

**ANALISIS DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) DI UPTD RSUD HM
RYACUDU KOTABUMI LAMPUNG UTARA**

TESIS



Oleh:

MAYA FEBRALIZA

NPM. 2528021030

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

**ANALISIS DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) DI UPTD RSUD HM
RYACUDU KOTABUMI LAMPUNG UTARA**

Oleh

MAYA FEBRALIZA

TESIS

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Pada
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

ABSTRAK

ANALISIS DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) DI UPTD RSUD HM RYACUDU KOTABUMI LAMPUNG UTARA

Oleh

MAYA FEBRALIZA

Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan komponen penting dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien di rumah sakit. Rendahnya kepatuhan tenaga kesehatan terhadap prosedur PPI dapat meningkatkan risiko infeksi nosokomial, memperpanjang lama rawat inap, meningkatkan biaya pelayanan, serta berdampak pada mortalitas pasien. Perilaku tenaga kesehatan dalam penerapan PPI dipengaruhi oleh faktor individu, psikologis, dan organisasi. Penelitian ini bertujuan menganalisis determinan tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Penelitian menggunakan desain kuantitatif analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional* yang dilaksanakan pada bulan Maret–April 2026. Sampel penelitian berjumlah 165 responden yang dipilih menggunakan *proportional random sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur dan dianalisis menggunakan uji *chi-square* serta regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor individu yang berhubungan signifikan dengan perilaku PPI adalah kemampuan ($p < 0,001$; OR=3,595; 95% CI: 1,891–6,835), sedangkan pengetahuan ($p = 0,108$) dan keterampilan ($p = 0,919$) tidak berhubungan signifikan. Pada faktor psikologis, motivasi berhubungan signifikan dengan perilaku PPI ($p = 0,004$; OR=2,602; 95% CI: 1,386–4,884), sedangkan sikap tidak berhubungan signifikan ($p = 0,313$). Pada faktor organisasi, supervisi berhubungan signifikan dengan perilaku PPI ($p < 0,001$; OR=3,681; 95% CI: 1,927–7,030), sedangkan beban kerja ($p = 0,941$) dan sistem kompensasi atau penghargaan ($p = 1,000$) tidak berhubungan signifikan. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa supervisi merupakan faktor dominan yang paling berhubungan dengan perilaku PPI ($p < 0,001$; OR=3,403 95% CI: 1,735–6,674). Peningkatan supervisi dan kemampuan tenaga kesehatan diperlukan untuk memperkuat kepatuhan perilaku PPI dan meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Kata kunci: determinan, tenaga kesehatan, perilaku PPI, rumah sakit, supervisi

ABSTRACT

Determinants Of Infection Prevention And Control (IPC) Practices Among Healthcare Personnel At HM Ryacudu Regional General Hospital, Kotabumi, North Lampung, Indonesia

By

MAYA FEBRALIZA

Infection Prevention and Control (IPC) behavior is an essential component in maintaining the quality of healthcare services and patient safety in hospitals. Low compliance of healthcare workers with IPC procedures may increase the risk of nosocomial infections, prolong hospitalization, increase healthcare costs, and contribute to patient mortality. The performance of healthcare workers in implementing IPC is influenced by individual, psychological, and organizational factors. This study aimed to analyze the determinants of healthcare workers' performance toward Infection Prevention and Control (IPC) behavior at UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi, North Lampung. This study employed a quantitative observational analytic design with a cross-sectional approach conducted from March to April 2026. The sample consisted of 165 respondents selected using proportional random sampling. Data were collected through interviews using structured questionnaires and analyzed using chi-square tests and logistic regression. The study findings indicated that, among individual factors, ability was significantly associated with Infection Prevention and Control (IPC) behavior ($p < 0.001$; OR=3.595; 95% CI: 1.891–6.835), whereas knowledge ($p=0.108$) and skills ($p=0.919$) were not significantly associated. Among psychological factors, motivation demonstrated a significant association with IPC behavior ($p=0.004$; OR=2.602; 95% CI: 1.386–4.884), while attitude was not significantly associated ($p=0.313$). Regarding organizational factors, supervision was significantly associated with IPC behavior ($p < 0.001$; OR=3.681; 95% CI: 1.927–7.030), whereas workload ($p=0.941$) and the compensation and reward system ($p=1.000$) showed no significant associations. Multivariate analysis identified supervision as the strongest predictor of IPC behavior ($p < 0.001$; OR=3.403; 95% CI: 1.735–6.674). These findings highlight the importance of strengthening supervisory practices and enhancing healthcare workers' competencies to improve compliance with IPC measures and promote patient safety within hospital settings.

Keywords: determinants, healthcare workers, hospital, IPC behavior, supervision

LEMBAR PERSETUJUAN

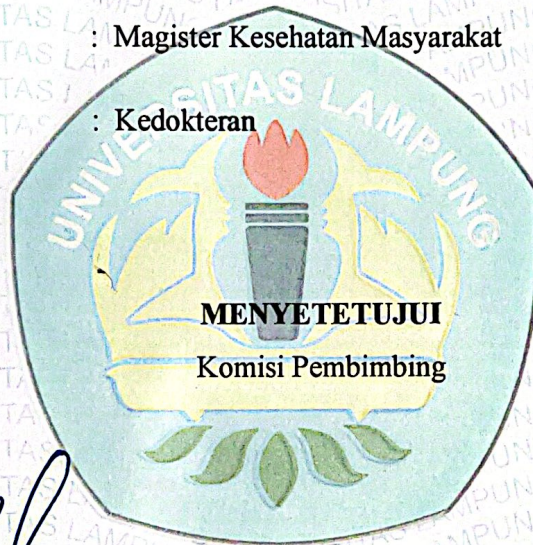
Judul Tesis : **ANALISIS DETERMINAN PERILAKU
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
(PPI) DI UPTD RSUD HM RYACUDU KOTABUMI
LAMPUNG UTARA**

Nama Mahasiswa : **Maya Febraliza**

NPM : **2528021030**

Program Studi : **Magister Kesehatan Masyarakat**


Fakultas : **Kedokteran**




Dr. dr. Fitria Saftarina, M.Sc.
NIP. 197809032006042001


Prof. Dr. dr. Jhons Fatmadi Suwandi,
M.Kes., Sp.Par.K
NIP. 197608312003121003

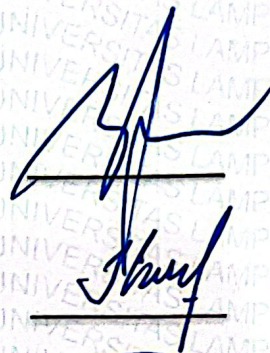
Koordinator Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat


Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes., Sp.Par.K.
NIP. 197810092005011001

LEMBAR PENGESAHAN

1. Tim Penguji

Ketua : Dr. dr. Fitria Saftarina, M.Sc.

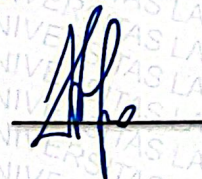


Sekretaris : Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi,
M.Kes., Sp.Par.K

Anggota : Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., Ns.,
MMR., PhD



Anggota : Dr. dr. Khairun Nisa B., S.Ked., M.Kes.,
AIFO.



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.
NIP. 197601202003122001



3. Direktur Pascasarjana Universitas Lampung



Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si
NIP. 196403261989021001

Tanggal Lulus Ujian Tesis: 17 Juni 2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Tesis dengan judul “ANALISIS DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) DI UPTD RSUD HM RYACUDU KOTABUMI LAMPUNG UTARA” adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarism.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 17 Juni 2026
Pembuat Pernyataan,



Maya Febraliza
NPM. 2528021030

RIWAYAT HIDUP

Penulis bernama lengkap Maya Febraliza lahir di Kotabumi pada tanggal 6 Februari 1982 merupakan putri ke 3 dari 6 bersaudara. Penulis lahir dari pasangan suami istri, Bapak Abdul Munir Maryadin dan Ibu Siti Heroni. Penulis bertempat tinggal di Jalan Abdul Muluk no 79 Tanjung Aman Kotabumi Lampung Utara. Penulis menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Dasar di SDN 3 Sindang Sari Kotabumi dan tamat pada tahun 1994. Pada tahun itu juga penulis melanjutkan Sekolah Menengah Pertama di SMPN 1 Kotabumi dan tamat pada tahun 1997 kemudian melanjutkan Sekolah Menengah Atas di SMU Negeri 2 Kotabumi dan tamat pada tahun 2000. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan Diploma III di Politeknik Kesehatan Tanjung Karang pada Program Studi Analisis Kesehatan dan lulus pada tahun 2003. Pada tahun 2012, penulis melanjutkan pendidikan Diploma IV Politeknik Kesehatan Kemenkes Tanjung Karang pada program Studi Analisis Kesehatan, dan lulus pada tahun 2013. Saat ini, penulis sedang melanjutkan studi pada jenjang Magister di Universitas Lampung, Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat.

MOTTO

“ Sesungguhnya bersama kesulitan Ada kemudahan “

(Q.S Al-Insyirah : 5)

Kesempatan Hanya Datang Bagi Mereka Yang Mempersiapkannya

(Louis Pasteur)

PERSEMBAHAN

Terimakasih kepada semua pihak yang telah banyak membantu, terutama kepada kedua orangtua, keluarga besarku, suami serta kedua anakku kalian adalah *Support System* terbaikku, terimakasih atas setiap doa, dukungan, dan kasih sayangnya untuk mama

SANWACANA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, Karena atas Rahmat dan hidayah-Nya tesis ini dapat diselesaikan. Tesis dengan judul “Analisis Determinan Perilaku Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI) Di Uptd Rsud Hm Ryacudu Kotabumi Lampung Utara” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., ASEAN, Eng. selaku rektor Universitas Lampung.
2. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Kedokteran Universitas Lampung.
3. Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M. Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. Dr. dr. Fitria Saftarina, M.Sc., selaku Ketua Penguji atas kesediaan waktunya untuk memberikan bimbingan dan saran dalam proses penyelesaian tesis ini.
5. Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi, M.Kes., Sp.Par.K., selaku Sekretaris Penguji atas kesediaan waktunya untuk memberikan bimbingan dan masukan dalam proses penyelesaian tesis ini.
6. Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., Ns., MMR., PhD, selaku Penguji 1 yang telah banyak memberikan dukungan, saran dan kritik yang membangun dalam proses penyusunan tesis.
7. Dr. dr. Khairun Nisa B, S.Ked., M.Kes., AIFO, selaku Penguji 2 yang telah banyak memberikan dukungan, saran dan kritik yang membangun dalam proses penyusunan tesis.
8. Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., Ns., MMR., PhD, selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan bimbingan, motivasi, dan masu selama proses perkuliahan.
9. Seluruh dosen, staf dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan dan penyusunan tesis.

10. Kedua orang tua tercinta, keluarga besarku Moenir Big family, papa Abdul Munir Maryadin (Alm), mama Siti Herony, Kiyai Eka Sanjaya, S.Kom, Kanda Joni Kurniawan, S.E, M.H, adik-adikku Yeni Diana Sari, S.Pd, Berta Septiana, S.Pd, Ridha Zavolta, S.Pd., M.Pd Terima kasih atas semua doa, semangat, dan dukungan yang luar biasa untuk penulis.
11. Suami tercinta Sanitia Tara, S.H serta anak-anaku tersayang Kamila Haura Ariffa dan Fazia Annasya Mahveen yang senantiasa memberikan kasih sayang, dukungan, dan doa yang menjadi sumber semangat bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
12. Mertua tercinta, papa Syahnuri Jaya (Alm), mama Erniwati Mega, adik-adikku Nureni, S.IP dan Tri Mulyasih, S.Pd. yang senantiasa memberikan doa, dukungan, semangat, dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
13. Teman-teman RPL MKM Angkatan 2025 (*Batch 2*), terimakasih atas bantuan dan dukungan selama proses perkuliahan.
14. Seluruh responden penelitian di UPTD RSUD HM Ryacudu yang telah bersedia meluangkan waktu dan berpartisipasi dalam penelitian ini, sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik.
15. Semua pihak yang telah mendukung dan tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang selalu memberikan keceriaan, motivasi dan juga bantuan kepada penulis.

Bandar Lampung, 17 Juni 2026

Penulis,

Maya Febraliza

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti.....	6
1.4.2 Manfaat Teoritis	6
1.4.3 Manfaat Praktis.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Rumah Sakit.....	8
2.1.1 Definisi Rumah Sakit	8
2.1.2 Kewajiban Rumah Sakit	9
2.1.3 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit	10
2.1.4 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	11
2.2 Konsep Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.....	12
2.2.1 Konsep Dasar Penyakit Infeksi	12
2.2.2 Definisi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.....	13
2.2.3 Tujuan dan Sasaran Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	14
2.2.4 Ruang Lingkup Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.....	15
2.3 Konsep Kinerja Tenaga Kesehatan	20
2.3.1 Definisi Kinerja	20
2.3.2 Definisi Tenaga Kesehatan.....	21
2.3.3 Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan.....	22
2.3.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja.....	23
2.3.5 Faktor Perilaku Kepatuhan PPI	27
2.4 Penelitian Terdahulu.....	31
2.5 Kerangka Teori	38
2.6 Kerangka Konsep	38
2.7 Hipotesis	39
BAB III METODE PENELITIAN	42
3.1 Jenis Penelitian	42
3.2 Waktu Pengumpulan Data dan Tempat Penelitian	42
3.3 Variabel Penelitian	42
3.3.1 Variabel bebas (<i>Independent Variable</i>)	42
3.3.2 Variabel terikat (<i>Dependent Variable</i>).....	43
3.4 Definisi Operasional	43
3.5 Populasi dan Sampel.....	45
3.5.1 Populasi Penelitian	45
3.5.2 Sampel Penelitian.....	46
3.5.3 Teknik pengambilan sampel penelitian.....	47
3.6 Pengumpulan Data	48

3.6.1	Alat Pengumpul Data	48
3.6.2	Prosedur Pengumpulan Data	51
3.7	Pengolahan Data	52
3.8	Analisis Data	52
3.9	Etika Penelitian	53
BAB IV	HASIL PENELITIAN.....	54
4.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	54
4.2	Analisis Univariat	55
4.3	Analisis Bivariat.....	57
4.3.1	Hubungan Faktor Individu (Pengetahuan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	58
4.3.2	Hubungan Faktor Individu (Kemampuan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu.....	58
4.3.3	Hubungan Faktor Individu (Keterampilan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu.....	59
4.3.4	Hubungan Faktor Psikologis (Motivasi) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	60
4.3.5	Hubungan Faktor Psikologis (Sikap) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	60
4.3.6	Hubungan Faktor Organisasi (Supervisi) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	61
4.3.7	Hubungan Faktor Organisasi (Beban Kerja) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu.....	62
4.3.8	Hubungan Faktor Organisasi (Sistem Kompensasi atau Penghargaan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu.....	63
4.4	Analisis Multivariat	63
4.4.1	Seleksi Kandidat.....	63
4.4.2	Pemodelan Multivariat	64
BAB V	PEMBAHASAN	68
5.1	Distribusi frekuensi pengetahuan, kemampuan, keterampilan, motivasi, sikap, supervisi, beban kerja, dan sistem kompensasi terhadap faktor tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	68
5.2	Hubungan pengetahuan pada tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	70
5.3	Hubungan kemampuan pada tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	71
5.4	Hubungan keterampilan pada tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	72

5.5 Hubungan motivasi pada tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	73
5.6 Hubungan sikap pada tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	74
5.7 Hubungan supervisi pada tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	75
5.8 Hubungan beban kerja pada tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	76
5.9 Hubungan sistem kompensasi atau penghargaan pada tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	77
5.10 Model determinan faktor tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	78
5.11 Keterbatasan Penelitian.....	80
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	81
6.1 Kesimpulan	81
6.2 Saran	82
DAFTAR PUSTAKA	85
LAMPIRAN.....	92

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1.	Penelitian Terdahulu	30
Tabel 2.	Definisi Operasional	43
Tabel 3.	Pengambilan Sampel.....	47
Tabel 4.	Karakteristik Reponden Penelitian (n=165)	55
Tabel 5.	Distribusi Frekuensi Determinan Tenaga Kesehatan Terhadap Perilaku Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI) Di Uptd Rsud Hm Ryacudu Kotabumi Lampung Utara (n=165)	57
Tabel 6.	Hubungan Faktor Individu (Pengetahuan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	58
Tabel 7.	Hubungan Faktor Individu (Kemampuan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	59
Tabel 8.	Hubungan Faktor Individu (Keterampilan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	59
Tabel 9.	Hubungan Faktor Psikologis (Motivasi) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	60
Tabel 10.	Hubungan Faktor Psikologis (Sikap) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	61
Tabel 11.	Hubungan Faktor Organisasi (Supervisi) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	62
Tabel 12.	Hubungan Faktor Organisasi (Beban Kerja) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	62
Tabel 13.	Hubungan Faktor Organisasi (Sistem Kompensasi atau Penghargaan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu	63
Tabel 14.	Hasil Seleksi Variabel Kandidat Multivariat	63
Tabel 15.	Hasil Analisis Multivariat Model Awal	64
Tabel 16.	Hasil Analisis Multivariat Model Akhir	65

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Teori yang Telah dimodifikasi.....	38
Gambar 2. Kerangka Konsep	38
Gambar 3. RSUD HM Ryacudu.....	55

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan komponen utama dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Program ini bertujuan untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan yang dapat berdampak pada peningkatan angka kesakitan, lama rawat, biaya pelayanan, dan mortalitas pasien. Keberhasilan pelaksanaan PPI sangat ditentukan oleh perilaku tenaga kesehatan sebagai pelaksana langsung di unit pelayanan (Kubde et al., 2023). Perilaku yang baik mencerminkan kemampuan tenaga kesehatan dalam menerapkan standar, prosedur, dan prinsip PPI secara konsisten dan bertanggung jawab. Mutu pelayanan kesehatan hanya dapat dicapai apabila tenaga kesehatan menunjukkan perilaku yang optimal sesuai standar yang telah ditetapkan (Septiastuti, 2024). Lebih dari 70 persen keputusan klinis dan tindakan medis dipengaruhi oleh proses pelayanan kesehatan yang aman dan berbasis pencegahan risiko, termasuk pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan (Farhan et al., 2024). Perilaku tenaga kesehatan yang rendah dalam penerapan PPI berpotensi meningkatkan kejadian infeksi nosokomial dan menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan rumah sakit (Sarifudin, 2018).

