



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
 - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
 - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT
DENGAN TINDAKAN PENCEGAHAN VENTILATOR
ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP) DI UNIT PERAWATAN
INTENSIF RS. Dr. M. DJAMIL PADANG
TAHUN 2009**

TESIS



**YULDANITA
07921006**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2009**

UCAPAN TERIMA KASIH



Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya serta petunjuk yang berlimpah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **"Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Perawat Dengan Tindakan Pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) Di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang"**, yang diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tulus dan sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Emil Huriani, SKp, MN dan Bapak Mohammad Jamil, S.Kp selaku pembimbing yang telah mengarahkan dan memberikan masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Hema Malini, SKp, MN, Ibu Dra. Hj. Arni Amir, MS dan Ibu Dr. Susmiati, M.Biomed, sebagai penguji yang telah memberikan kritikan dan saran untuk kesempurnaan skripsi ini.
3. Pimpinan dan seluruh staf pengajar beserta karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

4. Direktur RS. Dr. M. Djamil, Kepala Instalasi Rawat Intensif dan seluruh perawat di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang.
5. Ibunda dan mertua serta suami yang teristimewa, keluarga dan sahabat tercinta yang telah memberikan semangat, dorongan dan do'a tulus kepada penulis dalam mempersiapkan diri untuk menjalani dan melalui semua tahapan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Seluruh mahasiswa PSIK FK UNAND Padang terutama angkatan Program B 2007 yang telah memberikan semangat dan dukungan yang besar dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini terdapat banyak kekurangan mengingat keterbatasan pengetahuan penulis, karena itu penulis mengharapkan masukan, kritikan dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini.

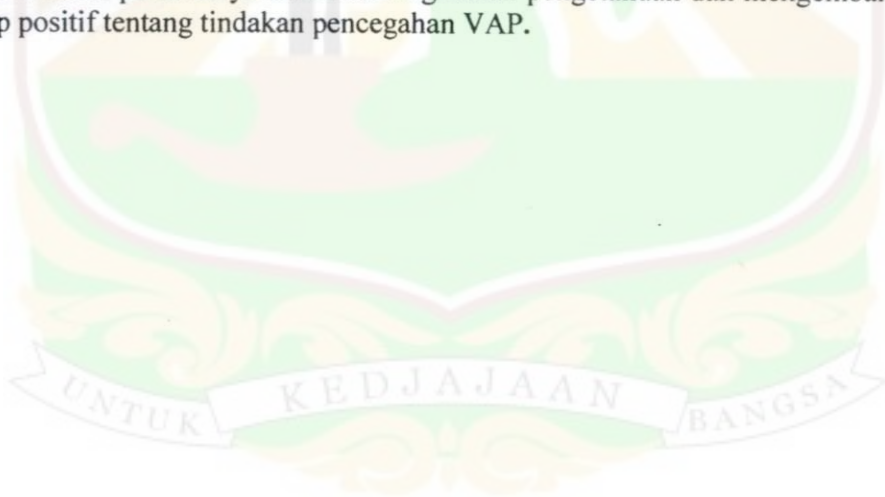
Akhir kata kepada-Nya jualah kita berserah diri, semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua dan bernilai ibadah di sisi Allah SWT. Amin.

Padang, Februari 2009
Wassalam

Penulis

ABSTRAK

Ventilator Associated Pneumonia (VAP) adalah pneumonia yang terjadi 48 jam atau lebih setelah intubasi. Pelaksanaan tindakan pencegahan VAP yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) dapat menurunkan resiko VAP. Tindakan yang baik didasari dengan pengetahuan dan sikap yang baik. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan tindakan pencegahan VAP di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang tahun 2009. Jenis penelitian adalah korelasi dengan pendekatan *Cross Sectional Study* dengan jumlah sampel 25 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen kuesioner dan lembar observasi. Hasil penelitian didapatkan perawat yang berpengetahuan tinggi 15 orang (60 %), yang bersikap positif 18 orang (72 %) dan yang bertindak sesuai dengan SOP pencegahan VAP 15 orang (60 %). Hasil analisa bivariat hubungan pengetahuan perawat dengan tindakan pencegahan VAP didapat nilai $p=0,034$ dan hubungan sikap perawat dengan tindakan pencegahan VAP didapatkan nilai $p=0,007$. Didapatkan gambaran bahwa perawat mempunyai pengetahuan tinggi, sikap yang positif dan tindakan sebagian besar sesuai dengan SOP yang ada. Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat dengan tindakan pencegahan VAP dan terdapat juga hubungan yang bermakna antara sikap perawat dengan tindakan pencegahan VAP. Mengingat pentingnya tindakan pencegahan VAP secara tepat dan benar, diharapkan pihak rumah sakit dapat memfasilitasi perawatnya untuk meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan sikap positif tentang tindakan pencegahan VAP.



ABSTRACT

Ventilator Associated Pneumonia (VAP) is pneumonia that happens in 48 hours or more after intubation. The treatment measure of VAP prevention according to Procedure Operational Standard (POS) can cause decrease incidence of VAP. The good measure is based on knowledge and positive attitude. The aims of this research were to know the correlations between nurses knowledge and attitude with the treatment measure of VAP prevention in Intensive Care Unit RS Dr. M. Djamil Padang 2009. The Research method was correlations with cross sectional study with amount of respondent was 25 respondents. Data were collected by questionnaire and observation sheet. The result of research were from 25 respondents, 15 respondents (60%) had high knowledge, 18 respondents showed positive attitude (72%) and 15 respondents (60%) act agree with POS. The result of bivariate analysis on correlation between nurses knowledge and the treatment measure of VAP prevention got p value is $p = 0,034$ and the correlation between nurses attitude and the treatment measure of VAP prevention got p value is $p = 0,007$. The result of statistic test indicated that were significant correlation between knowledge and nurses attitude with the treatment measure of VAP prevention. Considering how important the treatment measure of VAP prevention correctly, it is expected from hospital management can facilitate nurses to increase their knowledge and develop positive attitude about treatment measure of VAP prevention.



DAFTAR ISI

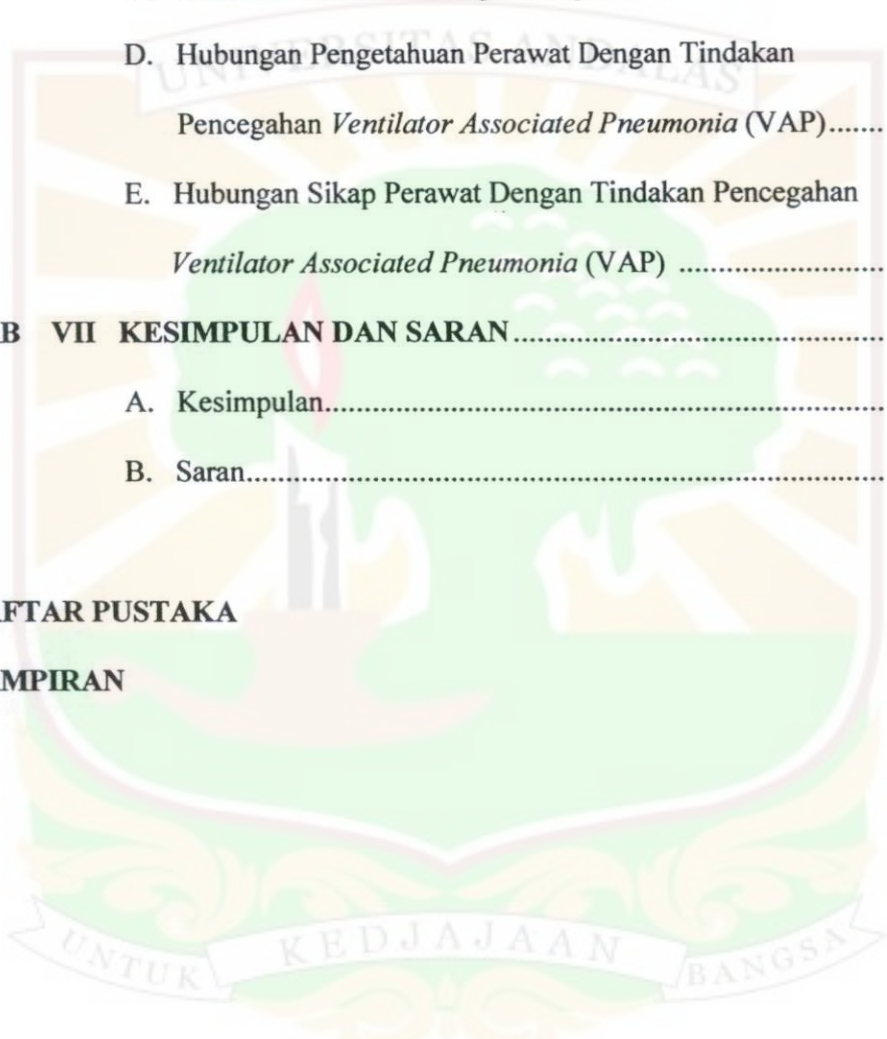
HALAMAN JUDUL	i
LEMBARAN PENGESAHAN PEMBIMBING	ii
LEMBARAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Perilaku	10
B. <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)	15
C. Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP).....	20
D. Ventilasi Mekanik.....	26
E. Teknik Perawatan Ventilasi Mekanik.....	27

BAB III	KERANGKA KONSEPTUAL	31
	A. Kerangka Konseptual	31
	B. Hipotesis	32
BAB IV	METODE PENELITIAN	33
	A. Jenis Penelitian	33
	B. Waktu dan Tempat Penelitian	33
	C. Populasi dan Sampel	33
	D. Defenisi Operasional	34
	E. Teknik Pengumpulan Data	35
	F. Pengolahan dan Analisa Data	37
BAB V	HASIL PENELITIAN.....	42
	A. Gambaran Umum Penelitian.....	42
	B. Analisa Univariat.....	43
	1. Pengetahuan Perawat Tentang Tindakan Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia (VAP)</i>	43
	2. Sikap Perawat Tentang Tindakan Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia (VAP)</i>	43
	3. Tindakan Perawat Dalam Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia (VAP)</i>	44
	C. Analisa Bivariat	45
	1. Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Tindakan Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia (VAP)</i> ...	45
	2. Hubungan Sikap Perawat Dengan Tindakan	

	Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)...	46
BAB VI	PEMBAHASAN	47
	A. Pengetahuan Perawat tentang Tindakan Pencegahan VAP	47
	B. Sikap Perawat tentang Tindakan Pencegahan VAP	49
	C. Tindakan Perawat tentang Pencegahan VAP	51
	D. Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Tindakan Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP).....	53
	E. Hubungan Sikap Perawat Dengan Tindakan Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)	55
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN	57
	A. Kesimpulan.....	57
	B. Saran.....	58

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Jumlah pasien yang terpasang ventilator dan jumlah kejadian pneumonia perbulan, mulai dari bulan Maret sampai November 2007.....	4
Tabel 2.	Kriteria Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS).....	19
Tabel 3.	Variabel Independen.....	35
Tabel 4.	Variabel Dependen	35
Tabel 5.	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat tentang Tindakan Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP) Di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009.....	43
Tabel 6.	Distribusi Frekuensi Sikap Perawat tentang Tindakan Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP) Di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009.....	44
Tabel 7.	Distribusi Frekuensi Tindakan Perawat Dalam Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP) Di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009.....	44
Tabel 8.	Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Tindakan Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP) Di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009.....	45
Tabel 9.	Hubungan Sikap Perawat Dengan Tindakan Pencegahan <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP) Di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009.....	46

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 1. Penanganan jalan nafas, sirkuit ventilator dan penanganan sekresi dalam mencegah VAP..... 24
- Gambar 2. Strategi penanganan gastrointestinal dalam mencegah VAP..... 25



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Jadwal Kegiatan Penelitian
Lampiran II	: Rencana Anggaran Penelitian
Lampiran III	: Izin Pengambilan Data
Lampiran IV	: Kisi-kisi Kuesioner
Lampiran V	: Surat Permohonan Menjadi Responden
Lampiran VI	: Surat Pernyataan Menjadi Responden
Lampiran VII	: Kuesioner
Lampiran VIII	: Kumpulan Protap Perawatan Ventilasi Mekanik Instalasi Rawat Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang
Lampiran IX	: Lembaran Konsul
Lampiran X	: Curriculum Vitae
Lampiran XI	: Master Tabel Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Infeksi nosokomial merupakan suatu masalah yang nyata diseluruh dunia dan terus meningkat. Kejadian infeksi nosokomial berkisar dari terendah sebanyak 1% di beberapa Negara Eropa dan Amerika hingga 40% di beberapa tempat Asia, Amerika latin dan sub sahara Afrika. Tahun 1987, suatu survey prevalensi meliputi 55 rumah sakit di 14 negara berkembang pada empat wilayah WHO (Eropa, Mediterania Timur, Asia Tenggara, dan Pasifik Barat) menemukan rata-rata 8,7% dari seluruh pasien rumah sakit menderita infeksi nosokomial. Survei memberikan beberapa pedoman tentang infeksi nosokomial apa yang sering terjadi di Negara berkembang .Infeksi tempat pembedahan, infeksi saluran kencing, dan infeksi saluran nafas bawah (pneumonia) merupakan jenis utama yang dilaporkan. Penelitian WHO dan lain-lain, juga menemukan bahwa prevalensi infeksi nosokomial yang tertinggi terjadi di ICU, perawatan bedah akut, dan bangsal ortopedi (Tietjen dkk, 2004)

Dampak infeksi nosokomial menambahkan ketidakberdayaan fungsional, tekanan emosional, dan kadang-kadang pada beberapa kasus akan menyebabkan kondisi kecacatan sehingga menurunkan kualitas hidup. Sebagai tambahan, infeksi nosokomial sekarang juga merupakan salah satu penyebab kematian. Dampak infeksi nosokomial lebih jelas di Negara miskin, terutama yang dilanda

HIV/AIDS, karena temuan terakhir membuktikan bahwa pelayanan medis yang tidak aman merupakan factor penting dalam transmisi HIV (Tietjen dkk, 2004)

Di ruang rawat intensif ventilasi mekanik menjadi alat untuk *bantuan hidup* yang banyak digunakan sebagai propilaktik pada pasien paska bedah, operasi besar seperti *open heart, operasi toraks, operasi abdominal, kraniotomie* dan keadaan kritis lainnya dengan tujuan untuk mempertahankan oksigen dan eliminasi CO₂ yang adekuat. Ventilasi mekanik merupakan juga terapi defenitif pada klien kritis yang mengalami hipoksemia dan hiperkapnea. Tenaga perawat, dokter dan ahli terapi pernapasan harus mengerti kebutuhan pernapasan spesifik dan memahami prinsip-prinsip pemasangan ventilasi mekanik, operasional pemakaian alat dan perawatan ventilasi mekanik (Dudut, 2003).

Tindakan perawatan ventilasi mekanik merupakan salah satu aspek kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sehari-hari dalam fungsi independen dan interdependen dengan tim medis. Dalam tindakan perawatan ventilasi mekanik perawat harus berhati-hati karena mempunyai resiko yang besar seperti terjadinya infeksi nosokomial pneumonia (Hudak, 1997)

Kebanyakan pneumonia nosokomial terjadi melalui aspirasi bakteri yang hidup di belakang tenggorokan (orofaring) atau lambung. Intubasi dan ventilasi mekanik sangat meningkatkan resiko infeksi karena menghalangi mekanisme pertahanan tubuh batuk, bersin, dan reflek muntah ; mencegah aksi pembersihan dari rambut (silia) dan sel yang mengeluarkan mukus dari system pernafasan atas ; dan memberikan jalan langsung masuknya mikroorganisme ke paru-paru. Prosedur lain yang dapat meningkatkan resiko infeksi meliputi terapi oksigen,

terapi pernafasan tekanan positif intermiten, dan pengisapan endotrakeal (Tietjen dkk, 2004).

Pneumonia nosokomial merupakan salah satu komplikasi perawatan di rumah sakit yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas pasien. Insiden pneumonia nosokomial mencapai 30%. Pneumonia nosokomial yang terjadi di rumah sakit dapat dibagi menjadi 2 yaitu *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP) dan *Ventilator Associated pneumonia* (VAP). Kedua jenis pneumonia ini masih jadi penyebab penting dalam mortalitas dan morbiditas pasien dirawat di rumah sakit (Sedono, 2007).

Pneumonia Nosokomial merupakan salah satu infeksi nosokomial yang terjadi pada klien yang menggunakan ventilasi mekanik dan intubasi. Kuman penyebab infeksi ini tersering berasal dari gram negatif (Dahlan, 2006). Rekam medik Intensive Care Unit Rumah Sakit St. Borromeus Bandung mencatat angka kejadian infeksi nosokomial pneumonia 24% dengan angka mortalitas 33,33% (Regina, 2006). Dan Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung mencatat 47% infeksi nosokomial pneumonia pada klien yang menggunakan ventilasi mekanik dan intubasi (Dahlan, 2006).

Insiden nosokomial pneumonia di rumah sakit Dr. M Djamil Padang pada klien yang menggunakan ventilasi mekanik dan intubasi 15%-59% (Saainin, 2006). Sebagai dampak negatif dengan seringnya intervensi keperawatan yang dilakukan oleh petugas yang kurang memperhatikan teknik aseptik, berakibat penyebaran organisme dari klien ke klien lainnya. Infeksi silang bisa disebabkan oleh perawat, dokter dan staf lainnya menjadi medium utama penyebaran infeksi

nosokomial pneumonia. Tingginya angka infeksi nosokomial ini tidak terlepas dari peranan tenaga kesehatan terutama tenaga keperawatan sebagai tenaga mayoritas di rumah sakit ini (Saainin, 2006). Tenaga keperawatan merupakan juga tenaga yang 24 jam berada di rumah sakit memberikan pelayanan keperawatan kepada klien. Tenaga yang merawat klien merupakan salah satu faktor yang menjadi penyebab infeksi nosokomial ini dikenal dengan infeksi iatrogenik yaitu infeksi nosokomial yang terjadi karena pelaksanaan prosedur diagnostic dan pelaksanaan intervensi keperawatan (Martono, 2008).

