dengan air mengalir.
 - 4) Keringkan tangan dengan tissue sampai benar-benar kering.
 - 5) Gunakan tissue tersebut untuk menutup keran.
- b. Prosedur cuci tangan dengan handrub antiseptic

Prosedur cuci tangan dengan handrub antiseptic dilakukan selama 20 - 30 detik. Penggunaan handrub antiseptik untuk tangan yang bersih lebih efektif membunuh flora residen dan flora transien dari pada mencuci tangan dengan sabun antiseptik atau dengan sabun biasa dan air. Penggunaan larutan handrub yang efektif sesuai petunjuk pabrik (sekitar satu sendok teh, 3-5 cc)

Teknik untuk menggosok tangan dengan antiseptic adalah (tetap menggunakan 6 langkah), tuangkan handrub berbasis alkohol untuk dapat mencakup seluruh permukaan tangan (kira-kira satu sendok teh).

- 1) Gosok kedua telapak tangan hingga merata

- 2) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
- 3) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
- 4) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
- 5) Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
- 6) Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya.

3. Indikasi Kebersihan Tangan

a. Segera : Setelah tiba di tempat kerja

b. Sebelum :

- 1) Kontak langsung dengan pasien
- 2) Memakai sarung tangan sebelum pemeriksaan klinis dan tindakan invasive (memberikan suntikan intra vaskuler)
- 3) Menyediakan/mempersiapkan obat-obatan
- 4) Mempersiapkan makanan
- 5) Member makan pasien
- 6) Meninggalkan rumah sakit

c. Diantara : Prosedur tertentu pada pasien yang sama dimana tangan terkontaminasi, untuk menghindari kontaminasi

d. Setelah :

- 1) Kontak dengan pasien
- 2) Melepas sarung tangan
- 3) Melepas alat pelindung diri
- 4) Kontak dengan darah, cairan tubuh, eksresi, eksudat luka, dan peralatan yang diketahui atau kemungkinan terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh, eksresi (bedpen, urinal) apakah menggunakan sarung tangan atau tidak menggunakan sarung tangan
- 5) Menggunakan toilet, menyentuh/melap hidung dengan tangan

e. Perlu diperhatikan saat melakukan 5 praktik membersihkan tangan:

- 1) Sebelum kontak dengan pasien
- 2) Sebelum tindakan aseptis

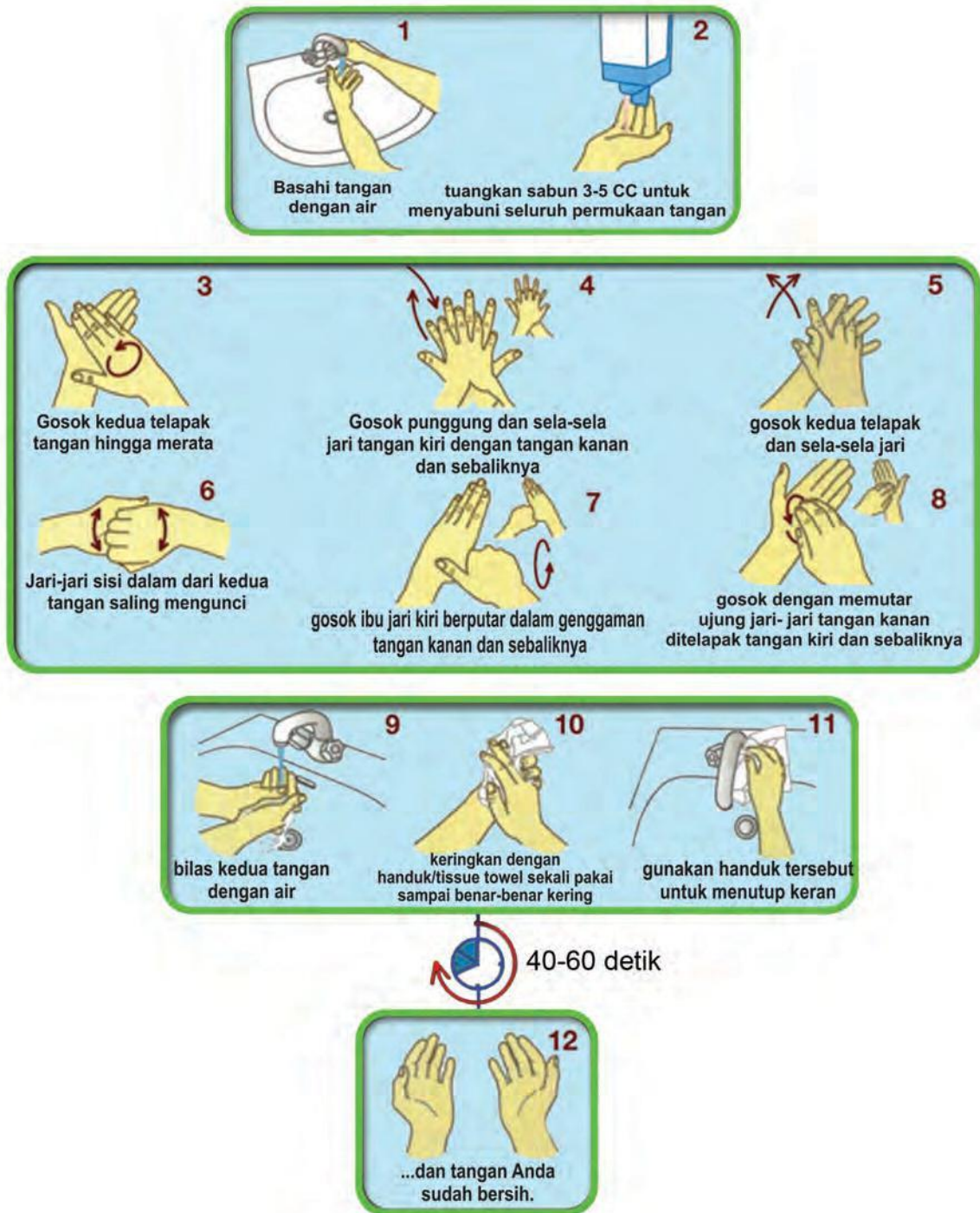
- 3) Setelah terkena cairan tubuh pasien
 - 4) Setelah kontak dengan pasien
 - 5) Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien
4. Hal yang Perlu diperhatikan

Handrub antiseptic (handrub berbasis alcohol)

Handrub antiseptik tidak menghilangkan kotoran atau zat organik, sehingga jika tangan sangat kotor atau terkontaminasi oleh darah dan cairan tubuh, harus mencuci tangan dengan sabun dan air terlebih dahulu. Selain untuk mengurangi penumpukan emolien pada tangan setelah memakai handrub antiseptik berulang, tetap diperlukan mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali setelah 5-10 aplikasi.

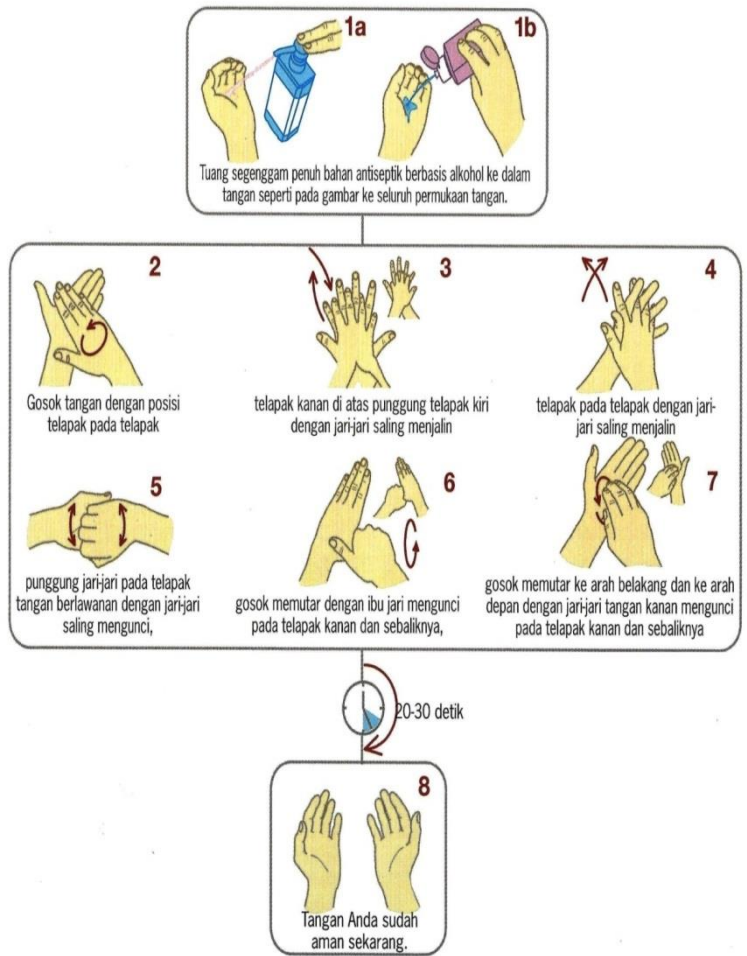
- a. Jika kulit rusak atau diperlukan cuci tangan yang sering, sabun lembut (tanpa bahan antiseptik) dapat digunakan untuk menghilangkan kotoran dan debu.
- b. Apabila dikehendaki efek antimikroba (misalnya sebelum suatu tindakan invasive atau kontak dengan pasien yang rentan seperti pasien AIDS atau bayi baru lahir) penggosok tangan berbasis alkohol tanpa air harus digunakan.
- c. Di area beresiko tinggi, seperti ruang bedah dan ICU atau unit transplantasi, langkah-langkah penggosokan tangan dengan menggunakan sikat lunak atau spon dalam waktu singkat (setidaknya 2 menit) dapat menggantikan penggosokan keras dengan sifat kasar selama 6-10menit.
- d. Untuk petugas yang sering mencuci tangannya (30 kali atau lebih pershift), pelumas tangan dan rim harus disediakan agar dapat mengurangi iritasi kulit. Kesehatan dan kebersihan tangan dapat dilakukan dengan kegiatan cuci tangan rutin (dengan atau tanpa bahan antiseptik) ataupun penggosok tangan antiseptik dan penggosok tangan bedah dengan mempergunakan bahan dasar alkohol tanpa air. Tujuan dan cara melakukannya masing-masing agak berbeda.(PPI RS Restu Ibu, 2019)

Gambar 2.1 Cara Mencuci Tangan

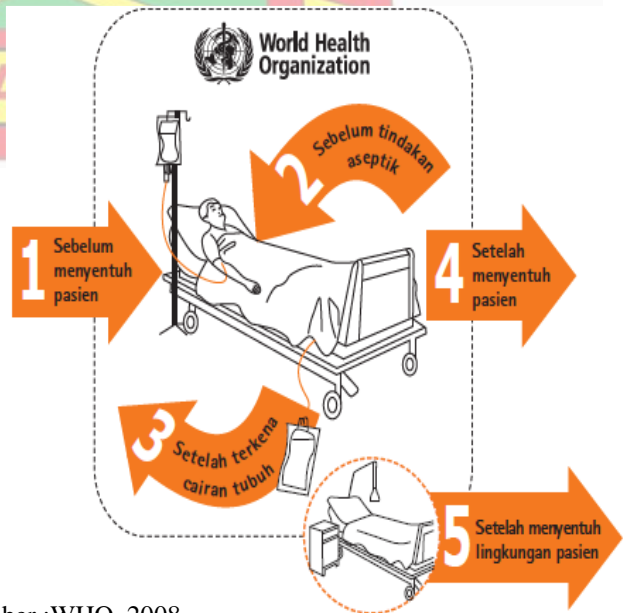


Sumber :WHO, 2008

Gambar 2.2 Cara Mencuci Tangan dengan Handrub



Gambar 2.3 Waktu Mencuci Tangan



Sumber :WHO, 2008

D. Alat Pelindung Diri (APD)

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pengunjung rumah sakit beresiko terjadi infeksi nosokomial yaitu infeksi yang diperoleh di rumah sakit. Oleh sebab itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standart yang ditentukan. Selain kebersihan tangan sebagai pilar dalam mencegah infeksi , Alat Pelindung Diri juga berperan dalam mencegah terjadinya penularan infeksi baik dari petugas ke pasien atau sebaliknya dan mencegah penularan dari pasien satu ke pasien yang lain (Nelwan, 2017).

Alat Pelindung Diri (APD) adalah alat untuk melindungi tenaga kerja dari kecelakaan kerja yang serius atau penyakit akibat kontak dengan bahan kimia, radiologi, fisik, listrik, mekanik atau tempat kerja berbahaya lainnya. Alat pelindung diri mencakup sarung tangan, masker, alat pelindung mata (pelindung wajah dan kaca mata, topi, apron dan pelindung lainnya).(Nelwan, 2017).

Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) yang tepat menjadi sangat penting. Sebagai konsekuensinya pengelola rumah sakit, penyedia dan petugas kesehatan harus mengetahui tidak hanya kegunaan dan keterbatasan dari Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) tertentu, tetapi juga peran Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) sesungguhnya dalam mencegah penyakit infeksi sehingga dapat di gunakan secara efektif dan efisien. Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) sebagai barrier telah digunakan selama bertahun-tahun untuk melindungi pasien dari mikroorganisme yang ada pada petugas kesehatan. Namun saat ini pemakaian Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) tidak hanya berorientasi untuk melindungi pasien saja tetapi sangat penting juga untuk melindungi petugas dari bahan yang dapat menjadi tranmisi infeksi dari cairan tubuh, sekret dan kontak. Agar pemakaian Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) dapat dilakukan secara efektif dan efisien perlu dipastikan Pemakaian Alat

Pelindung Diri (APD) tersebut benar-benar berperan untuk barier dan Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) digunakan sesuai dengan ketentuan. Alat pelindung diri yang yang digunakan sebagai barier infeksi adalah sarung tangan, masker, topi, apron dan pelindung kaki (PPI RS Restu Ibu, 2019).

1. Pedoman Umum Alat Pelindung Diri (APD) :

- 1) Tangan harus selalu dibersihkan meskipun menggunakan Alat Pelindung Diri.
- 2) Lepas dan ganti bila perlu segala perlengkapan Alat Pelindung Diri yang dapat digunakan kembali yang sudah rusak atau sobek segera setelah anda mengetahui Alat Pelindung Diri tersebut tidak berfungsi normal.
- 3) Lepaskan semua Alat Pelindung Diri sesegera mungkin setelah selesai memberikan pelayanan dan hindari kontaminasi :
 - a. Lingkungan diluar ruang isolasi
 - b. Para pasien atau pekerja lain
 - c. Diri anda sendiri
- 4) Buang semua perlengkapan Alat Pelindung Diri dengan hati-hati dan segera membersihkan tangan
 - a. Perkirakan risiko terpajan cairan tubuh atau area terkontaminasi sebelum melakukan kegiatan perawatan pasien.
 - b. Pilih Alat Pelindung Diri sesuai dengan perkiraan risiko terjadi pajanan
 - c. Menyediakan sarana Pemakaian Alat Pelindung Diri bila emergency dibutuhkan untuk dipakai.

2. Jenis-Jenis Alat Pelindung Diri

1. Sarung Tangan

Sarung tangan melindungi tangan dari bahan yang dapat menularkan penyakit dan melindungi pasien dari mikroorganisme yang berada di tangan petugas kesehatan. Sarung tangan merupakan penghalang (*barrier*) fisik paling penting untuk mencegah penyebaran infeksi. Sarung tangan harus diganti antara

setiap kontak dengan satu pasien ke pasien lainnya, untuk menghindari kontaminasi silang (PPI RS Restu Ibu, 2019).