Infeksi terkait pelayanan kesehatan merupakan infeksi yang muncul setelah pasien dirawat di fasilitas kesehatan dan tidak sedang dalam masa inkubasi saat pasien masuk rumah sakit. Infeksi ini timbul sebagai akibat paparan mikroorganisme di lingkungan pelayanan dan sering berkaitan dengan tindakan medis invasif. Secara umum terdapat empat bentuk utama infeksi nosokomial, yaitu

infeksi luka operasi, infeksi aliran darah terkait kateter intravena sentral, pneumonia terkait penggunaan ventilator, dan infeksi saluran kemih terkait kateter urin. Keempat jenis ini menjadi indikator utama dalam surveilans mutu rumah sakit karena paling sering terjadi dan memiliki dampak signifikan terhadap morbiditas dan mortalitas pasien (WHO, 2016). Kejadian infeksi tersebut sangat dipengaruhi oleh perilaku tenaga kesehatan, khususnya dalam kepatuhan terhadap kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri, teknik aseptik, serta penerapan standar operasional prosedur. Ketidakpatuhan dalam praktik tersebut meningkatkan risiko transmisi mikroorganisme patogen antar pasien maupun dari tenaga kesehatan ke pasien, sehingga memperbesar peluang terjadinya infeksi nosokomial (CDC, 2019).

Perilaku tenaga kesehatan yang tidak melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi secara konsisten dapat meningkatkan kejadian infeksi terkait pelayanan kesehatan yang berdampak pada meningkatnya angka kesakitan, mortalitas, lama rawat inap, serta biaya perawatan pasien. Ketidakpatuhan terhadap praktik kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri, dan prosedur sterilisasi memperbesar risiko transmisi mikroorganisme patogen antar pasien maupun dari tenaga kesehatan ke pasien, sehingga mempercepat terjadinya infeksi nosokomial seperti infeksi luka operasi, infeksi aliran darah, pneumonia terkait ventilator, dan infeksi saluran kemih terkait kateter. *World Health Organization* melaporkan bahwa prevalensi infeksi terkait pelayanan kesehatan di negara berkembang dapat melebihi 10 persen dari total pasien rawat inap, dengan risiko kematian yang lebih tinggi pada pasien kritis (WHO, 2016). Selain berdampak pada keselamatan pasien, kegagalan pelaksanaan PPI juga meningkatkan risiko paparan penyakit infeksi akibat kerja pada tenaga kesehatan, termasuk hepatitis B, hepatitis C, dan HIV akibat pajanan darah dan cairan tubuh (CDC, 2019). Kondisi ini dapat menurunkan mutu pelayanan, merusak citra institusi, serta memengaruhi indikator akreditasi rumah sakit karena angka infeksi menjadi salah satu parameter evaluasi mutu layanan (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Menurut penelitian terdahulu, perilaku tenaga kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama, yaitu faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi. Faktor individu meliputi pengetahuan, kemampuan, keterampilan, serta karakteristik demografis dan latar belakang yang dimiliki oleh tenaga kesehatan.

Faktor psikologis meliputi motivasi, sikap, persepsi, kepribadian, dan pola belajar yang membentuk perilaku kerja. Faktor organisasi berkaitan dengan kondisi lingkungan kerja, seperti supervisi, beban kerja, sumber daya, kepemimpinan, serta penghargaan terhadap tenaga kesehatan (Gibson, et al., 1997).

Temuan tersebut selaras dengan berbagai penelitian yang mengungkapkan bahwa perilaku perawat dalam pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dipengaruhi oleh sejumlah faktor, meliputi karakteristik individu, tingkat pengetahuan dan keterampilan, pendidikan, beban kerja, motivasi, desain pekerjaan, sikap, persepsi, serta kualitas supervisi yang diterima. Gibson dan Ivancevich (2001) menegaskan bahwa ketiga faktor tersebut saling berkaitan dan secara bersama-sama menentukan tingkat perilaku individu dalam organisasi. Faktor psikologis, seperti persepsi, sikap, kepribadian, proses belajar, dan motivasi, berperan dalam membentuk respons tenaga kesehatan terhadap tuntutan pekerjaan, sedangkan faktor organisasi menyediakan konteks struktural yang memengaruhi efektivitas kinerja.

Ketiga faktor dalam teori Gibson memiliki peran yang saling terkait dan menentukan keberhasilan perilaku PPI di rumah sakit. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi menuntut tenaga kesehatan untuk bekerja secara disiplin, konsisten, dan patuh terhadap standar operasional prosedur yang telah ditetapkan. Perilaku tenaga kesehatan dalam PPI tidak hanya ditentukan oleh kemampuan teknis semata, tetapi juga oleh kesiapan psikologis serta dukungan organisasi yang memadai. *World Health Organization* menyatakan bahwa kepatuhan terhadap praktik PPI sangat dipengaruhi oleh karakteristik individu tenaga kesehatan dan lingkungan kerja tempat mereka berpraktik (WHO, 2016).

Faktor individu dalam perilaku PPI tercermin dari tingkat pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan tenaga kesehatan dalam memahami serta menerapkan prinsip pengendalian infeksi. Tenaga kesehatan dengan pengetahuan dan keterampilan yang memadai cenderung lebih mampu menerapkan praktik kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri, dan prosedur pencegahan infeksi lainnya secara benar. Penelitian menunjukkan bahwa keterbatasan kompetensi individu berkontribusi terhadap rendahnya kepatuhan terhadap standar PPI dan meningkatnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan (CDC, 2019).

Faktor psikologis berperan dalam membentuk perilaku kerja tenaga kesehatan dalam perilaku PPI. Persepsi terhadap risiko infeksi, sikap terhadap kebijakan PPI, serta motivasi kerja memengaruhi kesediaan tenaga kesehatan untuk mematuhi prosedur pencegahan infeksi dalam situasi pelayanan yang padat dan menuntut. Sikap positif dan motivasi yang tinggi terbukti berhubungan dengan tingkat kepatuhan PPI yang lebih baik, sedangkan persepsi negatif terhadap beban kerja dan manfaat PPI dapat menurunkan konsistensi penerapannya (Nursalam, 2016; WHO, 2016).

Faktor organisasi menjadi penentu penting dalam mendukung perilaku tenaga kesehatan dalam PPI. Supervisi yang efektif, pengelolaan beban kerja, serta sistem kompensasi dan penghargaan memengaruhi perilaku kerja dan kepatuhan terhadap standar PPI. Lingkungan kerja yang tidak mendukung, keterbatasan supervisi, dan beban kerja yang tinggi dapat menurunkan kemampuan tenaga kesehatan dalam menerapkan PPI secara optimal. Hal ini sejalan dengan pernyataan bahwa kegagalan program PPI sering kali berkaitan dengan kelemahan sistem organisasi dan manajemen sumber daya manusia di rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi sebagai rumah sakit rujukan di Kabupaten Lampung Utara menghadapi peningkatan jumlah kunjungan dan beban pelayanan kesehatan. Data Dinas Kesehatan Lampung Utara menunjukkan adanya peningkatan pasien rujukan dengan rata-rata kenaikan sebesar 12 persen per tahun (Dinas Kesehatan Lampung Utara, 2023). Kondisi ini menuntut tenaga kesehatan untuk bekerja dengan tingkat kinerja yang tinggi, termasuk dalam penerapan PPI di setiap unit pelayanan. Peningkatan beban pelayanan tanpa diimbangi pengelolaan kinerja yang baik berpotensi menurunkan kepatuhan terhadap standar PPI (Zakiyah, 2018).

Laporan internal rumah sakit menunjukkan masih ditemukannya kendala operasional, seperti ketidakseimbangan beban kerja antarshift, keterbatasan supervisi, dan variasi kepatuhan tenaga kesehatan terhadap prosedur kerja yang berlaku (RSUD Ryacudu, 2024). Kondisi tersebut dapat memengaruhi perilaku tenaga kesehatan dalam melaksanakan PPI secara optimal. Oleh karena itu, diperlukan analisis determinan yang mencakup faktor individu, faktor psikologis,

dan faktor organisasi untuk memahami tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, rumusan masalah penelitian ini adalah “apa saja determinan perilaku PPI di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan pengetahuan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
2. Menganalisis hubungan kemampuan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
3. Menganalisis hubungan keterampilan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
4. Menganalisis hubungan motivasi tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
5. Menganalisis hubungan sikap tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

6. Menganalisis hubungan supervisi dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi pada tenaga kesehatan di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
7. Menganalisis hubungan beban kerja tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
8. Menganalisis hubungan sistem kompensasi atau penghargaan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi pada tenaga kesehatan di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
9. Menganalisis determinan yang paling berpengaruh dengan tenaga kesehatan dalam perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan kesempatan kepada peneliti untuk menerapkan metode penelitian kuantitatif analitik dalam mengkaji tenaga kesehatan pada perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit. Melalui penelitian ini, peneliti memperoleh pengalaman dalam proses perencanaan penelitian, pengumpulan data, pengolahan data, serta analisis hubungan antara faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi dengan perilaku tenaga kesehatan. Penelitian ini juga memperkuat kemampuan peneliti dalam menganalisis permasalahan perilaku sumber daya manusia kesehatan berdasarkan pendekatan ilmiah yang sistematis.

1.4.2 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu kesehatan masyarakat dan manajemen pelayanan kesehatan, khususnya dalam kajian tenaga kesehatan pada perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Hasil penelitian diharapkan dapat memperkaya referensi ilmiah mengenai penerapan teori perilaku Gibson yang mencakup faktor individu, psikologis, dan organisasi dalam

konteks PPI di rumah sakit. Temuan penelitian ini juga dapat menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya yang mengkaji perilaku tenaga kesehatan dan determinannya dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan.

1.4.3 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai faktor-faktor yang memengaruhi perilaku tenaga kesehatan dalam penerapan praktik Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di rumah sakit. Temuan penelitian dapat menjadi dasar bagi manajemen rumah sakit dalam menyusun kebijakan dan strategi pengelolaan sumber daya manusia yang lebih efektif, terutama dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan kompetensi tenaga kesehatan, memperkuat motivasi kerja, mengoptimalkan fungsi supervisi, mengelola beban kerja secara proporsional, serta mengembangkan sistem kompensasi dan penghargaan yang adil dan berkelanjutan guna mendukung peningkatan perilaku dan mutu pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat mendukung upaya peningkatan perilaku tenaga kesehatan dan penguatan perilaku PPI secara berkelanjutan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut *World Health Organization* (WHO), rumah sakit merupakan komponen integral dalam sistem kesehatan dan sistem sosial yang memiliki fungsi utama menyediakan pelayanan kesehatan secara komprehensif kepada masyarakat. Pelayanan tersebut mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Selain berfungsi sebagai institusi pelayanan kesehatan, rumah sakit juga berperan sebagai sarana pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan serta pusat pengembangan ilmu pengetahuan melalui kegiatan penelitian di bidang kesehatan.

Dari perspektif regulasi nasional, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mendefinisikan rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara menyeluruh. Pelayanan tersebut mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang diberikan melalui berbagai jenis layanan, yaitu pelayanan rawat jalan, rawat inap, serta pelayanan gawat darurat. Dengan demikian, rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai tempat pengobatan, tetapi juga sebagai institusi yang berperan penting dalam menjaga, meningkatkan, dan memulihkan kesehatan individu secara berkesinambungan.

2.1.2 Kewajiban Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki berbagai kewajiban yang harus dipenuhi sebagaimana diatur dalam Pasal 189 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Kewajiban tersebut mencakup penyediaan informasi yang akurat, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat mengenai layanan yang tersedia, serta penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, efisien, dan non-diskriminatif dengan tetap mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit.

Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kemampuan dan kapasitas yang dimiliki, serta berpartisipasi aktif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada kondisi bencana. Rumah sakit juga harus menyediakan akses pelayanan bagi masyarakat kurang mampu atau miskin dan menjalankan fungsi sosial melalui berbagai bentuk kegiatan, seperti pelayanan gawat darurat tanpa pembayaran uang muka, penyediaan layanan ambulans tanpa biaya, pelayanan bagi korban bencana maupun kejadian luar biasa (KLB), serta pelaksanaan kegiatan sosial yang mendukung misi kemanusiaan.

Kewajiban lainnya meliputi penyusunan dan penerapan standar mutu pelayanan kesehatan, penyelenggaraan rekam medis yang sesuai ketentuan, serta penyediaan sarana dan prasarana umum yang memadai. Fasilitas tersebut mencakup tempat ibadah, area parkir, ruang tunggu yang nyaman, serta fasilitas yang ramah bagi penyandang disabilitas, ibu menyusui, anak-anak, dan lanjut usia. Rumah sakit juga diwajibkan melaksanakan sistem rujukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Di sisi lain, rumah sakit memiliki hak untuk menolak permintaan pasien yang tidak sesuai dengan standar profesi, etika, maupun peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit wajib memberikan informasi yang jelas mengenai hak dan kewajiban pasien, menghormati serta melindungi hak-hak pasien, dan menerapkan prinsip-prinsip etika rumah sakit dalam seluruh kegiatan

pelayanan. Rumah sakit juga harus memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan mekanisme penanggulangan bencana, serta mendukung pelaksanaan program-program kesehatan pemerintah baik di tingkat daerah maupun nasional. Kewajiban lainnya meliputi penyusunan daftar tenaga medis dan tenaga kesehatan yang berpraktik di rumah sakit, penyusunan dan penerapan peraturan internal rumah sakit, pemberian perlindungan serta bantuan hukum kepada petugas dalam menjalankan tugasnya, dan penetapan seluruh area rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok guna menciptakan lingkungan yang sehat dan aman bagi seluruh pengguna layanan.

2.1.3 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan jenis layanan yang diberikan, rumah sakit dibedakan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020. Rumah sakit umum merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan layanan kesehatan secara menyeluruh untuk berbagai jenis penyakit dan kondisi kesehatan. Pelayanan yang diberikan meliputi pelayanan medis dan penunjang medis, pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta berbagai layanan nonmedis yang mendukung proses pelayanan kesehatan.

Rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang memfokuskan pelayanan utamanya pada satu bidang tertentu atau jenis penyakit tertentu. Kekhususan tersebut dapat didasarkan pada disiplin ilmu kedokteran, kelompok usia pasien, organ tubuh tertentu, jenis penyakit, maupun karakteristik khusus lainnya. Meskipun memiliki fokus pelayanan tertentu, rumah sakit khusus tetap dapat menyelenggarakan layanan kesehatan lainnya, termasuk pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan pelayanan kegawatdaruratan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Selain berdasarkan jenis pelayanan, rumah sakit juga dapat ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan apabila telah memenuhi persyaratan dan standar yang ditetapkan. Rumah sakit pendidikan

berfungsi sebagai wahana terpadu yang mendukung penyelenggaraan pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan. Keberadaannya sangat penting dalam proses pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan, serta dalam pengembangan pendidikan berkelanjutan yang melibatkan berbagai profesi kesehatan secara multidisiplin.

Klasifikasi rumah sakit selanjutnya ditentukan berdasarkan kemampuan pelayanan, ketersediaan fasilitas kesehatan, sarana penunjang, dan sumber daya manusia sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021. Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D. Rumah sakit kelas A memiliki kapasitas paling sedikit 250 tempat tidur, kelas B paling sedikit 200 tempat tidur, kelas C paling sedikit 100 tempat tidur, dan kelas D paling sedikit 50 tempat tidur.

Selain klasifikasi tersebut, terdapat rumah sakit kelas D pratama yang diperuntukkan bagi wilayah tertentu dengan keterbatasan akses pelayanan kesehatan. Rumah sakit jenis ini dapat didirikan di daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, pesisir, daerah tertinggal, maupun wilayah yang belum memiliki akses memadai terhadap pelayanan rumah sakit akibat kondisi geografis. Kehadiran rumah sakit kelas D pratama diharapkan dapat meningkatkan pemerataan akses pelayanan kesehatan dan mendukung tercapainya pelayanan kesehatan yang lebih merata bagi seluruh masyarakat.