Data bulan Maret sampai dengan November 2007 menunjukkan jumlah pasien yang terpasang ventilator dan yang didiagnosa pneumonia. Pasien yang didiagnosa pneumonia dalam hal ini adalah pasien yang setelah hari ke 6 dilakukan pemeriksaan kultur sputum dan foto thorak hasilnya menunjukkan pneumonia. Dalam pengumpulan data ini telah mengeluarkan pasien yang saat masuk didiagnosa Penyakit Paru Obstruksi Menahun (PPOM), dan Tuberculosis Paru (TBC).

Tabel 1. Jumlah Pasien yang Terpasang Ventilator dan Jumlah Kejadian Pneumonia Per Bulan, mulai dari bulan Maret sampai November 2007

No	Bulan	Jumlah Pasien yang terpasang Ventilator	Kejadian Pneumonia
1.	Maret	36 orang	4 orang
2.	April	22 orang	3 orang
3.	Mei	19 orang	4 orang
4.	Juni	21 orang	3 orang
5.	Juli	22 orang	2 orang
6.	Agustus	22 orang	3 orang
7.	September	17 orang	2 orang
8.	Oktober	8 orang	2 orang
9.	November	19 orang	2 orang
	Total	186 orang	25 orang

Sumber : Medical Record RS.Dr.M.Djamil Padang

Menurunkan resiko pneumonia nosokomial dapat dilakukan dengan upaya pencegahan antara lain: Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan, pelindung muka atau masker yang telah didesinfeksi tinggi, mengatur posisi pasien dengan fowler, menghindari pemberian nutrisi enteral dengan volume besar, intubasi oral, pemeliharaan sirkuit ventilator, penghisapan sekret, perubahan posisi pasien dan humidifikasi (Sedono,2007). Keberhasilan pengendalian nosokomial pneumonia sangat dipengaruhi oleh pengetahuan dan perilaku petugas kesehatan sehingga perlu dilakukan penekanan dalam upaya pencegahan penularan untuk merubah perilaku petugas dalam memberi pelayanan (Dep Kes RI, 2003).

Sebelumnya telah dilakukan penelitian perilaku perawat yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan perawatan ventilasi mekanik oleh Deliwati tahun 2007 di Instalasi Rawat Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang terhadap 26 responden, didapatkan hasil perawat yang berpengetahuan tinggi 16 orang (61,5%) yang bersikap positif 17 orang (65,4%) dan yang bertindak sesuai dengan SOP perawatan ventilasi mekanik 16 orang (61,5%). Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku terbentuk dari pengetahuan, sikap dan tindakan yang saling mempengaruhi satu sama lain, dimana pengetahuan merupakan syarat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Di samping itu perilaku seseorang juga dipengaruhi oleh sikap. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap itu juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak atau bereaksi terhadap objek lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut (Zulkifli, 1997).

Observasi yang dilakukan di Unit Perawatan Intensif pada tanggal 15 September 2008 mengenai upaya perawat dalam pencegahan nosokomial pneumonia. Peneliti menemukan 6 orang dari 10 perawat yang dipilih secara acak yang kurang melakukan tindakan upaya pencegahan nosokomial pneumonia, antara lain 3 orang tidak melakukan cuci tangan sebelum tindakan, 3 orang melakukan penghisapan lendir tidak sesuai SOP. Dilihat dari aspek pendidikan 10 orang perawat tersebut dengan tingkat pendidikan SPK 1 orang, D3 Keperawatan 9 orang, Semua telah mendapat pelatihan dasar berupa pengenalan konsep ICU, perawatan ventilasi mekanik dan teknik suction dan 2 orang yang telah mendapat pelatihan khusus yaitu pelatihan ICU dewasa. Tindakan perawatan ventilasi mekanik dan cara kerja yang tidak memenuhi standar operasional akan menimbulkan dampak pada hari rawatan yang bertambah, meningkatnya biaya yang dikeluarkan oleh klien dan rumah sakit dan meningkatnya angka kesakitan serta angka kematian di Rumah Sakit (Utama, 2008).

Berdasarkan hal tersebut di atas peneliti tertarik untuk meneliti hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit Dr. M Djamil Padang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti ingin mengetahui “apakah ada hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat dengan tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif RS.Dr. M. Djamil Padang.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui gambaran pengetahuan perawat dalam tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif RS.Dr. M. Djamil Padang.
- b. Mengetahui gambaran sikap perawat dalam tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif RS.Dr. M. Djamil Padang.
- c. Mengetahui gambaran tindakan perawat dalam pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif RS.Dr. M. Djamil Padang.

- d. Mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan dengan tindakan perawat dalam pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif RS.Dr. M. Djamil Padang.
- e. Mengidentifikasi hubungan antara sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif RS.Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian yang dapat diambil dari penelitian ini adalah:

1. Bagi RS.Dr.M. Djamil Padang

Sebagai informasi bagi pihak rumah sakit mengenai tindakan yang telah dilakukan perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial pneumonia sehingga dapat memberi masukan dalam menyusun kebijakan atau pembuatan program kerja terutama dalam bidang pelatihan-pelatihan khusus untuk tenaga keperawatan.

2. Bagi Perawat ICU

Sebagai data acuan bagi perawat untuk melakukan evaluasi diri dalam tindakan pencegahan infeksi nosokomial pneumonia.

3. Bagi ICU

Sebagai data acuan dalam peningkatan mutu pelayanan keperawatan di masa yang akan datang

4. Bagi Penelitian selanjutnya

Sebagai data awal atau pendukung bagi peneliti selanjutnya yang membahas pengaruh peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan tentang pencegahan VAP dengan penurunan angka kejadian VAP.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perilaku

Skinner (1938 cit Notoatmodjo, 2007b) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme atau orang, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut Stimulus Organisme Respons. Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme, namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau factor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang namun respons tiap-tiap orang berbeda. Factor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua yakni;

1. Determinan atau factor internal yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan misalnya : tingkat kesadaran, tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Benyamin Bloom (1908 cit Notoatmodjo 2007b) membagi perilaku manusia itu ke dalam tiga domain atau ranah yakni kognitif, afektif, dan

psikomotor. Dalam proses pembentukan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari individu itu sendiri antara lain : susunan saraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, dan belajar. Susunan saraf pusat memegang peranan penting dalam perilaku manusia karena merupakan sebuah bentuk perpindahan rangsangan yang dihasilkan. Perpindahan ini dihasilkan oleh susunan saraf pusat dan neuron. Neuron memindahkan energi di dalam impuls saraf seperti saraf pendengaran, penglihatan, pembauan, pengecapan, dan perubahan disalurkan dari tempat terjadinya rangsangan melalui impuls-impuls saraf ke susunan saraf pusat.

Perubahan perilaku dapat berdasarkan persepsi yaitu pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, dan penciuman. Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak mencapai tujuan tertentu. Perilaku juga dapat timbul karena emosi yang merupakan perilaku bawaan. Belajar dapat diartikan sebagai suatu perubahan perilaku yang dihasilkan dari praktek dalam lingkungan kehidupan. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku terbentuk melalui proses tertentu dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya. Selanjutnya dijelaskan oleh Notoatmodjo bahwa secara teori perilaku seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam tiga tahap yaitu:

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu,- dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran,

penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*Overt Behavior*). Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007a)

Kemahiran dalam menyerap pengetahuan akan meningkat sesuai dengan meningkatnya pendidikan seseorang dan berhubungan erat dengan sikap terhadap pengetahuan yang diserapnya, hal ini akan terlihat dari perilaku perawat dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan dan semakin tinggi pengetahuan perawatan terhadap tindakan perawatan maka semakin dilaksanakannya tindakan perawatan tersebut (Koentjaraningrat, 1997).

Adapun pengetahuan yang harus dimiliki perawat ICU dalam upaya pencegahan VAP adalah (Sedono, 2007):

- a) Pengertian
- b) Etiologi
- c) Patofisiologi
- d) Kriteria Diagnosis
- e) Pencegahan
 - 1) Cuci tangan dan penggunaan sarung tangan
 - 2) Posisi pasien dengan fowler
 - 3) Hindari pemberian nutrisi enteral dengan volume besar
 - 4) Perawatan selang endotrakeal

5) Perawatan jalan nafas (humidifikasi, penghisapan sekret, inhalasi terapi)

6) Peningkatan mobilitas optimal

2. Sikap

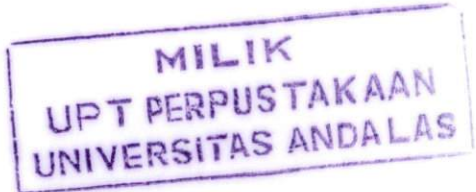
Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

New Comb menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesiediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

Sikap itu mempunyai 3 komponen pokok :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- c. Kecendrungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*Total Attitude*). Dalam pembentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Irwanto, 2002). Seorang perawat profesional harus bersikap profesional dalam menggunakan ilmu pengetahuan dan keterampilan teknis maupun interpersonal (Yura, 1983). Dalam hal ini perawat harus bersikap profesional dalam melakukan



tindakan pencegahan VAP. Menurut Notoatmodjo (2007), sikap dibedakan menjadi dua yaitu :

a. Sikap positif

Sikap positif adalah sikap yang menunjukkan penerimaan, pengakuan, menyetujui, menyenangi suatu objek tertentu. Hasil akhir dari sikap positif adalah sikap yang mengarah pada tindakan benar.

b. Sikap negative

Sikap negative adalah sikap menunjukkan penolakan atau tidak menyetujui suatu objek tertentu yang mengarah pada tindakan yang salah.

Sikap seorang perawat terhadap standar operasional prosedur (SOP) akan mempengaruhi Pelaksanaan SOP itu sendiri (Koentjaraningrat, 1997). Seorang perawat professional harus bersikap professional dalam menggunakan ilmu pengetahuan dan keterampilan teknikal maupun interpersonal. Dalam hal ini perawat harus bersikap profesional dalam melakukan tindakan pencegahan VAP. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung, secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pernyataan terhadap suatu objek (Notoatmodjo ,2007)

3. Praktik atau Tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat apa yang diketahui. Proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik), inilah yang disebut praktik kesehatan. Untuk memperoleh data praktik atau perilaku yang paling akurat adalah melalui

pengamatan (observasi). Namun dapat juga dilakukan melalui wawancara dengan pendekatan recall atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan oleh responden beberapa waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2007).

Perawat dalam melakukan tindakan pencegahan VAP harus melaksanakan tindakan keperawatan yang sesuai dengan ketentuan urutan kerja dalam SOP baik dalam persiapan maupun dalam pelaksanaannya. Seorang perawat wajib memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan SOP yang berlaku guna menjamin kualitas asuhan (Marquis, 2000).

B. Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

1. Definisi

VAP adalah Pneumonia yang terjadi 48 jam atau lebih setelah intubasi (Sedono, 2007).

2. Etiologi

Pada saluran pernafasan bagian atas akan terjadi kolonisasi mikroorganisme beberapa jam setelah intubasi. Kurang lebih terdapat 10 jenis mikroorganisme yang paling sering dijumpai pada prosentase masing-masing mikroorganisme untuk tiap-tiap rumah sakit. Diantara mikroorganisme tersebut paling sering dijumpai *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobakter* dan *Enterobacter*. Pada early onset pneumonia mikroorganisme penyebab infeksi biasanya gram positif dan lebih mudah untuk diterapi (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* dan *Staphylococcus aureus*) sedangkan pada late onset

pneumonia mikroorganisme penyebab infeksi biasanya gram negative dan lebih sulit untuk diterapi (*Pseudomonas* spesies, *Acinobacter*, *Stenotrophomonas* dan methicilin-resisten *Staphilococcus aureus*) (Sedono, 2007).

3. Epidemiologi

Pneumonia merupakan infeksi yang rumit yang sering sulit dibedakan dengan penyakit paru lainnya, khususnya sindroma distress pernapasan pada orang dewasa, bronchitis, emfisiema dan gagal jantung kongestif. Kriteria umum yang diterima untuk pneumonia nosokomial termasuk demam, batuk, bunyi pernapasan menurun atau pekak pada daerah khusus paru dan produksi sputum yang purulen (terinfeksi) dengan kombinasi bukti sinar-X adanya densitas baru (infiltrate). Kalau pemeriksaan laboratorium ada, biasanya contoh sputum yang diwarnai gram akan banyak mengandung sel darah putih, bacteria dan sel epitel baru tetapi tidak banyak memberikan bantuan untuk membuat diagnosis. Di banyak Negara, pemeriksaan diagnostic tambahan (umpamanya biakan sputum) seringkali tidak ada (Tietjen, 2004)

Separuh dari pneumonia nosokomial terjadi sesudah operasi, terutama bila ventilasi mekanik diperlukan paska bedah. Pasien dengan ventilator, misalnya mempunyai 6-12 kali resiko lebih tinggi mendapat pneumonia nosokomial dari pada pasien tanpa ventilator (Bossemeyer, 2004). Pada pasien bedah alasan utama untuk ventilasi mekanik adalah jenis operasi, sedangkan pada pasien medik biasanya berhubungan dengan

penyakit pasien, resiko pneumonia bacterial nosokomial pasca bedah jantung dan paru (misalnya by pass jantung dan reseksi paru) adalah 38 kali lebih besar dari operasi ditempat lain(CDC 1994 cit Tietjen, 2004).

4. Mikrobiologi

Kebanyakan pneumonia nosokomial yang dilaporkan disebabkan oleh bacteria. Pneumonia permulaan dini biasanya melibatkan flora pasien sendiri, khususnya spesies streptokokus dan hemofilus. Kalau pneumonia terjadi kemudian selama dirawat di rumah sakit, biasanya disebabkan oleh organisme gram-negatif dari lingkungan rumah sakit. Kombinasi dari penyakit parah, adanya alat invasive multiple (intravena, kateter urin, dan ventilator mekanik) dan sering kontak dengan tangan petugas sering menjadi kontaminasi silang. Contohnya, dalam sebuah studi oleh Weinstein (1991), 20-40% pneumonia nosokomial disebabkan oleh kontaminasi silang organisme dari satu pasien ke pasien lain, hal ini mungkin sekali terjadi melalui tangan petugas rumah sakit (Tietjen, 2004)

5. Patofisiologi

Pneumonia terjadi karena invasi mikroorganisme kedalam saluran pernapasan bawah atau parenkim paru yang disebabkan karena pertahanan tubuh yang menurun, mikroorganisme yang virulen atau pertumbuhan mikroorganisme yang berlebihan. Sistem saluran pernapasan manusia normal mempunyai beberapa mekanisme pertahanan tubuh yang mencegah terjadinya infeksi paru, seperti barrier anatomic: glottis dan laring; reflek batuk; sekresi trakeobronkial; system mukosiliaris.

Barrier imunologis mencakup cell-mediated dan humoral immunity; sel phagocyte; alveolar makrofag dan neutrofil. Bila koordinasi antar komponen berlangsung dengan baik maka mikroorganisme yang masuk dapat dikeluarkan dan infeksi tidak terjadi, tapi bila pertahanan ini gagal atau pertumbuhan mikroorganisme yang berlebihan atau mikroorganisme yang virulen maka pneumonia dapat terjadi. Patofisiologi terjadinya Ventilator Associated Pneumonia mengandung dua proses penting yaitu kolonisasi kuman aerodigestive dan aspirasi koloni kuman tersebut ke dalam saluran pernapasan. Alat-alat prosedur dan suportif yang invasive mempunyai kontribusi terjadinya VAP. Tindakan intubasi tidak hanya membuat barrier alami antara orofaring dan trakea tidak berfungsi tapi juga memfasilitasi masuknya mikroorganisme kedalam paru melalui pengumpulan dan terdorongnya secret yang terkontaminasi disekitar balon endotrakeal. Pasien-pasien dengan nasogastrik tube mempunyai disposisi terjadinya refluks gaster dan meningkatkan potensi terjadinya aspirasi. Sirkuit ventilator dan alat-alat terapi pernapasan dapat juga menjadi kontribusi terhadap patogenesis terjadinya VAP apabila telah terkontaminasi dengan mikroorganisme.

6. Diagnosis

Kriteria diagnosis ventilator associated pneumonia yang baku merupakan salah satu hal yang sangat penting dan sulit pada penanganan pasien kritis. Kriteria klinis yang banyak dipakai adalah berdasarkan American Collage of Chest Phycisian yang mendiagnosis VAP apabila

terdapat gambaran infiltrate baru dan menetap ditambah 1 dari criteria berikut: adanya mikroorganisme pathogen pada kultur sputum, kavitas pada gambaran radiology atau bukti histopatologi adanya pneumonia ; atau 2 dari criteria berikut : panas, leukositosis atau leucopenia dan sputum yang purulen. Dengan mempergunakan kriteria tersebut diagnosis VAP mempunyai sensitivitas 69% dan spesifitas 75%. Alternatif criteria klinis lain yang belakangan sering dipakai adalah Clinical Pulmonary Infection Score seperti yang terdapat pada tabel.

Tabel 2. Kriteria Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS)

Component	Value	Points
Temperature °C	>36.5 and < 38.4	0
	>38.5 and <38.9	1
	>39.0 and <36.0	2
Blood leukocytes per mm ³	>4000 and <11,000	0
	<4000 or >11,000	1
Tracheal secretions	Few	0
	Moderate	1
	Large	2
	Purulent	+1
Oxygenation PaO ₂ /Fio ₂ , mm Hg	>240 or presence of ARDS	0
	<240 and absence of ARDS	2
Chest radiograph	No infiltrate	0
	Patchy or diffuse infiltrate	1
	Localized infiltrate	2

Diagnosis mikroorganisme penyebab VAP pada dasarnya adalah hasil kultur resistensi tes dari specimen saluran pernafasan bagian bawah dengan cara pengambilan menggunakan metode noninvasif (aspirasi endotrakeal) maupun yang invasif yaitu Protected Specimen Brush (PSB) dan Bronhoalveolar Lavage (BAL). Pengambilan contoh specimen secara invasif bertujuan untuk menghindari kontaminasi mikroorganisme saluran pernafasan bagian atas. Hasil kultur dan resistensi tes dengan menggunakan ketiga cara tersebut di atas mempunyai nilai variabilitas yang tinggi.