Penggunaan sarung tangan dan kebersihan tangan, merupakan komponen kunci dalam meminimalkan penyebaran penyakit dan mempertahankan suatu lingkungan bebas infeksi. Selain itu, pemahaman mengenai kapan sarung tangan steril atau disinfeksi tingkat tinggi diperlukan dan kapan sarung tangan tidak perlu digunakan, penting untuk diketahui agar dapat menghemat biaya dengan tetap menjaga keamanan pasien dan petugas (PPI RS Restu Ibu, 2019).

2. Masker

Masker harus cukup besar untuk menutupi hidung, mulut, bagian dagu, dan rambut pada wajah (jenggot). Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan atau petugas bedah berbicara, batuk, atau bersin serta untuk mencegah percikan darah atau cairan tubuh lainnya memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan. Bila masker tidak terbuat dari bahan tahan cairan, maka masker tersebut tidak efektif untuk mencegah kedua hal tersebut (PPI RS Restu Ibu, 2019).

Masker yang ada, terbuat dari berbagai bahan seperti katun ringan, kain kasa, kertas dan bahan sintetik yang beberapa diantaranya tahan cairan. Masker yang dibuat dari katun atau kertas sangat nyaman tetapi tidak dapat menahan cairan atau efektif sebagai filter. Masker yang dibuat dari bahan sintetik dapat memberikan perlindungan dari tetesan partikel berukuran besar ($>5\mu\text{m}$) yang tersebar melalui batuk atau bersin ke orang yang berada di dekat pasien (PPI RS Restu Ibu, 2019).

Namun masker bedah terbaik sekalipun tidak dirancang untuk benar – benar menutup pas secara erat (menempel sepenuhnya pada wajah) sehingga mencegah kebocoran udara pada tepinya. Dengan demikian, masker tidak dapat secara efektif menyaring udara yang dihisap (PPI RS Restu Ibu, 2019).

Pada perawatan pasien yang telah diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular melalui udara atau droplet, masker yang digunakan harus dapat mencegah partikel mencapai membrane mukosa dari petugas kesehatan.



Gambar 2.4. Sarung Tangan

Ketika melepas masker, pegang bagian talinya karena bagian tengah masker merupakan bagian yang paling banyak terkontaminasi.

3. Alat Pelindung Mata

Melindungi petugas dari percikan darah atau cairan tubuh lain dengan cara melindungi mata. Pelindung mata mencakup kacamata (*goggles*) plastik bening, kacamata pengaman, pelindung wajah dan visor. Kacamata koreksi atau kacamata dengan lensa polos juga dapat di gunakan, tetapi hanya jika ditambahkan pelindung pada bagian sisi mata.

Petugas kesehatan harus menggunakan masker dan pelindung mata atau pelindung wajah, jika melakukan tugas yang memungkinkan adanya percikan cairan secara tidak sengaja kearah wajah. Bila tidak tersedia pelindung wajah, petugas kesehatan dapat menggunakan kacamata pelindung atau kacamata biasa serta masker.

Gunakan pelindung mata (kacamata khusus) untuk melindungi selaput lendir mata dari percikan darah, cairan tubuh,

sekresi atau ekskresi selama melakukan tindakan atau kegiatan keperawatan(PPI RS Restu Ibu, 2019).

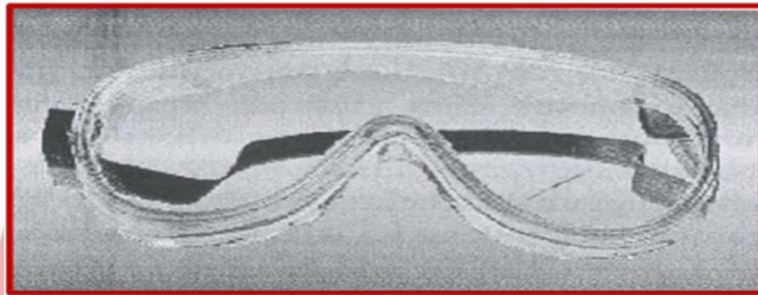
Ada 2 macam pelindung mata yaitu :

1) Kaca Mata Biasa (*Spectacle Goggles*)

Kaca mata terutama pelindung mata dapat dengan mudah atau tanpa pelindung samping. Kaca mata dengan pelindung samping lebih banyak memberikan perlindungan.

2) *Goggles*

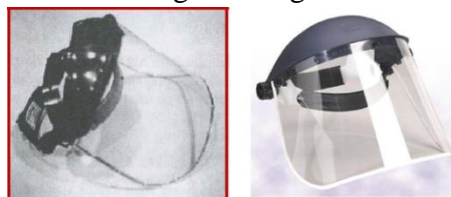
Mirip kacamata, tetapi lebih protektif dan lebih kuat terikat karena memakai ikat kepala. Dipakai untuk pekerjaan yang amat membahayakan bagi mata



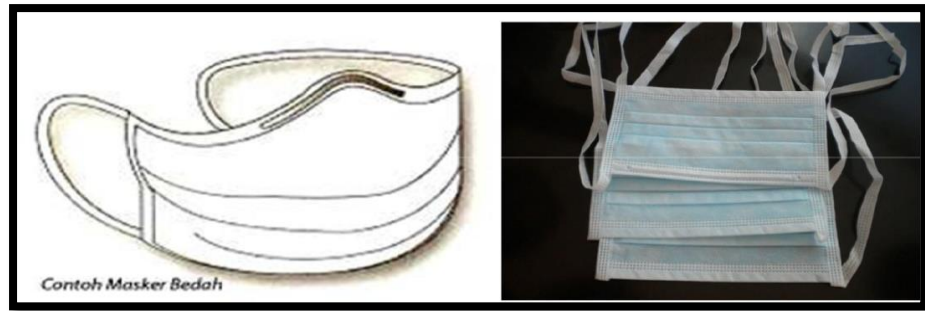
Gambar 2.5. *Goggles*

Hal-hal yang harus diperhatikan saat memakai pelindung mata (*Goggles*)

1. Semua pelindung mata dianggap terkontaminasi cairan tubuh pasien setelah dipakai.
2. Bila kontaminasi tidak jelas, maka *goggles* di bersihkan dengan larutan deretgen netral.
3. Bila Kontaminasi jelas atau pasien dengan HBV/HCV/HIV, maka *goggles* direndam dulu dalam chlorine 0,5% selama 10 menit, kemudian dibilas dengan air mengalir dicuci dengan detergent dan di keringkan dengan cara diangin2.



Gambar 2.6 Pelindung Wajah



Gambar 2.7. Masker Bedah

4. Pelindung Wajah

Pelindung wajah jenis yang sering digunakan adalah *face shield*, digunakan untuk melindungi wajah secara menyeluruh dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi selama melakukan tindakan atau kegiatan keperawatan

4. Topi

Digunakan untuk menutup rambut dan kulit kepala sehingga serpihan kulit dan rambut tidak masuk ke dalam luka selama pembedahan. Topi harus cukup besar untuk menutup semua rambut. Meskipun topi dapat memberikan sejumlah perlindungan pada pasien, tetapi tujuan utamanya adalah untuk melindungi pemakaiannya dari darah atau cairan tubuh yang terpecik atau menyemprot (PPI RS Restu Ibu, 2019).

Pelindung Kepala (*Head Cover*)

- 1) Pelindung Kepala yang digunakan di RSMR tdd: HC *Dipossible* untuk dan HC *reusable*.
- 2) HC *disposable* digunakan hanya sekali pakai. Setelah dipakai langsung dibuang di tempat sampah infeksius jika kontak dengan darah dan cairan tubuh pasien, jika tidak kontak dibuang ke tempat sampah non infeksius.
- 3) *Head Cover reusable* terbuat dari kain. Setelah dipakai pengelolaannya sesuai prosedur pengelolaan linen kotor.
- 4) Bila *Head Cover reusable* terkontaminasi cairan tubuh pasien penderita HIV, langsung dibuang sebagai sampah infeksius.

5. Pelindung Kaki

Digunakan untuk melindungi kaki dari cedera akibat benda tajam atau benda berat yang mungkin jatuh secara tidak sengaja keatas kaki. Oleh karena itu, sandal, “sandal jepit” atau sepatu yang terbuat dari bahan lunak (kain) tidak boleh dikenakan. Sepatu boot karet atau sepatu kulit tertutup memberikan lebih banyak perlindungan, tetapi harus dijaga tetap bersih dan bebas kontaminasi darah atau tumpahan cairan tubuh lain. Penutup sepatu tidak diperlukan jika sepatu bersih. Sepatu yang tahan terhadap benda tajam atau kedap air harus tersedia dikamar bedah. Sebuah penelitian menyatakan bahwa penutup sepatu dari kain atau kertas dapat meningkatkan kontaminasi karena memungkinkan darah merembes melalui sepatu dan seringkali digunakan sampai diluar ruang operasi. Kemudian dilepas tanpa sarung tangan sehingga terjadi pencemaran.(PPI RS Restu Ibu, 2019)



Gambar 2.8. Pelindung Kaki

E. *Spill Kit*

Spill Kit adalah seperangkat alat yang digunakan untuk menangani jika terjadi tumpahan cairan tubuh pasien seperti darah, muntah atau bahan infeksius lainnya agar tidak membahayakan semua pekerja dan lingkungan sekitarnya (Sussy Listiarsasih. 2016).

a. Langkah – langkah penggunaan *Spill Kit*

1. Petugas sebelum tindakan melakukan pembersihan tangan
2. Memasang *Bio Hazard wet Floor*
3. Ambil dan bawa *Spill Kit* ke area tumpahan
4. Petugas membuka *spillkit* dan keluarkan kantong kuning plastik sampah kuning (infeksius).
5. Petugas memakai masker dan gaun/apron ,sarung tangan.
6. Petugas menutup dan membersihkan seluruh area tumpahan tersebut dengan *tissue*/kertas yang menyerap darah atau cairan darah tubuh sekali pakai diamkan selama 5 sampai 10 menit.
7. Petugas mengangkat bekas tumpahan tersebut dengan serok kecil dan membuang ke kantong plastik sampah warna kuning
8. Petugas membersihkan dengan cairan sabun netral untuk menghilangkan sisa kotoran dan mendisinfeksi dengan khlorin 0.5%.
9. Petugas membersihkan dengan pel dan larutan disinfeksi
10. Petugas melepas semua APD (gaun/apron sarung tangan bersih,masker,)
11. Petugas membuang bekas APD bekas pakai tersebut ke kantong plastik sampah kuning dan di ikat dengan kencang
12. Petugas setelah tindakan melakukan kebersihan tangan dan rapikan *spill kit*(Sussy Listiarsasih. 2016)

b. Macam-macam Jenis *Spill Kit*

1. *Oil Spill Kit*

Oil Spill Kit merupakan alat yang memudahkan untuk membersihkan tumpahan oli/dengan pasie atau serbuk gergaji besi. Menggunakan pasir atau serbuk gergaji untuk membersihkan

tumpahan oli tentu saja memakan waktu lama dan sangat tidak praktis. Menggunakan *Oil Spill Kit* dinilai jauh lebih praktis dan mudah. Dalam 1 bucket *Oil Spill Kit* mampu menyerap tumpahan oli hingga 45 liter bahkan lebih. Kemampuan menyerapnya pun cukup cepat sehingga tidak memakan banyak waktu dalam proses pembersihan. Dilengkapi dengan kemampuan *hydrophobic*, *Oil Spill Kit* bisa digunakan untuk menyerap oli yang tumpah di air. Dalam 1 *bucket Oil Spill Kit* tersedia juga 1 set PPE seperti sarung tangan, kacamata *safety*, dan respirator di sesuaikan dengan kapasitas penyerapannya.

2. *Chemical Spill Kit*

Chemical Spill Kit biasa digunakan di laboratorium, sektor farmasi, ataupun medical. *Spill kit* jenis ini pada umumnya berwarna kuning, berbeda dengan *oil spill kit* yang berwarna putih. Sama seperti namanya, *spill kit* jenis ini digunakan untuk menyerap tumpahan cairan kimia. Cairan kimia juga memerlukan penanganan khusus terutama jika cairan kimia tersebut tergolong kimia berbahaya yang mungkin saja bisa melukai bagian tubuh Anda. Untuk itu di dalam *chemical spill kit* selalu tersedia 1 set PPE (*Personal Protection Equipment*) Lalu apa saja isi satu set PPE tersebut ? Berikut penjelasannya:

- a. Baju pelindung yang berfungsi untuk melindungi bagian tubuh agar tidak terkena cairan kimia secara langsung.
- b. Safety Goggle berfungsi sebagai pelindung mata agar percikan cairan kimia tersebut tidak mengenai mata secara langsung.
- c. Respirator tentu saja sebagai penutup hidung karena beberapa cairan kimia ada yang berbahaya jika terhirup.
- d. Nitrile Glove juga mempunyai fungsi sebagai pelindung kulit namun hanya untuk bagian tangan. Karena biasanya penggunaan *chemical spill kit* langsung menggunakan tangan.

3. *Universal Spill Kit*

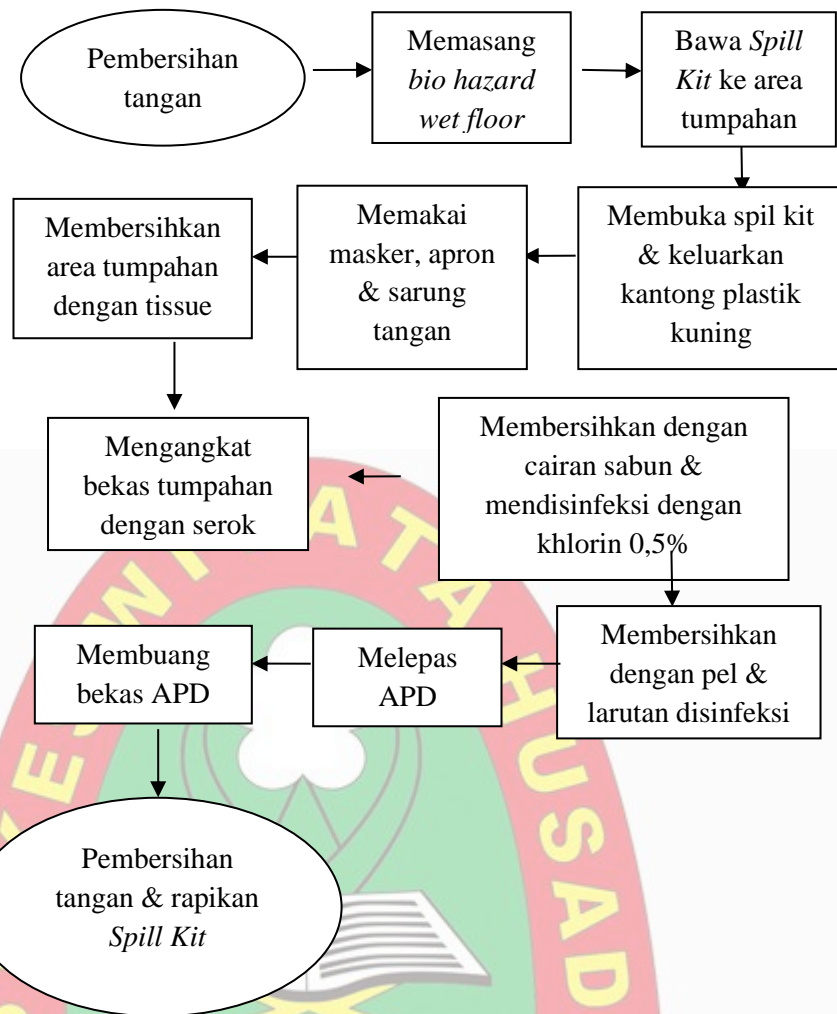
Berbeda dengan *oil* dan *chemical spill kit* yang penggunaannya lebih spesifik, *universal spill kit* yang umumnya berwarna abu-abu ini bisa digunakan untuk menyerap berbagai tumpahan cairan termasuk air sehingga dinilai lebih praktis. Namun kekurangannya adalah karena *universal spill kit* ini mampu menyerap berbagai tumpahan, maka *spill kit* jenis ini tidak bisa digunakan untuk menyerap cairan hidrokarbon yang tumpah di air. Air dan hidrokarbon akan diserap bersamaan oleh *universal spill kit* ini sehingga hasil penyerapan tidak maksimal. Sama dengan *chemical spill kit*, *universal spill kit* juga memiliki satu set PPE, namun beberapa ada yang tidak disertai dengan baju pelindung dan respirator.