2.1.4 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit memiliki tugas pokok untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna, yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan tersebut diberikan secara terpadu guna memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku.

Rumah sakit melaksanakan berbagai fungsi strategis. Salah satu fungsi utama adalah menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan

pemulihan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Selain itu, rumah sakit berperan dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu melalui penyediaan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, baik pelayanan kesehatan tingkat kedua maupun tingkat ketiga, sesuai dengan kebutuhan medis pasien.

Di samping fungsi pelayanan, rumah sakit juga memiliki peran penting dalam pengembangan sumber daya manusia kesehatan. Fungsi ini diwujudkan melalui penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan guna meningkatkan pengetahuan, keterampilan, serta kompetensi profesional dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Rumah sakit berfungsi sebagai pusat penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan serta teknologi kesehatan. Kegiatan tersebut meliputi penelitian, inovasi, dan penapisan teknologi kesehatan yang bertujuan mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Pelaksanaannya harus tetap berlandaskan pada prinsip etika, norma profesi, dan kaidah ilmiah yang berlaku dalam bidang kesehatan.

2.2 Konsep Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

2.2.1 Konsep Dasar Penyakit Infeksi

Berdasarkan sumber penularannya, penyakit infeksi dapat diklasifikasikan menjadi infeksi yang diperoleh dari masyarakat (*Community-Acquired Infection*) dan infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Infeksi yang terjadi selama pasien menjalani perawatan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dikenal sebagai *Healthcare-Associated Infections* (HAIs). Istilah HAIs digunakan untuk menggantikan istilah infeksi nosokomial karena memiliki cakupan yang lebih luas, tidak hanya mencakup infeksi yang terjadi di rumah sakit, tetapi juga infeksi yang muncul di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

Healthcare-Associated Infections didefinisikan sebagai infeksi yang muncul pada pasien selama proses perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan, di mana pada saat masuk pasien tidak menunjukkan tanda atau gejala infeksi dan tidak berada dalam masa inkubasi penyakit tersebut. Infeksi ini dapat terdeteksi selama masa perawatan maupun setelah pasien selesai menjalani perawatan dan meninggalkan fasilitas pelayanan kesehatan. Selain menyerang pasien, HAIs juga dapat terjadi pada tenaga kesehatan, petugas lainnya, maupun pengunjung yang terpapar agen infeksi selama berada di lingkungan pelayanan kesehatan.

Infeksi merupakan kondisi yang timbul akibat masuknya dan berkembangnya mikroorganisme patogen di dalam tubuh manusia, baik yang disertai maupun tanpa disertai gejala klinis. Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pemahaman mengenai konsep dasar infeksi memiliki peranan yang sangat penting sebagai landasan dalam pelaksanaan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Upaya pengendalian infeksi yang tidak dilakukan secara optimal berpotensi meningkatkan angka kesakitan (*morbidity*), angka kematian (*mortality*), memperpanjang masa perawatan pasien, serta menambah beban biaya pelayanan kesehatan yang harus ditanggung oleh fasilitas pelayanan kesehatan maupun masyarakat (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

2.2.2 Definisi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan suatu rangkaian kegiatan yang terstruktur, sistematis, dan berkesinambungan yang bertujuan untuk mencegah, mengurangi, serta mengendalikan risiko terjadinya infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan. Upaya ini ditujukan untuk melindungi pasien, tenaga kesehatan, pengunjung, maupun masyarakat sekitar dari paparan dan penularan mikroorganisme patogen. Pelaksanaan PPI dilakukan melalui berbagai strategi dan tindakan yang terencana untuk memutus mata rantai penularan infeksi, sehingga dapat menciptakan lingkungan pelayanan kesehatan yang aman, meningkatkan

mutu pelayanan, serta menekan angka kejadian *Healthcare-Associated Infections* (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

Di lingkungan rumah sakit, PPI diwujudkan melalui Program PPI Rumah Sakit, yang meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, serta pembinaan. Program ini dirancang untuk menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit, khususnya infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. PPI RS juga berfokus pada upaya pengamanan lingkungan rumah sakit dari risiko transmisi infeksi melalui pendekatan manajemen risiko, tata kelola pelayanan, serta penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) guna melindungi pasien, petugas, dan pengunjung dari potensi penyebaran penyakit infeksi (Khairunnisa, 2018).

2.2.3 Tujuan dan Sasaran Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 disusun sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan. Pedoman ini bertujuan untuk memberikan perlindungan yang optimal bagi pasien, tenaga kesehatan, serta masyarakat dari risiko terjadinya infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaannya, program PPI diarahkan untuk mencegah dan mengendalikan kejadian infeksi melalui berbagai upaya yang bertujuan menghambat pertumbuhan, perkembangan, dan penyebaran mikroorganisme patogen di lingkungan pelayanan kesehatan. Upaya tersebut dilakukan secara sistematis untuk memutus rantai penularan infeksi sehingga dapat meminimalkan risiko infeksi pada pasien selama menjalani perawatan, sekaligus melindungi tenaga kesehatan, pengunjung, dan pihak lain yang berada di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

Penerapan program PPI yang efektif tidak hanya berkontribusi terhadap penurunan angka kejadian *Healthcare-Associated Infections* (HAIs) atau infeksi terkait pelayanan kesehatan, tetapi juga mendukung peningkatan keselamatan pasien, kualitas pelayanan, serta efisiensi biaya perawatan. Dengan berkurangnya kejadian infeksi, lama perawatan pasien dapat ditekan sehingga penggunaan sumber daya kesehatan menjadi lebih optimal (Khairunnisa, 2018).

Sasaran implementasi pedoman PPI mencakup seluruh tenaga dan pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di berbagai tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, baik tingkat pertama, tingkat kedua, maupun tingkat ketiga. Oleh karena itu, penerapan pedoman PPI memerlukan komitmen dan keterlibatan seluruh unsur organisasi agar pelaksanaannya dapat berlangsung secara konsisten, terpadu, dan berkesinambungan dalam mendukung terciptanya pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

2.2.4 Ruang Lingkup Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Ruang lingkup Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mencakup seluruh upaya yang dilakukan secara terintegrasi untuk mencegah terjadinya infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*). Ruang lingkup ini disusun berdasarkan prinsip kewaspadaan universal yang disesuaikan dengan jenis pelayanan, risiko tindakan, serta karakteristik fasilitas pelayanan kesehatan. Penerapan PPI dilakukan melalui kewaspadaan standar, kewaspadaan berdasarkan transmisi, pencegahan infeksi terkait pelayanan kesehatan melalui bundles HAIs, surveilans infeksi, pendidikan dan pelatihan, pengendalian resistensi mikroba, serta monitoring dan evaluasi program PPI (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

1. Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan standar merupakan dasar utama dalam penerapan PPI yang harus dilaksanakan secara konsisten pada seluruh pasien tanpa memandang diagnosis atau status infeksi. Kewaspadaan ini bertujuan untuk mengurangi risiko transmisi mikroorganisme dari pasien ke petugas kesehatan, antar pasien, maupun ke lingkungan pelayanan kesehatan.

Kewaspadaan standar dalam program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) terdiri atas berbagai komponen yang dirancang untuk meminimalkan risiko penularan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen tersebut meliputi kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, pengendalian lingkungan, pengelolaan limbah medis, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien, penerapan etika batuk dan kebersihan pernapasan, praktik penyuntikan yang aman, serta prosedur lumbal punksi yang aman (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

Kebersihan tangan merupakan salah satu elemen utama dalam kewaspadaan standar yang dilakukan melalui cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir atau menggunakan *alcohol-based hand rub* sesuai dengan prinsip lima momen kebersihan tangan (*five moments for hand hygiene*). Tindakan ini diakui sebagai intervensi paling efektif dalam mencegah kolonisasi, transmisi, dan penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi di lingkungan pelayanan kesehatan (Nasution, 2008).

Selain kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD) menjadi langkah penting dalam melindungi tenaga kesehatan dari paparan agen infeksi. APD berfungsi sebagai penghalang antara petugas dan sumber infeksi sehingga dapat mencegah kontak langsung dengan darah, cairan tubuh, sekret, maupun ekskreta pasien yang berpotensi menularkan penyakit. Pemilihan dan penggunaan

jenis APD harus disesuaikan dengan karakteristik tindakan yang dilakukan serta tingkat risiko pajanan yang mungkin terjadi, sehingga perlindungan yang diberikan dapat berlangsung secara optimal (WHO, 2008).

Dekontaminasi peralatan perawatan pasien dilakukan melalui tahapan *pre-cleaning*, *cleaning*, disinfeksi tingkat tinggi, dan sterilisasi guna memastikan alat aman digunakan kembali dan tidak menjadi media penularan infeksi. Selain itu, pengendalian lingkungan mencakup pengelolaan kualitas udara, air, kebersihan permukaan lingkungan, serta desain dan konstruksi bangunan rumah sakit agar sesuai dengan prinsip PPI (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

Pengelolaan limbah medis, termasuk limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3), dilakukan secara sistematis mulai dari pemilahan hingga pemusnahan untuk mencegah risiko infeksi dan cedera. Penatalaksanaan linen, baik linen kotor maupun terkontaminasi, harus dilakukan dengan prosedur yang aman dan menggunakan APD yang sesuai. Perlindungan kesehatan petugas dilaksanakan melalui pemeriksaan kesehatan berkala dan penanganan kecelakaan kerja secara cepat dan tepat. Penempatan pasien infeksius dan noninfeksius dilakukan secara terpisah sesuai jenis transmisi penyakit guna meminimalkan risiko penularan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

2. Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi

Kewaspadaan berdasarkan transmisi merupakan tambahan dari kewaspadaan standar yang diterapkan pada pasien dengan dugaan atau diagnosis penyakit infeksi tertentu. Kewaspadaan ini bertujuan untuk memutus rantai penularan berdasarkan mekanisme transmisi mikroorganisme, yaitu melalui kontak, droplet, dan udara.

Kewaspadaan transmisi kontak diterapkan untuk mencegah penularan mikroorganisme melalui kontak langsung antar individu atau kontak tidak langsung melalui benda yang terkontaminasi.

Petugas kesehatan harus menghindari menyentuh permukaan lingkungan yang tidak terkait dengan perawatan pasien sebelum melakukan kebersihan tangan dan menghindari menyentuh area wajah saat menggunakan sarung tangan terkontaminasi (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017; Ching et al., 2007).

Kewaspadaan droplet diterapkan pada penyakit yang menular melalui percikan droplet yang keluar saat batuk, bersin, berbicara, atau prosedur medis tertentu. Droplet dapat menjangkau jarak kurang dari dua meter dan berisiko mengenai mukosa atau konjungtiva, sehingga penggunaan masker dan APD yang sesuai menjadi keharusan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

Kewaspadaan transmisi udara diterapkan pada penyakit yang ditularkan melalui droplet nuklei yang dapat melayang di udara dalam waktu lama dan jarak jauh. Pengaturan ventilasi, baik alami maupun mekanis, menjadi faktor penting dalam menurunkan risiko penularan penyakit infeksi melalui udara (airborne) (Ching, 2007).

3. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan melalui Bundles HAIs

Pencegahan dan pengendalian infeksi terkait pelayanan kesehatan juga dilakukan melalui penerapan bundles HAIs, yaitu kumpulan tindakan berbasis bukti yang harus dilaksanakan secara bersamaan untuk menurunkan risiko infeksi pada pasien dengan tindakan berisiko tinggi. Bundles ini dikembangkan untuk mencegah kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP), Infeksi Aliran Darah (IAD), Infeksi Saluran Kemih (ISK), dan Infeksi Daerah Operasi (IDO).

Penggunaan alat invasif seperti ventilator, kateter urin, dan central venous catheter dapat membuka jalan masuk mikroorganisme, sehingga diperlukan penerapan PPI yang ketat dan konsisten. Selain itu, penerapan PPI pada kasus penyakit infeksi

khusus seperti MDR-TB dan Ebola Virus Disease menjadi sangat penting untuk mencegah penularan yang luas (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

4. Surveilans Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Surveilans HAIs merupakan komponen penting dalam program PPI yang dilakukan melalui pengamatan sistematis dan berkesinambungan terhadap kejadian infeksi dan faktor risiko yang memengaruhinya. Kegiatan ini bertujuan untuk menyediakan informasi tren HAIs, mendukung kewaspadaan dini, serta menjadi dasar dalam investigasi dan pengendalian kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

5. Pendidikan dan Pelatihan PPI

Pendidikan dan pelatihan PPI ditujukan kepada seluruh sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk tenaga kesehatan, tenaga nonkesehatan, pasien, serta pengunjung. Pendidikan ini mencakup komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai prinsip PPI, kebersihan tangan, etika batuk, penggunaan APD, dan pengelolaan limbah. Melalui pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan, diharapkan tercipta budaya keselamatan dan kepatuhan terhadap PPI (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

6. Pengendalian Resistensi Mikroba

Pengendalian resistensi mikroba dilakukan melalui penggunaan antimikroba secara bijak dan rasional. Antibiotik hanya diberikan berdasarkan indikasi yang tepat, diagnosis yang akurat, serta dosis dan durasi yang sesuai. Selain itu, perilaku PPI yang optimal berperan penting dalam mencegah penyebaran mikroorganisme resisten di lingkungan pelayanan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017; Panjaitan, 2017).

7. Monitoring dan Evaluasi Program PPI

Monitoring dan evaluasi program PPI dilakukan untuk menilai tingkat kepatuhan petugas terhadap penerapan PPI serta efektivitas program dalam menurunkan angka HAIs. Kegiatan ini meliputi pengkajian risiko infeksi, audit kepatuhan, serta evaluasi berkala terhadap indikator HAIs sebagai dasar perbaikan berkelanjutan dalam pelaksanaan program PPI (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017).

2.3 Konsep Kinerja Tenaga Kesehatan

2.3.1 Definisi Kinerja

Kinerja merupakan konsep yang berkaitan dengan job performance atau actual performance, yaitu tingkat pencapaian hasil kerja yang ditunjukkan oleh individu dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya. Kinerja mencerminkan hasil nyata yang diperoleh dari pelaksanaan pekerjaan, baik dari aspek kualitas maupun kuantitas. Menurut Mangkunegara, kinerja adalah hasil kerja yang dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan tugas yang menjadi tanggung jawabnya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, yang dapat dinilai berdasarkan mutu dan jumlah pekerjaan yang dihasilkan (Budiasa, 2021).

Sedarmayanti memandang kinerja sebagai sinonim dari perilaku kerja, yaitu tindakan nyata yang dilakukan individu dan dapat diamati secara langsung. Kinerja mencakup berbagai aktivitas dan perilaku yang relevan dengan pencapaian tujuan organisasi (Budiasa, 2021). Dengan demikian, kinerja tidak hanya berkaitan dengan output, tetapi juga proses kerja yang dilakukan karyawan.

Armstrong dan Baron menjelaskan bahwa kinerja tidak hanya dipahami sebagai hasil kerja individu, tetapi juga sebagai pencapaian yang berkaitan secara langsung dengan tujuan strategis organisasi. Kinerja mencerminkan kontribusi individu maupun kelompok dalam mendukung keberhasilan organisasi, yang ditunjukkan melalui tingkat

kepuasan pelanggan, efektivitas pencapaian sasaran organisasi, serta dampaknya terhadap peningkatan kinerja dan keberlanjutan ekonomi organisasi secara keseluruhan (Budiasa, 2021). Perspektif ini menunjukkan bahwa kinerja individu berperan penting dalam mendukung keberlanjutan dan daya saing organisasi.

Menurut Rivai dan Basri, kinerja diartikan sebagai tingkat keberhasilan seseorang dalam melaksanakan tugas yang diukur berdasarkan standar hasil kerja, target, atau sasaran yang telah ditetapkan dan disepakati sebelumnya (Yuniarti, 2021).

2.3.2 Definisi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan individu yang bekerja di bidang pelayanan kesehatan dan memiliki pengetahuan serta keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan formal di bidang kesehatan. Tenaga kesehatan memiliki peran strategis dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya dalam memberikan asuhan yang aman, efektif, dan berorientasi pada kebutuhan pasien (Nurhidayah, 2024).

Dalam konteks rumah sakit, tenaga kesehatan mencakup berbagai profesi seperti dokter, perawat, bidan, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya yang berkontribusi langsung maupun tidak langsung terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Keberadaan tenaga kesehatan rumah sakit sangat penting dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, membangun kesadaran akan hidup sehat, serta memastikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan (Nurhidayah, 2024).

Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut memerlukan tenaga kesehatan yang memiliki kinerja optimal agar mampu menjalankan fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian secara efektif. Oleh karena itu, kinerja tenaga kesehatan rumah sakit menjadi faktor kunci dalam pencapaian mutu layanan dan kepuasan pasien.