Perbedaan pendapat masih terjadi sampai saat ini mengenai penggunaan metode invasif atau noninvasif dalam sample sputum dari saluran pernafasan. Perbedaan terfokus pada outcome pasien seperti lama perawatan di ICU, lama perawatan di rumah sakit, angka kematian dan biaya. Pengambilan sample sputum dengan cara noninvasif aspirasi endobronkial dapat dilakukan secara rutin untuk mendiagnosis VAP dengan hasil memadai, tetapi pada pasien yang lebih kritis atau tidak respon terhadap pemberian antibiotic secara empiric lebih baik menggunakan cara invasif (Sedono, 2007).

C. Pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)

- Pemahaman tentang patofisiologi penting untuk melakukan pencegahan terjadinya VAP. Pencegahan dapat dilakukan dengan dua cara

1. Strategi Nonfarmakologi

a. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan

Mencuci tangan telah direkomendasikan untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial. Cuci tangan adalah cara pencegahan infeksi yang paling penting. Cuci tangan harus selalu dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, walaupun memakai sarung tangan atau alat pelindung lainnya. Tujuan cuci tangan adalah menekan pertumbuhan bakteri pada tangan dan menurunkan jumlah kuman yang tumbuh dalam sarung tangan. Tujuan penggunaan sarung tangan adalah melindungi tangan dari kontak dengan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh, selaput lendir pasien dan benda yang terkontaminasi.

b. Posisi pasien dengan fowler (setengah duduk)

Pasien dengan ventilasi mekanik sebaiknya diposisikan fowler untuk mengurangi terjadinya aspirasi.

c. Hindari pemberian nutrisi enteral dengan volume besar

Lambung yang penuh harus dihindari untuk mencegah refluks dari lambung dengan cara mengurangi volume cairan nutrisi atau menggunakan kateter yang kecil langsung ke usus kecil. Volume yang diberikan mulai dari 50 cc sampai 200cc per 4 jam atau tergantung dari volume residual, bila jumlah residu >60 cc tunda pemberian enteral dan bila volume residual < 60 cc, coba enteral 25 cc per jam selama 4 jam. Hati-hati penggunaan narkotik dan anti kolinergik karena dapat

mengganggu pergerakan lambung dan usus dan melakukan monitoring volume residual lambung setelah pemberian nutrisi enteral. Dapat diberikan obat yang dapat meningkatkan pergerakan lambung dan usus seperti metoklopramid.

d. Intubasi oral

Intubasi nasal yang lama (lebih dari 48 jam) harus dihindari karena berhubungan dengan sinusitis nasal. Sinusitis dapat menjadi predisposisi terjadinya pneumonia melalui aspirasi sekret sinus yang sudah terkontaminasi ke dalam paru.

e. Pemeliharaan sirkuit ventilator

Sirkuit ventilator sebaiknya dimonitor secara rutin untuk menghindari kolonisasi mikroorganisme dengan cara melakukan desinfeksi ventilator dan sirkuitnya. Untuk sirkuit sebaiknya diganti setiap 24 jam, sedangkan botol humidifier disterilkan dengan otoklaf setiap 12 jam.

f. Penghisapan sekret subglotis

Penghisapan sekret subglotis secara terus menerus dapat dilakukan untuk mengurangi kolonisasi mikroorganisme, tekanan balon endotrakeal harus adekuat untuk menghindari masuknya sekret ke dalam paru.

g. Perubahan posisi pasien

- Perubahan posisi pasien dapat mengurangi VAP dengan jalan memperbaiki drainase sekret paru. Posisi yang baik adalah posisi fowler

dan dilakukan perubahan posisi miring kiri kanan dan telentang saban 4 jam dan disesuaikan dengan kondisi keadaan umum pasien.

h. Humidifikasi

Secara teori humidifikasi dapat menurunkan insiden VAP dengan cara meminimalisasi pertumbuhan kolonisasi dalam sirkuit ventilator. Humidifikasi adalah suatu tindakan untuk melembabkan udara inspirasi agar tidak terjadi pengentalan sputum sehingga mengakibatkan tersumbatnya jalan nafas. Tujuan humidifikasi adalah untuk melembabkan udara inspirasi, merangsang fungsi hidung kembali, dan mencegah pengentalan sputum.

2. Strategi farmakologi

a. Stress-ulcer prophylaxis

Peran pH lambung dalam terjadinya VAP masih menjadi kontroversi. Kolonisasi mikroorganisme di lambung meningkat dengan pemberian obat yang menurunkan pH lambung (histamine H₂ antagonis dan antasida), diduga hal itu dapat menjadi sumber mikroorganisme terjadinya VAP. Pemberian sukralfat pada lambung diketahui dapat mencegah terjadinya pendarahan lambung tanpa menurunkan pH lambung. Beberapa penelitian menunjukkan pemberian sukralfat mempunyai insiden VAP yang lebih rendah dibandingkan dengan pemberian H₂ antagonis. Kedua jenis obat tersebut tetap direkomendasikan untuk pencegahan pendarahan lambung, pemilihan di antara keduanya tergantung pada keuntungan dan kerugiannya.

b. Antibiotik profilaksis

Penggunaan antibiotik aerosol untuk mencegah VAP karena tidak terbukti mempunyai efektifitas dan dapat menimbulkan resistensi antibiotic. Penggunaan antibiotic intravena berspektrum luas untuk pencegahan VAP juga tidak di rekomendasikan.

c. Chlorhexidine oral

Chlorhexidine adalah cairan antiseptik yang banyak digunakan oleh dokter gigi untuk mengontrol terjadinya plaque gigi. Mikroorganisme yang melekat pada plaque gigi dapat juga menjadi penyebab VAP. Pemakaian Chlorhexidine oral dapat menurunkan insiden VAP.

Berikut ini gambar mengenai pencegahan terjadinya VAP



Gambar 1 Penanganan jalan nafas, sirkuit ventilator dan penanganan sekresi dalam mencegah terjadinya VAP³

17. Enteral versus parenteral nutrition
18. Timing and pH of enteral nutrition
19. Immune-enhancing enteral nutrition
20. Route of enteral feeding
21. Gastrointestinal motility agents
22. Body position
23. Stress ulcer prophylaxis
24. Prophylactic antibiotics including selective decontamination of the digestive tract

2. Strategi penanganan VAP di rumah sakit

Bundle ventilator

Institute for Healthcare Improvement, sebuah organisasi non profit mengkampanyekan pencegahan VAP dengan Bundle ventilator. Bundle merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan secara bersama sehingga lebih memperbaiki hasil jika dibandingkan dengan tindakan yang dilakukan secara sendiri-sendiri. Bundle ventilator mempunyai 4 komponen yaitu:

1. Elevasi kepala antara 30-45 derajat
2. Evaluasi penggunaan sedasi dan penilaian untuk segera ekstubasi.
3. Pencegahan tukak lambung
4. Pencegahan thrombosis vena dalam

D. Ventilasi Mekanik

1. Definisi Ventilator (Ventilasi Mekanik)

Ventilasi Mekanik adalah suatu alat bantu mekanik yang memberikan bantuan nafas dengan cara memberikan tekanan positif melalui jalan nafas buatan. (Rokhaeni, 2001).

2. Tujuan Pemasangan Ventilasi Mekanik

Menurut Nasution (2002) dalam melaksanakan tindakan pemasangan ventilasi mekanik perawat harus mengetahui beberapa tujuan dari pemasangan tersebut antara lain :

- a. Memberikan kekuatan mekanis pada sistem paru untuk mempertahankan ventilasi yang fisiologis.
- b. Untuk memperbaiki efisiensi ventilasi dan oksigenasi.
- c. Mengurangi kerja otot jantung dengan jalan mengurangi kerja nafas.

3. Indikasi Pemasangan Ventilasi Mekanik

Ventilasi mekanik dipakai pada keadaan penderita yang mengalami gagal nafas yang disebabkan oleh penyebab dari paru maupun dari luar paru. Kriteria pemakaian ventilasi mekanik adalah bila terjadi gangguan salah satu dari mekanik, oksigenasi atau ventilasi dari pernafasan. (Chandra, 1999).

E. Teknik perawatan ventilasi mekanik

a. Perawatan jalan nafas

Ventilasi tekanan positif kontinu meningkatkan pembentukan sekresi apapun kondisi klien yang mendasari:

- 1) Perawat harus mengidentifikasi adanya sekresi dengan auskultasi paru sedikitnya 2-4 jam.
- 2) Tindakan perawatan untuk jalan nafas terdiri dari
 - a) Humidifikasi adalah suatu tindakan untuk melembabkan udara inspirasi agar tidak terjadi pengentalan sputum sehingga mengakibatkan tersumbatnya jalan nafas. Semua udara dialirkan ke ventilasi mekanik melalui air dalam humidifier, dihangatkan dan dijenuhkan. Kewaspadaan dianjurkan karena lama dan tingginya suhu inhalasi yang dapat menyebabkan luka bakar trakea. Bahaya humidifier yang kering akan menimbulkan kekeringan jalan nafas yang selanjutnya mengentalkan mukosa ketidakmampuan untuk menghisap sekresi. Pengontrolan terhadap air yang ada dalam humidifier satu kali dalam 24 jam. Penentuan kelembaban jalan nafas buatan yang adekuat berdasarkan konsistensi dan jumlah sekresi embun yang terlihat pada sirkuit atau slang ventilasi ke klien.
 - b) Tindakan membuang sekret atau pengisapan sekret
Penghisapan dilakukan hanya bila diperlukan, karena tindakan ini memajukan klien pada resiko hipoksemia, atelektasis, infeksi dan

aspirasi. Dan penghisapan dilakukan bila ronkhi terdengar atau sekret terdengar saat pernafasn. Hal-hal yan perlu diperhatikan dalam penghisapan sekret ini adalah:

- (2) Penghisapan dilakukan dengan teknik aseptik
- (3) Batas penghisapan tidak boleh lebih dari 10 detik agar tidak terjadi kolaps paru.
- (4) Kateter suction harus lunak ujungnya tumpul dan diameternya $\frac{1}{3}$ bagian diameter tube (ETT)
- (5) Hiperoksigenasi klien dengan oksigen 100% menggunakan ventilasi mekanik.
- (6) Hati-hati memasukan slang kateter steril sejauh mungkin dalam jalan nafas tanpa menjalankan mesin penghisap, setelah menyentuh karina tarik 1-2 cm dan lakukan penghisapan terus menerus sambil diputar dan diangkat kateternya.
- (7) Catat dalam formulir yang telah disediakan seperti konsistensi, jumlah, warna dan bau sekret.

b. Perawatan selang endotrakeal atau trakeostomie

- 1) Semua selang endotrakeal harus dipasang dengan aman untuk mencegah pergerakan selang. Dimana selang ventilasi mekanik diposisikan sedemikian rupa sehingga hanya sedikit kemungkinan tertarik atau penyimpangan selang dari trakea.
- 2) Perawatan trakeostomie dilakukan sedikitnya setiap 8 jam

3) Oral hygiene dilakukan setiap hari, ini merupakan kesempatan untuk melihat kulit hidung dan mulut terhadap adanya kerusakan jaringan. Oral hygiene ini penting dilakukan karena rongga mulut merupakan sumber utama kontaminasi paru-paru pada klien yang diintubasi dengan keadaan klien yang lemah.

4) Tekanan Cuff ETT

Tekanan cuff ini dimonitor setiap shift untuk mencegah kelebihan distensi dan kelebihan tekanan pada dinding trakea. Tindakan pengempasan cuff dilakukan setelah penghisapan trakea dan orofaring. Dan pengumpulan sekret diatas cuff dialirkan kemulut dan tidak diaspirasi.

5) Klien juga diposisikan dengan kepala dinaikkan lebih tinggi dari perut untuk mengurangi potensial aspirasi isi lambung.

6) Tukar selang ventilator setiap 24 jam.

c. Perawatan Gastro Intestinal

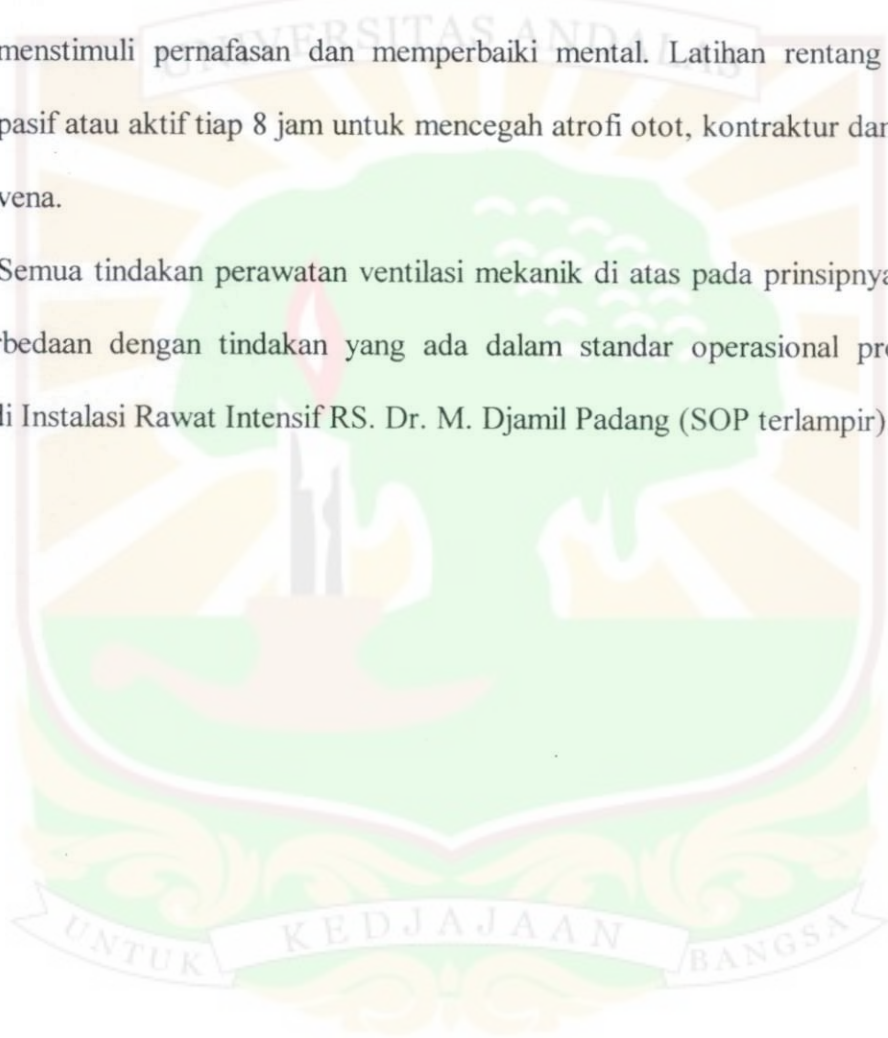
Mempertahankan hambatan asam lambung alami dalam lambung berperan utama dalam penurunan insiden dan mortalitas pneumonia nosokomial. Klien dengan intubasi mempunyai kecenderungan meningkatnya pneumonia nosokomial. Ini merupakan infeksi umum, dan faktor yang menimbulkan pneumonia nosokomial adalah kolonisasi oroparingeal, kolonisasi gastrik, aspirasi dan gangguan pertahanan paru. Penggunaan antasida atau bloker H2 spektrum luas untuk melindungi

terhadap stres pernapasan pada klien dengan ventilasi mekanik dengan terlebih dahulu berkolaborasi dengan tim medis.

d. Peningkatan tingkat mobilitas optimal

Mobilitas klien terbatas karena dihubungkan dengan ventilasi mekanik. Mobilitas dan aktivitas otot sangat bermanfaat karena menstimuli pernafasan dan memperbaiki mental. Latihan rentang gerak pasif atau aktif tiap 8 jam untuk mencegah atrofi otot, kontraktur dan stasis vena.

Semua tindakan perawatan ventilasi mekanik di atas pada prinsipnya tidak ada perbedaan dengan tindakan yang ada dalam standar operasional prosedur (SOP) di Instalasi Rawat Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang (SOP terlampir).



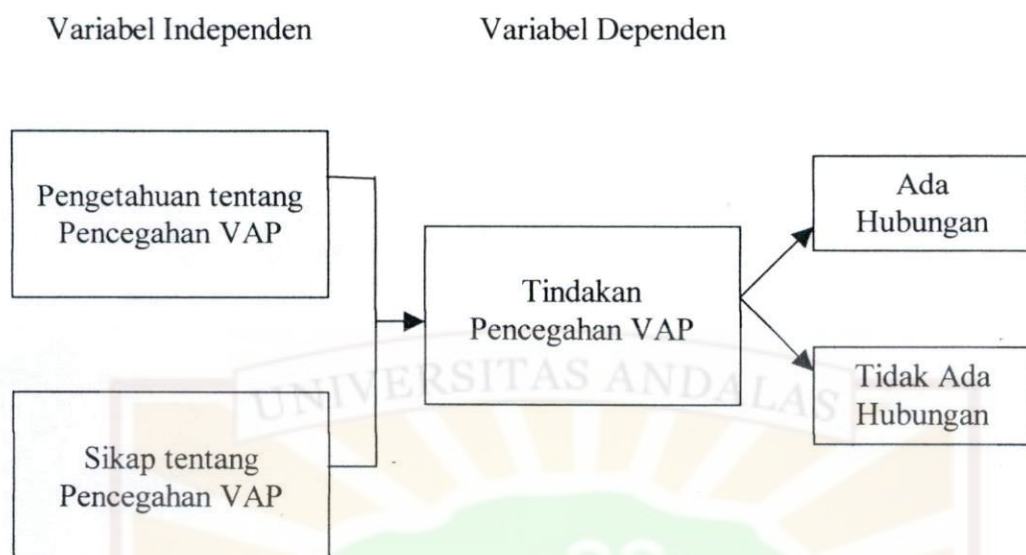
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL

A. Kerangka Konseptual

Pneumonia Nosokomial khususnya VAP merupakan infeksi nosokomial yang paling sering terjadi di ruang rawat intensif. Terdapat beberapa faktor resiko yang menyebabkan terjadinya pneumonia nosokomial, tetapi faktor resiko utama adalah lama pemakaian ventilator mekanik dan reintubasi. Perawat adalah tenaga kesehatan yang memberikan perawatan langsung pada pasien yang menggunakan ventilator maka perawat perlu melakukan tindakan pencegahan infeksi nosokomial pneumonia. Teori Bloom (1908 cit Notoatmodjo 2007b), tindakan perawat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap. Pengetahuan dan sikap merupakan komponen penting dalam membentuk perilaku seseorang.