4. *Medical Spill Kit*

Sesuai dengan namanya, *medical spill kit* digunakan di area rumah sakit atau klinik kesehatan. *Spill kit* jenis ini digunakan untuk menyerap tumpahan cairan tubuh atau *body fluids* seperti darah, urin, dan juga cairan obat, maupun limbah cairan infeksius. Sangat penting menggunakan *medical spill kit* di area rumah sakit demi menjaga sterilisasi. Satu set PPE yang terapat pada *spill kit* ini juga lebih lengkap dan kompleks karena objek yang diserap merupakan cairan dari tubuh manusia sehingga di fungsikan untuk meminimalisir tertularnya penyakit.

Demikian adalah macam-macam *spill kit* yang sering digunakan dalam dunia industri maupun kesehatan. Gunakan *spill kit* sesuai dengan fungsinya. Pilih *spill kit* sesuai dengan kebutuhan Anda, karena beda *spill kit* beda pula fungsi dan kegunaannya.

c. Diagram Alur Penggunaan *Spill Kit*



Skema 2.1 Diagram Alur *Spill kit*

F. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Menurut Puspasari, Y. (2015). pengetahuan merupakan hasil tahu, yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek, pengetahuan dapat diperoleh dari pendidikan formal atau melalui mendengar, melihat, merasa baik secara langsung maupun tidak langsung. Sedangkan Rikayanti, K. (2014), mengatakan pada hakekatnya pengetahuan adalah segenap apa yang diketahui manusia tentang objek tertentu, termasuk ilmu pengetahuan yang ada pada manusia bertujuan untuk menjawab permasalahan yang dihadapinya sehari-hari untuk memepermudah manusia itu sendiri. Pengetahuan di

ibaratkan merupakan suatu alat yang dapat dipergunakan untuk memecahkan masalah yang dihadapi.

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil dari tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (hidung, mata, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata). (Notoatjmojo, 2010).

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehention*), aplikasi (*application*), analisis (*analilysis*), sintesis (*sintesis*) dan evaluasi (*evaluation*). (Notoadmojo, 2010)

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang menyebabkan individu berbuat atau bertindak. Dengan demikian perbuatan atau tingkah laku seseorang dapat terjadi menurut apa yang diketahui dan diyakini sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Setiap orang memiliki pengetahuan yang berbeda, pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan peranan penting dalam pekerjaannya. Hal ini berarti pengetahuan berpengaruh dalam kehidupan seseorang karena pengetahuan akan melahirkan sikap yang akan mengarahkan seseorang untuk berbuat sesuatu (Rikayanti, K. 2014).

Terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan perawat dengan risiko terjadinya infeksi. Hal ini dapat kita mengerti karena berasal dari pendidikan non formal maupun informal dapat meningkatkan pengetahuan serta mempengaruhi perilaku. Ini bisa dimaklumi mengingat bahwa pengetahuan adalah sesuatu yang perlu, tapi bukan merupakan faktor yang cukup kuat untuk mengubah perilaku, bahkan tidak jarang orang yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang sesuatu yang berkaitan dengan keterampilan cenderung

untuk bertindak ceroboh. Berdasarkan kenyataan diatas sebetulnya dengan pengetahuan yang cukup tinggi merupakan modal utama untuk merubah perilaku, tetapi tentunya perlu diimbangi dengan niat yang kuat sehingga seseorang bertindak sesuai dengan pengetahuannya (Pudjowati, 2014).

2. Tingkat Pengetahuan

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu misalnya: tahu bahwa rumah sakit merupakan tempat dimana infeksi dapat tertular. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan seseorang bahwa orang itu tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan. Misalnya: bagaimana cara untuk memutuskan rantai infeksi di rumah sakit, serta bagaimana langkah-langkah yang benar dalam mengendalikan infeksi di rumah sakit.

b. Memahami (*Comprehention*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut dan dapat menyebutkannya saja, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahuinya. Misalnya, orang yang memahami cara memutuskan rantai infeksi, bukan hanya sekedar menyebutkan langkah-langkah mencuci tangan, APD, ataupun *spillkit*, tetapi harus dapat menjelaskan mengapa harus menjaga kebersihan tangan, menggunakan APD, dan *spill kit*.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud serta dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain. Misalnya, seseorang yang telah paham tentang proses perencanaan, ia harus dapat membuat perencanaan program kesehatan ditempat ia bekerja atau dimana saja. Orang yang telah paham tentang metodologi

penelitian, ia akan mudah membuat skripsi penelitian dimana saja, dan seterusnya.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut. Misalnya, dapat mengetahui alur rantai infeksi, dapat membuat diagram (flow chart) siklus rantai infeksi, dan sebagainya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi- formulasi yang telah ada. Misalnya, dapat membuat ringkasan dengan kata-kata atau kalimat sendiri tentang hal-hal yang telah dibaca atau didengar dan dapat membuat kesimpulan tentang artikel yang telah dibaca.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat. Misalnya, seorang petugas medis maupun non medis mengetahui manfaat mengikuti sosialisasi pengendalian infeksi, dan sebagainya. (Notoadmojo, 2010).

Menurut Arikunto (2012), tingkatan pengetahuan dikategorikan berdasarkan nilai sebagai berikut :

- a. Pengetahuan baik : mempunyai nilai pengetahuan > 75%
- b. Pengetahuan cukup : mempunyai nilai pengetahuan 60%-75%
- c. Pengetahuan kurang: mempunyai nilai pengetahuan < 60%

3. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain yaitu:

a. Faktor pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima informasi tentang obyek atau yang berkaitan dengan pengetahuan. Pengetahuan umumnya dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan oleh orang tua, guru, dan media masa. Pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan, pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk pengembangan diri. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima, serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi.

b. Faktor pekerjaan

Pekerjaan seseorang sangat berpengaruh terhadap proses mengakses informasi yang dibutuhkan terhadap suatu obyek.

c. Faktor pengalaman

Pengalaman seseorang sangat mempengaruhi pengetahuan, semakin banyak pengalaman seseorang tentang suatu hal, maka akan semakin bertambah pula pengetahuan seseorang akan hal tersebut. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

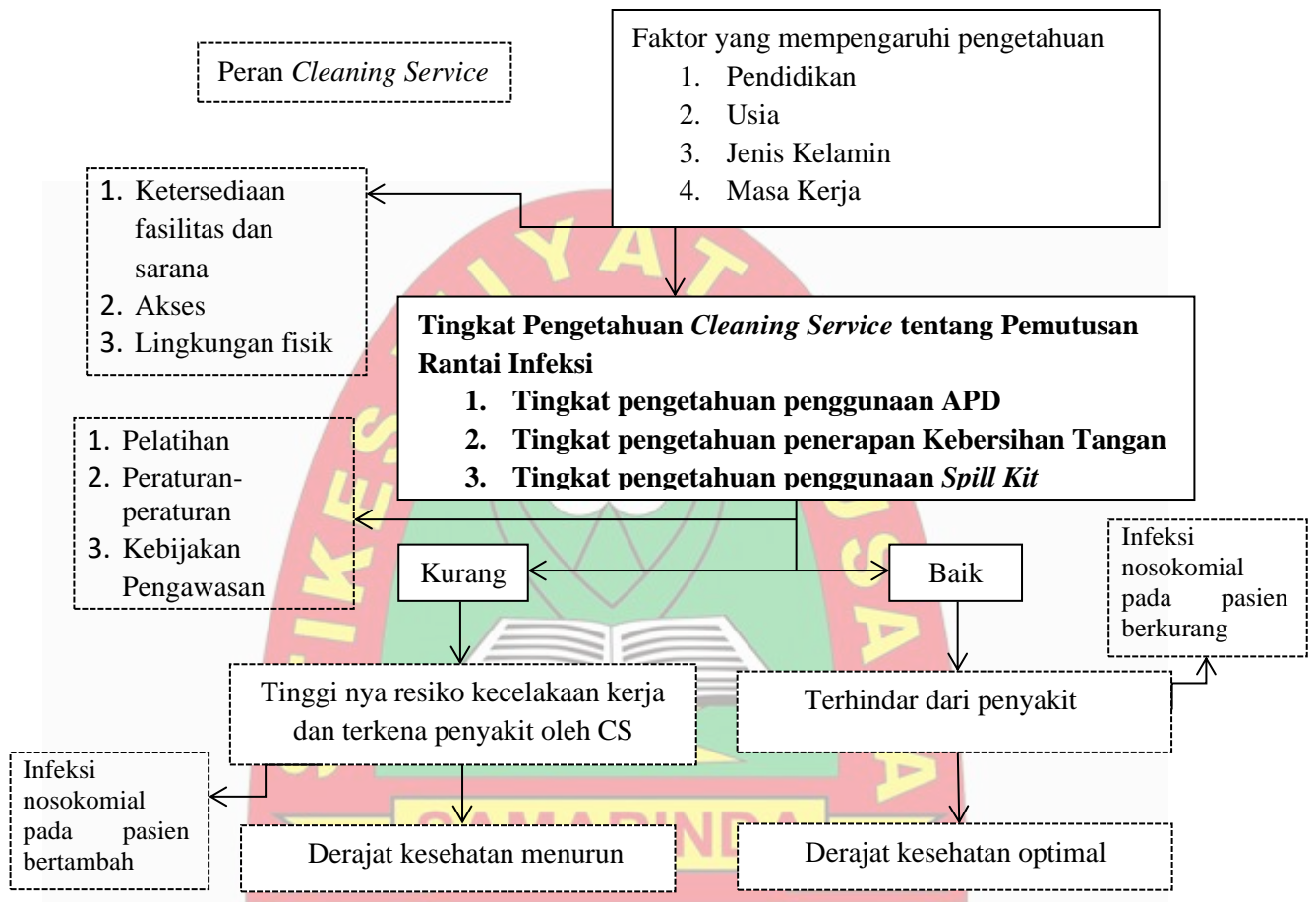
d. Keyakinan

Keyakinan yang diperoleh oleh seseorang biasanya bisa didapat secara turun-temurun dan tidak dapat dibuktikan terlebih dahulu, keyakinan positif dan keyakinan negatif dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.

e. Sosial budaya

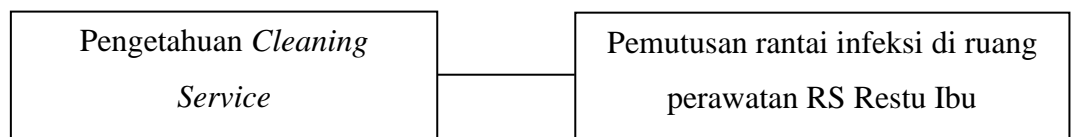
Kebudayaan beserta kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

G. Kerangka Teori



Skema 2.2. Kerangka Teori (Nawawi, 2012)

H. Kerangka Konsep



Skema. 2.3 Kerangka Konsep

I. Hipotesis Penelitian

Hipotesis *deskriptif* yaitu suatu dugaan atau jawaban sementara terhadap masalah *deskriptif* yang berhubungan dengan variabel tunggal/mandiri. Artinya penelitian ini hanya menggunakan satu variabel dan tidak membuat perbandingan atau hubungan dengan variable lain.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah cara pelaksanaan dan uraian struktur penelitian yang digunakan untuk mengidentifikasi permasalahan yang akan diteliti (Nursalam, 2011). Penelitian yang dilakukan bersifat *deskriptif* dengan pendekatan *kuantitatif* yaitu dengan cara mengukur indikator variable penelitian sehingga diperoleh gambaran antara variable tersebut, tujuan pendekatan ini untuk mengukur dimensi yang hendak diteliti sehingga dapat mengetahui gambaran tingkat pengetahuan *Cleaning Service* tentang pemutusan infeksi dengan cara penggunaan APD, *Spill Kit* dan kebersihan tangan di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Agustus 2019 – Februari 2020

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah petugas *Cleaning Service* yang bekerja di Rumah Sakit Restu ibu Balikpapan.

2. Sampel Penelitian

Pengertian sampel menurut Sugiyono (2012) adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut sampel yang diambil dari populasi tersebut harus betul-betul representative (mewakili). Ukuran sampel merupakan banyaknya sampel yang akan diambil dari suatu populasi.

Berdasarkan penelitian ini karena jumlah populasinya tidak lebih besar dari 100 orang responden, maka peneliti mengambil 100%

jumlah populasi yang ada pada Rumah Restu Ibu yaitu sebanyak 35 petugas *cleaning Service*. Dengan demikian penggunaan seluruh populasi tanpa harus menarik sampel penelitian sebagai unit observasi disebut sebagai teknik jenuh.

Kriteria dalam pengambilan sampel dalam penelitian yaitu kriteria *inklusi* dan kriteria *eksklusi* (Nursalam, 2015) yaitu :

a. Kriteria Inklusi

Merupakan kriteria objek populasi yang dapat diambil sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi penelitian ini adalah petugas *Cleaning Service* yang bertugas di Rumah Sakit Restu Ibu baik di ruang perawatan maupun di unit lainnya.

b. Kriteria eksklusif

Merupakan kriteria obyek populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini tidak ada yang tidak bisa digunakan untuk menjadi sampel.

D. Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dengan cara menyebarkan kuesioner kepada responden di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan. Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan surat permohonan izin kepada Direktur Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan.

1. Setelah memperoleh izin penelitian, peneliti menyerahkan surat izin penelitian ke Koordinator *Cleaning Service* Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan dan melakukan koordinasi terkait jumlah *cleaning service* yang akan dijadikan sampel penelitian. Selain itu, peneliti juga menyampaikan tujuan terkait penelitian dan menyamakan persepsi tentang waktu pengambilan data dan berapa lama pengambilan data;
2. Sebelum peneliti ke responden untuk mengumpulkan data, peneliti mengecek terlebih dahulu petugas yang dijadwalkan dinas pada hari itu.
3. Kemudian peneliti melakukan kontrak dengan responden. Peneliti memperkenalkan diri terlebih dahulu dan memverifikasi status responden;

4. Responden diberikan penjelasan terkait tujuan, manfaat penelitian dan mekanisme penelitian;
5. Apabila petugas *cleaning service* bersedia menjadi responden penelitian, pasien diberikan lembar *informed consent* untuk ditandatangani sebelum dilakukan penelitian;
6. Peneliti memberikan kesempatan bertanya pada responden apabila ada yang tidak dimengerti atau belum jelas;
7. Peneliti memberikan kuesioner karakteristik responden dan Kuesioner pengetahuan kepada responden untuk diisi dengan waktu pengisian kuesioner kurang lebih 10 menit.
8. Jika responden mengalami kesulitan dalam pengisian kuesioner maka peneliti menjelaskan kembali menggunakan bahasa yang mudah dipahami atau membantu membacakan serta menjawab sesuai yang dipilih responden.
9. Pengisian kuesioner dilakukan di Ruang Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan. Kuesioner yang telah diisi oleh responden, dicek kembali oleh peneliti untuk melihat kelengkapan jawaban yang sudah diisi oleh responden, apabila terdapat jawaban yang belum dijawab responden diminta untuk melengkapi.
10. Setelah semua data telah diperoleh, kemudian data tersebut dikumpulkan dan dilanjutkan dengan melakukan pengolahan data.