2.3.3 Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan

Mathis dan Jackson menyatakan bahwa kinerja pada dasarnya mencerminkan apa yang dilakukan dan tidak dilakukan oleh karyawan. Kinerja tenaga kesehatan akan memengaruhi besarnya kontribusi yang diberikan kepada organisasi rumah sakit. Oleh karena itu, diperlukan indikator penilaian kinerja yang jelas sebagai pembanding atau benchmark, yang dapat diukur, dipahami, dan memberikan manfaat baik bagi individu maupun organisasi (Yuniarti, 2021).

Menurut Cushway (1996), penilaian prestasi kerja merupakan proses untuk mengukur tingkat pencapaian kerja seseorang berdasarkan target atau standar yang telah ditetapkan organisasi. Penilaian ini berfungsi untuk mengevaluasi kinerja masa lalu sekaligus memprediksi potensi kinerja individu di masa mendatang.

Robbins mengemukakan lima indikator utama dalam mengukur kinerja karyawan, yang juga relevan dalam menilai kinerja tenaga kesehatan rumah sakit (Silaen, 2021), yaitu:

1. Kualitas Kerja, yang mencerminkan tingkat kesempurnaan hasil kerja berdasarkan keterampilan dan kemampuan tenaga kesehatan serta persepsi terhadap mutu pelayanan yang diberikan.
2. Kuantitas Kerja, yaitu jumlah pekerjaan yang diselesaikan dalam satuan tertentu atau siklus aktivitas kerja.
3. Ketepatan Waktu, yang menunjukkan kemampuan tenaga kesehatan dalam menyelesaikan tugas sesuai dengan waktu yang ditetapkan dan memanfaatkan waktu kerja secara optimal.
4. Efektivitas, yaitu kemampuan meningkatkan hasil kerja melalui pemanfaatan sumber daya secara efisien, termasuk tenaga, biaya, dan fasilitas yang tersedia.
5. Komitmen, yang menggambarkan tingkat tanggung jawab dan loyalitas tenaga kesehatan dalam menjalankan fungsi serta perannya di rumah sakit.

Dengan demikian, penilaian kinerja tenaga kesehatan rumah sakit merupakan proses sistematis yang bertujuan untuk memastikan bahwa

setiap tenaga kesehatan mampu memberikan kontribusi maksimal dalam mendukung pencapaian tujuan organisasi dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

2.3.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Kinerja tenaga kesehatan merupakan hasil dari proses kerja yang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi. Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (1997) mengemukakan bahwa kinerja individu dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama, yaitu faktor individu, faktor organisasi, dan faktor psikologis. Ketiga faktor tersebut menjadi landasan dalam memahami variasi kinerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

2.3.4.1 Faktor Individu

Faktor individu berkaitan dengan karakteristik personal yang melekat pada tenaga kesehatan dan berkontribusi terhadap kemampuan dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan. Faktor ini meliputi kemampuan dan keterampilan, latar belakang pribadi, serta karakteristik demografis.

1. Kemampuan dan keterampilan

Kemampuan merupakan kapasitas individu untuk melakukan aktivitas mental dan fisik, sedangkan keterampilan mengacu pada kecakapan teknis dalam melaksanakan pekerjaan. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kemampuan mencakup kecerdasan intelektual, pemahaman verbal, kecepatan persepsi, penalaran deduktif, visualisasi ruang, serta daya ingat. Keterampilan yang memadai memungkinkan tenaga kesehatan melaksanakan pelayanan secara tepat, efektif, dan aman (Robbins, 2006).

2. Latar belakang dan karakteristik demografis

Latar belakang individu mencakup usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pengalaman kerja,

kondisi keluarga, serta status sosial ekonomi. Karakteristik ini mempengaruhi cara tenaga kesehatan merespons tuntutan pekerjaan dan beradaptasi dengan lingkungan kerja (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1997).

Usia berkaitan dengan tingkat kematangan emosional dan kemampuan pengambilan keputusan. Seiring bertambahnya usia, individu cenderung memiliki kestabilan emosi dan kebijaksanaan yang lebih baik. Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (1997) menyatakan bahwa kinerja karyawan umumnya mencapai puncaknya pada usia produktif. Penelitian Netty (2002) juga menunjukkan adanya hubungan antara usia tenaga kesehatan dan kinerja dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.

Jenis kelamin secara umum tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam kinerja, terutama pada profesi yang menuntut kompetensi dan profesionalisme tinggi seperti tenaga kesehatan (Robbins, 2006). Sementara itu, tingkat pendidikan memiliki pengaruh yang kuat terhadap kinerja. Pendidikan yang lebih tinggi memungkinkan tenaga kesehatan memiliki kemampuan berpikir kritis, sistematis, dan analitis yang lebih baik. Tenaga kesehatan dengan pendidikan profesi cenderung menunjukkan kinerja yang lebih profesional dibandingkan dengan tenaga kesehatan berpendidikan vokasional.

Pengalaman kerja atau masa kerja juga berperan penting dalam meningkatkan kinerja. Semakin lama masa kerja, semakin tinggi tingkat penguasaan keterampilan dan pemahaman terhadap prosedur pelayanan, sehingga berdampak positif terhadap produktivitas dan efektivitas kerja tenaga kesehatan.

2.3.4.2 Faktor Organisasi

Faktor organisasi berkaitan dengan sistem, kebijakan, dan kondisi kerja yang diciptakan oleh organisasi untuk mendukung pelaksanaan tugas tenaga kesehatan. Faktor ini meliputi sumber daya, kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan, dan beban kerja (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1997).

1. Sumber daya

Sumber daya mencakup ketersediaan fasilitas, peralatan medis, teknologi, serta lingkungan kerja yang mendukung. Ketersediaan sumber daya yang memadai memungkinkan tenaga kesehatan melaksanakan pelayanan kesehatan secara optimal dan mengurangi hambatan dalam bekerja.

2. Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan proses mempengaruhi bawahan untuk mencapai tujuan organisasi melalui komunikasi dan pengarahan. Gaya kepemimpinan yang efektif ditunjukkan melalui kemampuan memberikan arahan yang jelas dan menciptakan lingkungan kerja yang kondusif sehingga dapat meningkatkan motivasi serta kinerja tenaga kesehatan.

3. Struktur organisasi

Struktur organisasi merupakan susunan pembagian tugas, wewenang, dan tanggung jawab dalam suatu organisasi. Struktur yang jelas akan memudahkan koordinasi, meningkatkan akuntabilitas, serta mendukung perilaku kerja yang produktif.

4. Sistem kompensasi

Sistem kompensasi atau imbalan merupakan balas jasa yang diberikan organisasi kepada tenaga kesehatan atas kontribusi yang diberikan. Imbalan terdiri dari imbalan intrinsik dan ekstrinsik. Imbalan intrinsik meliputi rasa pencapaian, otonomi, dan kepuasan kerja, sedangkan

imbalan ekstrinsik mencakup gaji, tunjangan, bonus, penghargaan, dan promosi jabatan. Sistem imbalan yang adil dan transparan dapat meningkatkan motivasi dan kinerja tenaga kesehatan (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1997).

5. Beban kerja

Beban kerja merupakan jumlah tugas yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan dalam jangka waktu tertentu. Beban kerja dapat bersifat objektif, yaitu jumlah pekerjaan dan waktu kerja, serta subjektif, yaitu persepsi individu terhadap tekanan kerja. Beban kerja yang berlebihan dapat menurunkan kinerja dan meningkatkan risiko kelelahan kerja (Gronewegen, 1991).

Carayon dan Alvarado (2007) mengklasifikasikan beban kerja tenaga kesehatan ke dalam enam dimensi, yaitu beban kerja fisik, kognitif, tekanan waktu, emosional, kuantitatif, dan kualitatif. Keenam dimensi tersebut berpengaruh terhadap tingkat stres dan kinerja tenaga kesehatan.

2.3.4.3 Faktor Psikologis

Faktor psikologis berkaitan dengan proses mental dan sikap individu yang mempengaruhi perilaku kerja. Faktor ini meliputi persepsi, sikap, kepribadian, pola belajar, dan motivasi (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1997).

1. Persepsi

Persepsi merupakan proses individu dalam menafsirkan situasi dan lingkungan kerja. Persepsi tenaga kesehatan terhadap pekerjaannya mempengaruhi cara mereka bersikap dan bertindak dalam melaksanakan tugas. Persepsi yang positif terhadap lingkungan kerja akan mendorong perilaku yang lebih baik.

2. Sikap

Sikap merupakan kecenderungan mental yang terbentuk melalui pengalaman dan mempengaruhi respons individu terhadap situasi tertentu. Sikap terdiri dari komponen kognitif, afektif, dan perilaku. Sikap kerja yang positif berkontribusi terhadap peningkatan perilaku tenaga kesehatan.

3. Kepribadian

Kepribadian mencerminkan pola perilaku dan karakteristik psikologis yang relatif stabil pada individu. Kepribadian terbentuk melalui interaksi antara faktor keturunan dan lingkungan. Meskipun sulit diubah, kepribadian perlu diperhatikan dalam pengelolaan sumber daya manusia agar penempatan dan pengembangan tenaga kesehatan sesuai dengan karakteristik individu.

4. Pola belajar

Pola belajar merupakan proses perubahan perilaku yang relatif permanen sebagai hasil dari pengalaman dan pembelajaran. Proses belajar memungkinkan tenaga kesehatan mengembangkan kompetensi dan meningkatkan perilaku melalui pelatihan dan pengalaman kerja (Skinner, 1971 dalam Gibson et al., 1997).

5. Motivasi

Motivasi merupakan kekuatan internal dan eksternal yang mendorong individu untuk bertindak dan mempertahankan perilaku kerja. Motivasi berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dan harapan individu. Motivasi kerja yang tinggi akan mendorong tenaga kesehatan untuk mencapai perilaku yang optimal (Swansburg, 2001).

2.3.5 Faktor Perilaku Kepatuhan PPI

Perilaku kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dapat dijelaskan melalui

model PRECEDE yang dikembangkan oleh Lawrence Green. Model ini menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Faktor predisposisi berkaitan dengan karakteristik individu yang membentuk perilaku, faktor pendukung mencakup sumber daya dan kondisi yang memungkinkan perilaku dilakukan, sedangkan faktor penguat berupa dukungan atau umpan balik yang mendorong dan mempertahankan perilaku tersebut (Green, 1980; Notoatmodjo, 2010).

Perilaku tenaga kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan atau sikap individu, tetapi juga oleh kondisi kerja serta dukungan organisasi. Ketiga kelompok faktor tersebut saling berinteraksi dalam menentukan tingkat kepatuhan terhadap standar kewaspadaan dan prosedur PPI (Green, 1980; Madamang et al., 2021).

2.3.5.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor internal yang mendasari terbentuknya perilaku individu. Dalam teori Lawrence Green, faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, motivasi, serta karakteristik individu lainnya yang memengaruhi kecenderungan seseorang untuk berperilaku tertentu (Green, 1980).

Pengetahuan menjadi determinan utama kepatuhan dalam PPI. Tenaga kesehatan yang memahami konsep HAIs, prinsip kewaspadaan standar, penggunaan alat pelindung diri, serta prosedur hand hygiene cenderung lebih patuh dalam menerapkan PPI. Pengetahuan yang baik membentuk kesadaran terhadap risiko infeksi dan dampaknya terhadap pasien maupun tenaga kesehatan sendiri (Puspasari et al., 2024; Seilatu & Ayubi, 2023).

Kemampuan dan keterampilan juga termasuk dalam faktor predisposisi karena berkaitan dengan kapasitas individu dalam menerapkan prosedur teknis PPI. Tenaga kesehatan yang

memiliki keterampilan dalam teknik cuci tangan yang benar, penggunaan APD yang tepat, serta pengelolaan limbah medis akan lebih mudah menunjukkan perilaku patuh (Rahmawati & Dhamanti, 2021).

Motivasi dan sikap terhadap keselamatan pasien berperan dalam membentuk komitmen terhadap kepatuhan PPI. Sikap positif terhadap pentingnya pencegahan infeksi akan meningkatkan kecenderungan untuk mematuhi standar operasional. Persepsi risiko terhadap paparan infeksi juga memperkuat dorongan individu untuk melindungi diri dan pasien (Seilatu & Ayubi, 2023).

Dengan demikian, faktor predisposisi menjadi fondasi terbentuknya perilaku kepatuhan PPI karena menentukan kesiapan internal tenaga kesehatan dalam menjalankan prosedur yang telah ditetapkan.

2.3.5.2 Faktor Enabling

Faktor enabling merupakan faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi terjadinya perilaku. Dalam teori Lawrence Green, faktor ini mencakup ketersediaan sumber daya, akses terhadap sarana dan prasarana, kebijakan, serta kondisi lingkungan kerja yang mendukung pelaksanaan perilaku (Green, 1980).

Beban kerja termasuk dalam faktor enabling. Beban kerja yang tinggi dapat menghambat pelaksanaan prosedur PPI meskipun tenaga kesehatan memiliki pengetahuan dan sikap yang baik. Kondisi kerja yang padat dapat menyebabkan tenaga kesehatan mengabaikan prosedur tertentu seperti hand hygiene karena tekanan waktu atau kelelahan (Puspasari et al., 2024). Ketersediaan fasilitas seperti wastafel, hand rub, alat pelindung diri, serta sistem pelaporan infeksi juga menentukan tingkat kepatuhan. Tanpa dukungan fasilitas yang memadai, perilaku

patuh sulit diwujudkan secara konsisten (Seilatu & Ayubi, 2023; Madamang et al., 2021).

Faktor enabling menegaskan bahwa perilaku kepatuhan PPI tidak hanya bergantung pada faktor individu, tetapi juga pada sistem dan lingkungan kerja yang memungkinkan prosedur tersebut dijalankan secara optimal.

2.3.5.3 Faktor Reinforcing

Faktor reinforcing merupakan faktor yang memperkuat dan mempertahankan perilaku setelah perilaku tersebut dilakukan. Dalam model Lawrence Green, faktor ini meliputi dukungan sosial, pengawasan, umpan balik, serta sistem penghargaan atau sanksi yang diberikan oleh lingkungan organisasi (Green, 1980).

Supervisi atau pengawasan memiliki peran penting dalam menjaga konsistensi kepatuhan. Pengawasan yang dilakukan secara rutin disertai umpan balik akan meningkatkan disiplin tenaga kesehatan dalam menerapkan kewaspadaan standar (Madamang et al., 2021). Supervisi yang efektif membantu mengidentifikasi ketidaksesuaian praktik dan mendorong perbaikan berkelanjutan.

Sistem kompensasi atau penghargaan juga termasuk faktor reinforcing. Pemberian reward, pengakuan kinerja, maupun insentif tertentu dapat memperkuat motivasi tenaga kesehatan untuk mempertahankan perilaku patuh terhadap PPI. Sebaliknya, adanya sanksi administratif terhadap pelanggaran prosedur dapat menjadi penguat negatif yang meningkatkan kepatuhan (Seilatu & Ayubi, 2023).

Faktor reinforcing berperan dalam mempertahankan perilaku kepatuhan agar tidak bersifat sementara. Dukungan organisasi yang konsisten akan membentuk budaya keselamatan pasien yang berkelanjutan di lingkungan rumah sakit.