Pengetahuan yang baik didukung oleh sikap yang positif, diharapkan perawat Unit Perawatan Intensif dapat melakukan tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) dimana setiap melakukan tindakan perawatan ventilasi mekanik sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada. Sedangkan sikap adalah respon atau reaksi perawat dalam melakukan tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia*(VAP). Berdasarkan tujuan yang ingin diperoleh dari penelitian ini, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



B. Hipotesis

Ho1 : Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan VAP

Ha1 : Ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan VAP

Ho2 : Tidak ada hubungan antara sikap dengan tindakan pencegahan VAP

Ha2 : Ada hubungan antara sikap dengan tindakan pencegahan VAP

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross-sectional* untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP), dimana variabel-variabel yang diteliti, diamati atau dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan September 2008 sampai Februari 2009. Pengumpulan data dilakukan tanggal 16 sampai 31 Januari 2009. Tempat penelitian adalah Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah semua perawat yang melakukan perawatan langsung pada pasien di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang yang berjumlah 25 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah semua perawat yang melakukan perawatan langsung pada pasien di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang. Sampel merupakan total sampling dengan :

Kriteria Inklusi :

- a. Bersedia jadi responden.
- b. Berada di tempat saat penelitian dilakukan.
- c. Sudah dilakukan pembinaan atau pelatihan internal konsep dasar ICU dan perawatan ventilasi mekanik

Kriteria Eklusi :

- a. Tidak bersedia jadi responden.
- b. Sakit, alfa, cuti dan pendidikan lebih dari 14 hari selama masa pengumpulan data.
- c. Belum dilakukan pembinaan atau pelatihan internal konsep dasar ICU dan perawatan ventilasi mekanik

D. Definisi Operasional

Variabel independen pada penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap perawat tentang pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP). Sedangkan variabel dependen adalah tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP).

Tabel 3. Variabel Independen

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
1.	Pengetahuan	Semua yang diketahui dan dipahami oleh perawat tentang pencegahan VAP meliputi pengertian, etiologi, kriteria diagnosis, faktor resiko, dampak, tindakan pencegahan.	Kuesio- ner	Ordinal	- tinggi : Jika nilai $P > 75\%$ - rendah : Jika nilai $P \leq 75\%$
2	Sikap	Reaksi atau respon perawat terhadap pencegahan VAP.	Kuesio- ner	Ordinal	Positif : jika skor sikap sampel \geq median Negatif: jika skor sikap sampel $<$ median

Tabel 4. Variabel Dependen

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
1.	Tindakan	Kemampuan atau keterampilan perawat dalam melakukan tindakan pencegahan VAP.	Observasi	Ordinal	Baik: jika $\geq 80\%$ kritikal prosedur dilaksanakan Kurang: jika $< 80\%$ kritikal prosedur tidak dilaksanakan

E. Teknik Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan mencakup karakteristik responden tentang data demografi umum, pengetahuan, dan sikap serta observasi tindakan secara langsung terhadap tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP).

1. Instrumen pengumpulan data

Peneliti menggunakan instrumen pengumpulan data berbentuk kuesioner dan lembar observasi. Kuesioner digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan dan sikap perawat tentang tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) dengan bentuk pernyataan multiple choice untuk variabel pengetahuan dan bentuk pernyataan dengan menggunakan skala likert untuk variabel sikap dengan alternatif jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Kuesioner dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan sumber yang didapat. Lembaran observasi digunakan untuk mengetahui tindakan perawat dalam melakukan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) dengan teknik ceklist dengan penilaian dilakukan mendapat nilai 1 (satu) dan tidak dilakukan mendapat nilai 0 (nol). Lembaran observasi dikembangkan berdasarkan SOP yang berlaku baik di ICU maupun di RS Dr. M. Djamil Padang.

2. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data yang dapat digunakan dalam penelitian terdiri dari 2 yaitu : observasi dan kuesioner.

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Observasi

Observasi dilakukan pada tindakan pencegahan infeksi nosokomial pneumonia dilakukan sebagai berikut :

- 1) Dilakukan oleh peneliti sendiri.

- 2) Observasi dilakukan di Unit Perawatan Intensif
- 3) Observasi dilakukan pada siklus dinas pagi dengan lama waktu 2 jam untuk masing-masing responden dan satu kali untuk masing-masing responden.
- 4) Observasi dilakukan sebelum penyebaran kuesioner.

b. Kuesioner

Dalam menyebarkan kuesioner dapat dilakukan sendiri. Metode pengumpulan data dengan kuesioner dilakukan sebagai berikut :

- 1) Kuesioner diisi setelah observasi dilakukan terlebih dahulu.
- 2) Sebelum pengisian kuesioner responden diberitahu dan diberi penjelasan mengenai tujuan penelitian dan petunjuk pengisian kuesioner.
- 3) Responden menandatangani informed consent bila bersedia.
- 4) Responden diberi kesempatan untuk bertanya sepanjang tidak mempengaruhi substansi jawaban.
- 5) Lama waktu pengisian kuesioner 25 menit.
- 6) Responden yang telah mengisi kuesioner dan diperbolehkan untuk mengembalikannya pada peneliti.
- 7) Responden dipersilahkan melanjutkan tugasnya.

F. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan secara manual dan komputerisasi.

Langkah-langkah pengolahan data sebagai berikut (Budiarto, 2002) :

a. Editing (Pemeriksaan Data)

Semua kuesioner yang telah diisi diperiksa kembali semua jawaban kuesioner tersebut, apakah semua pertanyaan sudah terjawab dengan sempurna, kegiatan ini bertujuan untuk menjaga kualitas data, kebenaran data dan kelengkapan data agar dapat diproses lebih lanjut.

b. Coding (pengkodean data)

Setelah semua kuesioner diperiksa maka masing-masing kuesioner diberi kode, dimana untuk variabel pengetahuan jawaban yang benar diberi nilai (satu) dan jawaban yang salah diberi nilai 0 (nol), variabel sikap untuk pernyataan positif alternatif jawaban sangat setuju (SS) diberi nilai (4), setuju(S) diberi nilai (3), tidak setuju (TS) diberi nilai (2), sangat tidak setuju (STS) diberi nilai (1) dan untuk pernyataan negatif jawaban sangat setuju (SS) diberi nilai (1), setuju(S) diberi nilai (2), tidak setuju (TS) diberi nilai (3), sangat tidak setuju (STS) diberi nilai (4). Dan untuk variabel tindakan, tiap tindakan dilaksanakan dengan benar diberi nilai (1) dan tidak dilaksanakan diberi nilai 0(nol). Kegiatan ini bertujuan untuk mengklafikasikan jawaban tertentu secara mutuality exclusive (tidak tumpang tindih).

c. Entry (memasukkan data)

Memasukkan data yang telah diberi kode ke dalam seperangkat alat berupa master tabel. Dalam pengisian disesuaikan dalam pengolahan data.

d. Cleaning (membersihkan data)

Melakukan pengecekan dan membersihkan data kembali dari kelebihan-kelebihan saat memasukkan data ke dalam master tabel misalnya pengecekan ulang ke kuesioner.

2. Analisa data

Analisa data dilakukan secara bertahap yaitu analisa univariat dan bivariat.

a. Analisa univariat

Analisa univariat yaitu seluruh variabel yang akan digunakan dalam analisis dilakukan tabulasi frekuensi.

1) Pengetahuan

Variabel pengetahuan diajukan dengan menggunakan daftar pertanyaan tentang tindakan pencegahan infeksi nosokomial pneumonia.

Perhitungan dilakukan dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Proporsi

f : Frekuensi jawaban responden

N : Jumlah soal

Setelah didapat nilai P, selanjutnya dilakukan interpretasi sebagai berikut : tinggi jika nilai P : >75%, dan rendah jika nilai P : ≤ 75%

2) Sikap

Ketentuan skor untuk sikap dengan menggunakan skala likert yaitu :

Untuk menginterpretasi data dilakukan dengan menggunakan nilai tengah (median) dengan rumus :

$$\text{Median} = \frac{\text{min} + \text{max}}{2}$$

Keterangan :

$$\text{Min} : \sum \text{item} \times 1$$

$$\text{Max} : \sum \text{item} \times 4$$

Selanjutnya hasil skor total responden (x) dibandingkan dengan skor median dengan interpretasi sebagai berikut :

$$X \geq \text{me} = \text{sikap positif}$$

$$X < \text{me} = \text{sikap negatif}$$

3) Tindakan

Tiap tindakan yang dilaksanakan dengan benar diberi nilai 1 dan nilai 0 untuk tindakan yang tidak dilaksanakan. Tindakan yang diobservasi ditandai dengan tanda bintang dan nilai masing-masing yang diobservasi dijumlahkan dibagi dengan banyaknya tindakan yang diobservasi dikali 100%.

Rumus yang digunakan

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Proporsi

f : Frekuensi jawaban responden

N : Jumlah tindakan

Untuk variabel dependen tindakan pencegahan *Ventilator*

Assocated Pneumonia (VAP), hasil ukurnya adalah :

Baik : jika $\geq 80\%$ kritikal prosedur dilaksanakan

Kurang : jika $< 80\%$ kritikal prosedur tidak dilaksanakan.

b. Analisa bivariat

Analisa bivariat dilakukan pada dua variabel untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Analisa ini bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan diantara kedua variabel tersebut dengan menggunakan uji statistik chi-square dengan derajat kepercayaan 95% ($p < 0,05$) dengan ketentuan bermakna apabila $P < 0,05$ dan tidak bermakna bila $P > 0,05$. (Dahlan, 2004)

Dengan menggunakan rumus :

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

X^2 : Chi-square

O : Observasi (nilai yang diamati)

E : Expected (nilai yang diharapkan)

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Penelitian

Penelitian dilakukan di RS. Dr. M. Djamil Padang dari tanggal 16 sampai 31 Januari 2009 pada Unit Perawatan Intensif dengan jumlah responden 25 orang, sesuai dengan perencanaan. Penelitian dilakukan dengan observasi pada 53 kritikal prosedur tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) sesuai dengan SOP di RS. Dr. M. Djamil Padang dan memberikan kuesioner pengetahuan yang berisi 15 pertanyaan serta kuesioner sikap dengan 15 pernyataan terhadap tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP).

Data karakteristik responden didapat 3 orang (12%) tamatan S1, dengan rincian 2 orang S1 Keperawatan dan 1 orang S1 Kesehatan Masyarakat, 21 orang (84%) tamatan DIII, dan hanya 1 orang (4%) tamatan SPK. Berdasarkan masa dinas responden di ICU, diketahui bahwa 8 orang (32%) sudah berdinas > 5 tahun sedangkan 17 orang lainnya (68%) baru berdinas 1 – 5 tahun. Responden yang mendapatkan pelatihan lanjut tentang perawatan ventilasi mekanik berjumlah 17 orang (68%) dan sisanya 8 orang (32%) baru mendapatkan pelatihan dasar. Penyebaran kuesioner dilakukan setelah responden di observasi pada hari yang sama atau 1 hari setelah observasi.

B. Analisa Univariat

1. Pengetahuan perawat tentang tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)

Distribusi frekuensi pengetahuan perawat di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang tentang tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) sesuai dengan tabel berikut :

Tabel 5. Distribusi frekuensi pengetahuan perawat tentang tindakan pencegahan VAP di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009

No	Pengetahuan Perawat	Jumlah	%
1	Tinggi	15	60
2	Rendah	10	40
Jumlah		25	100

Dari Tabel 5, dapat dilihat bahwa lebih dari separuh responden (60%) memiliki pengetahuan tinggi tentang pencegahan VAP.

2. Sikap perawat tentang tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)

Distribusi frekuensi sikap perawat di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang tentang tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) sesuai dengan tabel berikut :

Tabel 6. Distribusi frekuensi sikap perawat tentang tindakan pencegahan VAP di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009

No	Sikap Perawat	Jumlah	%
1	Positif	18	72
2	Negatif	7	28
Jumlah		25	100

Dari Tabel 6, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden (72%) memiliki sikap positif tentang pencegahan VAP.

3. Tindakan perawat dalam pencegahan VAP

Distribusi frekuensi tindakan perawat di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang dalam pencegahan VAP sesuai dengan tabel berikut :

Tabel 7. Distribusi frekuensi tindakan perawat dalam pencegahan VAP di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009

No	Tindakan Perawat	Jumlah	%
1	Sesuai SOP	15	60
2	Tidak Sesuai SOP	10	40
Jumlah		25	100

Dari Tabel 7, dapat dilihat bahwa lebih dari separuh responden (60%) melakukan tindakan pencegahan VAP sesuai SOP.

A. Analisa Bivariat

Data yang telah diperoleh diolah dengan menggunakan statistik uji *chi-square* untuk melihat hubungan variabel independen dengan variabel dependen dengan tingkat kemaknaan 95% atau $p < 0,05$.

1. Hubungan pengetahuan dengan tindakan pencegahan VAP

Tabel 8. Hubungan pengetahuan perawat dengan tindakan pencegahan VAP di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009

Pengetahuan	Tindakan pencegahan				Total	
	Sesuai SOP		Tidak Sesuai SOP		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Tinggi	12	80	3	20	15	100
Rendah	3	30	7	70	10	100
Jumlah	15	60	10	40	25	100

$p = 0,034$

Dari Tabel 8, dapat dilihat bahwa dari 15 responden yang berpengetahuan tinggi tentang tindakan pencegahan VAP yang bertindak sesuai SOP sebanyak 12 responden (80%). Selanjutnya dari 10 responden yang berpengetahuan rendah tentang pencegahan VAP yang bertindak tidak sesuai SOP adalah sebanyak 7 responden (70%).

Dari hasil uji statistik *chi-square* didapatkan nilai $p < 0,05$ dengan demikian terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat dengan tindakan pencegahan VAP, berarti Hipotesis Nol (H_0) ditolak.

2. Hubungan sikap dengan tindakan pencegahan VAP

Tabel 9. Hubungan sikap perawat dengan tindakan pencegahan VAP di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009

Sikap	Tindakan pencegahan				Total	
	Sesuai SOP		Tidak Sesuai SOP		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Positif	14	77,8	4	22,2	18	100
Negatif	1	14,3	6	85,7	7	100
Jumlah	15	60	10	40	25	100

p = 0,007

Dari Tabel 9, dapat dilihat bahwa dari 18 responden yang bersikap positif tentang tindakan pencegahan VAP yang bertindak sesuai SOP sebanyak 14 responden (77,8%). Selanjutnya dari 7 responden yang bersikap negatif terdapat 6 responden (85,7%) yang bertindak tidak sesuai dengan SOP.

Dari hasil uji statistik *chi-square* didapatkan nilai $p < 0,05$ dengan demikian terdapat hubungan yang bermakna antara sikap perawat dengan tindakan pencegahan VAP. Berarti Hipotesis Nol ditolak.



BAB VI

PEMBAHASAN

A. Pengetahuan Perawat tentang Tindakan Pencegahan VAP

Hasil penelitian pada Tabel 5 memperlihatkan bahwa dari 25 responden, yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang tindakan pencegahan VAP berjumlah 15 orang (60%) dan yang mempunyai pengetahuan rendah 10 orang (40%). Artinya sebagian besar pengetahuan responden tinggi dikarenakan 21 (84%) responden berpendidikan DIII keperawatan dan telah mendapatkan pelatihan lanjut 17 orang (68%). Sesuai dengan teori Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan menghasilkan pengetahuan yang tinggi pula, ditambah lagi dengan bidang pendidikan yang sejalan dengan pengetahuan yang diharapkan, walaupun berpendidikan tinggi perlu sekali diadakan penyegaran dan pelatihan bagi perawat agar pengetahuan perawat dapat ditingkatkan melalui proses belajar (Lembaga Administrasi Negara 1998 dalam Julita, 2002).

Jika ditelusuri lebih mendalam, seperti pertanyaan tentang pengertian VAP pada konsep VAP dan tentang tindakan pencegahan, pengertian cuci tangan serta penggunaan sarung tangan pada pengetahuan pencegahan VAP semua responden menjawab dengan benar, berarti semua responden sudah mengetahui dengan baik. Untuk pertanyaan tentang faktor resiko, kriteria diagnosa, pengaturan posisi, perawatan jalan nafas dan penghisapan sekret hampir semua responden dapat menjawab. Sebaliknya pertanyaan yang banyak dijawab tidak

benar oleh responden yaitu pertanyaan tentang permasalahan VAP terhadap rumah sakit dan peningkatan mobilitas klien dengan ventilasi mekanik. Hal ini disebabkan karena membutuhkan analisa lebih lanjut dimana hampir semua pernyataan jawaban benar, disini dibutuhkan ketelitian dari responden. Pada dasarnya inilah fungsi perawatan khusus di Unit Perawatan Intensif yang membedakannya dengan ruangan lain. Untuk pertanyaan tentang *early onset pneumonia* mikroorganisme penyebab VAP yang termasuk gram positif, semua responden salah menjawabnya. Hal ini disebabkan karena pertanyaan yang terlalu sulit dan responden belum terpapar dengan hal ini pada saat pelatihan dasar ICU.

Menurut Bloom (dalam Notoatmodjo, 2007) bahwa pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Hal tersebut juga sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan yang dimiliki perawat tentang tindakan pencegahan VAP sesuai SOP, walaupun sebenarnya pendidikan, pelatihan dan pengalaman mereka sama. Hal ini terbukti dengan adanya 21 orang yang berpendidikan DIII keperawatan tidak semua berpengetahuan tinggi tentang tindakan pencegahan VAP. Jika dilihat dari segi pengalaman kerja tidak semua responden yang mempunyai pengalaman kerja lebih dari 5 tahun yang berpengetahuan tinggi tentang tindakan pencegahan VAP. Masih ada responden yang pengalaman kerjanya di Unit Perawatan Intensif kurang dari 5 tahun tetapi berpengetahuan tinggi dari responden yang sudah lebih 5 tahun bekerja sesuai SOP pada klien dengan ventilasi mekanik.