Sumber data penelitian ini menggunakan sumber data primer yaitu sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data atau peneliti. Data sekunder pada penelitian ini didapatkan dari:

- a. Data unit *cleaning service* Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan
- b. Peneliti menggunakan bahan-bahan kepustakaan sebagai landasan teori.

E. Metode Pengumpulan Data

1. Data Primer

Jenis data yang dikumpulkan dari penelitian ini berupa data primer, yaitu melalui hasil observasi dan wawancara dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur penelitian.

Angket yang digunakan termasuk jenis angket tertutup berbentuk rating scale (skala bertingkat) yaitu sebuah pertanyaan diikuti oleh kolom-kolom yang menunjukkan tingkatan-tingkatan ; setuju (S), dan tidak setuju (TS) Arikunto, (2013). Masing-masing item dalam skala berbentuk pertanyaan positif (favorable) dan pertanyaan negatif (unfavorable).

2. Data Sekunder

Data Sekunder diperoleh dari pihak Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan berupa data mengenai petugas *Cleaning Service* dan Profil Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan.

F. Variabel dan Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

| Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|--------------------------------------|---|---|---|------------|
| Pengetahuan Pemutusan Rantai Infeksi | Memutuskan salah satu atau beberapa mata rantai infeksi dengan cara menjaga kebersihan tangan, penggunaan APD dan penggunaan <i>spill kit</i> | Lembar kuesioner Setuju (s) = 1 Tidak Setuju (ts) = 0 | Baik jika nilainya $\geq 76-100\%$ Cukup jika nilainya $55-75\%$ Kurang jika nilainya $\leq 55\%$ (Arikunto, 2012) | Ordinal |

G. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau meneliti fenomena. Data yang diperoleh dari suatu pengukuran kemudian dianalisis dan dijadikan sebagai bukti dari suatu penelitian (Dharma, 2011).

Peneliti menggunakan kuesioner dengan skala *guttman* supaya mendapatkan jawaban yang tegas (konsisten) terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan. Jawaban dari responden dapat dibuat skor tertinggi “satu” dan skor terendah “nol”, untuk alternatif jawaban dalam kuesioner, peneliti menetapkan kategori untuk setiap pernyataan positif, yaitu Setuju = 1 dan Tidak Setuju = 0. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan skala *guttman* dalam bentuk *checklist* kemudian dilakukan uji validitas dengan menggunakan koefisien Reprodusibilitas dan koefisien

Skalabilitas sedangkan untuk memperoleh nilai reliabilitas menggunakan KR-20 (Kuder Richardson-20) (Usman dan Abdi, 2014).

Penyusunan instrument penelitian di mulai dengan membuat kisi-kisi di lanjutkan dengan pembuatan soal dengan jumlah 30 soal.

Tabel 3.2 Kisi-kisi kuesioner

| No | Aspek | Nomer Pernyataan |
|----|--------------------|------------------------------|
| 1 | <i>Favorable</i> | 6,10,12,13,14,16,17,18,19,20 |
| 2 | <i>Unfavorable</i> | 1,2,3,4,5,7,8,9,11,19,27,30 |

1. *Editing*

Editing atau pemeriksaan adalah pengecekan atau penelitian kembali data yang telah dikumpulkan untuk mengetahui dan menilai kesesuaian dan relevansi data yang dikumpulkan untuk bisa diproses lebih lanjut. Hal yang perlu diperhatikan adalah kelengkapan pengisian kuesioner, keterbacaan tulisan, kesesuaian jawaban, dan relevansi jawaban.

2. *Coding*

Coding atau pemberian kode adalah pengklasifikasian jawaban yang diberikan responden sesuai dengan macamnya. Dalam tahap koding biasanya dilakukan pemberian skor dan simbol pada jawaban

3. *Tabulasi*

Tabulasi merupakan langkah lanjut setelah pemeriksaan dan pemberian kode. Dalam tahap ini data disusun dalam bentuk tabel agar lebih mempermudah dalam menganalisis data sesuai dengan tujuan penelitian. Tabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah tabel frekuensi yang dinyatakan dalam persen.

H. Uji Validitas dan Reabilitas

Setelah jenis instrumen penelitian ditentukan, langkah selanjutnya adalah menguji validitas dan reliabilitas instrumen, instrumen yang baik harus memenuhi persyaratan valid dan reliabel. Untuk itu penyusun

mengadakan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu sebelum instrumen tersebut digunakan didalam penelitian. Sehingga peneliti akan melakukan uji validitas dengan cara memberikan kuesioner kepada 35 responden di Rumah Sakit Siloam Balikpapan.

1. Uji Validitas

Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2014). Uji validitas dilakukan sebelum penelitian dimulai untuk menguji tingkat kesahihan atau kevalidan suatu instrumen. Instrumen yang valid mempunyai validitas tinggi, sebaliknya instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah (Arikunto,2013).

Uji validitas pada penelitian ini menggunakan skala Guttman .Setelah didapatkan data uji instrumen, penyusun melakukan tabulasi pada tabel Guttman dengan menyusun item menurut ukuran skor jawaban “Ya” tertinggi sampai dengan yang paling rendah, hasil tabulasi Guttman terlampir. Karena instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner dengan skala Guttman maka untuk memperoleh tingkat validitas instrumen kuesioner, penyusun menggunakan koefisien Reprodusibilitas dan koefisien Skalabilitas. Adapun rumus untuk menghitung koefisien Reprodusibilitas dan koefisien Skalabilitas adalah:

Koefisien Reprodusibilitas (Kr)

$$Kr = 1 - \frac{e}{n}$$

Keterangan:

Kr = koefisien Reprodusibilitas

e = jumlahkesalahan

n = jumlah total pilihan jawaban = jumlah pertanyaan x jumlahresponden (Usman dan Abdi, 2014)

Koefisien Skalabilitas (K_s)

$$K_s = 1 - \frac{e}{cn - Tn}$$

Keterangan :

K_s = koefisien Skalabilitas

E = jumlah kesalahan

K = jumlah kesalahan yang diharapkan = $c(n - Tn)$
dimana c adalah kemungkinan mendapatkan jawaban yang benar. Karena jawaban adalah “Ya” dan “Tidak” maka $c = 0,5$.

n = jumlah total pilihan jawaban = jumlah pertanyaan x jumlah responden

Tn = jumlah pilihan jawaban

(Usman dan Abdi, 2014)

Setelah peneliti melaksanakan uji instrumen, didapatkan hasil dari jumlah sebanyak 35 responden di Rumah Sakit Siloam Balikpapan terdiri dari 30 item pertanyaan diujikan sebanyak 2 kali ulangan. Uji validitas pertama dilakukan pada tanggal 10 Desember 2019, hasil uji dengan koefisien Reprodusibilitas dan koefisien Skalabilitas belum valid karena nilai $k_r < 0,90$ dan $k_s < 0,60$. sehingga dilakukan uji validitas kembali pada tanggal 20 Desember 2019 dan didapatkan hasil sebagai berikut;

Jumlah potensi salah sebesar 1050 dan jumlah *error* sebesar 98, dengan koefisien Reprodusibilitas sebesar 0,91 dan koefisien Skalabilitas sebesar 0,81. Untuk penghitungan secara praktis koefisien Reprodusibilitas dan koefisien Skalabilitas, peneliti menggunakan aplikasi *Ms. excel 2010* dengan program *SKALO* (program analisis skala Guttman), hasil perhitungan terlampir.

Syarat penerimaan nilai koefisien reprodusibilitas yaitu apabila koefisien reprodusibilitas memiliki nilai $> 0,90$ Koefisien Skalabilitas (K_s)

Syarat penerimaan nilai koefisien skalabilitas yaitu apabila koefisien skalabilitas memiliki nilai > 0.60 . Uji validitas menggunakan rumus Koefisien Reprodusibilitas dan Koefisien dianalisis:

- a. $K_r = 0.906$ dimana $K_r > 0.90$, sehingga nilai koefisien reprodusibilitas diterima.
- b. $K_s = 0.813$ dimana $K_s > 0.60$, sehingga nilai koefisien skalabilitas diterima.

Sehingga dapat disimpulkan dari uji validitas menggunakan rumus Koefisien Reprodusibilitas dan Koefisien Skalabilitas bahwa pada pertanyaan dengan pembobotan menggunakan skala *Guttman* dinyatakan valid.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas digunakan untuk mendapatkan instrumen yang benar sesuai dengan kondisi di lapangan. Menurut Arikunto “instrumen yang reliabel adalah instrumen tersebut cukup baik sehingga mampu mengungkap data yang bisa dipercaya” (Suharsimi, Arikunto, 2013). Skala pengukuran dengan tipe ini diperoleh jawaban yang tegas “Setuju” dan “Tidak Setuju” dengan pembobotan 0 = Tidak Setuju; 1 = Setuju. Untuk penyelesaiannya menggunakan metode Kuder Richardson 20 (KR-20) dengan menggunakan *Ms. Excel* (hasil analisis terlampir). Sedangkan Rumus Kuder Richardson 20 adalah sebagai berikut (Arikunto, 2013) :

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{V_t - \sum pq}{V_t} \right)$$

Keterangan:

- r_{11} = reliabilitas instrumen
 k = banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal
 V_t = varian total
 P = proporsi subjek yang menjawab betul pada suatu

$$p = \frac{\text{banyaknya skor 1}}{N}$$

$$q = \frac{\text{banyaknya subjek yang mendapat skor 0}}{N(q=1-p)}$$

Interpretasi Nilai r Reliabilitas Menurut Arikunto

| Nilai r | Interpretasi |
|------------|--------------|
| 0,81 –1,00 | Baik |
| 0,61 –0,80 | Cukup |
| 0,41 –0,60 | Kurang |

Tabel 3.4. Interpretasi Nilai r Reliabilitas Menurut Arikunto

Dari analisis dengan menggunakan *Ms. Excel* diperoleh nilai reliabilitas KR-20 sebesar = 0.802, menurut (Arikunto, 2013) nilai reliabilitas kurang dari 0,4 – 0,6 adalah kurang, sedangkan 0,6 – 0,8 dapat diterima (cukup) dan di atas 0,8 adalah baik. Dapat disimpulkan bahwa nilai realibilitas = 0.802 > 0.8 (maka nilai reliabilitas baik dan dapat diterima).

I. Analisa Data

Pengolahan data kuesioner yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan menggunakan metode statistik *deskriptif*. Metode statistik *deskriptif* yaitu statistika yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa ada tujuan membuat kesimpulan untuk generalisasi serta untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan *Cleaning Service* tentang pemutusan rantai infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan.

Dengan rumus presentase sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{n} \times 100 \%$$

Dimana : P = Nilai Presentase

F = Frekuensi munculnya data

n = Jumlah data

Untuk menginterpretasikan persentase yang didapat dari tabulasi data, penulis menggunakan (Notoatmojo, 2010) adalah sebagai berikut:

Keterangan Klasifikasi :

Skor >75% : Baik

Skor 55%-75% : Cukup

Skor < 55% : Kurang baik

J. Etika Penelitian

Aspek etik yang digunakan dalam penelitian ini memperhatikan aspek *beneficence*, *anonymity*, *Non-Malefisiense*, dan *Confiduenality*.

1. Prinsip *beneficence*

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian untuk mendapatkan hasil yang yang semaksimal mungkin baik bagi responden dan rumah sakit dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien. Setelah proses penelitian dengan pengisian kuesioner selesai diharapkan bisa memberikan manfaat berupakesadaran (*awareness*) pada responden terhadap keselamatan pasien. Ini bermanfaat bagi responden yaitu memberikan kesadaran (*awareness*) dalam pelaksanaan keselamatan pasien.

2. Prinsip *Anonimity*

Anonimity adalah tindakan menjaga kerahasiaan subjek penelitian dengan tidak mencantumkan nama pada informed consent dan kuesioner, cukup dengan inisial dan memberi nomor atau kode pada masing-masing lembar tersebut.

3. Prinsip *Non-Malefisiense*

Pada penelitian ini peneliti sudah memperhitungkan bahwa subyek penelitian (responden) tidak dirugikan sedikitpun baik dari segi materil maupun non materil. Peneliti mendampingi selama proses pengisian kuesioner sehingga hal-hal yang tidak dipahami oleh responden dapat diselesaikan dengan segera.

4. Prinsip *Confidentiality*

Penelitian ini menjamin kerahasiaan informasi yang telah diberikan oleh responden, hanya data-data tertentu yang merupakan hasil penelitian sebagai laporan. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya pada kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan yang terletak di Jalan Jenderal A.Yani No.12 Balikpapan pada tanggal 18 Agustus 2019 s/d tanggal 2 Februari 2020 dengan mengambil sampel menggunakan seluruh populasi sebanyak 35 responden, dimana rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit swasta dengan tipe C. Penelitian dilakukan di Ruang Ruang Rawat Inap antara lain: (Ruang RI Lantai I Corporate, Ruang RI Lantai II, Ruang RI Lantai III, Ruang RI Lantai IV dan Ruang Perina), 5 Ruang Unit Khusus antara lain: (Instalasi Kamar Bedah (IKB), Instalasi Perawatan Intensive (IPI), Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Hemodialisa (HD), Unit Medical Chek Up (MCU),serta bagian keperawatan dan Poliklinik Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan. Dari 35 sampel tidak ada yang DO (Drop Out).Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui tingkat pengetahuan *Cleaning Service* di rumah sakit Restu Ibu Balikpapan.

B. HASIL PENELITIAN

1. Analisis Univariat

Analisa data univariat atau analisa *deskriptif* ialah proses pengolahan data dalam bentuk tabel atau grafik (Nursalam, 2015). Variabel dalam penelitian ini adalah Tingkat pengetahuan petugas *cleaning service* tentang pemutusan rantai infeksi yang berisi pemahaman tentang pemakaian APD, *Spill Kit*, dan Kebersihan tangan diuji menggunakan kuesioner.

a. Karakteristik Responden

Jumlah responden yang terpilih dalam penelitian ini adalah 35 orang petugas *Cleaning Service* yang bertugas di ruang perawatan Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan. Gambaran karakteristik

responden yang diamati meliputi ; umur, jenis kelamin, masa kerja, dan tingkat pendidikan.