2.4 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu seperti dijelaskan pada tabel 1.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu

No	Peneliti, Tahun	Judul	Sampel	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Putri Nahrisah, Novita Mailia, 2022	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial pada Masa Pandemi COVID-19 di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Zubir Mahmud, Kabupaten Aceh Timur	53 perawat	Pengetahuan dan supervisi	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan supervisi dengan kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan upaya pencegahan infeksi selama pandemi COVID-19 di ruang rawat inap RSUD Dr. Zubir Mahmud, Kabupaten Aceh Timur.
2.	Zaenal, 2022	Pengaruh Kebijakan dan Pengawasan terhadap Penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD Kota Makassar	77 perawat	Kebijakan, pengawasan, dan pengetahuan	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara kebijakan, pengawasan, dan tingkat pengetahuan dengan pelaksanaan tindakan pencegahan infeksi oleh perawat pelaksana.
3	Susi Darma Yanti, Ekayana Sangkasari, Sugiarto, 2022	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Manajemen Precaution pada Penyakit COVID-19	114 perawat	Pengetahuan dan perilaku	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan perilaku dengan implementasi tindakan pencegahan dalam manajemen COVID-19.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Peneliti, Tahun	Judul	Sampel	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
4	Shinta Andika Putri, Brian Sri Prahastuti, dan Nur Asniati Djaali, 2024	Analisis Hubungan Sikap terhadap Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) COVID-19 pada Perawat Pelaksana di Puskesmas Kabupaten Karawang	208 perawat	Sikap, masa kerja dan riwayat keterpaparan COVID-19.	<i>Cross sectional</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap, masa kerja, dan riwayat keterpaparan COVID-19 merupakan variabel yang memiliki hubungan signifikan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) COVID-19 pada perawat pelaksana di Puskesmas Kabupaten Karawang.
5	Hutahean S, Angraini NV, Nababan D., 2019	Analysis of factors related to the head of nurses in the implementation of prevention and control of infections in hospital.	34 perawat	Pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap	<i>Cross sectional</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan, motivasi, dan persepsi memiliki hubungan yang signifikan dengan implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), sedangkan sikap tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan implementasi PPI.
6	Aliyupiudin Y., 2019	Hubungan pengetahuan perawat tentang infeksi nosokomial terhadap perilaku pencegahan infeksi nosokomial di ruang bedah RS Salak Bogor.	30 perawat	Pengetahuan	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat mengenai infeksi nosokomial dengan perilaku pencegahan infeksi nosokomial di ruang bedah RS Salak Kota Bogor.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Peneliti, Tahun	Judul	Sampel	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
7	I Gusti Agung Ngurah Arya Pradnyana, Partha Muliawan, 2021	Determinan Kepatuhan Perawat dalam Penerapan Kewaspadaan Standar di Rumah Sakit Umum di Kota Denpasar Tahun 2020	76 perawat	Pengetahuan, iklim keselamatan, ketersediaan sarana dan fasilitas, serta informasi dan pelatihan	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan, iklim keselamatan, ketersediaan sarana dan prasarana, serta informasi dan pelatihan dengan kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan kewaspadaan standar.
8	Meriem Meisyaroh Syamson, Suparto, dan Abd. Hayat Fattah, 2020	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial	103 perawat	Pengawasan, pengetahuan, keterampilan, dan sikap	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara pengawasan, tingkat pengetahuan, keterampilan, dan sikap perawat dengan penerapan upaya PPI nosokomial.
9	Cita Chusnul Chotimah, Haryadi, dan Nendyah Roestijawati, 2019	Pengaruh Pengetahuan, Motivasi, dan Persepsi Risiko terhadap Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri Dasar dengan Faktor Pengawasan sebagai Variabel Moderator pada Civitas Hospitalia RSGMP Unsoed	127 perawat	Pengetahuan, motivasi, dan persepsi risiko	<i>Cross sectional</i>	Terdapat pengaruh pengetahuan, motivasi, dan persepsi risiko terhadap perilaku penggunaan APD dasar

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Peneliti, Tahun	Judul	Sampel	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
10	Marbun, A. S., 2018	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang ICU dan Rawat Inap Lantai 3 RSU Sari Mutiara Medan	30 perawat	Pengetahuan perawat, sikap/perilaku, fasilitas, pengawasan	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, fasilitas, dan pengawasan dengan pencegahan infeksi nosokomial. Sikap/perilaku perawat tidak menunjukkan hubungan yang signifikan
11	Sahiledengle B. dkk., 2018	Infection Prevention Practices and Associated Factors among Healthcare Workers in Governmental Healthcare Facilities in Addis Ababa	629 tenaga kesehatan	Pengetahuan, sikap, kesadaran SOP, ketersediaan air, praktik pencegahan infeksi	<i>Cross sectional</i>	Dua pertiga tenaga kesehatan memiliki praktik pencegahan infeksi yang baik. Kepemilikan pengetahuan yang baik tentang langkah-langkah pencegahan infeksi serta sikap yang positif terhadap pencegahan infeksi berhubungan dengan praktik pencegahan infeksi yang lebih baik.
12	Mutaru, A. M., Balegha, A. N., Kunsu, R., & Gbeti, C., 2022	Knowledge and determinants of infection prevention and control compliance among nurses in Yendi municipality, Ghana	209 perawat	Pengetahuan dan tingkat kepatuhan	<i>Cross sectional</i>	Penelitian ini menunjukkan bahwa perawat di Rumah Sakit Yendi Municipal memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi serta tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap IPC.
13	Bahegwa, R. P., et al., 2022	Factors affecting compliance with infection prevention	400 tenaga kesehatan	Pengetahuan, lama kerja, pelatihan, jabatan	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan antara pengetahuan, pelatihan IPC, pengalaman kerja lama,

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Peneliti, Tahun	Judul	Sampel	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
		and control standard precautions among healthcare workers in Songwe region, Tanzania				jabatan, dan supervisi dengan kepatuhan terhadap standard precautions pencegahan infeksi di kalangan tenaga kesehatan Songwe Region, Tanzania.
14	Asfaw, N., 2021	Knowledge and practice of nurses towards prevention of hospital acquired infections and its associated factors	143 perawat	Pengetahuan, praktik pencegahan infeksi nosocomial, supervisi	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan antara pengetahuan, pelatihan, dan supervisi dengan praktik pencegahan infeksi nosokomial di kalangan perawat
15	Bayleyegn, B., et al., 2021	Knowledge, attitude and practice on hospital-acquired infection prevention and associated factors among healthcare workers at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia	236 tenaga kesehatan	Pengetahuan, sikap, praktik pencegahan HAI, pendidikan, pengalaman kerja	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan, pengalaman kerja, pengetahuan, dan sikap dengan praktik pencegahan infeksi nosokomial, 90% pengetahuan baik, 57% sikap positif, namun hanya 36% praktik baik
16	Kiddeer, M., Abbas, A., Basit, A., Ahmad, T., Masood, I., 2025	Assessment of knowledge, attitude and practices regarding standard precautions of infection prevention and control and associated factors among healthcare	533 tenaga kesehatan. Dokter, perawat, farmasis, dan tenaga pendukung. Bekerja di rumah sakit rujukan tingkat tersier.	Pengetahuan, Sikap terhadap, Praktik, Pelatihan PPI, Pendidikan, Masa kerja, Ketersediaan, pedoman PPI, Dukungan organisasi	Cross sectional	Sebagian besar tenaga kesehatan memiliki pengetahuan, sikap, dan praktik PPI yang rendah. Pelatihan PPI, tingkat pendidikan, lama kerja, dan ketersediaan pedoman PPI berhubungan signifikan dengan peningkatan

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

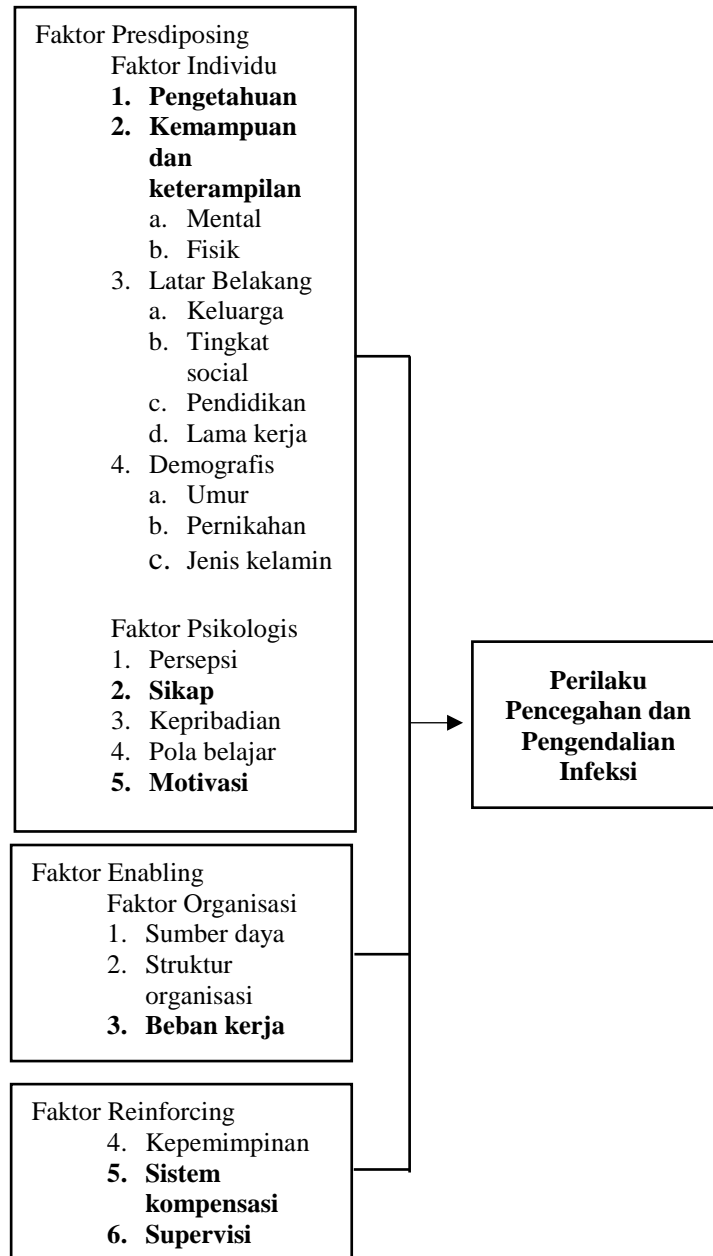
No	Peneliti, Tahun	Judul	Sampel	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
17	Lee, M.H., Jun, S.H., 2022	personnel working at tertiary care hospitals in Punjab, Pakistan Factors Affecting the Infection Control Practices of Nurses at University Hospitals	183 perawat yang bekerja di rumah sakit universitas, Korea Selatan.	Praktik Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, profesionalisme keperawatan, tekanan waktu kerja, budaya organisasi PPI.	Cross sectional	pengetahuan, sikap, dan praktik PPI. Budaya organisasi PPI dan tekanan waktu berhubungan signifikan dengan praktik PPI perawat. Budaya organisasi PPI menjadi faktor paling dominan dalam meningkatkan kepatuhan praktik PPI. Dukungan manajemen dan lingkungan kerja berperan penting dalam kinerja PPI perawat.
18	Mohamad, N., Pahrol, M.A., Shahrudin, R., dkk., 2022	Compliance to Infection Prevention and Control Practices Among Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Malaysia	600 tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan publik. Rumah sakit, puskesmas, dan kantor kesehatan distrik. Terlibat langsung dalam penanganan COVID-19.	Kepatuhan PPI, faktor sosiodemografi, unit kerja, jenis profesi tenaga kesehatan, masa kerja, pelatihan PPI, dukungan organisasi	<i>Cross sectional</i>	Sebanyak 63,7 persen tenaga kesehatan patuh terhadap praktik PPI. Ketidakpatuhan berhubungan signifikan dengan unit kerja gawat darurat, profesi non-perawat, dan masa kerja lebih dari 10 tahun. Kurangnya pelatihan PPI meningkatkan risiko ketidakpatuhan. Dukungan organisasi terutama pelatihan dan pengawasan berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan PPI.
19	Schutte, M., van Mansfeld, R., de	Determinants of compliance with	56 artikel penelitian yang membahas	Kepatuhan PPI, faktor lingkungan dan sumber	<i>Review article</i>	Kepatuhan PPI dokter dipengaruhi lingkungan

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Peneliti, Tahun	Judul	Sampel	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
	Vries, R., Dekker, M., 2024	infection prevention measures by physicians: a scoping review	perilaku PPI dokter di rumah sakit negara berpendapatan tinggi.	daya, pengaruh sosial, kepercayaan terhadap konsekuensi, pengetahuan, keterampilan, memori dan pengambilan keputusan, faktor sosiodemografi, dukungan organisasi, strategi implementasi		kerja, ketersediaan sumber daya, pengaruh sosial, kepercayaan terhadap efektivitas PPI, pengetahuan, keterampilan, dan faktor sosiodemografi. Intervensi efektif bersifat multimodal meliputi edukasi, umpan balik, dan figur teladan. Banyak intervensi belum berbasis teori sehingga efek jangka panjang tidak bertahan.
20	Elseesy, N.A.M., Al-Zahrani, A.E., Kandil, F.S., Mahsoon, A., Elhady, M.M., 2023	Compliance among Registered Nurses and Doctors in Critical Care Units: Challenges Affecting Their Adherence to Standard Precautions	161 tenaga kesehatan. Terdiri dari 112 perawat dan 49 dokter. Bekerja di unit perawatan kritis rumah sakit universitas di Arab Saudi.	Kepatuhan PPI, faktor sosiodemografi, usia, jenis profesi, masa kerja, pelatihan PPI, ketersediaan sarana PPI, beban kerja, dukungan manajemen, kebijakan rumah sakit	<i>Cross sectional</i>	Kepatuhan PPI perawat dan dokter rendah. Kepatuhan perawat 36,43 persen dan dokter 33,27 persen. Kepatuhan tertinggi pada pembuangan benda tajam. Kepatuhan terendah pada penggunaan APD. Faktor berpengaruh pada perawat meliputi usia, pengalaman kerja, dan pelatihan PPI. Hambatan utama terkait beban kerja, sarana, kebijakan, dan dukungan manajemen.

2.5 Kerangka Teori

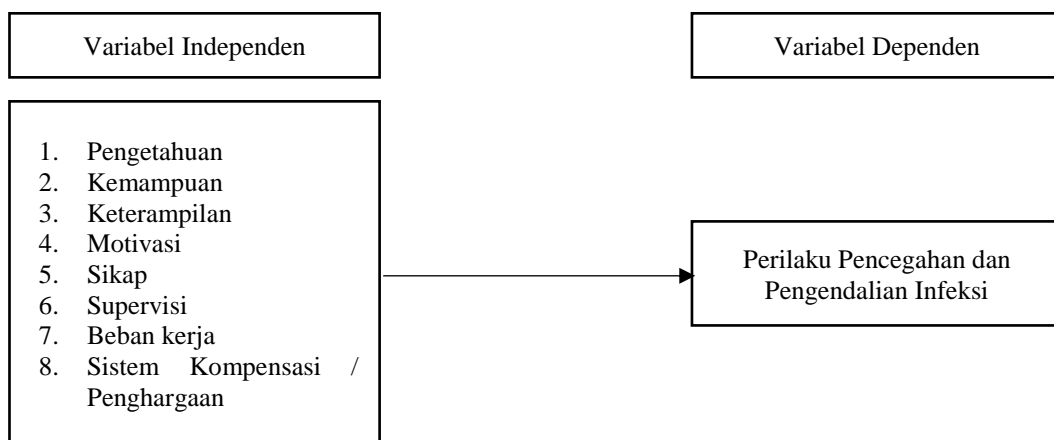
Menurut teori yang telah disampaikan sebelumnya ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap perilaku, yaitu : faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi, hal ini berdasarkan teori perilaku dan teori perilaku yang telah dimodifikasi secara skematik seperti tampak dalam gambar 1.



Gambar 1. Kerangka Teori (Gibson, et al., 1997 dan Green, 1980) yang telah dimodifikasi

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini digambarkan seperti pada gambar 2.



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.7 Hipotesis

1. Ho: Tidak ada hubungan antara pengetahuan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
Ha: Ada hubungan antara pengetahuan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
2. Ho: Tidak ada hubungan antara kemampuan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
Ha: Ada hubungan antara kemampuan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.
3. Ho: Tidak ada hubungan antara keterampilan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

Ha: Ada hubungan antara keterampilan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

4. Ho: Tidak ada hubungan antara motivasi tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

Ha: Ada hubungan antara motivasi tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

5. Ho: Tidak ada hubungan antara sikap tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

Ha: Ada hubungan antara sikap tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

6. Ho: Tidak ada hubungan antara supervisi tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

Ha: Ada hubungan antara supervisi tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

7. Ho: Tidak ada hubungan antara beban kerja tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

Ha: Ada hubungan antara beban kerja tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

8. Ho: Tidak ada hubungan antara sistem kompensasi/penghargaan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

Ha: Ada hubungan antara sistem kompensasi/penghargaan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional*.

3.2 Waktu Pengumpulan Data dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada bulan Maret – April 2026 di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi yang memengaruhi tenaga kesehatan dalam perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Faktor individu mencakup pengetahuan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, kemampuan, dan keterampilan tenaga kesehatan dalam menerapkan prosedur PPI. Faktor psikologis meliputi motivasi dan sikap tenaga kesehatan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Faktor organisasi mencakup supervisi, beban kerja, serta sistem kompensasi atau penghargaan yang berkaitan dengan perilaku tenaga kesehatan dalam perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

3.3.2 Variabel terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan yang lebih spesifik dan terukur tentang suatu konsep atau variable dalam penelitian. Definisi operasional pada penelitian ini dapat dilihat pada **Tabel 2**.