Membandingkan dengan penelitian sebelumnya oleh Deliwati (2008) tentang hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan tindakan perawatan ventilasi mekanik, melaporkan bahwa pengetahuan responden di Unit Perawatan Intensif tentang perawatan ventilasi mekanik lebih dari separuhnya juga berpengetahuan tinggi.

B. Sikap Perawat tentang Tindakan Pencegahan VAP

Hasil penelitian Tabel 6 memperlihatkan bahwa dari 25 orang responden sebagian besar (72%) memiliki sikap positif. Banyaknya responden yang bersikap positif dalam hal tindakan pencegahan VAP ini dipengaruhi oleh telah sampainya tingkatan sikap responden pada tahap bertanggung jawab (*responsible*) dan meningkatnya sikap juga berkaitan dengan waktu. Pernyataan ini didasarkan pada masa kerja perawat di ICU yang hampir semuanya lebih dari 1 tahun dan 8 diantaranya lebih dari 5 tahun, maka akan terbentuknya sikap yang positif dalam diri perawat itu sendiri dan menimbulkan dorongan untuk memberikan yang terbaik karena telah lamanya terpapar pada klien dengan tindakan ventilasi mekanik.

Berdasarkan hasil kuesioner penelitian ini, di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang ditemui kegagalan sikap responden terhadap tindakan pencegahan VAP. Dari 25 responden, sebagian kecil (28%) masih bersikap negatif tentang tindakan pencegahan VAP. Dilihat dari kuesioner lebih dari separuh responden tidak secara tegas menyetujui pernyataan tentang tindakan perawatan selang ETT dan perawatan jalan nafas. Artinya perawat kurang

bersikap profesional dalam menggunakan ilmu pengetahuan dan keterampilan teknis yang dimilikinya. Hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya keyakinan untuk melakukan suatu tindakan dan kebiasaan yang tidak peduli atau cuek terhadap perubahan-perubahan yang terjadi disekitarnya (Sobur, 2003).

Pendapat Levin (dalam Notoatmodjo, 2007) mengatakan bahwa pendidikan formal yang diterima seseorang untuk memahami sesuatu juga dipengaruhi sikap seseorang dalam melakukan tindakan. Selain hal diatas yang mempengaruhi sikap adalah emosi atau perasaan (Irwanto, 2002).

Untuk perawatan mobilitas dan perawatan gastro intestinal di Unit Perawatan Intensif sangat terbatas. Pernyataan sikap memang lebih banyak tentang perawatan jalan nafas dan perawatan ETT, sedangkan tentang mobilitas dan gastro intestinal lebih sedikit. Hal ini mengingat sikap lebih diarahkan pada masalah-masalah yang mengancam kehidupan, maka pernyataan sikap ini dalam kuesioner tidak banyak jumlahnya. Seandainya jumlah pernyataan lebih banyak tidak tertutup kemungkinan responden bersikap positif atau negatif tentang ini. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Deliwati (2008) tentang hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan tindakan perawatan ventilasi mekanik, ditemukan perawat yang bersikap positif sebanyak 65,4%.

Sikap ini dapat dimotivasi setelah adanya pengertian atau pengetahuan tentang apa yang dilakukannya adalah benar atau disikapi positif (Notoadmodjo, 2003), seperti pengetahuan tentang penyebab VAP yang termasuk gram positif rendah, ternyata sikap terhadap perawatan jalan nafas juga negatif.

C. Tindakan Perawat tentang Pencegahan VAP

Hasil penelitian pada Tabel 7, memperlihatkan bahwa dari 25 responden yang bertindak sesuai SOP dalam pencegahan VAP sebanyak 15 orang (60%). Hal ini memperlihatkan bahwa lebih dari separuh perawat dalam tindakan pencegahan VAP masih memperhatikan SOP yang berlaku di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang. Menurut Yusuf (2002) bahwa tindakan seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap yang dimilikinya, jika individu mempunyai pengetahuan tinggi maka sikapnya akan cenderung baik dan disertai tindakan yang benar. Artinya pengetahuan sangat berperan penting dalam perilaku seseorang, namun apabila pengetahuan yang tinggi dalam prakteknya masih rendah maka dapat diartikan bahwa peningkatan pengetahuan tidak diimbangi dengan perubahan atau peningkatan perilaku. Tindakan perawat yang baik didapat dari pengetahuan serta pelatihan sehingga dapat bekerja sesuai dengan standar operasional prosedur. Dalam memberikan asuhan keperawatan perawat wajib mengacu pada SOP yang berlaku (Moenir, 2000).

Namun dalam hal tindakan pencegahan VAP masih terdapat responden yang bertindak tidak sesuai SOP. Berdasarkan pengamatan yang peneliti lakukan, menunjukkan masih ada responden yang tidak melakukan prosedur yang penting pada tindakan pencegahan VAP misalnya : responden tidak melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan dan tidak menggunakan sarung tangan steril waktu melakukan penghisapan sekret pada pasien yang terpasang ventilator. Mencuci tangan dan pemakaian sarung tangan steril pada saat melakukan penghisapan sekret telah direkomendasikan untuk mencegah terjadinya VAP

(Sedono, 2007). Cuci tangan adalah cara pencegahan infeksi yang paling penting. Cuci tangan harus selalu dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, walaupun memakai sarung tangan atau alat pelindung lainnya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Widiawati (2006) tentang analisis perilaku perawat terhadap pelaksanaan Kewaspadaan Universal di IRNA C Penyakit Dalam RS. DR. M. Djamil Padang jika dilihat dari pengetahuan responden tentang cuci tangan dikategorikan tinggi dengan jumlah 80%, sikap terhadap cuci tangan dikategorikan positif dengan persentase 75,5%, sementara tindakan terhadap cuci tangan dikategorikan 100% tidak sesuai SOP.

D. Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Tindakan pencegahan Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Hasil penelitian tentang hubungan pengetahuan dengan tindakan pencegahan VAP didapatkan dari 15 responden berpengetahuan tinggi sebanyak 12 orang (80%) yang bertindak sesuai SOP dalam pencegahan VAP dan disisi lain masih ada 3 orang (20%) belum sesuai SOP. Hasil statistik didapatkan nilai $p = 0,034$ maka terlihat bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat dengan tindakan pencegahan VAP.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2007) yang mengatakan bahwa perilaku individu cenderung dipengaruhi oleh pengetahuan dan keinginan. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki individu tidak selalu akan menjamin individu tersebut akan bertindak atau berperilaku benar. Terbukti dari hasil observasi peneliti yang menunjukkan bahwa

responden yang berpengetahuan tinggi masih melakukan tindakan pencegahan VAP tidak sesuai SOP misalnya responden tidak melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien yang terpasang ventilator. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor eksternal yaitu kurang tersedianya sarana untuk cuci tangan, dari observasi terlihat kurangnya sarana pengering tangan seperti handuk hanya satu yang dipakai bersama dan penggantian handuk tersebut hanya satu kali sehari. Sementara sarana air mengalir (kran air bersih) untuk diruang ICU cukup memadai. Selain faktor eksternal ada juga faktor internal individu itu sendiri (motivasi instrinsik) (Notoadmodjo, 2003) seperti belum membiasakan diri untuk cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Hal ini juga ditegaskan oleh Saanin (2006) tangan berperan penting pada infeksi silang dan mencuci tangan adalah satu-satunya tindakan terpenting untuk mencegah infeksi nosokomial, sayangnya disiplin mencuci tangan pada perawat dan dokter sangat buruk.

Dari 10 responden yang berpengetahuan rendah, 7 orang (70%) juga melakukan tindakan pencegahan VAP tidak sesuai SOP. Ini sesuai dengan pendapat Maimunah (2000) yang mengatakan tinggi rendahnya pengetahuan seseorang akan mempengaruhi kemampuan dan kualitas orang tersebut dalam bertindak. Hal ini dapat dilihat dari pengetahuan perawat tentang pencegahan VAP dan pelaksanaan standar operasional prosedur yang tidak tepat. Dibuktikan dengan tidak mampunya responden menjawab pertanyaan-pertanyaan mendasar tentang tindakan pencegahan VAP. Tiga responden (30%) dari 10 responden yang berpengetahuan rendah bertindak sesuai SOP. Menurut Ilyas (2001) semakin lama bekerja akan memperbanyak pengalaman seseorang sehingga kecakapan kerja

semakin baik. Hal ini dapat dilihat 2 dari 3 responden ini memang sudah bekerja lebih dari 5 tahun. Pengalaman yang diperoleh seseorang itu dapat mempengaruhi kemampuannya dalam melakukan suatu tindakan. Satu responden lagi mempunyai masa kerja 1-5 tahun dapat bertindak sesuai SOP, artinya responden tersebut mampu melakukan tindakan yang benar dengan meniru tindakan yang dilakukan orang lain dan rajin membaca SOP yang ada di ruangan meskipun ilmu pengetahuannya tentang tindakan pencegahan VAP rendah.

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan. Suatu tindakan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada tindakan yang tidak didasari oleh pengetahuan. Perilaku seseorang akan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, niat, kehendak motivasi dan keinginan) faktor pendorong (sikap dan tindakan atasan, teman sejawat dan tim kesehatan yang terkait) dan faktor pendukung (ketersediaan sumber dan fasilitas).

Dengan pengetahuan yang tinggi tentang tindakan pencegahan VAP akan memberi pedoman saat melakukan tindakan sesuai dengan SOP. Pengetahuan yang tinggi tentang tindakan pencegahan VAP merupakan dasar untuk melakukan tindakan yang baik, sehingga akan dapat meminimalkan terjadinya VAP.

E. Hubungan Sikap Perawat dengan Tindakan pencegahan Ventilator Associated Pneumonia (VAP).

Dari hasil penelitian ini diperoleh bahwa dari 18 responden yang memiliki sikap positif sebanyak 14 orang (77,8%) yang bertindak sesuai SOP dan yang bertindak tidak sesuai SOP sebanyak 4 orang (22,2%). Secara statistik

berdasarkan uji *chi square* didapat nilai $P = 0,007$ dengan demikian terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan pencegahan VAP. Hal ini sesuai dengan apa yang dikatakan Asman (2007) bahwa sikap merupakan tindakan dan tingkah laku diri yang berlandaskan atas cara berfikir seorang individu. Adanya responden yang bersikap positif namun bekerja tidak sesuai dengan SOP karena cara bertingkah laku responden yang belum sesuai dengan sikap yang dimilikinya atau sebaliknya.

Hal ini dibuktikan dengan hasil observasi yang peneliti lakukan bahwa responden tidak melakukan prosedur penting misalnya : melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien yang terpasang ventilator, walaupun sebenarnya pengukuran sikap melalui kuesioner pada tahap ini responden menunjukkan sikap positif .

Hasil penelitian ini dari 7 responden yang mempunyai sikap negatif tentang tindakan pencegahan VAP juga ada 6 responden bertindak tidak sesuai SOP disebabkan oleh kurangnya keyakinan atau cara pemahaman yang kurang tentang tindakan pencegahan VAP oleh responden tersebut sehingga belum mampu bertindak sesuai SOP. Hal ini dapat dilihat dari hasil observasi peneliti pada responden yang bertindak tidak sesuai SOP pada perawatan jalan nafas yaitu penghisapan sekret dan dalam pernyataan sikap responden ini juga menyatakan sikap negatif. Ada 1 responden (14,3%) bertindak sesuai SOP. Ini dapat dibuktikan dari hasil observasi peneliti pada responden yang bertindak sesuai SOP pada tindakan humidifikasi seperti melakukan pengontrolan dan pengaturan suhu humidifier. Sedangkan dalam pengukuran sikap responden menunjukkan sikap

negatif. Menurut Notoadmodjo (2007) sikap merupakan kecenderungan dan kesediaan untuk bertindak yang disertai dengan perasaan-perasaan yang dimiliki individu tersebut dengan dasar pengetahuan masa lalu, maka timbul sikap dalam diri manusia dengan perasaan tertentu dalam menghadapi suatu objek yang menggerakkan untuk bertindak. Masih menurut Notoadmodjo banyak faktor yang mempengaruhi sikap dengan tindakan, seperti latar belakang pendidikan dan rasa tanggung jawab dari perawat itu sendiri dalam melakukan pekerjaan sesuai aturannya.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan tindakan pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Sebanyak 60% perawat di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang tindakan pencegahan VAP
2. Sebanyak 72% perawat di Unit Perawatan Intensif RS Dr.M.Djamil Padang memiliki sikap positif tentang tindakan pencegahan VAP.
3. Sebanyak 60% perawat di Unit Perawatan Intensif RS Dr. Djamil Padang melakukan tindakan yang baik dalam pencegahan VAP sesuai dengan SOP.
4. Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan tindakan perawat dalam pencegahan VAP di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang.
5. Terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan VAP di Unit Perawatan Intensif RS Dr.M. Djamil Padang.

B. Saran

1. Bagi perawat yang masih berpengetahuan rendah dan bersikap negatif diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan sikap yang positif dengan mengikuti pelatihan, rajin membaca SOP dan berdiskusi dengan teman sejawat atau tim kesehatan lainnya, bagi yang sudah berpengetahuan tinggi dan yang bersikap positif agar dapat meningkatkan dan mempertahankan tindakan yang baik dalam pencegahan VAP sesuai SOP sehingga melahirkan kualitas kerja yang baik.
2. Pihak RS Dr. M. Djamil Padang diharapkan dapat memberikan modifikasi pelatihan lanjut atau khusus tentang tindakan pencegahan VAP sehingga dapat menambah wawasan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melakukan perawatan pasien dengan menggunakan ventilasi mekanik sesuai SOP dan juga dapat meningkatkan kualitas perawat.
3. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneruskan penelitian tentang pengaruh peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan tentang pencegahan VAP dengan penurunan angka kejadian VAP.

- Ilyas. (2001). *Produktifitas Kerja*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Julita, E. (2002). Kelengkapan dan Dokumentasi Askep dan Faktor-faktor Yang mempengaruhi di IRNA E RS Dr. M. Djamil Padang. *Skripsi*: Tidak Dipublikasikan. Unand Padang.
- Koentjaraningrat. (1997). *Metode Penelitian Masyarakat*. Jakarta: Gramedia
- Litbangkes. (2006). *Infeksi Nosokomial*. Jakarta
- Marquis, B. (2000). *Leadership Roles And Management Function in Nursing*. Philadelphia. Lippincot Company
- Maimunah. (2000). *Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Medical Record Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang 2007
- Mueller. (2002). *Mengukur Sikap Sosial*. Jakarta: Bumi Aksara.
- _____. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Muhardi. (2000). *Penatalaksanaan Pasien di Intensif Care Unit*. Jakarta. FKUI
- Martono.N. (2008). *Infeksi Nosokomial*. <http://www.Nurmartono.blogspot.com>
Diakses tanggal 15/10/2008.
- Notoadmodjo.s. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- _____.(2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- _____.(2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nasution. (2002). *Gagal Nafas dan Ventilasi Mekanik*. Disampaikan pada Pelatihan Cedera Kepala. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- Nursalam.(2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Pandalin. (2005). *Surveilens Mikrobiologi Infeksi Nosokomial*. Padang: Rs.Dr. M. Djamil
- _____.(2007). *Surveilens Mikrobiologi Infeksi Nosokomial*. Padang: Rs.Dr. M.Djamil
- Rahmat. (2007). *Pengantar Ilmu Perilaku*. Jakarta: EGC

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul. (2003). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arikunto. S. (2006). *Prosedur Penelitian Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Asman. (2007). *Teori Sikap Manusia*. Diakses dari <http://www.beritaipstek.com>
- Brunner & Suddert. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Budiarto. E. (2002). *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Chandra. (1999). *Ventilator Mekanik. Disampaikan pada pelatihan ICU Dewasa*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Dahlan. Zul. (2006). *Tinjauan Ulang Masalah Pneumonia yang didapat dirumah sakit*. Bandung: Tidak dipublikasikan
- Deliwati. (2008). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Tindakan Perawatan Ventilasi Mekanik di Instalasi Rawat Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang. *Skripsi*: Tidak Dipublikasikan. Unand Padang.
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Monitoring Standar Operasional Prosedur Tindakan bagi Perawat*. Disampaikan pada Pelatihan Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan. Padang: Tidak dipublikasikan
- Dirjen P2M dan Penyehatan Lingkungan. (2003). *Pedoman Pelaksanaan Keperawatan Universal dipelayanan Kesehatan*.
- Dudut. (2003). *Asuhan Keperawatan klien dengan Ventilasi Mekanik*. FK USU: Tidak dipublikasikan
- Elmiyasna. (2005). *Kewaspadaan Standar Cuci Tangan dan Alat Pelindung*. RS.Dr.M. Djamil Padang: Tidak dipublikasikan.
- Hudak & Gallo. (1997). *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik*. Edisi VI. Jakarta: EGC
- Irwanto. (2002). *Psikologi Umum*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Rosmina. (2005). *Pedoman Prosedur Teknik Keperawatan Unit Perawatan Intensif*. Jakarta: ICU RSCM

Regina.(2006). *Infeksi Nosokomial Pneumonia*. Bandung: Tidak dipublikasikan.

Rokhaeni.(2001). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Edisi 1. Jakarta: Bidang Pendidikan dan Penelitian RSJHK.

Rasyid.R. (2008). *Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit*. Disampaikan pada Pelatihan Infeksi Nosokomial. Rs.Dr.M.Djamil Padang.

Saanin. (2006). *Infeksi Sistemik pada Pasien Bedah Saraf yang dirawat di Intensif*. Padang: Tidak dipublikasikan.

Sedono.R. (2007). *Pencegahan Ventilator Associated Pneumonia*. Disampaikan pada Kursus Dasar ke 4 Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSPAD Gatot Subroto. Jakarta: Tidak dipublikasikan.