Tabel 4.1 Karakteristik *Cleaning Service* Terhadap Tingkat Pengetahuan Tentang Pemutusan Rantai Infeksi Di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan

| No | Karakteristik | n | P |
|----|----------------------|----|-------|
| 1. | Umur | | |
| | 11-20 | 2 | 5.7 |
| | 21-30 | 10 | 28.6 |
| | 31-40 | 19 | 54.3 |
| | 41-50 | 4 | 11.4 |
| | Jumlah | 35 | 100.0 |
| 2. | Jenis Kelamin | | |
| | Perempuan | 24 | 68.6 |
| | Laki-laki | 11 | 31.4 |
| | Jumlah | 35 | 100.0 |
| 3. | Masa Kerja | | |
| | < 5 tahun | 24 | 68.6 |
| | > 5 tahun | 11 | 31.4 |
| | Jumlah | 35 | 100.0 |
| 4. | Pendidikan | | |
| | SD | 0 | 0.0 |
| | SMP | 3 | 8.6 |
| | SMA | 32 | 91.4 |
| | Jumlah | 35 | 100.0 |

Berdasarkan usia responden, kelompok terbesar terdapat pada usia 31-40 tahun yaitu sebanyak 19 orang (54.3%) dan yang kelompok kecil berusia 11-2 tahun sebanyak 2 orang (5.7%). Berdasarkan jenis kelamin kelompok terbesar adalah perempuan yaitu 24 orang (68.6%) dan terendah pada kelompok laki-laki yaitu 11 orang (31.4%). Berdasarkan masa kerja kelompok terbesar adalah masa kerja <5 tahun berjumlah 24 orang (68.6%) sedangkan untuk masa kerja >5 tahun berjumlah 11 orang (31.4%). Berdasarkan jenis pendidikan responden kelompok terbesar adalah SMA sebanyak 32 orang (91.4%) dan pendidikan SMP sebanyak 3 orang (8.6%)

b. Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Pemutusan Rantai Infeksi

Tabel 4.2 Frekuensi Hasil Tingkat Pengetahuan *Cleaning Service* Tentang Pemutusan Rantai Infeksi Di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan

| No | Pengetahuan | F | P |
|----|-------------|----|-------|
| 1 | Baik | 31 | 88.6% |
| 2 | Cukup | 3 | 8.6% |
| 3 | Kurang | 1 | 2.8% |
| | Total | 35 | 100% |

C. Pembahasan

Pengetahuan merupakan proses dari tidak tahu menjadi tahu, hal ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba terhadap suatu objek. Pendapat lain juga mengungkapkan bahwa pengetahuan merupakan informasi yang telah dikombinasikan dengan pemahaman dan potensi untuk menindaki yang ada pada diri seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan *Cleaning Service* tentang pemutusan rantai infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu. Berdasarkan hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan *Cleaning Service* terdapat pada kategori “baik”. Presentase paling besar yaitu pada kategori “baik” sebesar 88.6% (31 responden). Artinya 31 responden dari 35 responden mempunyai tingkat pengetahuan yang baik terhadap pemutusan rantai infeksi. Diikuti kategori cukup sebesar 8.6% (3 responden). Artinya 3 responden dari 35 responden mempunyai pengetahuan yang cukup atau sedang. Selanjutnya pada kategori kurang sebesar 2.8 (1 responden). Artinya 1 responden dari 35 responden mempunyai pengetahuan yang kurang terhadap pemutusan rantai infeksi.

Tingkat pengetahuan *cleaning service* tentang pemutusan rantai infeksi dalam penelitian ini diukur berdasarkan tingkat pengetahuan petugas pada penerapan Kebersihan Tangan, penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), serta tatacara penggunaan *Spill Kit*. Sesuai dengan Panduan Pencegahan Infeksi oleh DepKes RI (2010) bahwa memutuskan rantai infeksi merupakan

cara yang paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, tindakan pencegahan tersebut telah disusun dalam suatu kewaspadaan isolasi yang didalamnya terdapat kewaspadaan standar dan kewaspadaan cara penularan. Komponen dari kewaspadaan standar antara lain yaitu; Kebersihan tangan (*hand hygiene*), APD, Pengendalian lingkungan, Pemrosesan alat pasien, dll.

Pengetahuan yang baik pada responden dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor tersebut dapat berupa karakteristik dari responden yaitu usia dan pendidikan. Siagian (1989) yang dikutip oleh Sayih (2015), faktor umur mempunyai hubungan langsung dengan daya nalar dan pengetahuan seseorang. Semakin matang usia biasanya seseorang cenderung bertambah pengetahuannya dan tingkat kedewasaannya. Pada hasil penelitian diperoleh latar belakang pendidikan responden mayoritas adalah tamat SMA. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi, pada akhirnya banyak pula pengetahuannya.

Akan tetapi pada responden yang memiliki pengetahuan yang baik, bisa juga memiliki praktik yang buruk dalam hal pemutusan rantai infeksi. Hal ini sesuai dengan penelitian Wekoala (2012), menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara responden yang memiliki pengetahuan baik dan kurang baik terhadap perilaku menjaga Kebersihan Tangan maupun penggunaan APD secara lengkap. Didukung dengan penelitian Putra (2012), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap perilaku penggunaan APD serta penelitian dari Daniel (2018) bahwa beberapa petugas kesehatan melakukan kebersihan tangan yang terbatas sesuai dengan hirarki yang dianggap risiko untuk diri sendiri.

Menurut asumsi peneliti dari penelitian ini bahwa responden hanya mengerti sebatas mencuci tangan namun tidak dengan cara mencuci tangan dengan benar, kemudian responden juga mengetahui akan pentingnya menggunakan APD yang ada sehingga bisa terhindar infeksi penyakit tertentu. Selain itu pengetahuan tersebut juga dipengaruhi aspek-aspek lain baik dari karakteristik individual (seperti ; umur, lama kerja, dan pendidikan) maupun aspek external seperti ; motivasi, keberadaan pekerjaan yang

cleaning service lakukan. Semakin tinggi pendidikan formal yang diterima maka akan mendapatkan lebih banyak kesempatan untuk belajar serta mendapatkan pengetahuan yang lebih baik yang dijadikan dasar dalam menyelesaikan suatu tugas.

Sebagai tenaga kebersihan tentunya diharapkan untuk paham mengenai pentingnya mengatasi masalah infeksi. Tenaga *Cleaning Service* dibekali dengan pengetahuan mengenai rantai infeksi dan cara pemutusannya. Terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan risiko terjadinya infeksi. Hal ini dapat kita mengerti karena berasal dari pendidikan non formal maupun informal dapat meningkatkan pengetahuan serta mempengaruhi perilaku. Ini bisa dimaklumi mengingat bahwa pengetahuan adalah sesuatu yang perlu, tapi bukan merupakan faktor yang cukup kuat untuk mengubah perilaku, bahkan tidak jarang orang yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang sesuatu yang berkaitan dengan keterampilan. Berdasarkan kenyataan diatas, dengan pengetahuan yang cukup tinggi merupakan modal utama untuk merubah perilaku, tetapi tentunya perlu diimbangi dengan niat yang kuat sehingga seseorang bertindak sesuai dengan pengetahuannya (Puspasari, 2015).

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pembatasan masalah agar permasalahan menjadi fokus dan tidak melebar luas, namun demikian dalam penulisan karya tulis ilmiah tentu saja terdapat kekurangan dan keterbatasan penelitian. Keterbatasan yang dialami peneliti selama melakukan penelitian ini yaitu pengambilan data yang belum dilakukan secara menyeluruh untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam dari responden. Data yang diambil hanya berdasarkan jawaban kuesioner sehingga faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi pengetahuan tidak dapat diungkap secara menyeluruh

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan uraian hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan *Cleaning Service* tentang pemutusan rantai infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu terdapat pada kategori “baik”. Presentase paling besar yaitu pada kategori “baik” sebesar 88.6% (31 responden). Artinya 31 responden dari 35 responden mempunyai tingkat pengetahuan yang baik terhadap pemutusan rantai infeksi. Diikuti kategori cukup sebesar 8.6% (3 responden). Artinya 3 responden dari 35 responden mempunyai pengetahuan yang cukup atau sedang. Selanjutnya pada kategori kurang sebesar 2.8% (1 responden). Artinya 1 responden dari 35 responden mempunyai pengetahuan yang kurang terhadap pemutusan rantai infeksi.

B. SARAN

1. Bagi Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan

Lebih meningkatkan pengawasan terhadap *cleaning service* dalam melakukan kebersihan tangan, menggunakan APD, dan menggunakan *spill kit* demi terwujudnya rumah sakit yang bersih dan bebas infeksi.

2. Bagi Petugas Rumah Sakit

Cleaning Service lebih meningkatkan pengetahuan tentang melakukan kebersihan tangan, menggunakan APD, dan menggunakan *spill kit*, serta paham makna memutuskan rantai infeksi.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat mengembangkan penelitian ini dengan mempertimbangkan faktor-faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan *cleaning service*.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Lebih meningkatkan tentang teori dan konsep pengetahuan tentang pemutusan rantai infeksi dan ketaatan dalam melakukan kebersihan tangan, penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), dan *Spill Kit* sebagai upaya pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS).



DAFTAR PUSTAKA

- Abdi, Usman. 2014. Metodologi Penelitian Sosial dan Ekonomi, Bandung: Alfabeta.
- Adhiwijaya, Ardian. Eksplorasi Kendala Tim PPI dalam Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSUD Labuang Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 2017;11(4):371-376.
- Afif Fathoni, Endrinaldy, dan Erly. (2015). Identifikasi Bakteri *Escherichia coli* pada Air Minum Isi Ulang yang Diproduksi Depot Air Minum Isi Ulang di Kecamatan Padang Selatan. *Jurnal Kesehatan Andalasa*. Vol 4 No 2. Hlm 376-380.
- Anindyajati A. 2011. Hubungan Tingkat Kedisiplinan Penggunaan alat Pelindung Diri (APD) Terhadap Kondisi Kesehatan kerja Karyawan Unit Fiber Glass PT Industri Kereta Api (INKA) Madiun. Proposal. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Arsabi, Khomariah. 2014. Hubungan Pengetahuan, Motivasi, dan Supervisi Kinerja Pencegahan Infeksi Nosokomial di RSUD Haji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. Makassar.
- Arifin, S., Arief, B., & Husaini. (2016). Hubungan Antara Umur dan Indeks Beban Kerja dengan Kelelahan pada Pekerja di PT. Karias Tabing Kencana. *Jurnal Berkala Kesehatan*, Vol. 2. No. 1, Mei 2016 : 70-78.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Astri FR. Identifikasi bakteri penyebab infeksi nosokomial pada telepon seluler mahasiswa klinik fk unand di Rumah Sakit Umum Paru Dr. M. Djamil Padang (Proposal). Universitas Andalas. 2016.
- Daniel, 2018 Cara mencuci tangan yang benar dan steril. Diakses pada 2 Maret 2016 dari <http://halosehat.com/gaya-hidup/cara-hidup-sehat/caramencucitangan-yang-benar-dan-steril>

- Ekowanti, Dewayan. Analisis Pelaksanaan Manajemen Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Khusus Bedah “X” Kota Padang Tahun 2016. [Proposal]. Padang: Universitas Andalas.2016.
- Gunawan, Iman. 2013. Metode Penelitian Kualitatif :Teori dan Pratik. Jakarta: Bumi Aksara. Hitt, Michael A. 2001.
- Hasgustra, A. W. 2016. Gambaran Pelaksanaan Cuci Tangan Perawat dalam Melaksanakan Tindakan Keperawatan di Rumah Sakit Tingkat II.Proposal. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Herman, Max Joseph. Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Pemerintah dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Indonesia.Jurnal Kefarmasin Indonesia. 2016;6(2):137-146.
- Hikmayanti, K. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Mencuci Tangan 5 Momen di Ruang Perawatan Crysanthemum dan Orchid Siloam Hospitals Cikarang Tahun 2015. Jurnal Ilmiah Keperawatan STIKes Medika Cikarang Vol 5. No 1. Mei 2015
- Kasumayanti, 2017. Teknik Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Industri. Yogyakarta. Graha ilmu.
- Nawawi, Hadari. 2012. Metode Penelitian Bidang Sosial. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Nelwan.Renatta M. Analisis Program Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Umum Paru Ratatotok Buyat Labuang Baji Makassar Tahun 2017. 2017
- Ningsih , Diah Arum. Patient Safety Project -Pengurangan Resiko Infeksi Melalui Penerapan PPI.Surakarta : RS PKU.2017.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Purniawati.Rany. Dkk, 2014 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Perawat Terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial Kejadian Phlebitis. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro
- Puspasari, Y. (2015). Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Praktik Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Diruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Kendal. Maret, 8(1), 23–43.
- Ratnasari, N. (2016). Hubungan Antara Beban Kerja dengan Kelelahan Kerja pada Petugas Cleaning Service di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah

- Surakarta.[Proposal Ilmiah]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rekam Medik. 2015. Jumlah Infeksi Nosokomial pada tahun 2014 dan 2015 bulan januari sampai juni. Rekam Medik RSUD Dr. Harjono Ponorogo
- Rikayanti, K. (2014). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Mencuci Tangan Petugas Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Badung Tahun 2013. *Community Health*, 2(1)
- Sianturi, Efendi. Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jakarta: EGC.2014.
- Sussy Listiarsasih. 2016. Media Efektifitas Video Penggunaan Spill Kit Terhadap Kemampuan Petugas di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Yogyakarta : UMY
- Tarwaka. 2014. Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Surakarta. Edisi 2. Harapan Press.
- WHO Interim Guideline.*Infection Prevention and control of epidemic and pandemic prone acuterespiratory diseases in health care*. June 2007.
- Yanah Dewi, dkk.2015. Rantai Penularan Penyakit. <https://www.slideshare.net/Irfandark/rantai-penularan-penyakit>. Poltekkes Tasikmalaya. Diakses 10 Januari 2020.
- Yuantari, Catur MG. (2018). Analisis Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pada Petugas Kebersihan Rumah Sakit. Semarang: Falatehan Health Journal.

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Selamat Pagi/Siang/Sore

Dengan hormat,

Nama Saya Chinhowa May Frida, mahasiswa program S1 Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian dalam rangka memperoleh gelar sarjana. Penelitian mengenai Gambaran Tingkat Pengetahuan *Cleaning Service* tentang pemutusan rantai infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan dengan pembimbing Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep dengan Ns. Abdurahman, S.Kep., M.Kep. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui tentang Gambaran Tingkat Pengetahuan *Cleaning Service* tentang pemutusan rantai infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan.

Kuesioner ini terdiri dari 2 bagian, Sdr/I diminta untuk mengisi data demografi dan memberikan jawaban sesuai dengan penjelasan yang adapada setiap bagian. Saya harap Sdr/i memberikan jawaban berdasarkan pengetahuan masing-masing

Sebelumnya saya mengucapkan terimakasih atas kesediaan Sdr/i untuk turut serta dalam penelitian ini. Setiap data yang sdr/i berikan akan sangat berarti dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan dan segala bentuk informasi yang Bapak/Ibu berikan dan apabila ada hal-hal yang ingin ditanyakan, saya akan bersedia memberikan penjelasan kepada Bapak/Ibu.

Demikian penyampaian dari saya, atas segala perhatian dan kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Chinhowa M. Frida

INFORMENT CONSENT**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Judul : Gambaran Tingkat Pengetahuan *Cleaning Service* Tentang
Pemutusan Rantai Infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan

Peneliti : Chinhowa May Frida

Pembimbing : Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep dan Ns. Abdurahman,
S.Kep., M.Kep

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan telah meminta dan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian yang dilakukan oleh Chinhowa M. Frida. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Tingkat Pengetahuan *Cleaning Service* di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan. Saya mengerti bahwa penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi tugas akhir dan telah mendapat ijin dari STIKES Wiyata Husada Samarinda, Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan, dan Rumah Sakit Siloam Balikpapan.