Tabel 2. Defisini operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Cara Ukur
1	Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Upaya berkesinambungan untuk mencegah dan menekan penularan infeksi pada pasien, tenaga kesehatan, pengunjung, dan masyarakat (Permenkes RI No. 27 Tahun 2017).	Kuesioner	Wawancara	0 = Baik (skor \geq median 60) 1 = Kurang (skor < median 60)	Nominal
2	Pengetahuan	Tingkat pemahaman tenaga kesehatan mengenai konsep, prinsip, dan prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit (Kidder et al., 2025)	Kuesioner	Wawancara	0 = Baik (skor \geq median 51) 1 = Kurang (skor < median 51)	Nominal

Tabel 2. Defisini operasional (lanjutan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Cara Ukur
3	Kemampuan	Kapasitas tenaga kesehatan dalam melaksanakan pekerjaan sesuai tuntutan tugas, termasuk kemampuan kognitif dan fisik dalam penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Sarifuddin, 2018)	Kuesioner	Wawancara	0 = Baik (skor \geq median 38) 1 = Kurang (skor < median 38)	Nominal
4	Keterampilan	Tingkat penguasaan teknik dan prosedur kerja tenaga kesehatan dalam menerapkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi secara tepat dan konsisten dalam praktik pelayanan (Sarifuddin, 2018)	Kuesioner	Wawancara	0 = Baik (skor \geq median 36) 1 = Kurang (skor < median 36)	Nominal
5	Motivasi	Dorongan internal dan eksternal yang memengaruhi kemauan tenaga kesehatan untuk melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi secara optimal dan berkelanjutan (Zakiyah, 2018)	Kuesioner	Wawancara	0 = Baik (skor \geq median 41) 1 = Kurang (skor < median 41)	Nominal
6	Sikap	Respons dan kecenderungan perilaku tenaga kesehatan terhadap kebijakan, aturan, dan prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit (Kidder et al., 2025)	Kuesioner	Wawancara	0 = Sikap positif (skor \geq median 47) 1 = Sikap negatif (skor < median 47)	Nominal

Tabel 2. Defisini operasional (lanjutan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Cara Ukur
7	Supervisi	Proses pengawasan, pembinaan, dan evaluasi yang dilakukan oleh pimpinan atau atasan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh tenaga kesehatan (Zakiyah, 2018)	Kuesioner	Wawancara	0 = Baik (skor \geq median 45) 1 = Kurang (skor < median 45)	Nominal
8	Beban kerja	Tingkat tuntutan pekerjaan yang harus ditanggung tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas pelayanan, termasuk volume pekerjaan dan waktu kerja yang berkaitan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Zakiyah, 2018)	Kuesioner	Wawancara	0 = Beban kerja ringan (skor \geq median 31) 1 = Beban kerja berat (skor < median 31)	Nominal
9	Sistem kompensasi atau penghargaan	Bentuk imbalan finansial dan nonfinansial yang diterima tenaga kesehatan sebagai penghargaan atas kinerja dan kontribusi dalam perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Sarifuddin, 2018)	Kuesioner	Wawancara	0 = Baik (skor \geq median 17) 1 = Kurang (skor < median 17)	Nominal

3.5 Populasi dan Sampel

3.5.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi

Lampung Utara. Berdasarkan data rumah sakit dan hasil studi pendahuluan, jumlah tenaga kesehatan yang bekerja dan memenuhi kriteria sebagai responden penelitian tercatat sebanyak 239 orang. Populasi ini dipilih karena memiliki peran langsung dalam perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan rumah sakit.

3.5.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah sebagian tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Untuk menentukan jumlah sampel minimum pada penelitian ini menggunakan rumus slovin, sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar populasi

d = tingkat presisi yang diinginkan : 5% (0,05)

didapatkan :

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1+N(d^2)} \\ n &= \frac{239}{1+239(0,0025)} \\ &= \frac{239}{1+(0,597)} \\ n &= \frac{239}{1,597} \end{aligned}$$

n = 149,6 dibulatkan menjadi 150

sampel yang didapat sejumlah 150 responden yang dapat memberikan informasi terkait penelitian yang dilakukan. Untuk mengantisipasi responden yang mengundurkan diri selama penelitian maka sampel ditambahkan 10% dari perhitungan ($10\% \times 150 = 165$), sehingga total sampel adalah 165 responden.

3.5.3 Teknik pengambilan sampel penelitian

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *Propotional Random Sampling*. jumlah sampel yang digunakan adalah 165 responden yang berasal dari 239 individu dalam populasi.

Tabel 3. Pengambilan Sampel

No	Ruangan	Perhitungan	Jumlah Sampel
1	Rawat Jalan Syaraf	$(165/239) \times 12$	8
2	Rawat Inap Neonatus	$(165/239) \times 12$	8
3	Rawat Inap Anak	$(165/239) \times 12$	8
4	Rawat Kebidanan	$(165/239) \times 12$	8
5	Rawat Penyakit Dalam	$(165/239) \times 15$	10
6	Rawat Inap Bedah	$(165/239) \times 14$	10
7	Rawat Inap VIP	$(165/239) \times 13$	9
8	Rawat ICU	$(165/239) \times 10$	7
9	Hemodialisa	$(165/239) \times 12$	8
10	IGD dan Ponak	$(165/239) \times 33$	23
11	Kamar Operasi	$(165/239) \times 13$	9
12	Penunjang Medis	$(165/239) \times 50$	35
13	Poli Rawat Jalan	$(165/239) \times 31$	22
Jumlah		239	165

3.5.3.1 Kriteria Inklusi

1. Merupakan Tenaga kesehatan yang bekerja di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara dan terlibat langsung dalam pelayanan pasien.
2. Telah bekerja di rumah sakit minimal satu tahun.
3. Bertugas aktif pada unit pelayanan dan berada pada jadwal kerja pagi atau siang selama periode pengambilan data.
4. Bersedia menjadi responden penelitian dan telah menandatangani lembar persetujuan ikut serta dalam penelitian.

Seluruh responden dalam penelitian ini, yaitu sebanyak 165 responden, telah memenuhi seluruh kriteria inklusi yang ditetapkan. Dengan demikian, seluruh sampel yang dianalisis

merupakan tenaga kesehatan yang sesuai dengan karakteristik penelitian dan memenuhi syarat keterlibatan langsung dalam pelayanan pasien di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

3.5.3.2 Kriteria Eksklusi

1. Tenaga kesehatan yang sedang cuti, sakit, atau tidak bertugas pada saat periode pengambilan data.

Pada penelitian ini, tidak terdapat responden yang memenuhi kriteria eksklusi. Seluruh tenaga kesehatan yang terpilih sebagai responden tetap dapat diikutsertakan dalam penelitian karena berada dalam kondisi aktif bekerja selama periode pengambilan data serta bersedia mengisi kuesioner penelitian. Dengan demikian, seluruh sampel yang berjumlah 165 responden dapat dianalisis tanpa adanya pengurangan akibat kriteria eksklusi.

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Alat Pengumpul Data

Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner sebagai alat pengumpul data utama. Kuesioner disusun berdasarkan variabel dependen dan variabel independen yang telah ditetapkan dalam penelitian. Instrumen penelitian dirancang untuk mengukur perilaku tenaga kesehatan serta faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi yang memengaruhi perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Seluruh data dikumpulkan melalui wawancara terstruktur dengan responden menggunakan kuesioner tertutup yang dinilai dengan skala Likert.

1. Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Instrumen ini mengadaptasi kuesioner dari Donati et al. (2019) dan data dikumpulkan melalui wawancara. PPI didefinisikan sebagai upaya berkesinambungan untuk mencegah dan menekan penularan infeksi pada pasien, tenaga kesehatan, pengunjung, dan masyarakat. Instrumen terdiri dari 20 pernyataan yang menggambarkan praktik kewaspadaan standar. Penilaian diberikan menggunakan skala Likert lima tingkat berdasarkan frekuensi perilaku responden, yaitu 1 = Tidak Pernah, 2 = Jarang, 3 = Kadang-kadang, 4 = Sering, dan 5 = Selalu. Skor dikategorikan sebagai Baik jika ≥ 60 dan Kurang jika < 60 .

2. Pengetahuan

Instrumen ini mengadaptasi kuesioner dari Kidder et al. (2025) dan data dikumpulkan melalui wawancara. Pengetahuan didefinisikan sebagai tingkat pemahaman tenaga kesehatan mengenai konsep, prinsip, dan prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit. Penilaian diberikan menggunakan skala Likert lima tingkat berdasarkan tingkat persetujuan responden terhadap pernyataan yang diajukan. Skor dikategorikan sebagai Baik jika ≥ 51 dan Kurang jika < 51 .

3. Kemampuan

Instrumen ini mengadaptasi kuesioner dari Sarifuddin (2018) dan data dikumpulkan melalui wawancara. Kemampuan didefinisikan sebagai kapasitas tenaga kesehatan dalam melaksanakan pekerjaan sesuai tuntutan tugas, termasuk kemampuan kognitif dan fisik dalam penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Penilaian dilakukan dengan skala Likert lima tingkat. Skor dikategorikan sebagai Baik jika ≥ 38 dan Kurang jika < 38 .

4. Keterampilan

Instrumen ini mengadaptasi kuesioner dari Sarifuddin (2018) dan data dikumpulkan melalui wawancara. Keterampilan

didefinisikan sebagai tingkat penguasaan teknik dan prosedur kerja tenaga kesehatan dalam menerapkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi secara tepat dan konsisten. Penilaian menggunakan skala Likert lima tingkat. Skor dikategorikan sebagai Baik jika ≥ 36 dan Kurang jika < 36 .

5. Motivasi

Instrumen ini mengadaptasi kuesioner dari Zakiyah (2018) dan data dikumpulkan melalui wawancara. Motivasi didefinisikan sebagai dorongan internal dan eksternal yang memengaruhi kemauan tenaga kesehatan untuk melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi secara optimal dan berkelanjutan. Penilaian diberikan dengan skala Likert lima tingkat. Skor dikategorikan sebagai Baik jika ≥ 41 dan Kurang jika < 41 .

6. Sikap

Instrumen ini mengadaptasi kuesioner dari Kidder et al. (2025) dan data dikumpulkan melalui wawancara. Sikap didefinisikan sebagai respons dan kecenderungan perilaku tenaga kesehatan terhadap kebijakan dan prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit. Penilaian dilakukan menggunakan skala Likert lima tingkat. Skor dikategorikan sebagai Sikap positif jika ≥ 47 dan Sikap negatif jika < 47 .

7. Supervisi

Instrumen ini mengadaptasi kuesioner dari Zakiyah (2018) dan data dikumpulkan melalui wawancara. Supervisi didefinisikan sebagai proses pengawasan, pembinaan, dan evaluasi yang dilakukan oleh pimpinan atau atasan terhadap perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh tenaga kesehatan. Penilaian menggunakan skala Likert lima tingkat. Skor dikategorikan sebagai Baik jika ≥ 45 dan Kurang jika < 45 .

8. Beban kerja

Instrumen ini mengadaptasi kuesioner dari Zakiyah (2018) dan data dikumpulkan melalui wawancara. Beban kerja

didefinisikan sebagai tingkat tuntutan pekerjaan yang harus ditanggung tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas pelayanan yang berkaitan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Penilaian dilakukan dengan skala Likert lima tingkat. Skor dikategorikan sebagai Beban kerja berat jika ≥ 31 dan Beban kerja ringan jika < 31 .

9. Sistem kompensasi atau penghargaan

Instrumen ini mengadaptasi kuesioner dari Sarifuddin (2018) dan data dikumpulkan melalui wawancara. Sistem kompensasi atau penghargaan didefinisikan sebagai bentuk imbalan finansial dan nonfinansial yang diterima tenaga kesehatan sebagai penghargaan atas kinerja dan kontribusi dalam perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Penilaian diberikan menggunakan skala Likert lima tingkat. Skor dikategorikan sebagai Baik jika ≥ 17 dan Kurang jika < 17 .

3.6.2 Prosedur Pengumpulan Data

3.6.2.1 Prosedur Perencanaan Penelitian

Tahap perencanaan penelitian dilakukan secara sistematis dan meliputi beberapa langkah, yaitu penentuan tema dan judul penelitian yang disetujui oleh dosen pembimbing, pelaksanaan studi pendahuluan di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, penyusunan proposal penelitian, pengajuan surat permohonan izin penelitian dari fakultas, pengurusan izin penelitian di rumah sakit, serta pengajuan permohonan *ethical clearance* kepada komisi etik rumah sakit.

3.6.2.2 Prosedur Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan dengan menyesuaikan jadwal kerja tenaga kesehatan di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Peneliti terlebih dahulu menemui

calon responden di unit kerja masing-masing, memperkenalkan diri, serta menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian. Responden yang bersedia berpartisipasi diminta untuk menandatangani lembar persetujuan setelah penjelasan diberikan. Selanjutnya, responden diminta mengisi kuesioner penelitian sesuai dengan kondisi dan pengalaman kerja masing-masing.

3.7 Pengolahan Data

Pengolahan data, meliputi langkah-langkah:

1. *Editing* merupakan proses peninjauan dan koreksi terhadap informasi yang terdapat pada suatu formulir atau instrumen lainnya.
2. *Coding* merupakan proses mengubah data tekstual atau kalimat menjadi data kuantitatif atau numerik, disebut pengkodean. Pengkodean digunakan untuk mempercepat input data dan memudahkan dalam analisis data.
3. *Entry data* (memasukan data) merupakan proses memasukkan kode, huruf, atau angka jawaban masing-masing responden ke dalam program komputer.
4. *Cleaning* atau lebih tepatnya pengecekan data untuk mencari informasi yang belum lengkap, kesalahan coding, dan permasalahan lainnya. Setelah itu dilakukan penyesuaian (Notoatmodjo, 2018).

3.8 Analisis Data

Analisis data dilakukan melalui beberapa tahapan.

1. Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan distribusi dan persentase setiap variabel penelitian.
2. Analisis bivariat digunakan untuk menilai hubungan antara variabel independen dan variabel dependen menggunakan uji Chi square dengan tingkat kepercayaan 95 persen dan nilai alpha 0,05. Uji ini membandingkan frekuensi hasil pengamatan dengan frekuensi yang diharapkan. Nilai yang sama menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna. Nilai yang berbeda menunjukkan adanya hubungan yang signifikan.

3. Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan simultan antara beberapa variabel independen terhadap satu variabel dependen. Karena variabel independen bersifat kategorik, analisis yang digunakan adalah regresi logistik.

Tahapan analisis dilakukan sebagai berikut:

- a. Setiap variabel bebas terlebih dahulu diuji secara bivariat terhadap variabel terikat.
- b. Variabel dengan nilai $p \leq 0,05$ dianggap memiliki hubungan signifikan dan layak dimasukkan ke dalam model multivariat.
- c. Semua variabel kandidat dengan nilai $p \leq 0,25$ selanjutnya diuji bersama dalam model regresi logistik untuk menentukan kombinasi terbaik.
- d. Variabel yang tidak signifikan akan dikeluarkan dari model secara bertahap, dimulai dari nilai p tertinggi, hingga diperoleh model akhir yang paling sesuai (Hastono, 2017).

3.9 Etika Penelitian

Etika dalam penelitian ini telah dipenuhi dibuktikan dengan adanya *ethical clearance* yang dikeluarkan oleh Komite Etik Penelitian Politeknik Kesehatan Tanjung Karang, dengan nomor surat No.240/KEPK-TJK/IV/2026 pada tanggal 14 April 2026. Selain itu juga dilakukan *informed consent* kepada responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) HM Ryacudu Kotabumi Kabupaten Lampung Utara, Provinsi Lampung. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Utara yang berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat Lampung Utara dan sekitarnya. RSUD HM Ryacudu pertama kali didirikan pada tahun 1936 pada masa pemerintahan Hindia Belanda. Seiring perkembangannya, rumah sakit ini mengalami peningkatan status dari Rumah Sakit Kelas D menjadi Rumah Sakit Kelas C berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI Nomor 303/Menkes/IV/1987. Pada tahun 2009, rumah sakit ini resmi bernama Rumah Sakit Daerah Mayjend. HM Ryacudu Kotabumi Kabupaten Lampung Utara.

Secara geografis, Kabupaten Lampung Utara terletak pada $104^{\circ}40'$ – $105^{\circ}08'$ Bujur Timur dan $4^{\circ}34'$ – $5^{\circ}06'$ Lintang Selatan dengan batas wilayah meliputi Kabupaten Way Kanan di sebelah utara, Kabupaten Lampung Tengah di sebelah selatan, Kabupaten Tulang Bawang Barat di sebelah timur, dan Kabupaten Lampung Barat di sebelah barat. Visi RSUD HM Ryacudu adalah “Mewujudkan RSUD HM Ryacudu terdepan dan pilihan utama bagi masyarakat Lampung Utara” Dalam mendukung visi tersebut, rumah sakit berkomitmen memberikan pelayanan kesehatan yang prima, profesional, dan berkualitas. Pada tahun 2023, RSUD HM Ryacudu memperoleh akreditasi Paripurna dari Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI) serta telah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) penuh sejak tahun 2014.



Gambar 4.1 RSUD HM Ryacudu

Sumber: Profil RSUD HM Ryacudu (2024)

RSUD HM Ryacudu memiliki luas bangunan utama 17.621,14 m² dengan luas lahan 21.531 m². Pada tahun 2024, rumah sakit ini didukung oleh 460 tenaga kerja yang terdiri dari tenaga medis, keperawatan, tenaga kesehatan lainnya, dan tenaga administrasi. Selain itu, rumah sakit menyediakan berbagai layanan kesehatan seperti rawat jalan, rawat inap, IGD, ICU, laboratorium, radiologi, farmasi, hemodialisa, dan pelayanan bedah spesialistik.

4.2 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan teknik analisis data yang digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan persentase pada setiap variabel yang diteliti. Selain itu, analisis ini juga menyajikan karakteristik responden untuk memberikan gambaran umum mengenai profil responden penelitian. Adapun karakteristik responden disajikan pada Tabel 4, sedangkan hasil analisis univariat setiap variabel penelitian disajikan pada Tabel 5.