Sobur. (2003). *Psikologi Umum dalam Lintasan Sejarah*. Bandung : Pustaka Setia

Standar Operasional Prosedur Pelayanan Keperawatan. (2007). Rs.Dr. M. Djamil Padang

Tietjen, dkk. (2004). *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Utama.W.H. (2008). *Infeksi Nosokomial*. <http://www.google.com>. Diakses tanggal 15/10/2008.

Widyawati. (2006). Analisis Perilaku Perawat Dalam Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di IRNA C Penyakit Dalam. *Skripsi*: Tidak Dipublikasikan. Unand Padang

Yusuf. (2002). *Psikologi Umum Untuk Pendidik*. Bandung: Pustaka Setia

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Tindakan Pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)
Di Unit Perawatan Intensif RS. Dr. M. Djamil Padang

No	Kegiatan	September 2008				Oktober				November				Desember				Januari 2009				Februari					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1	Penyusunan proposal penelitian																										
2	Ujian proposal																										
3	Perbaikan proposal																										
4	Pelaksanaan penelitian dan penyusunan hasil penelitian																										
5	Ujian penelitian																										
6	Perbaikan hasil ujian skripsi dan pengandaan																										

Padang, Februari 2009
Peneliti

YULDANITA



LAMPIRAN II

RENCANA ANGGARAN PENELITIAN

NO	KETERANGAN	BIAYA
1	Biaya administrasi dan studi awal	Rp. 85.000
2	Pengetikan proposal	Rp. 350.000
3	Penggandaan proposal, instrumen penelitian dan ujian proposal	Rp. 1.000.000
4	Pelaksanaan penelitian	Rp. 100.000
5	Pengolahan dan analisa data	Rp. 100.000
6	Penyusunan dan perbaikan skripsi	Rp. 200.000
7	Penggandaan skripsi	Rp. 250.000
8	Lain-lain	Rp. 200.000
Jumlah		Rp. 2.285.000

]

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
Jl. Perintis Kemerdekaan Telp. 32373

Padang, 15 Januari 2009

Nomor : LB.00.02.07 97
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data
a.n. Yuldanita

Kepada Yth;
Sdr. Ketua PSIK
Fakultas Kedokteran Unand
di
Padang

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Saudara No.024/H16.2/PL/PSIK/2009 tanggal 13 Januari 2009 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Yuldanita
NIM/NoBP : 07 921 006
Institusi : PSIK FK Unand Padang

Untuk mendapatkan informasi di RSUP DR. M. Djamil Padang dalam rangka pembuatan karya tulis yang berjudul:

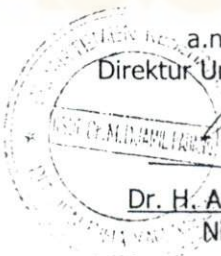
"Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Dengan Tindakan Pencegahan Ventilator Associated Pneumonia (VAP) di Unit Perawatan Intensif RSUP DR. M. Djamil Padang"

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Semua informasi yang diperoleh di RSUP DR. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain
2. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Perpustakaan RSUP DR. M. Djamil Padang
3. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur Utama
Direktur Umum, SDM & Pendidikan


[Signature]
Dr. H. Aguswan, SpRM, MARS
Nip. 140 207 723

Tembusan:

1. Ka. Dinas Kesehatan & Kessos Prop. Sumatera Barat
2. Ka. Inst. Rawat Intensif RSUP DR. M. Djamil Padang
- ✓ 3. yang bersangkutan
4. arsip

LAMPIRAN IV

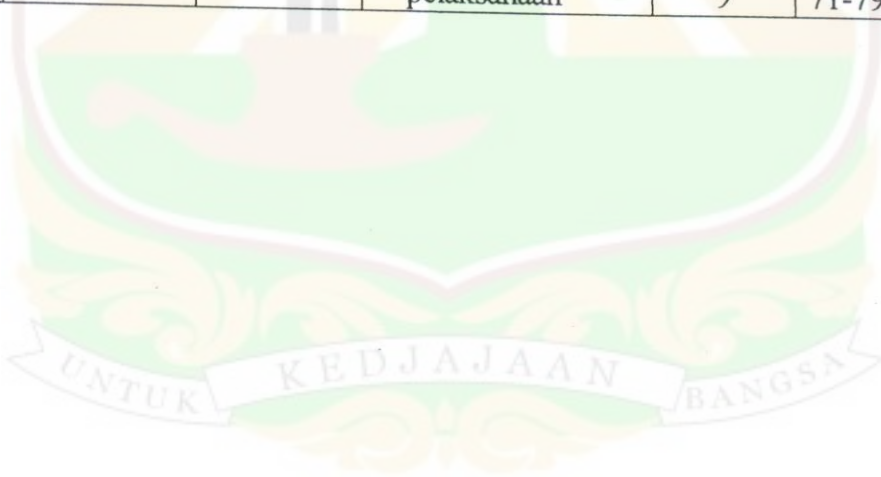
KISI-KISI KUESIONER

No	Tujuan	Variabel	Aspek yang Dinilai	Jumlah Item	Nomor Item Pertanyaan
1	Mengetahui pengetahuan responden tentang VAP dan tindakan pencegahan VAP	Pengetahuan	<ul style="list-style-type: none"> - Pengertian, etiologi, faktor resiko, permasalahan, kriteria diagnosis - Tindakan pencegahan VAP 	15	1,2,3,4,5 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15
2	Mengetahui sikap responden tentang tindakan pencegahan infeksi nosokomial pneumonia	Sikap	<ul style="list-style-type: none"> -Tindakan cuci tangan dan penggunaan sarung tangan -Tindakan perawatan jalan nafas -Tindakan perawatan selang endotrakeal -Tindakan perawatan gastro intestinal 	15	1,2,3 4,5,6,7,8,9, 10 11,12,13 14,15



Kisi-Kisi Pedoman Observasi

No	Tujuan	Variabel	Aspek yang Dinilai	Jumlah Item	Nomor Item Observasi
1	Mengetahui tindakan responden dalam pencegahan infeksi nosokomial pneumonia	Tindakan	<ul style="list-style-type: none"> - SOP cuci tangan: <ul style="list-style-type: none"> • persiapan • pelaksanaan - SOP pengisapan lendir : <ul style="list-style-type: none"> • persiapan • pelaksanaan - SOP inhalasi : <ul style="list-style-type: none"> • persiapan • pelaksanaan - SOP humidifikasi : <ul style="list-style-type: none"> • persiapan • pelaksanaan - SOP uji serap lambung : <ul style="list-style-type: none"> • persiapan • pelaksanaan 	<ul style="list-style-type: none"> 6 7 8 20 6 11 3 5 4 9 	<ul style="list-style-type: none"> 1-6 7-13 14-21 22-41 42-47 48-58 59-61 62-66 67-70 71-79



LAMPIRAN V

PERNYATAAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : YULDANITA
BP : 07921006
Status : Mahasiswa PSIK FK UNAND
Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Tindakan Pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Peratan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang

Pengisian kusioner ini tidak menimbulkan kerugian bagi saya, sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Demikianlah pernyataan ini saya sampaikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, Januari 2009
Responden

UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

LAMPIRAN VI

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth : -
Bapak/Ibu/Sdr/i
di -
Tempat

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : YULDANITA
BP : 07921006
Status : Mahasiswa PSIK FK UNAND

Akan mengadakan penelitian dengan judul "Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Tindakan Pencegahan *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di Unit Perawatan Intensif RS Dr. M. Djamil Padang".

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan pada Bapak/Ibu/Sdr/i sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Jika Bapak/Ibu/Sdr/i menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembaran persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang ada.

Atas kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i sebagai responden, saya ucapkan terima kasih.

Padang, Januari 2009
Peneliti

YULDANITA

LAMPIRAN VII

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT DENGAN
TINDAKAN PENCEGAHAN *VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA*
(VAP) DI UNIT PERAWATAN INTENSIF
RS. DR. M. DJAMIL PADANG

A. Identitas Responden

1. Nomor Responden

:

(diisi oleh peneliti)

2. Nama

:

3. Umur

:

4. Pendidikan terakhir saudara

: S1 D3 SPK

5. Masa Dinas Keseluruhan

: >5 th 1-5 th < 1 th

6. Masa Dinas di ICU

: >5 th 1-5 th < 1 th

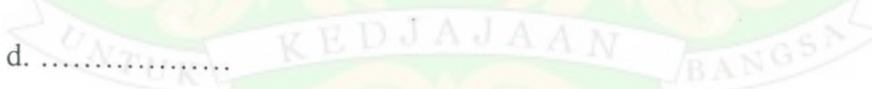
7. Pelatihan / kursus yang pernah diikuti terkait dengan perawatan ICU :

a.

b.

c.

d.



B. Pengetahuan

Petunjuk : Beri tanda silang (x) pada jawaban yang saudara anggap benar.

1. Menurut pendapat saudara *Ventilator Associated Pneumonia (VAP)* adalah:
 - a. Infeksi saluran nafas akut yang disebabkan oleh virus.
 - b. Infeksi saluran nafas yang terjadi sebelum intubasi.
 - c. Pneumonia yang terjadi setelah 48 jam atau lebih setelah intubasi.
 - d. Pneumonia yang terjadi sebelum pasien masuk RS.
2. Pada early onset pneumonia mikroorganisme penyebab VAP biasanya adalah gram positif, menurut saudara yang termasuk gram positif adalah :
 - a. Methicilin Resistant Stapilococcus Aureus
 - b. Acinobacter
 - c. Pseudomonas Species
 - d. Hemophilus Influenzae
3. Menurut saudara permasalahan dari terjadinya VAP terhadap rumah sakit adalah :
 - a. Bertambah panjangnya hari perawatan.
 - b. Bertambahnya penderitaan pasien.
 - c. Meningkatnya biaya perawatan.
 - d. Turunnya mutu pelayanan rumah sakit dan tingkat akreditasi rumah sakit.
4. Menurut saudara faktor resiko VAP di ICU adalah
 - a. usia > 70 tahun.
 - b. Penyakit Paru Kronik.
 - c. Aspirasi dalam jumlah banyak.
 - d. Lama pemakaian ventilator, Reintubasi.
5. Kriteria Diagnosis dari VAP adalah
 - a. Demam subfebris
 - b. Batuk non produktif.
 - c. Leukosit normal

- d. Gambaran radiologik berupa infiltrat baru dan menetap + mikroorganisme patogen pada kultur sputum dan bukti histopatologi pneumonia
6. Menurut saudara Tindakan Pencegahan VAP yang dapat dilakukan perawat ICU adalah
- Membuat posisi pasien telentang
 - Memberi nutrisi enteral dengan volume besar
 - Memberikan antibiotik profilaksis.
 - Mencuci tangan, pemeliharaan sirkuit, humidifikasi
7. Dari yang saudara ketahui pengertian cuci tangan adalah
- Menghilangkan kotoran dengan air.
 - Menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun dan air.
 - Membubuhkan tangan dengan alkohol.
 - Menggosok tangan dengan gliserin
8. Hal yang harus diperhatikan pada Penggunaan Sarung Tangan adalah
- Gunakan sarung tangan berbeda untuk setiap pasien.
 - Teknik memakai dan melepaskan sarung tangan tidak harus dipahami
 - Boleh menjamah benda-benda lain selain yang berhubungan dengan tindakan yang sedang dilakukan.
 - Cuci tangan tidak perlu dilakukan pada saat sebelum memakai dan sesudah melepas sarung tangan.
9. Upaya pencegahan VAP antara lain mengatur posisi pasien, menurut saudara posisi yang baik adalah
- Posisi Trendelenburg
 - Posisi Dorsal Recumbent
 - Posisi Sim
 - Posisi Fowler
10. Menurut saudara yang termasuk tindakan perawatan jalan nafas adalah
- Melakukan seting ventilator
 - Penggantian selang ventilator

- c. Humidifikasi, inhalasi terapi dan penghisapan sekret
 - d. Memantau tekanan Kuff dan Tidal Volume pasien
11. Dalam perawatan selang ETT yang perlu diperhatikan agar selang aman menurut saudara adalah :
- a. Panjang selang yang dimasukkan ke dalam trakea
 - b. Fiksasi selang dan posisinya
 - c. Besarnya selang yang dimasukkan ke dalam trakea.
 - d. Balon selang dan tekanan Kuff dari selang.
12. Menurut pendapat saudara fungsi humidifikasi pada tindakan perawatan jalan nafas pada klien dengan ventilasi mekanik adalah
- a. Untuk melembabkan udara inspirasi agar tidak terjadi pengentalan sekret
 - b. Untuk merangsang klien batuk dan nafas efektif
 - c. Untuk pemberian obat bronkodilator dan merangsang batuk
 - d. Sebagai pengatur suhu supaya udara inspirasi tidak panas
13. Menurut pendapat saudara dalam melakukan penghisapan sekret atau lendir pada klien dengan ventilasi mekanik hal-hal yang perlu diperhatikan adalah...
- a. Penghisapan dilakukan dengan teknik aseptik dan mempergunakan aqua steril
 - b. Kateter suction harus keras, ujungnya runcing dan diameternya 1/2 bagian diameter ETT
 - c. Waktu penghisapan lebih dari 15 detik
 - d. Hyperoksigenasi klien dengan oksigen 50% menggunakan ventilator
14. Untuk peningkatan mobilitas klien dengan ventilasi mekanik menurut saudara perlu dilakukan
- a. Chest fisio terapi tiap 4 jam
 - b. Inhalasi terapi dan chest fisio terapi tiap 4 jam
 - c. Penghisapan sekret setiap ada lendir/sekret dan bronkial washing
 - d. Latihan rentang gerak pasif dan aktif tiap 8 jam

15. Pencegahan Gastrik Reflux hal apa saja yang bisa dilakukan perawat pada pasien yang pasang ventilator adalah
- Posisi pasien dengan setengah duduk
 - Pemberian diet dalam volume besar
 - Pemberian enteral nutrisi secara terus menerus
 - Puaskan pasien



C. Sikap

Beri tanda cek list () kolom yang saudara anggap paling benar.

Keterangan :- Sangat Setuju (SS)

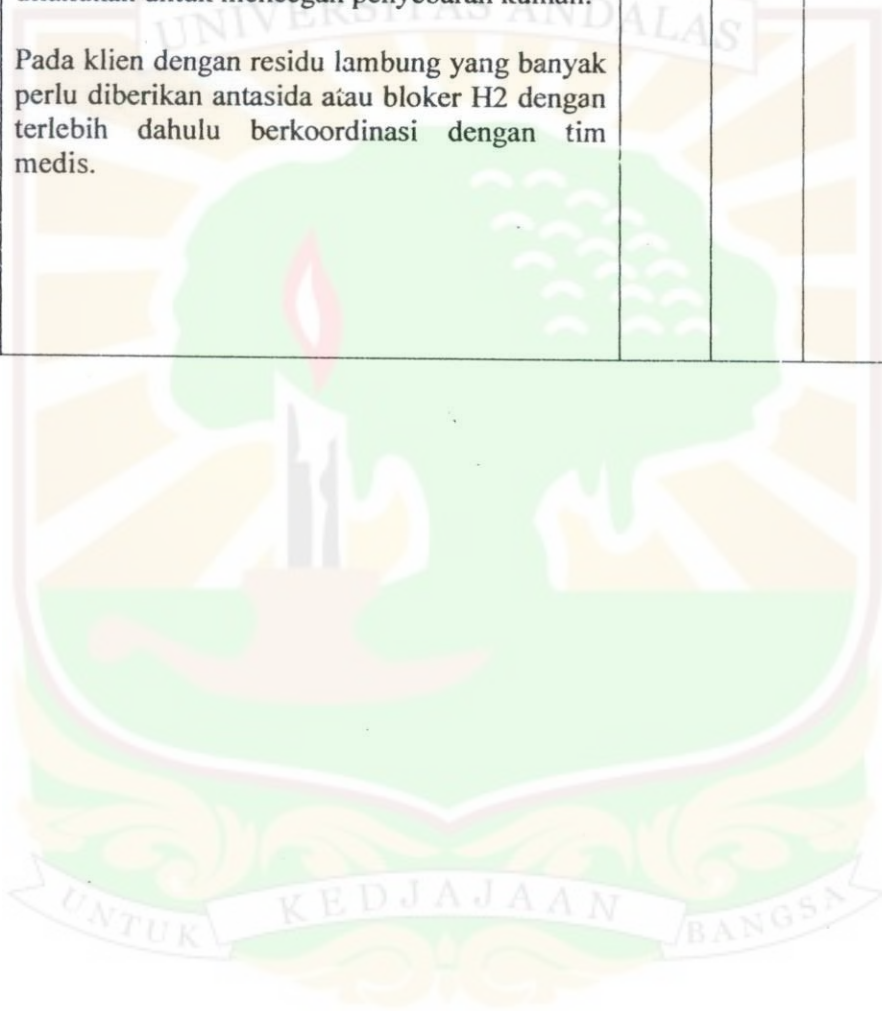
- Setuju (S)

- Tidak Setuju (TS)

- Sangat Tidak Setuju (STS)

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1	Sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan perawatan klien dengan ventilasi mekanik saya harus cuci tangan.				
2	Saya akan selalu menggunakan sarung tangan setiap akan kontak dengan pasien setelah sebelumnya mencuci tangan terlebih dahulu.				
3	Saya tak perlu mencuci tangan karena sudah pasang sarung tangan.				
4	Dalam tindakan perawatan jalan nafas dengan humidifikasi suhu humidifier perlu diperhatikan pengontrolan.				
5	Jumlah air dalam humidifier tidak perlu diperhatikan.				
6	Untuk mencegah udem paru perawat perlu melakukan pengontrolan suhu dan penguapan pada humidifier.				
7	Saya perlu melakukan penghisapan hanya bila sekret terdengar.				
8	Batasan waktu dalam melakukan penghisapan lendir tidak perlu diperhatikan.				
9	Kehati-hatian dalam memasukkan kateter suction merupakan hal yang penting diperhatikan perawat.				
10	Pemberian terapi bronkodilator melalui inhalasi terapi tidak perlu dilakukan pada klien dengan ventilator.				