Saya mengerti bahwa saya telah menjadi bagian dari penelitian ini. Saya telah diberikan informasi bahwa keterlibatan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan kerahasiaan identitas saya akan dijaga oleh peneliti. Saya juga memiliki hak untuk menghentikan atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi. Demikianlah surat pernyataan ini saya tanda tangani sebagai tanda persetujuan secara sukarela tanpa adanya paksaan dari siapapun

Balikpapan,

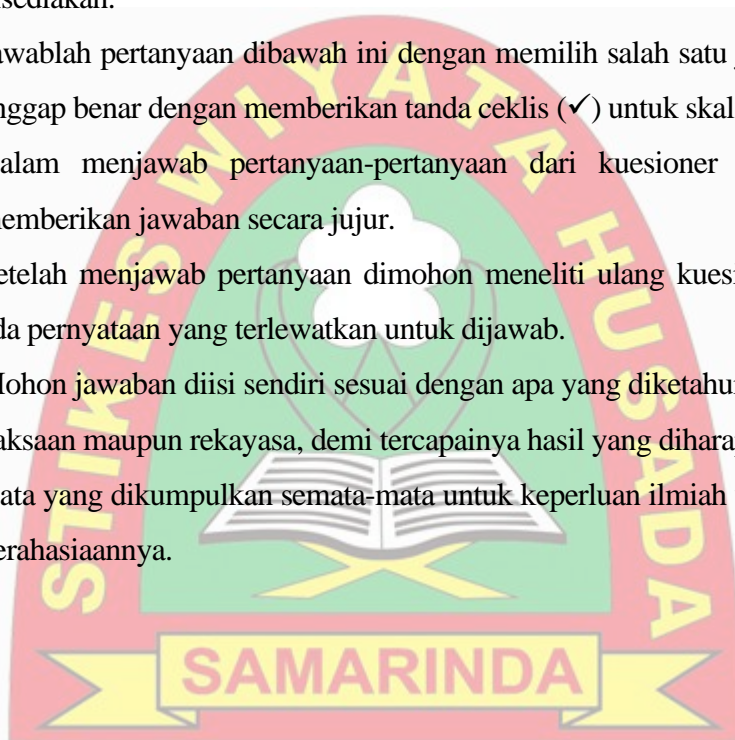
Responden

(.....)

KUESIONER PENELITIAN**“GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN CLEANING SERVICE
TENTANG PEMUTUSAN RANTAI INFEKSI DI RUMAH SAKIT RESTU
IBU BALIKPAPAN“**

Petunjuk pengisian kuesioner.

1. Sebelum menjawab pertanyaan, bacalah terlebih dahulu pertanyaan yang telah disediakan.
2. Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memilih salah satu jawaban yang di anggap benar dengan memberikan tanda ceklis (✓) untuk skala guttman
3. Dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan dari kuesioner dimohon untuk memberikan jawaban secara jujur.
4. Setelah menjawab pertanyaan dimohon meneliti ulang kuesioner, agar tidak ada pernyataan yang terlewatkan untuk dijawab.
5. Mohon jawaban diisi sendiri sesuai dengan apa yang diketahui tanpa ada unsur paksaan maupun rekayasa, demi tercapainya hasil yang diharapkan.
6. Data yang dikumpulkan semata-mata untuk keperluan ilmiah yang kami jamin kerahasiaannya.



KUESIONER
GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN *CLEANING SERVICE*
TENTANG PEMUTUSAN RANTAI INFEKSI
DI RS RESTU IBU BALIKPAPAN

I. Data Demografi Responden

1. Nomor Responden :
2. Nama :
3. Umur :
4. Suku :
5. Pendidikan :
 - a. Tamat SD
 - b. Tamat SMP
 - c. Tamat SMA
 - d. Perguruan Tinggi
6. Masa Kerja :
7. Pernah mengikuti Pelatihan atau Sosialisasi mengenai
 - a. Kebersihan tangan YA TIDAK Tahun ...
 - b. Alat Pelindung Diri YA TIDAK Tahun ...
 - c. *Spill Kit* YA TIDAK Tahun ...
 Institusi yang memberikan pelatihan atau sosialisasi

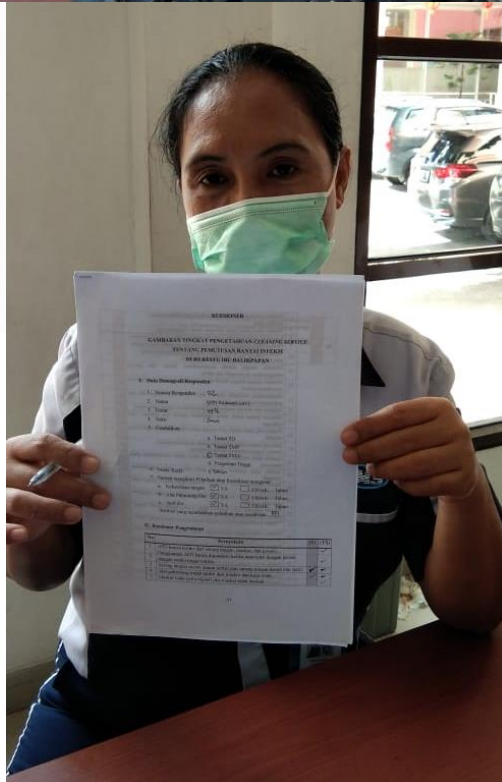
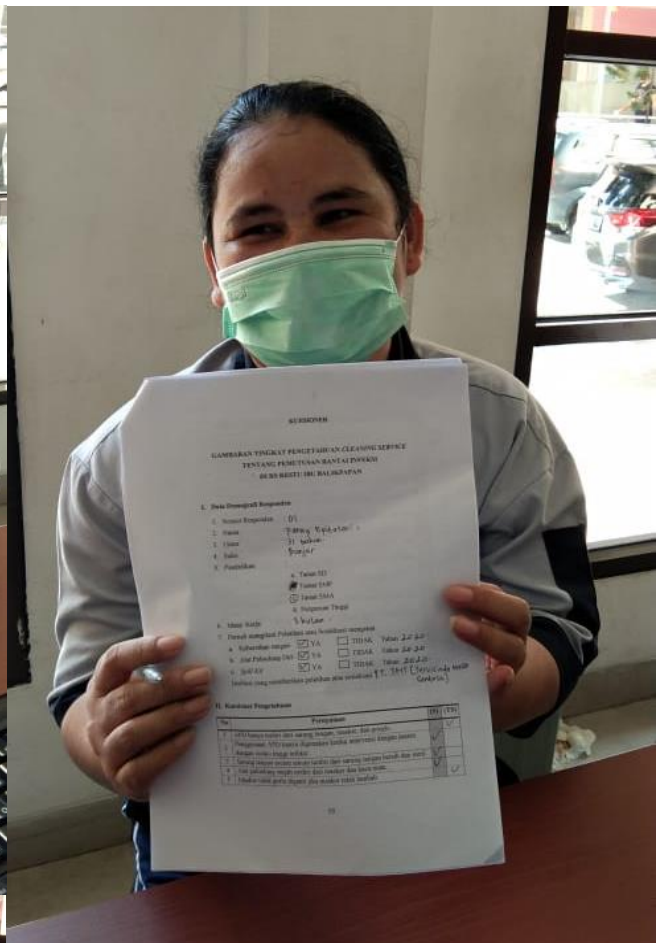
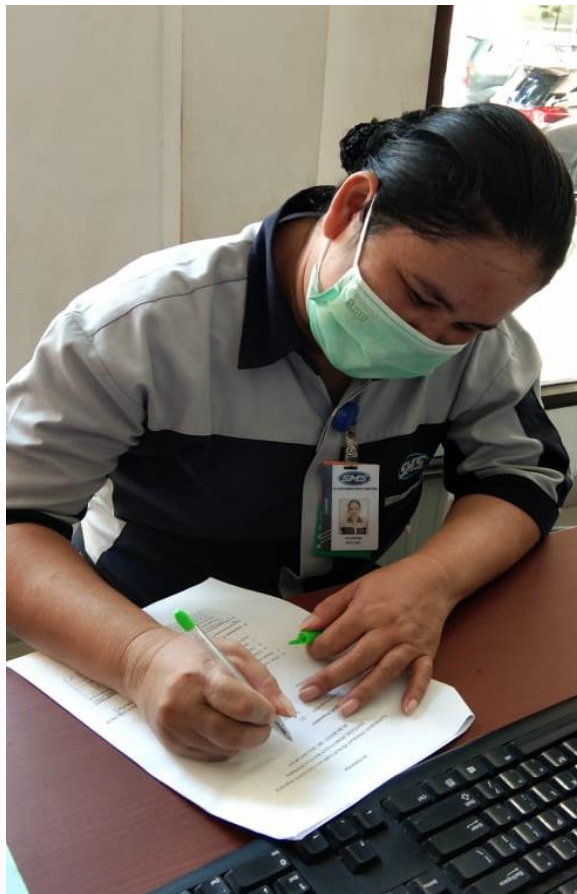
II. Kuesioner Pengetahuan

| No | Pernyataan | (S) | (TS) |
|-----|--|-----|------|
| APD | | | |
| 1 | APD hanya terdiri dari sarung tangan, masker, dan <i>google</i> . | | |
| 2 | Penggunaan APD hanya digunakan ketika intervensi dengan pasien dengan resiko tinggi infeksi. | | |
| 3 | Sarung tangan secara umum terdiri dari sarung tangan bersih dan steril. | | |
| 4 | Alat pelindung wajah terdiri dari masker dan kaca mata. | | |

| | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| 5 | Masker tidak perlu diganti jika masker telah lembab. | | |
| 6 | Masker melindungi petugas dari infeksi yang ditransmisikan melalui udara. | | |
| 7 | Masker sekali pakai dapat disimpan untuk digunakan lagi. | | |
| 8 | Petugas perlu menggunakan pelindung kepala di segala jenis kegiatan | | |
| 9. | Sepatu yang standar adalah sepatu yang tidak tertutup dari ujung kaki hingga bagian telapak dan punggung kaki. | | |
| KEBERSIHAN TANGAN | | | |
| 1. | Mencuci tangan dengan bersih dapat mencegah penyakit dan memutus penyebaran kuman. | | |
| 2. | Mengusapkan antiseptic (seperti antis, detol) pada tangan dan jari, merupakan bagian dari cuci tangan. | | |
| 3. | Sebelum dan sesudah makan diperlukan mencuci tangan pakai sabun. | | |
| 4. | Mencuci tangan pakai sabun diperlukan setelah kita bermain / berolahraga. | | |
| 5. | Waktu yang tepat untuk cuci tangan pakai sabun adalah setelah buang sampah. | | |
| 6. | Mencuci tangan pakai sabun diperlukan setelah menyentuh hewan / unggas termasuk hewan peliharaan. | | |
| 7. | Apabila tidak mencuci tangan pakai sabun dapat menyebabkan diare (mencret). | | |
| 8. | Apabila tidak mencuci tangan pakai sabun dapat menyebabkan kematian. | | |
| 9. | Setelah mencuci tangan kita perlu mengeringkan tangan dengan kain lap kering / tisu. | | |
| SPILL KIT | | | |
| 1. | Petugas menyiapkan spill kit dan pasang tanda di sekitar tumpahan agar tidak terinjak. | | |
| 2. | Petugas memakai APD (pakaian kerja, sarung tangan rumah tangga, masker dan kacamata/pelindung wajah) | | |
| 3. | Petugas menyiapkan kantong plastik warna kuning untuk limbah medis. | | |
| 4. | Petugas menyerap darah/cairan tubuh sebanyaknya dengan kain /kertas merang/Koran bekas /tisu. | | |
| 5. | Petugas memasukkan kain /kertas /Koran bekas/ tisu tersebut kedalam kantong plastik sampah medis. | | |
| 6. | Petugas menuangkan atau menyemprotkan area bekas tumpahan darah /cairan tubuh dengan klorin 0,5% serta membiarkan selama 10 menit kemudian bersihkan dengan lap basah. | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 7. | Petugas memasukkan lap kering bukan basah kedalam ember yang berisi larutan desinfektan chlorine 0,5% | | |
| 8. | Petugas mengikat plastic sampah medis yang berisi kain /kertas merang /Koran/tisu yang terkontaminasi dan masukkan kedalam tempat limbah padat infeksius. | | |
| 9 | Petugas melepas APD dengan urutan sarung tangan, kacamata, gaun pelindung dan masker dan buang di sampah medis | | |
| 10. | Petugas tidak perlu membersihkan kacamata dan kotak spill kit setelah membersihkan cairan infeksius | | |





Uji Validitas ke-1 dengan Nilai Kr dan Ks Menggunakan SKALO

Di Rumah Sakit Siloam Balikpapan

| ITEM | Koefisien Reprodusibilitas (Kr) | Koefisien Skalabilitas (Ks) | Keterangan |
|------|------------------------------------|--------------------------------|-------------|
| 1 | 1 | 1 | Valid |
| 2 | 0,971 | 0,892 | Valid |
| 3 | 0,915 | 0,821 | Valid |
| 4 | 0,915 | 0,821 | Valid |
| 5 | 0,915 | 0,821 | Valid |
| 6 | 0,943 | 0,855 | Valid |
| 7 | 0,915 | 0,821 | Valid |
| 8 | 0,632 | 0,649 | Tidak Valid |
| 9 | 0,943 | 0,855 | Valid |
| 10 | 0,972 | 0,892 | Valid |
| 11 | 0,512 | 0,632 | Tidak Valid |
| 12 | 1 | 1 | Valid |
| 13 | 0,94 | 0,855 | Valid |
| 14 | 0,94 | 0,855 | Valid |
| 15 | 1 | 1 | Valid |
| 16 | 0,94 | 0,855 | Valid |
| 17 | 0,94 | 0,855 | Valid |
| 18 | 0,94 | 0,855 | Valid |
| 19 | 1 | 1 | Valid |
| 20 | 0,97 | 0,892 | Valid |
| 21 | 1 | 1 | Valid |
| 22 | 1 | 1 | Valid |
| 23 | 0,97 | 0,892 | Valid |
| 24 | 1 | 1 | Valid |
| 25 | 0,94 | 0,855 | Valid |
| 26 | 0,91 | 0,821 | Valid |
| 27 | 0,97 | 0,892 | Valid |
| 28 | 0,97 | 0,892 | Valid |
| 29 | 1 | 1 | Valid |
| 30 | 1 | 1 | Valid |

Uji Validitas ke-2 dengan Nilai Kr dan Ks Menggunakan SKALO

Di Rumah Sakit Siloam Balikpapan

| ITEM | Koefisien Reprodusibilitas (Kr) | Koefisien Skalabilitas (Ks) | Keterangan |
|------|------------------------------------|--------------------------------|------------|
| 1 | 0,943 | 0,943 | Valid |
| 2 | 0,971 | 0,892 | Valid |
| 3 | 0,915 | 0,821 | Valid |
| 4 | 0,915 | 0,821 | Valid |
| 5 | 0,915 | 0,821 | Valid |
| 6 | 1 | 1 | Valid |
| 7 | 0,915 | 0,821 | Valid |
| 8 | 0,943 | 0,855 | Valid |
| 9 | 0,972 | 0,892 | Valid |
| 10 | 1 | 0,855 | Valid |
| 11 | 0,943 | 0,855 | Valid |
| 12 | 0,943 | 0,855 | Valid |
| 13 | 1 | 1 | Valid |
| 14 | 0,943 | 0,855 | Valid |
| 15 | 0,943 | 0,855 | Valid |
| 16 | 0,943 | 0,855 | Valid |
| 17 | 1 | 1 | Valid |
| 18 | 0,972 | 0,892 | Valid |
| 19 | 0,943 | 0,855 | Valid |
| 20 | 1 | 1 | Valid |
| 21 | 0,97 | 0,892 | Valid |
| 22 | 0,91 | 0,821 | Valid |
| 23 | 0,94 | 0,855 | Valid |
| 24 | 1 | 1 | Valid |
| 25 | 0,97 | 0,892 | Valid |
| 26 | 0,97 | 0,892 | Valid |
| 27 | 1 | 1 | Valid |
| 28 | 0,97 | 0,892 | Valid |

UJI RELIABILITAS INSTRUMEN

Uji reliabilitas instrumen dalam penelitian ini menggunakan rumus KR-20, yaitu :

$$KR_{20} = \frac{K}{K-1} \left(\frac{V_t^2 - \sum p \cdot q}{V_t} \right)$$

Keterangan :

KR_{20} = harga koefisien reliabilitas ($KR_{20} = r_{hitung}$)

K = jumlah item yang valid

V_t = standar deviasi skor total semua responden setelah divalidasi

n = jumlah responden

p = proporsi jawaban yang benar untuk item nomor ke- i

q = $1 - q_i$

Berdasarkan rumus tersebut, maka di bawah ini adalah perhitungan reliabilitas instrumen yang digunakan dalam penelitian ini :

Diketahui :

$K = 30$; $\sum X = 988$; $\text{Var.P} = 5,499$; dan $\sum(p \cdot q) = 1,233$

$$KR_{20} = \frac{30}{30-1} - 1 \frac{1,233}{5,491}$$

$$= 1,034 \times (1 - 0,224)$$

$$= 1,034 \times 0,776$$

$$= 0,802$$

Diperoleh $KR_{20} = r_{hitung} = 0,802$ yang berada pada interval $0,80 < r_{hitung} \leq 1,00$, artinya korelasinya tinggi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa reliabilitas instrumen penelitian dengan jumlah item sebanyak 35 adalah reliabel untuk mengukur atau layak untuk digunakan sebagai instrumen untuk mengukur tingkat pengetahuan *Cleaning Service*.