Tabel 4. Karakteristik Reponden Penelitian (n=165)

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia		
30-45 Tahun	139	84,2
46-60 Tahun	26	15,8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	51	31,0
Perempuan	114	69,0
Pendidikan		
Diploma Tiga (D3)	103	62,4
Diploma Empat (D4) / Strata Satu (S1)	60	36,4
Strata Dua (S2)	2	1,2

Hasil analisis distribusi frekuensi karakteristik responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada kelompok usia 30–45 tahun yaitu sebanyak 139 responden (84,2%). Berdasarkan jenis kelamin, responden didominasi oleh perempuan sebanyak 114 responden (69,0%). Pada tingkat pendidikan, mayoritas responden memiliki pendidikan Diploma Tiga (D3) yaitu sebanyak 103 responden (62,4%). Secara keseluruhan, karakteristik responden dalam penelitian ini menunjukkan dominasi pada kelompok usia produktif, berjenis kelamin perempuan, serta berpendidikan Diploma Tiga (D3).

Hasil analisis distribusi frekuensi pada Tabel 5 menunjukkan bahwa pada variabel faktor individu, kategori yang dominan adalah pengetahuan baik (52,7%), kemampuan baik (50,3%), serta keterampilan baik (52,1%). Pada faktor psikologis, kategori yang dominan adalah motivasi baik (53,9%) serta sikap positif (50,3%). Pada faktor organisasi, kategori yang dominan adalah supervisi kurang (53,3%), beban kerja ringan (50,3%), serta sistem kompensasi atau penghargaan baik (57,0%). Pada variabel perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi, kategori yang dominan adalah perilaku baik (52,1%).

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Determinan Tenaga Kesehatan Terhadap Perilaku Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI) Di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara (n=165)

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Faktor Individu		
Pengetahuan		
Baik	87	52,7
Kurang	78	47,3
Kemampuan		
Baik	83	50,3
Kurang	82	49,7
Keterampilan		
Baik	86	52,1
Kurang	79	47,9
Faktor Psikologis		
Motivasi		
Baik	89	53,9
Kurang	76	46,1
Sikap		
Sikap positif	83	50,3
Sikap negatif	82	49,7
Faktor Organisasi		
Supervisi		
Baik	77	46,7
Kurang	88	53,3
Beban Kerja		
Beban kerja ringan	83	50,3
Beban kerja berat	82	49,7
Sistem Kompensasi atau Penghargaan		
Baik	94	57,0
Kurang	71	43,0
Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		
Baik	86	52,1
Kurang	79	47,9

4.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi adanya hubungan antara variabel independen yaitu faktor individu (pengetahuan, kemampuan, keterampilan), faktor psikologis (motivasi dan sikap), dan faktor organisasi (supervisi, beban kerja dan sistem kompensasi atau penghargaan) dengan variabel dependen yaitu perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi. Suatu hubungan dinyatakan signifikan apabila diperoleh nilai $p < 0,05$. Hasil analisis bivariat disajikan pada uraian berikut ini.

4.3.1 Hubungan Faktor Individu (Pengetahuan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 6, diketahui dari 87 responden dengan pengetahuan baik, sebanyak 51 responden (58,6%) memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik. Sementara itu, dari 78 responden dengan pengetahuan kurang, sebanyak 43 responden (55,1%) memiliki perilaku kurang baik. Hasil uji *chi-square* menunjukkan *p-value* sebesar 0,108 ($>0,05$), sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu.

Tabel 6. Hubungan Faktor Individu (Pengetahuan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Pengetahuan	Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		Total n (%)	<i>p-value</i>
	Baik n (%)	Kurang n (%)		
Baik	51 (58,6)	36 (41,4)	87 (100)	0,108
Kurang	35 (44,9)	43 (55,1)	78 (100)	
Total	86 (52,1)	79 (47,9)	165 (100)	

4.3.2 Hubungan Faktor Individu (Kemampuan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 7, diketahui bahwa dari 83 responden dengan kemampuan baik, sebanyak 56 responden (67,5%) memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik. Sementara itu, dari 82 responden dengan kemampuan kurang, sebanyak 52 responden (63,4%) memiliki perilaku kurang baik. Hasil uji *chi-square* menunjukkan *p-value* $< 0,001$, sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara kemampuan dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu. Nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 3,595 menunjukkan bahwa responden dengan kemampuan baik memiliki peluang 3,595 kali lebih besar

untuk memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik dibandingkan responden dengan kemampuan kurang baik.

Tabel 7. Hubungan Faktor Individu (Kemampuan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Kemampuan	Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		Total n (%)	p-value	OR; 95% CI
	Baik n (%)	Kurang n (%)			
Baik	56 (67,5)	27 (32,9)	83 (100)	<0,001	3,595; 1,891-6,835
Kurang	30 (36,6)	52 (63,4)	82 (100)		
Total	86 (52,1)	79 (47,9)	165 (100)		

4.3.3 Hubungan Faktor Individu (Keterampilan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 8, diketahui bahwa dari 86 responden dengan keterampilan baik, sebanyak 44 responden (51,2%) memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik. Sementara itu, dari 79 responden dengan keterampilan kurang, sebanyak 37 responden (46,8%) memiliki perilaku kurang baik. Hasil uji *chi-square* menunjukkan *p-value* sebesar 0,919 ($>0,05$), sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara keterampilan dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu.

Tabel 8. Hubungan Faktor Individu (Keterampilan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Keterampilan	Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		Total n (%)	p-value
	Baik n (%)	Kurang n (%)		
Baik	44 (51,2)	42 (48,8)	86 (100)	0,919
Kurang	42 (53,2)	37 (46,8)	79 (100)	
Total	86 (52,1)	79 (47,9)	165 (100)	

4.3.4 Hubungan Faktor Psikologis (Motivasi) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 9, diketahui bahwa dari 89 responden dengan motivasi baik, sebanyak 56 responden (62,9%) memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik. Sementara itu, dari 76 responden dengan motivasi kurang, sebanyak 46 responden (60,5%) memiliki perilaku kurang baik. Hasil uji *chi-square* menunjukkan *p-value* sebesar 0,004 (<0,05), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu. Nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 2,602 menunjukkan bahwa responden dengan motivasi baik memiliki peluang 2,602 kali lebih besar untuk memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik dibandingkan responden dengan motivasi kurang.

Tabel 9. Hubungan Faktor Psikologis (Motivasi) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Motivasi	Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		Total n (%)	<i>p-value</i>	OR; 95% CI
	Baik n (%)	Kurang n (%)			
Baik	56 (62,9)	33 (37,1)	89 (100)	0,004	2,602; 1,386- 4,884
Kurang	30 (39,5)	46 (60,5)	76 (100)		
Total	86 (52,1)	79 (47,9)	165 (100)		

4.3.5 Hubungan Faktor Psikologis (Sikap) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 10, diketahui bahwa dari 83 responden dengan sikap positif, sebanyak 47 responden (56,6%) memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik. Sementara itu, dari 82 responden dengan sikap negatif, sebanyak 43 responden (52,4%) memiliki perilaku kurang baik. Hasil uji *chi-*

square menunjukkan *p-value* sebesar 0,313 ($>0,05$), sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu.

Tabel 10. Hubungan Faktor Psikologis (Sikap) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Sikap	Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		Total n (%)	<i>p-value</i>
	Baik n (%)	Kurang n (%)		
Sikap Positif	47 (56,6)	36 (43,4)	83 (100)	0,313
Sikap Negatif	39 (47,6)	43 (52,4)	82 (100)	
Total	86 (52,1)	79 (47,9)	165 (100)	

4.3.6 Hubungan Faktor Organisasi (Supervisi) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 11, diketahui bahwa dari 77 responden dengan supervisi baik, sebanyak 53 responden (63,9%) memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik. Sementara itu, dari 88 responden dengan supervisi kurang, sebanyak 55 responden (62,5%) memiliki perilaku kurang baik. Hasil uji *chi-square* menunjukkan *p-value* sebesar $<0,001$ ($<0,05$), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara supervisi dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu. Nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 3,681 menunjukkan bahwa responden dengan supervisi baik memiliki peluang 3,681 kali lebih besar untuk memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik dibandingkan responden dengan supervisi kurang.

Tabel 11. Hubungan Faktor Organisasi (Supervisi) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Supervisi	Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		Total n (%)	p- value	OR; 95% CI
	Baik n (%)	Kurang n (%)			
Baik	53 (63,9)	24 (31,2)	77 (100)		3,681;
Kurang	33 (40,7)	55 (62,5)	88 (100)	<0,001	1,927- 7,030
Total	86 (52,1)	79 (47,9)	165 (100)		

4.3.7 Hubungan Faktor Organisasi (Beban Kerja) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 12, diketahui bahwa dari 83 responden dengan beban kerja ringan, sebanyak 44 responden (53,0%) memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik. Sementara itu, dari 82 responden dengan beban kerja berat, sebanyak 40 responden (48,8%) memiliki perilaku kurang baik. Hasil uji *chi-square* menunjukkan *p-value* sebesar 0,941 ($>0,05$), sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu.

Tabel 12. Hubungan Faktor Organisasi (Beban Kerja) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Beban Kerja	Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		Total n (%)	p- value
	Baik n (%)	Kurang n (%)		
Beban Kerja Ringan	44 (53,0)	39 (47,0)	83 (100)	0,941
Beban Kerja Berat	42 (51,2)	40 (48,8)	82 (100)	
Total	86 (52,1)	79 (47,9)	165 (100)	

4.3.8 Hubungan Faktor Organisasi (Sistem Kompensasi atau Penghargaan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 13, diketahui bahwa dari 94 responden dengan sistem kompensasi atau penghargaan baik, sebanyak 49 responden (52,1%) memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik. Sementara itu, dari 71 responden dengan sistem kompensasi atau penghargaan kurang, sebanyak 39 responden (47,9%) memiliki perilaku kurang baik. Hasil uji *chi-square* menunjukkan *p-value* sebesar 1,000 ($>0,05$), sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sistem kompensasi atau penghargaan dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu.

Tabel 13. Hubungan Faktor Organisasi (Sistem Kompensasi atau Penghargaan) dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu

Sistem Kompensasi atau Penghargaan	Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		Total n (%)	<i>p- value</i>
	Baik n (%)	Kurang n (%)		
Baik	49 (52,1)	45 (47,9)	94 (100)	1,000
Kurang	37 (52,1)	39 (47,9)	71 (100)	
Total	86 (52,1)	79 (47,9)	165 (100)	

4.4 Analisis Multivariat

4.4.1 Seleksi Kandidat

Proses analisis multivariat diawali dengan melakukan analisis bivariat antara setiap variabel independen dan variabel dependen. Salah satu syarat yang harus dipenuhi adalah variabel independen dapat dipertimbangkan untuk masuk ke dalam model jika hasil analisis bivariat menunjukkan nilai *p-value* $<0,25$. Dengan demikian, variabel-variabel penelitian yang memenuhi kriteria tersebut dapat dimasukkan ke dalam pemodelan analisis multivariat. Seluruh hasil analisis ini secara lengkap dapat dilihat pada Tabel 14 berikut.

Tabel 14. Hasil Seleksi Variabel Kandidat Multivariat

No	Variabel	<i>p-value</i>	Keterangan
1	Pengetahuan	0,108	Kandidat
2	Kemampuan	<0,001	Kandidat
3	Keterampilan	0,919	-
4	Motivasi	0,004	Kandidat
5	Sikap	0,313	-
6	Supervisi	<0,001	Kandidat
7	Beban Kerja	0,941	-
8	Sistem Kompensasi atau Penghargaan	1,000	-

Berdasarkan tabel 14, variabel yang menjadi kandidat dalam analisis multivariat adalah variabel dengan nilai *p-value* <0,25. Variabel-variabel tersebut, meliputi pengetahuan, kemampuan, motivasi, dan supervisi.

4.4.2 Pemodelan Multivariat

Uji multivariat dilakukan dengan melibatkan 8 variabel, di mana 4 di antaranya memenuhi kriteria pemodelan multivariat berdasarkan hasil seleksi sebelumnya. Pemodelan multivariat pada penelitian ini menerapkan metode “*Backward:LR*,” yaitu semua variabel dimasukkan ke dalam model terlebih dahulu, kemudian variabel yang tidak signifikan secara statistik dikeluarkan satu per satu hingga diperoleh model akhir yang optimal.

4.4.2.1 Model Awal

Tabel 15 menampilkan hasil analisis model awal dari pemodelan multivariat yang telah dilakukan.

Tabel 15. Hasil Analisis Multivariat Model Awal

	Variabel	B	<i>p-value</i>	OR	95% CI	
					Lower	Upper
Step	Pengetahuan	0,483	0,165	1,622	0,820	3,207
1 ^a	Kemampuan	1,090	0,002	2,975	1,501	5,896
	Motivasi	0,592	0,095	1,807	0,902	3,622
	Supervisi	1,103	0,002	3,012	1,505	6,029
	Constant	-1,740	<0,000	0,176		

4.4.2.2 Model Akhir

Tahapan pemodelan multivariat dalam penelitian ini menghasilkan model akhir setelah melalui tiga langkah proses pengujian bertingkat. Model akhir yang diperoleh dari analisis multivariat tersebut ditampilkan pada tabel 16.

Tabel 16. Hasil Analisis Multivariat Model Akhir

	Variabel	B	<i>p-value</i>	OR	95% CI	
					Lower	Upper
Step	Kemampuan	1,200	<0,001	3,320	1,699	6,489
3 ^a	Supervisi	1,225	<0,001	3,403	1,735	6,674
	Constant	-1,354	<0,001	0,258		

Berdasarkan hasil pemodelan multivariat pada Tabel 15, setelah melalui tiga tahapan seleksi, ditemukan beberapa variabel independen yang berhubungan signifikan dengan Perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

Dua variabel yang paling bermakna secara statistik dalam model ini adalah kemampuan (*p-value* = <0,001) dan supervisi (*p-value* = <0,001). Kedua variabel tersebut memiliki nilai *p-value* <0,05 yang menunjukkan adanya pengaruh signifikan terhadap perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi.

Variabel supervisi merupakan faktor yang paling dominan dalam model ini dengan nilai OR sebesar 3,403. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan supervisi yang baik memiliki peluang 3,403 kali lebih besar untuk memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki supervisi kurang baik.

Selain itu, kemampuan juga merupakan faktor yang berpengaruh signifikan dengan nilai OR sebesar 3,320. Artinya, responden dengan kemampuan baik memiliki peluang 3,320 kali lebih besar untuk menunjukkan perilaku pencegahan dan

pengendalian infeksi yang baik dibandingkan dengan responden dengan kemampuan kurang. Secara keseluruhan, supervisi menjadi faktor yang paling dominan, diikuti oleh kemampuan dalam mempengaruhi perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi.

Nilai *Nagelkerke R Square* (R^2) sebesar 0,217 menunjukkan bahwa variabel independen dalam penelitian ini mampu menjelaskan variasi perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi sebesar 21,7%, sedangkan sisanya sebesar 78,3% dipengaruhi oleh faktor lainnya.

Hasil akhir analisis multivariat menunjukkan bahwa terdapat 2 variabel yang memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu, yaitu kemampuan dan supervisi. Hasil akhir didapatkan nilai konstanta -1,354, sehingga persamaan diperoleh adalah $y \text{ (PPI)} = -1,354 + 1,200 (1) + 1,225 (1) = 1,071$.

$$P = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

$$P = \frac{1}{1 + 2,7^{-1,071}} = 0,743$$

Berdasarkan hasil perhitungan probabilitas, responden dengan kemampuan yang rendah dan supervisi yang kurang memiliki risiko sebesar 74,3% untuk menunjukkan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang kurang baik. Dengan demikian, supervisi merupakan variabel yang paling dominan dalam memengaruhi perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi.

Selanjutnya hasil persamaan responden yang memiliki kemampuan dan supervisi yang baik maka persamaan yang diperoleh adalah $y \text{ (PPI)} = -1,354 + 1,200 (0) + 1,225 (0) = -1,354$.

$$P = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

$$P = \frac{1}{1 + 2,71,354} = 0,227$$

Berdasarkan perhitungan di atas diperoleh hasil probabilitas sebesar 0,227 atau 22,7%. Artinya, responden yang memiliki kemampuan baik dan supervisi baik memiliki probabilitas hanya sebesar 22,7% untuk memiliki perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi yang berhubungan dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi di UPTD RSUD HM Ryacudu yaitu:

1. Hasil analisis distribusi frekuensi menunjukkan bahwa pada variabel faktor individu, kategori yang dominan adalah pengetahuan baik (52,7%), kemampuan baik (50,3%), serta keterampilan baik (52,1%). Pada faktor psikologis, kategori yang dominan adalah motivasi baik (53,9%) serta sikap positif (50,3%). Pada faktor organisasi, kategori yang dominan adalah supervisi kurang (53,3%), beban kerja ringan (50,3%), serta sistem kompensasi atau penghargaan baik (57,0%). Pada variabel perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi, kategori yang dominan adalah perilaku baik (52,1%).
2. Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara ($p\text{-value} = 0,108$).
3. Terdapat hubungan antara kemampuan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara ($p\text{-value} < 0,001$; OR = 3,595 (95% CI: 1,891–6,835)).
4. Tidak terdapat hubungan antara keterampilan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara ($p\text{-value} = 0,919$).