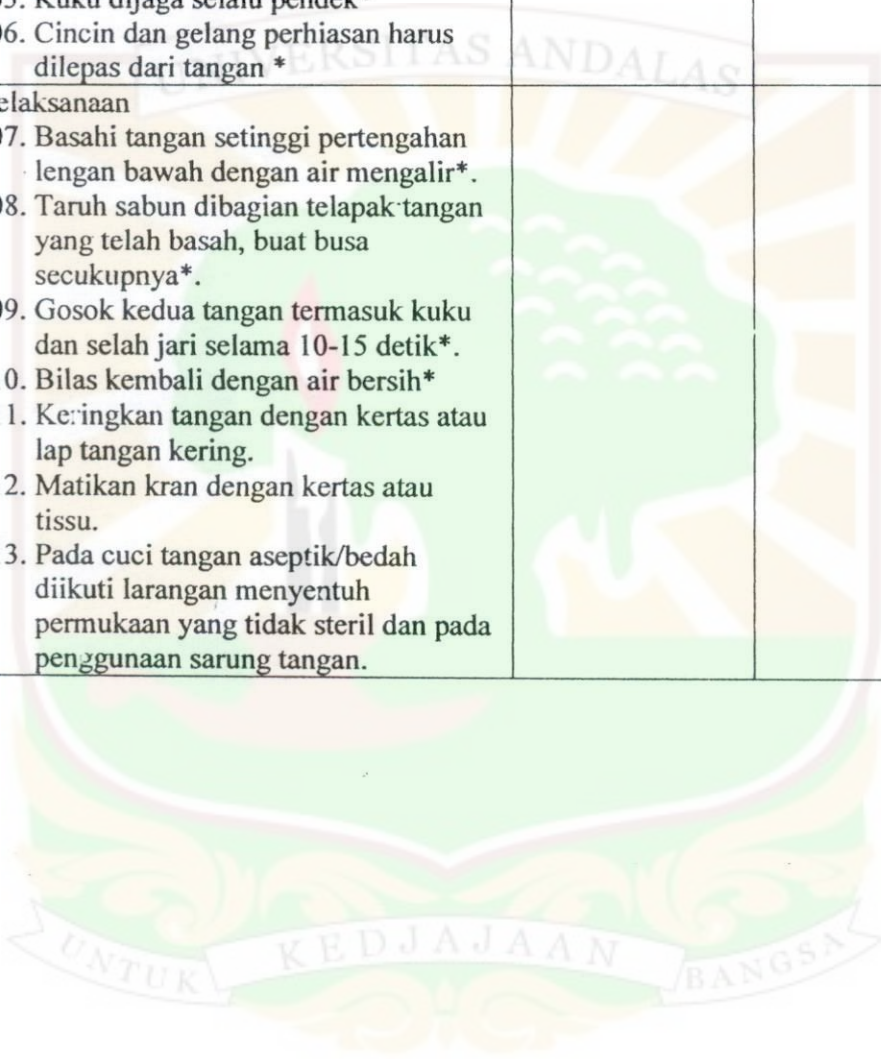
11	Keamanan selang endotrakeal harus dijaga untuk mencegah pergerakan selang sehingga sedikit kemungkinan tertarik.				
12	Oral hygiene perlu dilakukan ini merupakan kesempatan untuk melihat kondisi rongga mulut dan adanya kerusakan jaringan sekitarnya.				
13	Sebaiknya klien dengan terpasang ventilasi mekanik perlu kepala lebih tinggi dari perut.				
14	Penggantian selang atau sirkuit ventilator perlu dilakukan untuk mencegah penyebaran kuman.				
15	Pada klien dengan residu lambung yang banyak perlu diberikan antasida atau bloker H2 dengan terlebih dahulu berkoordinasi dengan tim medis.				



D. Tindakan

a) Check list observasi SOP cuci tangan

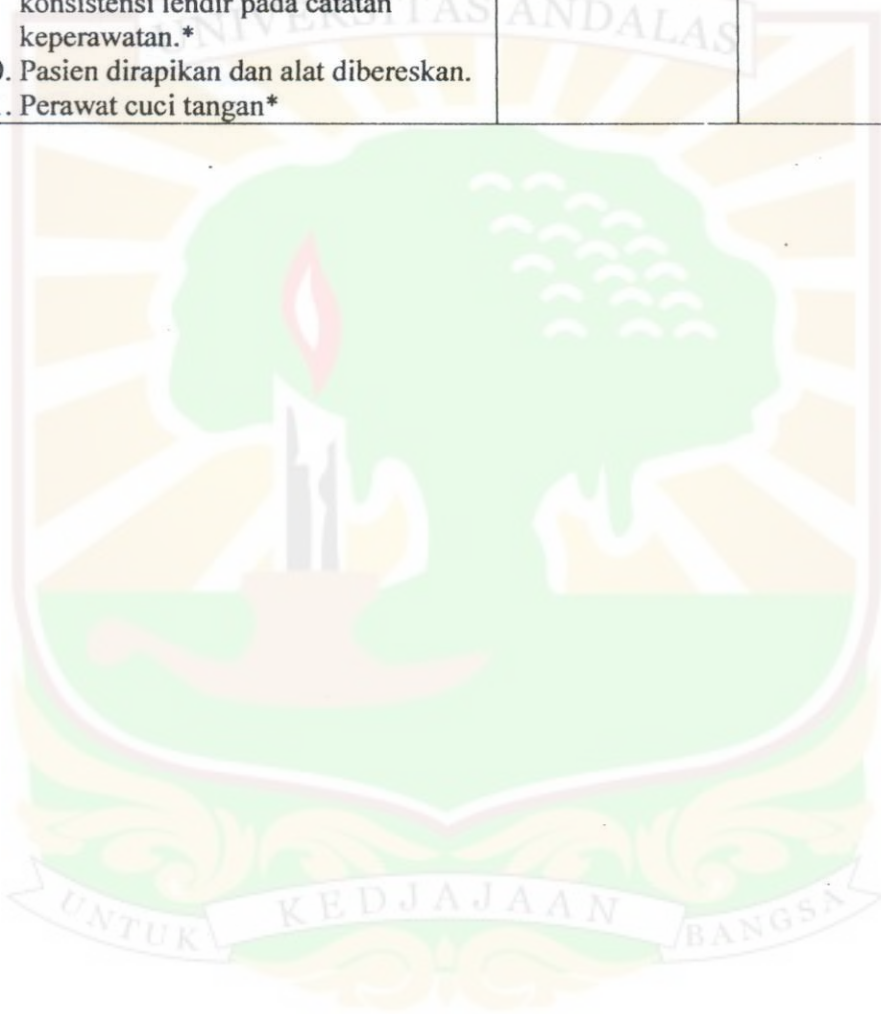
NO	KEGIATAN	ADA (1)	TIDAK (0)
A	Persiapan 01. Sarana cuci tangan disiapkan di setiap ruang penderita 02. Air bersih yang mengalir 03. Sabun sebaiknya dalam bentuk cair 04. Lap kertas atau kain yang kering 05. Kuku dijaga selalu pendek* 06. Cincin dan gelang perhiasan harus dilepas dari tangan *		
B	Pelaksanaan 07. Basahi tangan setinggi pertengahan lengan bawah dengan air mengalir*. 08. Taruh sabun dibagian telapak tangan yang telah basah, buat busa secukupnya*. 09. Gosok kedua tangan termasuk kuku dan selah jari selama 10-15 detik*. 10. Bilas kembali dengan air bersih* 11. Keringkan tangan dengan kertas atau lap tangan kering. 12. Matikan kran dengan kertas atau tisu. 13. Pada cuci tangan aseptik/bedah diikuti larangan menyentuh permukaan yang tidak steril dan pada penggunaan sarung tangan.		



b) Check list observasi SOP pengisapan lendir

NO	KEGIATAN	ADA (1)	TIDAK (0)
A	Persiapan 14. Suction pump* 15. Kateter suction sesuai dengan ukuran yang dibutuhkan.* 16. Sarung tangan steril* 17. Pinset steril* 18. Pressur cuff atau spuit 10cc 19. Alas dada 20. Kom berisi cairan desinfektan untuk merendam pinset* 21. Aqua steril untuk pembilas *		
B	Pelaksanaan 22. Cuci tangan sebelum* 23. Pasien di beritahu dan pasang pengalas diatas dada klien 24. Siapkan alat suction dan ditest dulu berfungsi atau tidak* 25. Lakukan hiperventilasi dengan oksigen 100% melalui mesin ventilator* 26. Pasang sarung tangan* 27. Ambil kateter suction yang telah disiapkan* 28.a. Masukan kateter suction kedalam trakea melalui ETT* 28.b. Masukan kateter suction kedalam trakea melalui TT* 29.a. Masukan kateter suction sampai menyentuh carina, tarik 1-2 cm, kemudian tutup lobang kateter suction dan tarik dengan gerakan memutar* 29.b. Masukan kateter suction sampai menyentuh carina, tarik 1-2 cm, kemudian tutup lobang kateter suction dan tarik dengan gerakan memutar* 30. Perhatikan tekanan pengisapan* 31. Observasi haemodinamik selama penghisapan berlangsung 32. Setelah 1 kali penghisapan klien diberi oksigen kembali* 33. Kateter suction dibilas dengan aqua steril* 34. Kateter suction dimasukan kedalam kom yang berisi desinfektan		

<p>35. Penghisapan dapat diulangi lagi dengan kateter yang steril dengan teknik yang sama</p> <p>36. Pada penghisapan terakhir cuff dikempiskan saat kateter suction berada dalam ETT</p> <p>37. Kemudian cuff diisi lagi dengan cepat dan hati-hati</p> <p>38. Bilas lagi kateter suction tadi dengan aqua steril dan kemudian masukan kedalam kom yang berisi desinfektan</p> <p>39. Catat jam, tanggal dilakukan suction dan catat jumlah, bau, warna, dan konsistensi lendir pada catatan keperawatan.*</p> <p>40. Pasien dirapikan dan alat dibereskan.</p> <p>41. Perawat cuci tangan*</p>		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



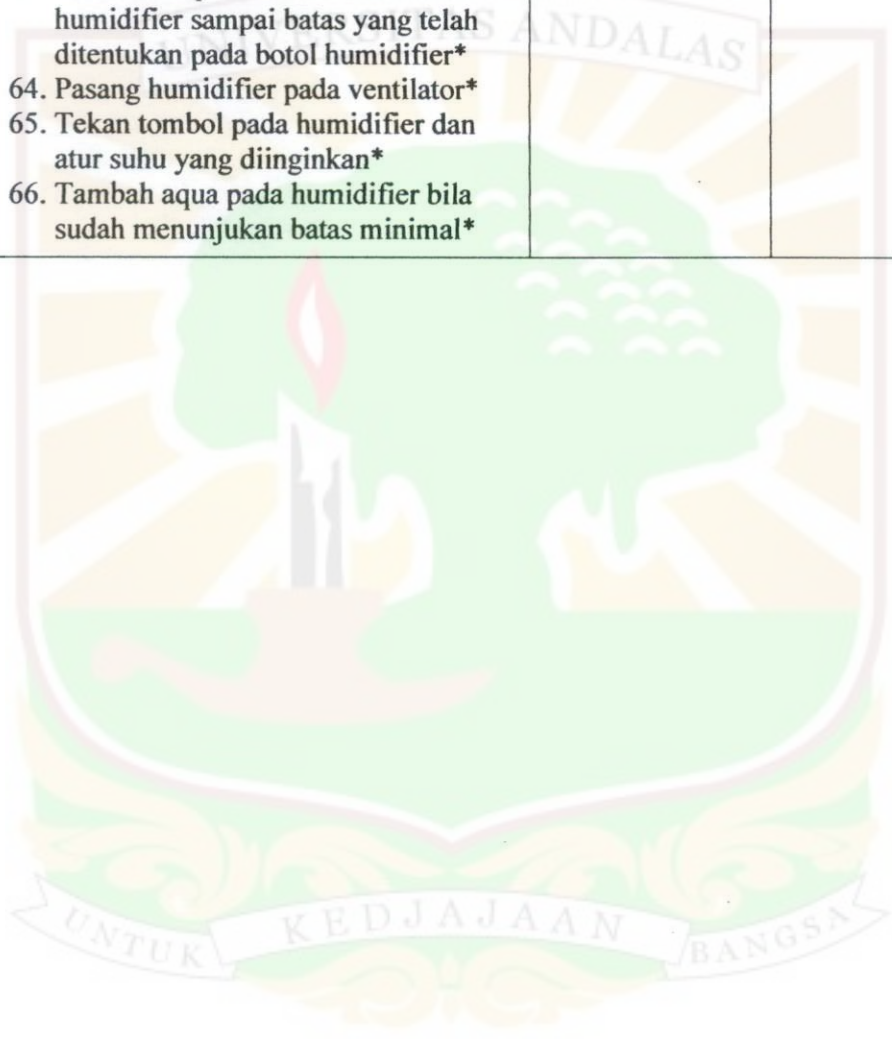
c) Check list observasi SOP Inhalasi terapi

NO	KEGIATAN	ADA (1)	TIDAK (0)
A	Persiapan 42. Inhalasi set ventilator* 43. Nebulizer* 44. Obat bronkodilator* 45. Aqua steril* 46. Sput 5 cc 2 buah* 47. Tissue		
B	Pelaksanaan 48. Perawat cuci tangan sebelum tindakan* 49. Isi aqua steril dan obat bronkodilator kedalam nebulizer* 50. Sambungkan slang nebulizer keventilator* 51. Periksa adanya penguapan dalam nebulizer * 52. Sambungkan slang nebulizer pada ETT klien dan tekan tombol nebulizer* 53. Instruksikan klien untuk menarik nafas dalam dan lambat sampai cairan dalam nebulizer habis 54. Setelah cairan dalam nebulizer habis, lepaskan selang nebulizer dari ETT* 55. Anjurkan klien untuk membatukan sekret yang ada 56. Observasi tanda-tanda vital dan keadaan umum klien* 57. Catat jam, tanggal dilakukan tindakan* 58. Perawat cuci tangan*		



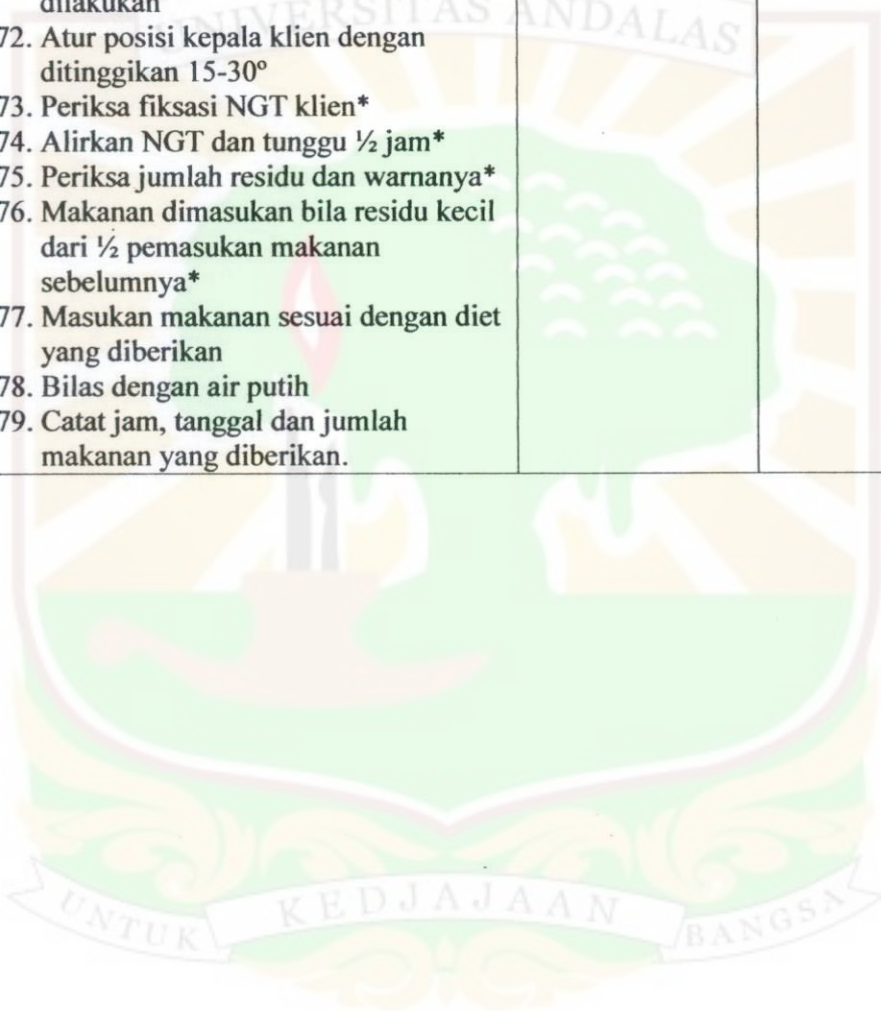
d) Check list observasi SOP Humidifikasi

NO	KEGIATAN	ADA (1)	TIDAK (0)
A	Persiapan 59. Aqua steril* 60. Humidifier* 61. Slang aqua		-
B	Pelaksanaan 62. Siapkan humidifier dan botolnya dibuka* 63. Masukkan aqua steril kedalam humidifier sampai batas yang telah ditentukan pada botol humidifier* 64. Pasang humidifier pada ventilator* 65. Tekan tombol pada humidifier dan atur suhu yang diinginkan* 66. Tambah aqua pada humidifier bila sudah menunjukkan batas minimal*		



e) Check list observasi SOP Uji serap lambung

NO	KEGIATAN	ADA (1)	TIDAK (0)
A	Persiapan 67. Semprit 50 cc* 68. Air putih* 69. Makanan cair 70. Tisu		
B	Pelaksanaan 71. Klien diberi tahu tentang prosedur dan kegunaan tindakan yang akan dilakukan 72. Atur posisi kepala klien dengan ditinggikan 15-30° 73. Periksa fiksasi NGT klien* 74. Alirkan NGT dan tunggu ½ jam* 75. Periksa jumlah residu dan warnanya* 76. Makanan dimasukan bila residu kecil dari ½ pemasukan makanan sebelumnya* 77. Masukan makanan sesuai dengan diet yang diberikan 78. Bilas dengan air putih 79. Catat jam, tanggal dan jumlah makanan yang diberikan.		