Hasil Kuesioner Kebersihan Tangan

| No | Pernyataan | Jawaban Responden | | | |
|----|---|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Setuju | | Tidak Setuju | |
| | | F | P | F | P |
| 1. | Mencuci tangan dengan bersih dapat mencegah penyakit dan memutus penyebaran kuman. | 34 | 97.14 | 1 | 2.86 |
| 2. | Mengusapkan antiseptic (seperti antiseptik, detol) pada tangan dan jari, merupakan bagian dari cuci tangan. | 32 | 91.43 | 3 | 8.57 |
| 3. | Sebelum dan sesudah makan diperlukan mencuci tangan pakai sabun. | 34 | 97.14 | 1 | 2.86 |
| 4. | Mencuci tangan pakai sabun diperlukan setelah kita bermain / berolahraga. | 34 | 97.14 | 1 | 2.86 |
| 5. | Waktu yang tepat untuk cuci tangan pakai sabun adalah setelah buang sampah. | 33 | 97.14 | 2 | 5.71 |
| 6. | Mencuci tangan pakai sabun diperlukan setelah menyentuh hewan / unggas termasuk hewan peliharaan | 33 | 94.29 | 2 | 5.71 |
| 7. | Apabila tidak mencuci tangan pakai sabun dapat menyebabkan diare (mencret). | 33 | 94.29 | 2 | 5.71 |
| 8. | Apabila tidak mencuci tangan pakai sabun dapat menyebabkan kematian. | 32 | 94.29 | 3 | 8.57 |
| 9. | Setelah mencuci tangan kita perlu mengeringkan tangan dengan kain lap kering / tisu. | 11 | 34.34 | 24 | 68.57 |

Hasil Kuesioner APD

| No | Pernyataan | Jawaban Responden | | | |
|----|--|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Setuju | | Tidak Setuju | |
| | | F | P | F | P |
| 1. | APD hanya terdiri dari sarung tangan, masker, dan google. | 13 | 37.14 | 22 | 62.86 |
| 2. | Penggunaan APD hanya digunakan ketika intervensi dengan pasien dengan resiko tinggi infeksi. | 9 | 25.71 | 26 | 74.29 |
| 3. | Sarung tangan secara umum terdiri dari sarung tangan bersih dan steril. | 22 | 62.86 | 13 | 37.14 |
| 4. | Alat pelindung wajah terdiri dari masker dan kaca mata. | 12 | 34.29 | 23 | 65.71 |
| 5. | Masker tidak perlu diganti jika masker telah lembab. | 4 | 11.43 | 31 | 88.57 |
| 6. | Masker melindungi petugas dari infeksi yang ditransmisikan melalui udara. | 33 | 94.29 | 2 | 5.71 |
| 7. | Masker sekali pakai dapat disimpan untuk digunakan lagi. | 2 | 5.71 | 33 | 94.29 |
| 8. | Petugas perlu menggunakan pelindung kepala di segala jenis kegiatan | 3 | 8.57 | 32 | 91.43 |
| 9. | Sepatu yang standar adalah sepatu yang tidak tertutup dari ujung kaki hingga bagian telapak dan punggung kaki. | 35 | 100 | 0 | 0.00 |

Hasil Kuesioner *Spill Kit*

| No | Pernyataan | Jawaban Responden | | | |
|-----|--|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Setuju | | Tidak Setuju | |
| | | F | P | F | P |
| 1. | Petugas menyiapkan spill kit dan pasang tanda di sekitar tumpahan agar tidak terinjak. | 34 | 97.14 | 1 | 2.86 |
| 2. | Petugas memakai APD (pakaian kerja, sarung tangan rumah tangga, masker dan kacamata/pelindung wajah) | 33 | 94.29 | 2 | 5.71 |
| 3. | Petugas menyiapkan kantong plastik warna kuning untuk limbah medis. | 34 | 97.14 | 1 | 2.86 |
| 4. | Petugas menyerapkan darah/cairan tubuh sebanyak dengan kain /kertas merang/Koran bekas /tisu. | 32 | 91.43 | 3 | 8.57 |
| 5. | Petugas memasukkan kain /kertas /Koran bekas/ tisu tersebut kedalam kantong plastik sampah medis. | 31 | 88.57 | 4 | 11.43 |
| 6. | Petugas menuangkan atau menyemprotkan area bekas tumpahan darah /cairan tubuh dengan klorin 0,5% serta membiarkan selama 10 menit kemudian bersihkan dengan lap basah. | 34 | 97.14 | 1 | 2.86 |
| 7. | Petugas memasukkan lap kering bukan basah kedalam ember yang berisi larutan desinfektan chlorine 0,5% | 19 | 54.29 | 16 | 45.71 |
| 8. | Petugas mengikat plastic sampah medis yang berisi kain /kertas merang /Koran/tisu yang terkontaminasi dan masukkan kedalam tempat limbah padat infeksius. | 33 | 94.29 | 2 | 5.71 |
| 9. | Petugas melepas APD dengan urutan sarung tangan, kacamata, gaun pelindung dan masker dan buang di sampah medis | 30 | 85.71 | 5 | 14.29 |
| 10. | Petugas tidak perlu membersihkan kacamata dan kotak spill kit setelah membersihkan cairan infeksius | 4 | 11.43 | 31 | 88.57 |

Frequency Table

| | | Statistics | | | |
|----------------|---------|------------|-------|----------|------------|
| | | JNS_KLMN | UMUR | MS_KERJA | PENDIDIKAN |
| N | Valid | 35 | 35 | 35 | 35 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | | 32.11 | | |
| Median | | | 32.00 | | |
| Std. Deviation | | | 6.239 | | |

Crosstabulation

PENGETAHUAN * JNS_KLMN Crosstabulation

Count

| | | JNS_KLMN | | Total |
|-------------|--------|----------|--------|-------|
| | | PRIA | WANITA | |
| PENGETAHUAN | BAIK | 10 | 21 | 31 |
| | CUKUP | 1 | 2 | 3 |
| | KURANG | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 11 | 24 | 35 |

PENGETAHUAN * UMUR Crosstabulation

Count

| | | UMUR | | | | Total |
|-------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 10-20 | 20-30 | 30-40 | 40-50 | |
| PENGETAHUAN | BAIK | 2 | 10 | 18 | 1 | 31 |
| | CUKUP | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | KURANG | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 2 | 10 | 19 | 4 | 35 |

PENGETAHUAN * MS_KERJA Crosstabulation

Count

| | | MS_KERJA | | Total |
|-------------|--------|----------|------|-------|
| | | <5TH | >5TH | |
| PENGETAHUAN | BAIK | 25 | 6 | 31 |
| | CUKUP | 0 | 3 | 3 |
| | KURANG | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 25 | 10 | 35 |

PENGETAHUAN * PENDIDIKAN Crosstabulation

Count

| | | PENDIDIKAN | | Total |
|-------------|--------|------------|-----|-------|
| | | SMA | SMP | |
| PENGETAHUAN | BAIK | 30 | 1 | 31 |
| | CUKUP | 2 | 1 | 3 |
| | KURANG | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 32 | 3 | 35 |

| karakteristik Responden | | | | | | Variabel Penelitian | |
|-------------------------|------|---------------|------------|------------|-------|---------------------|-------------|
| No | Umur | Jenis Kelamin | Pendidikan | Lama Kerja | Nilai | | Pengetahuan |
| 1 | 19 | PRIA | SMA | 3 | 28 | 100.00 | Baik |
| 2 | 27 | WANITA | SMA | 2 | 28 | 100.00 | Baik |
| 3 | 26 | PRIA | SMA | 3 | 28 | 100.00 | Baik |
| 4 | 26 | WANITA | SMA | 1 | 28 | 100.00 | Baik |
| 5 | 34 | PRIA | SMA | 1 | 28 | 100.00 | Baik |
| 6 | 40 | WANITA | SMP | 6 | 27 | 96.43 | Baik |
| 7 | 32 | PRIA | SMA | 2 | 26 | 92.86 | Baik |
| 8 | 36 | PRIA | SMA | 5 | 27 | 96.43 | Baik |
| 9 | 39 | PRIA | SMA | 6 | 25 | 89.29 | Baik |
| 10 | 34 | WANITA | SMA | 2 | 20 | 71.43 | Cukup |
| 11 | 42 | PRIA | SMP | 5 | 27 | 96.43 | Baik |
| 12 | 37 | PRIA | SMA | 6 | 27 | 96.43 | Baik |
| 13 | 18 | WANITA | SMA | 4 | 27 | 96.43 | Baik |
| 14 | 26 | WANITA | SMA | 2 | 26 | 92.86 | Baik |
| 15 | 29 | PRIA | SMA | 2 | 19 | 67.86 | Cukup |
| 16 | 28 | WANITA | SMA | 1 | 19 | 67.86 | Cukup |
| 17 | 29 | WANITA | SMA | 1 | 27 | 96.43 | Baik |
| 18 | 24 | WANITA | SMA | 1 | 27 | 96.43 | Baik |
| 19 | 36 | PRIA | SMA | 7 | 28 | 100.00 | Baik |
| 20 | 25 | WANITA | SMA | 2 | 28 | 100.00 | Baik |
| 21 | 41 | WANITA | SMP | 5 | 26 | 92.86 | Baik |
| 22 | 26 | PRIA | SMA | 2 | 26 | 92.86 | Baik |
| 23 | 36 | WANITA | SMA | 6 | 27 | 96.43 | Baik |
| 24 | 34 | PRIA | SMA | 1 | 27 | 96.43 | Baik |
| 25 | 40 | WANITA | SMP | 5 | 25 | 89.29 | Baik |
| 26 | 42 | WANITA | SMP | 6 | 15 | 53.57 | Kurang |
| 27 | 35 | WANITA | SMA | 1 | 26 | 92.86 | Baik |
| 28 | 32 | WANITA | SMA | 1 | 25 | 89.29 | Baik |
| 29 | 34 | WANITA | SMA | 1 | 28 | 100.00 | Baik |
| 30 | 32 | WANITA | SMA | 2 | 28 | 100.00 | Baik |
| 31 | 31 | WANITA | SMA | 2 | 26 | 92.86 | Baik |
| 32 | 34 | WANITA | SMA | 3 | 28 | 100.00 | Baik |
| 33 | 32 | WANITA | SMA | 2 | 28 | 100.00 | Baik |
| 34 | 30 | WANITA | SMA | 2 | 28 | 100.00 | Baik |
| 35 | 31 | WANITA | SMA | 4 | 28 | 100.00 | Baik |

DESCRIPTION OF KNOWLEDGE CLEANING SERVICE CONCERNING DECISION OF INFECTION CHAINS IN RESTU IBU HOSPITAL BALIKPAPAN

Chinhowa May Frida¹, Chrisyen Damanik², Abdurahman³.
(chinhowamayfrida1976@gmail.com), damanik@stikeswhs.ac.id

ABSTRACT

Background: Nasocomial infection is still a problem in various hospitals in Indonesia despite various control efforts, but the target to reduce the incidence is an obstacle. An understanding of the infection chain termination is needed from all lines involved in hospital services and one of them is cleaning service. **Objective:** To determine the level of cleaning service knowledge about termination of the infection chain. **Method:** Quantitative research with descriptive studies through a cross sectional approach. Thirty-five respondents were involved in this study. Data collection using a questionnaire and descriptive statistical analysis. **Results:** The level of knowledge of respondents about the termination of the infection chain with the category of "good" amounted to 88.6% (31 respondents). Followed by enough categories of 8.6% (3 respondents) and less categories of 2.8% (1 respondent). **Conclusion:** The level of cleaning service knowledge about termination of the infection chain is good.

Keywords: Knowledge, Termination, Infection Chain

¹Students of Nursery Department, STIKES Wiyata Husada Samarinda

²Lecturer of STIKES Wiyata Husada Samarinda

³Lecturer of STIKES Wiyata Husada Samarinda

GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN *CLEANING SERVICE* TENTANG PEMUTUSAN RANTAI INFEKSI DI RUMAH SAKIT RESTU IBU BALIKPAPAN

Chinhowa May Frida¹, Chrisyen Damanik², Abdurahman³.
(chinhowamayfrida1976@gmail.com, (damanik@stikeswhs.ac.id))

ABSTRAK

Latar Belakang : Dalam suatu infeksi dikenal dengan apa yang disebut rantai infeksi dimana memiliki enam mata rantai. Enam mata rantai yang membentuk rantai infeksi yaitu agen etiologi atau mikroorganisme, tempat tinggal alami organisme, jalan keluar dari reservoir, metode penularan, jalan masuk kedalam penjamu, dan penjamu rentan. Cara memutuskan rantai infeksi adalah dengan memutus beberapa atau salah satu rantainya. **Tujuan :** Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan *cleaning service* tentang pemutusan rantai infeksi. **Metode :** Penelitian ini bersifat *deskriptif* dengan pendekatan *kuantitatif*. Populasi tenaga non medis *cleaning service* yang bertugas di Rumah Sakit Restu Ibu sebanyak 35 orang dengan pengambilan tehnik sampel *jenuh* atau mengambil 100% jumlah populasi yang ada. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. **Hasil Penelitian :** Dari tingkat pengetahuan responden tentang pemutusan rantai infeksi dengan kategori “baik” sebesar 88.6% (31 responden). Diikuti kategori cukup sebesar 8.6% (3 responden) dan kategori kurang sebesar 2.8% (1 responden). **Kesimpulan :** Tingkat pengetahuan *cleaning service* tentang pemutusan rantai infeksi termasuk baik.

Kata Kunci : Pengetahuan, Pemutusan, Rantai Infeksi

ABSTRACT

Background: In an infection, it is known as an infection chain which has six links. The six links that form the chain of infection are the etiological agent or microorganism, the organism's natural dwelling place, the way out of the reservoir, the method of transmission, the entrance into the host, and the host is vulnerable. How to break the chain of infection is to break some or one of the chains. **Objective:** To determine the level of cleaning service knowledge about termination of the infection chain. **Method:** This research is descriptive with a quantitative approach. The population of non-medical cleaning service personnel who served at Restu Ibu Hospital was 35 people by taking saturated sample techniques or taking 100% of the existing population. Data collection using a questionnaire. **Results:** The level of knowledge of respondents about the termination of the infection chain with the category of "good" amounted to 88.6% (31 respondents). Followed by enough categories of 8.6% (3 respondents) and less categories of 2.8% (1 respondent). **Conclusion:** The level of cleaning service knowledge about termination of the infusion chain is good.