5. Terdapat hubungan antara motivasi tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara ($p\text{-value} = 0,004$; OR = 2,602 (95% CI: 1,386–4,884)).
6. Tidak terdapat hubungan antara sikap tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara ($p\text{-value} = 0,313$).
7. Terdapat hubungan antara supervisi tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara ($p\text{-value} < 0,001$; OR = 3,681 (95% CI: 1,927–7,030)).
8. Tidak terdapat hubungan antara beban kerja tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara ($p\text{-value} = 0,941$).
9. Tidak terdapat hubungan antara sistem kompensasi atau penghargaan tenaga kesehatan dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara ($p\text{-value} = 1,000$).
10. Faktor dominan yang paling berpengaruh dengan perilaku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) berdasarkan model regresi logistik adalah supervisi ($p\text{-value} = <0,001$; OR = 3,403 (95% CI: 1,735–6,674)) di UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

6.2 Saran

1. Bagi UPTD RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 1. Peningkatan supervisi terhadap tenaga kesehatan perlu dilakukan secara berkala dan terstruktur melalui monitoring kepatuhan prosedur PPI, evaluasi rutin, serta pemberian umpan balik langsung oleh atasan atau tim PPI rumah sakit, mengingat supervisi merupakan faktor dominan yang paling berhubungan dengan perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi.

2. Peningkatan kemampuan dan pengetahuan tenaga kesehatan terkait PPI perlu diperkuat melalui pelatihan berkelanjutan, workshop, simulasi praktik, serta sosialisasi standar operasional prosedur (SOP) pencegahan dan pengendalian infeksi agar tenaga kesehatan mampu menerapkan perilaku PPI secara optimal dalam pelayanan kesehatan.
3. Rumah sakit perlu mengembangkan sistem pengawasan dan evaluasi kepatuhan PPI berbasis indikator, sehingga pelaksanaan prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi dapat dipantau secara konsisten dan menjadi bagian dari budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit.
4. Pemberian motivasi kerja kepada tenaga kesehatan perlu ditingkatkan melalui dukungan pimpinan, lingkungan kerja yang kondusif, penghargaan terhadap kepatuhan PPI, serta penguatan budaya kerja profesional untuk mendorong perilaku pencegahan dan pengendalian infeksi yang lebih baik.
5. Kepala unit ruangan wajib melaksanakan fungsi supervisi, monitoring, dan evaluasi terhadap seluruh staf di bawah koordinasinya agar implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dapat terlaksana dengan baik, berkesinambungan, serta mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien

6.2.2. Bagi Tenaga Kesehatan

1. Tenaga kesehatan diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan terhadap standar pencegahan dan pengendalian infeksi dengan menerapkan prosedur PPI secara konsisten dalam setiap tindakan pelayanan kesehatan guna mengurangi risiko infeksi nosokomial dan meningkatkan keselamatan pasien.
2. Tenaga kesehatan perlu meningkatkan pengetahuan dan kemampuan terkait PPI secara mandiri melalui partisipasi aktif dalam pelatihan, seminar, maupun pembelajaran berbasis *evidence* terkini agar

praktik pelayanan kesehatan tetap sesuai dengan standar keselamatan dan mutu pelayanan rumah sakit.

3. Tenaga kesehatan diharapkan memiliki kesadaran dan tanggung jawab profesional dalam menjaga perilaku PPI, termasuk penggunaan alat pelindung diri (APD), kebersihan tangan, serta kepatuhan terhadap SOP yang berlaku di rumah sakit.

6.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk menggunakan desain penelitian yang lebih kuat, seperti studi longitudinal atau penelitian intervensi, guna menganalisis hubungan kausal antara faktor individu, psikologis, dan organisasi terhadap perilaku PPI. Penelitian lanjutan juga perlu mengembangkan variabel lain seperti budaya organisasi, kepemimpinan, ketersediaan sarana prasarana, beban psikologis kerja, dan kepatuhan terhadap SOP, mengingat nilai *Nagelkerke R Square* menunjukkan masih terdapat faktor lain yang memengaruhi perilaku PPI. Cakupan penelitian perlu diperluas ke lebih banyak rumah sakit agar hasil lebih representatif dan dapat dibandingkan antar fasilitas pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abalkhail, A., Al Imam, M. H., Elmosaad, Y. M., Jaber, M. F., Al Hosis, K., Alhumaydhi, F. A., Alslamah, T., Alamer, A., & Mahmud, I. (2021). Knowledge, attitude and practice of standard infection control precautions among health-care workers in a university hospital in Qassim, Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11831 .
- Abalkhail, A., & Alslamah, T. (2022). Institutional factors associated with infection prevention and control practices globally during the infectious pandemics in resource-limited settings. *Vaccines*, 10(11), 1811.
- Abdul, M. (2021). Faktor yang berhubungan dengan penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di RSUD Hj. Zubaedah Bantilan (Doctoral dissertation). STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto.
- Annisa, A., Erwin, E., & Woferst, R. (2022). Hubungan supervisi dengan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi pada perawat pelaksana di RSUD Arifin Achmad. *Riau Nursing Journal*, 1(1), 53–64.
- Anytawati, & Syurandhari, D. H. (2024). Pengaruh employee engagement dan motivasi terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi. *Hospital Majapahit (Jurnal Ilmiah Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit)*, 17(2), 251–264.
- Appiah, E. O., Appiah, S., Menlah, A., Baidoo, M., Awuah, D. B., & Isaac, N. B. (2021). Experiences of infection prevention and control in clinical practice of nursing students in the Greater Accra Region, Ghana: An exploratory qualitative study. *SAGE Open Medicine*, 9, 1-9
- Astari, D. W., Susilaningih, F. S., & Fitria, N. (2022). Hubungan antara pengetahuan, motivasi, dan supervisi dengan kinerja Infection Prevention Control Link Nurse (IPCLN) dalam pencegahan dan pengendalian infeksi selama pandemik COVID-19 di Rumah Sakit Mata Cicendo. *The Journal of Hospital Accreditation*, 4(1), 8–12.
- Azak, E., Sertcelik, A., Ersoz, G., Celebi, G., Eser, F., Batirel, A., et al. (2023). Evaluation of the implementation of WHO infection prevention and control core components in Turkish health care facilities: results from a WHO infection prevention and control assessment framework (IPCAF)—based survey. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 12(1), 11.
- Atikassyifa, A. P., & Azinar, M. (2022). Perilaku Pencegahan Penularan COVID-19 pada Tenaga Kesehatan di Puskesmas Baki. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 2(3), 287-294.

- Bayleyegn, B., Mehari, A., Damtie, D., & Negash, M. (2021). Knowledge, attitude and practice on hospital-acquired infection prevention and associated factors among healthcare workers at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Infection and Drug Resistance*, 14, 259–266.
- Budiasa, K. (2021). *Beban kerja dan kinerja sumber daya manusia*. CV Pena Persada.
- Carayon, P., & Alvarado, C. J. (2007). Workload and patient safety among critical care nurses. In P. Carayon (Ed.), *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety* (pp. 243–259). Lawrence Erlbaum Associates.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2019. *Infection Control in Healthcare Personnel*. Atlanta. CDC.
- Ching, P. K. (2007). *Infection control and prevention in health care facilities*. World Health Organization.
- Ching, P., et al. (2007). Pencegahan dan pengendalian infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) yang cenderung menjadi epidemi dan pandemi di fasilitas pelayanan kesehatan: WHO interim guidelines. World Health Organization.
- Chotimah, C. C., Haryadi, H., & Roestijawati, N. (2019). Pengaruh pengetahuan, motivasi, dan persepsi risiko terhadap perilaku penggunaan alat pelindung diri dasar dengan pengawasan sebagai variabel moderasi. *Jurnal Ekonomi, Bisnis, dan Akuntansi*, 21(3).
- Cushway, B. (1996). *Human resource management*. PT Elex Media Komputindo.
- Dinas Kesehatan Lampung Utara. 2023. *Laporan Tahunan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2023*. Kotabumi. Dinas Kesehatan Lampung Utara.
- Donati, D., Biagioli, V., Cianfrocca, C., Marano, T., Tartaglino, D., & De Marinis, M. G. (2019). Experiences of compliance with standard precautions during emergencies: A qualitative study of nurses working in intensive care units. *Applied Nursing Research*, 49, 35–40.
- Elseesy, N. A. M., Al-Zahrani, A. E., Kandil, F. S., Mahsoon, A., & Elhady, M. M. (2023). Compliance among registered nurses and doctors in critical care units: Challenges affecting their adherence to standard precautions. *Healthcare*, 11(22), 2975.
- Farhan, K., Almutairi, M., Khormi, M., Ali, R., Ghamdi, A. 2024. The Impact of Timely and Accurate Lab Results on Nursing Decisions and Patient Management. *Power System Technology*.

- Gaughan, A. A., Walker, D. M., DePuccio, M. J., MacEwan, S. R., & McAlearney, A. S. (2021). Rewarding and recognizing frontline staff for success in infection prevention. *American Journal of Infection Control*, 49(1), 123-125.
- Ghozali, I. 2016. *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program Ibm Spss 23* (Edisi 8). Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Ghozali, I. 2018. *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program Ibm Spss 25* (Edisi 9). Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., & Donnelly, J. H. (1997). *Organisasi: Perilaku, struktur, proses* (Edisi ke-8). Binarupa Aksara.
- Green, L. W. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Mayfield Publishing Company.
- Gronewegen, P. (1991). *Understanding job satisfaction*. Macmillan Press.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2013). *Designing clinical research* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Istiqomah, R., & Nurhayati, N. (2023). Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap Bedah dan Penyakit Dalam. *Klabat Journal of Nursing*, 5(1), 80-84.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta. Kemenkes RI.
- Khairunnisa. (2018). *Manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit*. Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Kiddeer, M., Abbas, A., Basit, A., Ahmad, T., & Masood, I. (2025). Assessment of knowledge, attitude and practices regarding standard precautions of infection prevention and control and associated factors among healthcare personnel working at tertiary care hospitals in Punjab, Pakistan. *Infection Prevention in Practice*, 7, 100464.
- Kubde, D., Badge, A. K., Ugemuge, S., & Shahu, S. 2023. Importance of Hospital Infection Control. *Cureus*, 15(12), e50931.
- Kusumawati, P. A., Samdin, Takdir, D., Tosepu, R., Zaid, S., Saili, T., Nurwati, Nasrul, & Sudayasa, I. P. (2025). The impact of competence and compensation on the performance of infection prevention and control committee members with a particular focus on the mediating role of compensation. *Asia-Pacific Journal of Health Management*, 20(1).

- Lee, M. H., & Jun, S. H. (2022). Factors affecting the infection control practices of nurses at university hospitals. *Healthcare*, 10(8), 1517.
- Lee, S. H., & Yang, I. S. (2024). Enhancing competency in infection prevention and control: Identifying priorities for clinical nurse educational needs. *Nurse Education Today*, 134, 106085.
- Lowe, H., Woodd, S., Lange, I. L., Janjanin, S., Barnet, J., & Graham, W. (2021). Challenges and opportunities for infection prevention and control in hospitals in conflict-affected settings: a qualitative study. *Conflict and Health*, 15(1), 94.
- Madamang, I., Sjattar, E. L., & Kadar, K. (2021). Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit: Literature review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12(Khusus), 163–166.
- McCauley, L., Kirwan, M., & Matthews, A. (2021). The factors contributing to missed care and non-compliance in infection prevention and control practices of nurses: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100039.
- Mendrofa, H. K., Astuti, D., Rahayu, A. S., & Paliling, I. (2024). Pengaruh supervisi Infection Prevention Control Nurse (IPCN) terhadap kepatuhan dalam pencegahan Healthcare Associated Infections (HAIs) di Rumah Sakit Kota Jayapura. *Mahesa: Malahayati Health Student Journal*, 4(10), 4329–4339.
- Mohamad, N., Pahrol, M. A., Shaharudin, R., et al. (2022). Compliance to infection prevention and control practices among healthcare workers during COVID-19 pandemic in Malaysia. *Frontiers in Public Health*, 10, 878396.
- Muliyadi, Azwaldi, & Aswin, R. (2022). Penguatan kemampuan pencegahan dan pengendalian infeksi pada kader kesehatan di wilayah kerja puskesmas merdeka palembang. *Madaniya*, 3(3), 468–476.
- Nasution, A. (2008). Pengaruh kebersihan tangan terhadap pencegahan infeksi nosokomial. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(2), 85–92.
- Nasution, C. R., et al. (2011). Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Netty. (2002). Faktor-faktor yang memengaruhi kinerja tenaga kesehatan. Universitas Indonesia.
- Noor, S., Hutahaean, S., & Nababan, D. (2024). Hubungan peran perawat terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan IMELDA*, 10(2), 218–223.

- Notoatmodjo, S. (2010). Ilmu perilaku kesehatan. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2018). Metodologi Penelitian Kesehatan. PT Rineka Cipta.
- Nurhidayah, N., Affrian, R., & Arpandi, A. (2024). Kinerja tenaga kesehatan pada Puskesmas Desa Patas 1 Kecamatan Gunung Bintang Awai Kabupaten Barito Selatan. *Jurnal MSDM Manajemen Sumber Daya Manusia*, 1(1), 75–80.
- Nursalam. 2016. Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 5. Jakarta. Salemba Medika.
- Panjaitan, F. M. (2017). Pengendalian resistensi antimikroba di fasilitas pelayanan kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(1), 45–52.
- Panjaitan, R., et al. (2007). Pedoman pengobatan dasar di puskesmas. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2005). Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktik (Vol. 1). EGC.
- Pradnyana, I. G. A. N. A., & Muliawan, P. (2021). Determinan kepatuhan perawat dalam penerapan kewaspadaan standar di rumah sakit umum Kota Denpasar. *Health*, 43.
- Puspasari, A., Gustina, E., & Rahutami, S. (2024). Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam menerapkan program pencegahan pengendalian infeksi di RSUD Bayung Lencir. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 13(2), 396–405. <https://doi.org/10.36565/jab.v13i2.870>
- Prihatini, S., Saleh, A., & Kaelan, C. (2023). Hubungan workload dan attitude perawat dengan penerapan pencegahan infeksi: Kepatuhan mencuci tangan perawat RS Unhas Makassar. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 9(2), 223–229.
- Rahmawati, S. A., & Dhamanti, I. (2021). Infection prevention and control (IPC) program in hospital. *Journal of Health Science and Prevention*, 5(1), 23–32.
- Ranoto, L. Q., Ntimana, C. B., Mamogobo, P., & Maimela, E. (2025). Knowledge, attitudes, and practices of infection prevention and control nurses in public hospitals in the Limpopo Province: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(1), 116 .
- Schiller, N. R., Motahari, G., König, A., Benze, G., Eichkorn, J., Weber-Krüger, M., Köster, A. M., Fischer, L., Schulte, E., Ellenrieder, V., & Scheithauer, S. (2025). More than rewards: Insights into a hospital infection prevention and control gamification strategy. *Journal of Hospital Infection*, 160, 74–80.

- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Sekretariat Negara.
- Robbins, S. P. (2006). *Perilaku organisasi* (Edisi ke-6). PT Indeks.
- RSUD Ryacudu Kotabumi. 2024. *Laporan Internal Kinerja Laboratorium dan Evaluasi Operasional Tahun 2024*. Kotabumi. RSUD Ryacudu Kotabumi.
- Schutte, M., van Mansfeld, R., de Vries, R., & Dekker, M. (2024). Determinants of compliance with infection prevention measures by physicians: A scoping review. *Journal of Hospital Infection*, 153, 30–38.
- Seilatu, H. K., & Ayubi, D. (2023). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan petugas kesehatan dalam menerapkan program pencegahan dan pengendalian infeksi: Literature review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 6(3), 384–392.
- Silaen, N. R. (2021). *Kinerja karyawan*. Widina Bhakti Persada.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Alfred A. Knopf.
- Slamet, R., Wahyuningsih, S. 2022. Validitas Dan Reliabilitas Terhadap Instrumen Kepuasan Ker. Aliansi : *Jurnal Manajemen Dan Bisnis*, 17(2), 51–58.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Swansburg, R. C. (2001). *Pengembangan staf keperawatan: Suatu komponen pengembangan sumber daya manusia*. EGC.
- Tietjen, L., Bossemeyer, D., & McIntosh, N. (2004). *Panduan pencegahan infeksi untuk fasilitas pelayanan kesehatan*. EGC.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: Health systems Improving performance*. WHO.
- World Health Organization. (2008). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. WHO Press.
- World Health Organization. 2016. *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*. Geneva. WHO.
- Yang, K., Liu, H., Ma, L., Wang, S., Tian, Y., Zhang, F., Li, Z., Song, Y., & Jiang, X. (2021). Knowledge, attitude and practice of residents in the prevention

and control of COVID-19: An online questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1839–1855.

Yanti, S. D., Sangkasari, E., & Sugiarto, S. (2022). Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi manajemen precaution disease COVID-19. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 12(4), 963–970.

Zaenal. (2022). Pengaruh kebijakan dan pengawasan terhadap penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di RSUD Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Indonesia*.