Keywords: Knowledge, Termination, Infection Chain

PENDAHULUAN

Infeksi nosokomial merupakan infeksi serius dan berdampak merugikan pasien karena harus menjalani perawatan di Rumah Sakit lebih lama. Berawal dari ketidaknyamanan yang berkepanjangan sampai dengan kematian. Tindakan pengendalian infeksi diperlukan di lingkungan perawatan dan lingkungan rumah karena pasien mengalami gangguan imun, mempunyai penyakit menular, atau menggunakan alat-alat invasif. Pemberi perawatan keluarga harus dilindungi dan diajarkan tentang pencegahan infeksi, seperti mencuci tangan, dan barang-barang lain yang mungkin terinfeksi (Adhiwijaya, 2017).

Di Indonesia kejadian infeksi nosokomial yang didapat hanya sebesar 0 – 1 % melalui surveilans pasif. Angka ini cukup kecil dibandingkan dengan persentase kejadian infeksi nosokomial di negara-negara maju tersebut, akan tetapi kecilnya persentase ini dapat juga menggambarkan lemahnya surveilans terhadap kejadian infeksi nosokomial di sistem kesehatan Indonesia. Melihat kondisi tersebut, infeksi nosokomial menjadi tantangan global terhadap keselamatan pasien baik di Indonesia maupun di dunia dan menjadi dasar perlunya dibentuk suatu program untuk mencegah dan mengendalikan infeksi di Rumah Sakit. Selain itu, menerapkan budaya pencegahan infeksi dapat meningkatkan mutu pelayanan baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap pasien dan keluarga pasien sehingga menjadi agen perubahan. Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di 11 Rumah Sakit di DKI Jakarta pada 2004 menunjukkan bahwa 9,8% pasien rawat inap mendapat infeksi yang baru selama dirawat (Adhiwijaya, 2017).

Dalam suatu infeksi dikenal apa yang disebut dengan rantai infeksi yang memiliki enam mata rantai. Enam mata rantai yang membentuk rantai infeksi adalah agen etiologi atau

mikroorganisme, tempat tinggal alami organisme (*reservoir*), jalan keluar dari *reservoir*, metode (cara) penularan, jalan masuk kedalam penjamu, dan penjamu rentan (Yanah, dkk, 2015). Cara memutuskan rantai infeksi adalah dengan memutus beberapa atau salah satu rantainya. Mencuci tangan, menggunakan APD, dan menggunakan *spill kit* untuk membersihkan cairan infeksius merupakan cara untuk memutuskan rantai infeksi (Khomariah A, 2014).

Salah satu tenaga non medis yang ada di rumah sakit adalah *Cleaning Service*. *Cleaning Service* adalah karyawan yang bertugas untuk membersihkan lingkungan rumah sakit agar tetap terjaga kebersihannya, karena bahaya yang ada di rumah sakit seperti penularan penyakit dapat terjadi jika lingkungan rumah sakit tidak terjaga kebersihannya. Pekerjaan membersihkan lingkungan rumah sakit, membuat petugas kebersihan menjadi rentan terpapar bahaya yang dapat mengganggu kesehatannya. Menurut penelitian Evryanti (2012) bahaya yang dapat mengancam petugas kebersihan rumah sakit antara lain terpapar debu yang dibersihkan, terpeleset saat mengepel lantai, kontak dengan bahan kimia yang digunakan untuk mengepel lantai, terpapar bahaya biologi saat membersihkan laboratorium atau ruangan yang mengandung virus dan bakteri, tertusuk benda tajam seperti jarum suntik saat mengelola limbah tajam, sehingga dapat tertular berbagai penyakit (Falatehan, 2018).

Berdasarkan hasil laporan tim Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) pada triwulan I tingkat kepatuhan kebersihan tangan dan APD sebesar 78% dan 72% sementara triwulan II sebesar 81% dan 83 % sementara target capaian Rumah Sakit Restu Ibu sebesar 85% untuk kebersihan tangan dan 100% untuk penggunaan APD, Sedangkan untuk penggunaan *spill kit* sebesar 67 % dari target capaian sebesar 80%.

Kesimpulan nya adalah dalam upaya pencegahan infeksi masih berada dibawah standar pencapaian indicator mutu dan masih didapati petugas yang bertugas melakukan penanganan terhadap tumpahan cairan infeksius belum sepenuhnya sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada. Hal tersebut berpotensi terjadinya kecelakaan kerja akibat tidak sesuainya petugas bekerja dengan Standar Operasional Prosedur

(SOP) yang ada. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui Tingkat Pengetahuan Petugas *Cleaning Service* Tentang Pemutusan Rantai Infeksi di Rumah Sakit Swasta di Balikpapan.

METODE

Penelitian yang dilakukan bersifat *deskriptif* dengan pendekatan *kuantitatif*. tujuan pendekatan ini untuk mengukur dimensi yang hendak diteliti sehingga dapat mengetahui gambaran tingkat pengetahuan *Cleaning Service* tentang pemutusan infeksi dengan cara penggunaan APD, *Spill Kit* dan kebersihan tangan di Rumah Sakit Swasta di Balikpapan.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh petugas *cleaning service* di Rumah Sakit Restu Ibu dan Siloam Balikpapan berjumlah 75 orang.

Sampel yang akan diteliti menggunakan *non-probability sampling* dengan teknik *Purposive Sampling* sehingga sampel yang diambil berjumlah 20 responden dengan masing-masing 10 responden. Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini adalah petugas *Cleaning Service* yang bertugas di Rumah Sakit Restu Ibu dan Siloam Balikpapan dan petugas yang bersedia menjadi Responden. Sedangkan kriteria ekslusinya adalah Petugas yang tidak bersedia menjadi responden. Penelitian ini dilaksanakan dimulai dari bulan Agustus 2019 sampai Februari 2020.

Variabel dalam penelitian ini merupakan variable tunggal yaitu tingkat pengetahuan *cleaning service* tentang pemutusan rantai infeksi.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner berisi 28 pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala *guttman*(setuju dan tidak setuju).

HASIL

Tabel 4.2 Frekuensi Hasil Tingkat Pengetahuan *Cleaning Service* Tentang Pemutusan Rantai Infeksi Di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan

| No | Pengetahuan | F | P |
|----|-------------|----|-------|
| 1 | Baik | 31 | 88.6% |
| 2 | Cukup | 3 | 8.6% |
| 3 | Kurang | 1 | 2.8% |
| | Total | 35 | 100% |

Presentase paling besar yaitu pada kategori “baik” sebesar 88.6% (31 responden).. Diikuti kategori cukup sebesar 8.6% (3 responden). Selanjutnya pada kategori kurang sebesar 2.8 (1 responden).

PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan *Cleaning Service* tentang pemutusan rantai infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu. Berdasarkan hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan *Cleaning Service* terdapat pada kategori “baik”. Presentase paling besar yaitu pada kategori “baik” sebesar 88.6% (31 responden). Artinya 31 responden dari 35 responden mempunyai tingkat pengetahuan yang baik terhadap pemutusan rantai infeksi. Diikuti kategori cukup sebesar 8.6% (3 responden). Artinya 3 responden dari 35 responden mempunyai pengetahuan yang cukup atau sedang. Selanjutnya pada kategori kurang sebesar 2.8 (1 responden). Artinya 1 responden dari 35 responden mempunyai pengetahuan yang kurang terhadap pemutusan rantai infeksi.

Tingkat pengetahuan *cleaning service* tentang pemutusan rantai infeksi dalam penelitian ini diukur berdasarkan tingkat pengetahuan petugas pada penerapan Kebersihan Tangan, menggunakan

Alat Pelindung Diri (APD), serta tatacara penggunaan Spill Kit. Sesuai dengan Panduan Pencegahan Infeksi oleh DepKes RI (2010) bahwa memutuskan rantai infeksi merupakan cara yang paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, tindakan pencegahan tersebut telah disusun dalam suatu kewaspadaan isolasi yang didalamnya terdapat kewaspadaan standar dan kewaspadaan cara penularan. Komponen dari kewaspadaan standar antara lain yaitu; Kebersihan tangan (hand hygiene), APD, Pengendalian lingkungan, Pemrosesan alat pasien, dll.

Menurut asumsi peneliti dari penelitian ini bahwa responden hanya mengerti sebatas mencuci tangan namun tidak dengan cara mencuci tangan dengan benar, kemudian responden juga mengetahui akan pentingnya menggunakan APD yang ada sehingga bisa terhindar infeksi penyakit tertentu. Selain itu pengetahuan tersebut juga dipengaruhi aspek-aspek lain baik dari karakteristik individual (seperti ; umur, lama kerja, dan pendidikan) maupun aspek external seperti ; motivasi, keberadaan pekerjaan yang cleaning service lakukan. Semakin tinggi pendidikan formal yang diterima maka akan mendapatkan lebih banyak kesempatan untuk belajar serta mendapatkan pengetahuan yang lebih baik yang dijadikan dasar dalam menyelesaikan suatu tugas.

Sebagai tenaga kebersihan tentunya diharapkan untuk paham mengenai pentingnya mengatasi masalah infeksi. Tenaga Cleaning Service dibekali dengan pengetahuan mengenai rantai infeksi dan cara pemutusannya. Terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan risiko terjadinya infeksi. Hal ini dapat kita mengerti karena berasal dari pendidikan non formal maupun informal dapat meningkatkan pengetahuan serta mempengaruhi perilaku. Ini bisa dimaklumi mengingat bahwa pengetahuan adalah sesuatu yang perlu, tapi bukan

merupakan faktor yang cukup kuat untuk mengubah perilaku, bahkan tidak jarang orang yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang sesuatu yang berkaitan dengan keterampilan. Berdasarkan kenyataan diatas, dengan pengetahuan yang cukup tinggi merupakan modal utama untuk merubah perilaku, tetapi tentunya perlu diimbangi dengan niat yang kuat sehingga seseorang bertindak sesuai dengan pengetahuannya (Puspasari, 2015).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan uraian hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan Cleaning Service tentang pemutusan rantai infeksi di Rumah Sakit Restu Ibu terdapat pada kategori “baik”. Presentase paling besar yaitu pada kategori “baik” sebesar 88.6% (31 responden). Artinya 31 responden dari 35 responden mempunyai tingkat pengetahuan yang baik terhadap pemutusan rantai infeksi. Diikuti kategori cukup sebesar 8.6% (3 responden). Artinya 3 responden dari 35 responden mempunyai pengetahuan yang cukup atau sedang. Selanjutnya pada kategori kurang sebesar 2.8% (1 responden). Artinya 1 responden dari 35 responden mempunyai pengetahuan yang kurang terhadap pemutusan rantai infeksi.

Saran

Rumah sakit meningkatkan pengawasan terhadap *cleaning service* dalam melakukan kebersihan tangan, menggunakan APD, dan menggunakan *spill kit* demi terwujudnya rumah sakit yang bersih dan bebas infeksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdi, Usman. 2014. Metodologi Penelitian Sosial dan Ekonomi, Bandung: Alfabeta.
Adhiwijaya, Ardian. Eksplorasi Kendala Tim PPI dalam Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSUD Labuang

- Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 2017;11(4):371-376.
- Afif Fathoni, Endrinaldy, dan Erly. (2015). Identifikasi Bakteri *Esherichia coli* pada Air Minum Isi Ulang yang Diproduksi Depot Air Minum Isi Ulang di Kecamatan Padang Selatan. *Jurnal Kesehatan Andalasa*. Vol 4 No 2. Hlm 376-380.
- Anindyajati A. 2011. Hubungan Tingkat Kedisiplinan Penggunaan alat Pelindung Diri (APD) Terhadap Kondisi Kesehatan kerja Karyawan Unit Fiber Glass PT Industri Kereta Api (INKA) Madiun. Proposal. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Arsabi, Khomariah. 2014. Hubungan Pengetahuan, Motivasi, dan Supervisi Kinerja Pencegahan Infeksi Nosokomial di RSUD Haji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis. Makasar*.
- Arifin, S., Arief, B., & Husaini. (2016). Hubungan Antara Umur dan Indeks Beban Kerja dengan Kelelahan pada Pekerja di PT. Karias Tabing Kencana. *Jurnal Berkala Kesehatan*, Vol. 2. No. 1, Mei 2016 : 70-78.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Astri FR. Identifikasi bakteri penyebab infeksi nosokomial pada telepon seluler mahasiswa klinik fk unand di Rumah Sakit Umum Paru Dr. M. Djamil Padang (Proposal). Universitas Andalas. 2016.
- Daniel, 2018 Cara mencuci tangan yang benar dan steril. Diakses pada 2 Maret 2016 dari <http://halosehat.com/gaya-hidup/cara-hidup-sehat/caramencuci-tangan-yang-benar-dan-steril>
- Ekowanti, Dewayan. Analisis Pelaksanaan Manajemen Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Khusus Bedah "X" Kota Padang Tahun 2016. [Proposal]. Padang: Universitas Andalas. 2016.
- Gunawan, Iman. 2013. *Metode Penelitian Kualitatif :Teori dan Pratik*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hitt, Michael A. 2001.
- Hasgustra, A. W. 2016. Gambaran Pelaksanaan Cuci Tangan Perawat dalam Melaksanakan Tindakan Keperawatan di Rumah Sakit Tingkat II. Proposal. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Herman, Max Joseph. Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Pemerintah dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Indonesia. *Jurnal Kefarmasin Indonesia*. 2016;6(2):137-146.
- Hikmayanti, K. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Mencuci Tangan 5 Momen di Ruang Perawatan Crysanthem dan Orchid Siloam Hospitals Cikarang Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Keperawatan STIKes Medika Cikarang* Vol 5. No 1. Mei 2015
- Kasumayanti, 2017. *Teknik Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Industri*. Yogyakarta. Graha ilmu.
- Nawawi, Hadari. 2012. *Metode Penelitian Bidang Sosial*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Nelwan. Renatta M. Analisis Program Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Umum Paru Ratatotok Buyat Labuang Baji Makassar Tahun 2017. 2017
- Ningsih, Diah Arum. Patient Safety Project - Pengurangan Resiko Infeksi Melalui Penerapan PPL. Surakarta : RS PKU. 2017.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Purniawati. Rany. Dkk, 2014 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Perawat Terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial Kejadian Phlebitis. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro
- Puspasari, Y. (2015). Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Praktik Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Diruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Kendal. *Maret*, 8(1), 23-43.
- Ratnasari, N. (2016). Hubungan Antara Beban Kerja dengan Kelelahan Kerja pada Petugas Cleaning Service di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. [Proposal Ilmiah]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rekam Medik. 2015. Jumlah Infeksi Nosokomial pada tahun 2014 dan 2015 bulan januari sampai juni. Rekam Medik RSUD Dr. Harjono Ponorogo
- Rikayanti, K. (2014). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Mencuci Tangan Petugas Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Badung Tahun 2013. *Community Health*, 2(1)

- Sianturi, Efendi. Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jakarta: EGC.2014.
- Sussy Listiarsasih. 2016. Media Efektifitas Video Penggunaan Spill Kit Terhadap Kemampuan Petugas di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Yogyakarta : UMY
- Tarwaka. 2014. Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Surakarta. Edisi 2. Harapan Press.
- WHO Interim Guideline. *Infection Prevention and control of epidemic and pandemic prone acuterespiratory diseases in health care.* June 2007.
- Yanah Dewi, dkk.2015. Rantai Penularan Penyakit. <https://www.slideshare.net/Irfandark/rantai-penularan-penyakit>. Poltekkes Tasikmalaya. Diakses 10 Januari 2020.
- Yuantari, Catur MG. (2018). Analisis Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pada Petugas Kebersihan Rumah Sakit. Semarang: Falatehan Health Journal.