Lampiran VIII

PROTAP PERAWATAN VENTILASI MEKANIK DI INSTALASI RAWAT INTERNSIF RS DR. M DJAMIL PADANG

PROTAP PENGISAPAN LENDIR

Pengertian :

Suatu tindakan untuk membersihkan jalan nafas dengan memasukan suction chateter melalui NTT, OTT, TT ke saluran jalan nafas atau sampai ke trakea.

Tujuan :

1. Membebaskan jalan nafas
2. Merangsang batuk
3. Mencegah infeksi paru
4. Mencegah atelektasis atau komplikasi lain.

Kebijakan :

Dilakukan pada klien dengan peningkatan produksi sekresi dan sedang di pasang ETT, NTT dan OTT.

Unit Terkait :

Instalasi Rawat Intensif Rs Dr.M.Djamil Padang.

Prosedur :

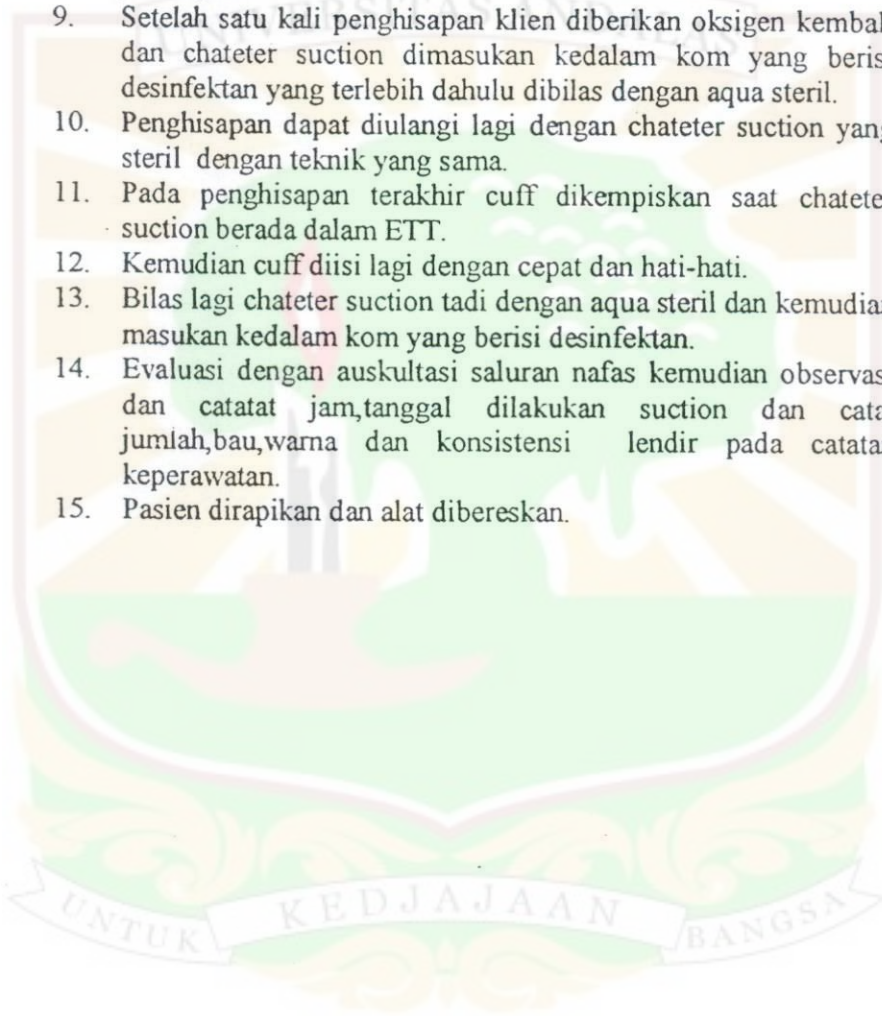
a. Persiapan alat

1. Suction pump
2. Chateter suction sesuai dengan ukuran yang dibutuhkan
3. Sarung tangan steril
4. Pinset steril
5. Pressure cuff atau spuit 10 cc
6. Alas dada
7. Kom berisi cairan desinfektan untuk merendam pinset
8. Ambu bag dan slang oksigen
9. Jelly
10. Aqua steril untuk pembilas

b. Cara kerja

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
2. Pasien di beritahu dan pasang pengalas diatas dada klien.
3. Siapkan alat suction dan ditest dulu berfungsi Atau tidak
4. Perawat I memberikan pernafasan hiperventilasi dengan oksigen 100% melalui ambu bag atau mesin ventilator.

5. Perawat II sesudah mengontrol mesin penghisap dapat berfungsi dengan baik, perawat menggunakan sarung tangan/pinset steril dan kemudian mengambil kateter suction yang telah disiapkan.
6. Masukkan kateter suction kedalam trakea melalui ETT kalau perlu ujungnya diberi jelly.
7. Usahakan menyentuh karina supaya timbul reaksi batuk, tarik kateter 1-2 cm kemudian tutup lubang kateter suction dan kateter ditarik dengan gerakan memutar hati-hati dan cepat.
8. Selama penghisapan berlangsung perhatikan pernafasan, irama jantung dan tekanan darah dimonitor terus.
9. Setelah satu kali penghisapan klien diberikan oksigen kembali dan kateter suction dimasukkan kedalam kom yang berisi desinfektan yang terlebih dahulu dibilas dengan aqua steril.
10. Penghisapan dapat diulangi lagi dengan kateter suction yang steril dengan teknik yang sama.
11. Pada penghisapan terakhir cuff dikempiskan saat kateter suction berada dalam ETT.
12. Kemudian cuff diisi lagi dengan cepat dan hati-hati.
13. Bilas lagi kateter suction tadi dengan aqua steril dan kemudian masukan kedalam kom yang berisi desinfektan.
14. Evaluasi dengan auskultasi saluran nafas kemudian observasi dan catat jam, tanggal dilakukan suction dan catat jumlah, bau, warna dan konsistensi lendir pada catatan keperawatan.
15. Pasien dirapikan dan alat dibersihkan.



PROTAP INHALASI TERAPI

Pengertian :

Terapi aerosol berupa penghisapan larutan partikel air atau air dan obat dalam gas yang dimasukkan dalam saluran pernafasan pada waktu inspirasi.

Tujuan :

1. Untuk hidrasi dan pembersihan jalan nafas
2. Untuk mengencerkan secret
3. Untuk memberikan obat bronkodilator kedalam saluran Pernafasan.

Kebijakan :

Dilakukan pada klien dengan retensi sputum atau penentalan sputum

Unit Terkait :

Instalasi Rawat Intensif RS Dr.M.Djamil Padang.

Prosedur :

a. Persiapan alat

1. Masker inhalasi atau inhalasi set ventilator.
2. Oksigen dan flow meter yang berisi aqua steril
3. Nebulizer
4. Obat bronkodilator
5. Aqua steril
6. Spuit 5cc 2 buah

b. Persiapan klien

1. Klien diberitahu tentang prosedur yang akan dilakukan
2. Atur posisi klien duduk atau semi fowler.

c. Cara kerja

1. Perawat cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.
2. Isi aqua steril dan obat bronkodilator kedalam nebulizer
3. Sambungkan slang oksigen ke flowmeter dan alirkan oksigen 6-8 liter/menit
4. Periksa adanya penguapan, bila ada letakkan masker pada klien, kalau klien menggunakan ventilasi mekanik sambungkan slang nebulizer pada ETT klien dan tekan tombol nebulizer.
5. Instruksikan klien untuk menarik nafas dalam dan lambat sambil nebulizer habis.
6. Observasi tanda-tanda vital dan keadaan umum klien.
7. setelah cairan dalam nebulizer habis, lepaskan masker atau selang nebulizer dari ETT dan anjurkan klien untuk membatukkan secret yang ada
8. Catatat jam ,Tanggal dilakukan tindakan

PROTAP HUMIDIFIKASI

Pengertian :

Suatu tindakan untuk melembabkan udara inspirasi agar tidak terjadi pengentalan sputum sehingga mengakibatkan tersumbatnya jalan nafas.

Tujuan :

1. Untuk melembabkan udara inspirasi
2. Untuk merangsang fungsi hidung kembali
3. Untuk mencegah pengentalan sputum.
4. Untuk merangsang batuk.

Kebijakan :

Dilakukan pada klien yang menggunakan ventilasi mekanik dan post ekstubasi.

Unit terkait:

Instalasi Rawat Intensif RS Dr. M.djamil Padang.

Prosedur :

a. Persiapan alat

1. Aqua steril
2. Humidifier

b. Persiapan klien

1. Klien diberi tahu tentang prosedur dan kegunaan tindakan yang akan dilakukan.

c. Cara kerja

1. Siapkan humidifier dan botolnya dibuka.
2. Masukkan aqua steril steril kedalam humidifier sampai batas yang telah ditentukan pada botol humidifier.
3. Pasang pada ventilator
4. Tekan tombol pada humidifier dan atur suhu yang diinginkan
5. Tambah aqua pada pada humidifier bila sudah menunjukkan batas minimal (satu kali 24jam).

PROTAP UJI SERAP LAMBUNG

Pengertian : Uji serap lambung merupakan pengujian terhadap kemampuan absorpsi system gastro intestinal sebelum di berikan enteral nutrisi.

Tujuan : Untuk mengetahui fungsi absorpsi dan peristaltic usus.

Kebijakan : Dilakukan pada klien yang menggunakan ventilasi mekanik ataupun yang tidak menggunakan ventilasi mekanik.

Unit terkait : Instalasi rawat intesif RS. Dr. M. djamil Padang.

Prosedur :

a. Persiapan alat

1. NGT
2. Semprit 50 cc
3. Air putih
4. Makanan cair

b. Persiapan klien

1. Klien diberi tahu tentang prosedur dan kegunaan tindakan yang akan dilakukan.
2. Atur posisi kepala klien dengan ditinggikan $15-30^{\circ}$

c. Cara kerja

1. Periksa NGT klien
2. Aspirasi cairan lambung atau alirkan NGT tersebut
3. Berikan :
 - Jam I : 30 ml air putih
 - Jam II : 30 ml air putih
 - Jam III : 30 ml air putih
 - Jam IV : 30 ml air putih
4. Klem NGT, tunggu 1 jam kemudian aspirasi atau alirkan cairan lambung bila :
 - Jumlah residu > 60 ml, tunda pemberian enteral
 - Jumlah residu < 60 ml, coba enteral 25 ml / jam selama 4 jam.
5. Klem NGT, tunggu 1 jam kemudian aspirasi atau alirkan bila :
 - Jumlah residu > 50 ml, stop enteral
 - Jumlah residu < 50 ml, teruskan enteral.
6. Tingkatkan nutrisi enteral sesuai dengan kebutuhan.

CURICULUM VITAE

Nama : Hj. YULDANITA

Tempat/Tanggal Lahir : Tanjung, 30 Juli 1968

Pekerjaan : Mahasiswa PSIK FK UNAND

Status : Kawin

Nama Bapak : H. Albasyir (alm)

Nama Ibu : Hj. Nurani

Riwayat Pendidikan : 1. SDN 2 Tanjung Tamat Tahun 1982
2. SLTPN Sungayang Tamat Tahun 1985
3. SPK Depkes Solok Tamat Tahun 1988
4. AKPER Depkes RI Padang Tamat Tahun 2000
5. PSIK FK UNAND Padang Tahun 2007
Sampai Sekarang

Riwayat Pekerjaan : PNS RS.Dr. M. Djamil Padang



**Master Tabel Data Demografi Umum Perawat Dalam Tindakan
Pencegahan Ventilator Associated Pneumonia (VAP) di Unit Perawatan Intensif
RS Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009**

No	Inisial	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Masa Dinas Keseluruhan	Masa Dinas di ICU	Palatihan
1	A	PR	49	2	1	1	1
2	H	LK	34	2	1	1	1
3	E	PR	32	2	1	1	1
4	L	PR	40	2	1	1	1
5	K	PR	34	2	1	1	1
6	R	PR	33	1	1	1	1
7	A	LK	33	1	1	1	1
8	N	PR	26	1	2	2	1
9	M	PR	30	1	1	1	1
10	R	LK	28	2	2	2	1
11	S	PR	26	2	2	2	1
12	E	PR	48	3	1	1	2
13	N	PR	25	2	1	2	1
14	F	PR	25	2	2	2	1
15	N	PR	37	2	2	2	1
16	S	PR	26	2	2	2	1
17	R	PR	23	2	2	3	2
18	S	PR	23	2	2	3	1
19	P	PR	23	2	3	3	1
20	L	PR	24	2	3	3	2
21	R	PR	22	2	2	2	2
22	F	PR	24	2	2	2	2
23	D	PR	28	2	2	2	2
24	Y	PR	27	2	2	2	2
25	N	PR	27	2	2	2	2

Keterangan :

Pendidikan :

1. S1
2. DIII
3. SPK

Masa Dinas Keseluruhan :

1. > 5 Th
2. 1 - 5 Th
3. < 1 Th

Masa Dinas di ICU :

1. > 5 Th
2. 1 - 5 Th
3. < 1 Th

Jenis Kelamin

- PR = Perempuan
LK = Laki - Laki

Palatihan

1. Khusus
2. Dasar

**Master Tabel Pengetahuan Perawat dalam Tindakan Pencegahan Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Di Unit Perawatan Intensif
RS Dr. M. Djamil Padang Tahun 2009**

No	Pengetahuan															Total	%	Kategori
	Konsep VAP					Tindakan Pencegahan												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	12	80,0	Tinggi
2	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	80,0	Tinggi
3	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	86,7	Tinggi
4	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	9	60,0	Rendah
5	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	11	73,3	Rendah
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	12	80,0	Tinggi
7	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	12	80,0	Tinggi
8	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	11	73,3	Rendah
9	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	86,7	Tinggi
10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	86,7	Tinggi
11	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13	86,7	Tinggi
12	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	11	73,3	Rendah
13	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	86,7	Tinggi
14	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	12	80,0	Tinggi
15	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	11	73,3	Rendah
16	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	11	73,3	Rendah
17	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13	86,7	Tinggi
18	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93,3	Tinggi
19	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	86,7	Tinggi
20	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	10	66,7	Rendah
21	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	10	66,7	Rendah
22	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	11	73,3	Rendah
23	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93,3	Tinggi
24	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93,3	Tinggi
25	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10	66,7	Rendah

Master Tabel Sikap Perawat Dalam Tindakan Pencegahan Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Di Unit Perawatan Intensif
RS Dr. M Djamil Padang Tahun 2009

No	Cuci Tangan			Perawatan Jalan Nafas						Perawatan ETT				Perawatan Gastro Intestinal	Jumlah Total	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
1	4	4	4	4	4	2	2	3	4	3	3	4	4	4	3	Positif
2	4	4	2	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	Positif
3	4	4	3	4	3	3	2	3	4	3	3	4	3	4	4	Positif
4	4	4	3	4	4	2	4	1	4	3	3	4	4	3	3	Positif
5	4	4	4	3	4	2	2	3	4	3	3	3	3	3	4	Positif
6	4	4	4	4	4	2	3	4	3	4	3	3	3	4	4	Positif
7	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	Positif
8	4	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	Negatif
9	4	4	4	4	3	4	3	2	3	3	4	4	3	4	3	Positif
10	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	Positif
11	4	4	4	4	4	3	1	4	4	3	4	4	4	4	4	Positif
12	3	2	2	3	2	2	1	3	3	2	3	3	2	3	3	Negatif
13	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	Positif
14	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	Positif
15	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	Positif
16	3	2	2	3	2	2	2	4	2	3	3	2	2	3	3	Negatif
17	3	2	1	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	Negatif
18	4	4	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	Positif
19	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	3	4	4	Positif
20	4	2	2	4	3	3	1	2	2	2	2	2	3	3	2	Negatif
21	3	2	1	4	3	2	2	1	3	2	3	2	2	3	3	Negatif
22	4	4	4	4	4	3	2	4	4	3	3	4	3	4	4	Positif
23	4	3	4	4	4	3	2	4	2	4	4	3	3	4	3	Positif
24	4	4	3	4	3	3	2	4	4	4	4	4	3	3	3	Positif
25	4	2	2	3	2	2	1	3	2	2	3	3	2	3	3	Negatif

**Tabel Bantu Hubungan Pengetahuan dan Sikap
Perawat Dengan Tindakan Pencegahan Ventilator Associated Pneumonia (VAP)**

Nomor Responden	Pendidikan	Masa Dinas di ICU	Pelatihan	Pengetahuan	Sikap	Tindakan
1	2	1	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
2	2	1	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
3	2	1	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
4	2	1	1	Rendah	Positif	Sesuai SOP
5	2	1	1	Rendah	Positif	Tidak Sesuai SOP
6	1	1	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
7	1	2	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
8	2	2	1	Rendah	Negatif	Tidak Sesuai SOP
9	1	1	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
10	2	2	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
11	2	2	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
12	3	1	2	Rendah	Negatif	Sesuai SOP
13	2	2	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
14	2	2	1	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
15	2	2	1	Rendah	Positif	Sesuai SOP
16	2	2	1	Rendah	Negatif	Tidak Sesuai SOP
17	2	2	2	Tinggi	Negatif	Tidak Sesuai SOP
18	2	2	1	Tinggi	Positif	Tidak Sesuai SOP
19	2	2	1	Tinggi	Positif	Tidak Sesuai SOP
20	2	2	2	Rendah	Negatif	Tidak Sesuai SOP
21	2	2	2	Rendah	Negatif	Tidak Sesuai SOP
22	2	2	2	Rendah	Positif	Tidak Sesuai SOP
23	2	2	2	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
24	2	2	2	Tinggi	Positif	Sesuai SOP
25	2	2	2	Rendah	Negatif	Tidak Sesuai SOP

Keterangan:

Pendidikan: 1. S1
2. D3
3. SPK

Masa Dinas di ICU : 1. > 5 Th
2. < 5 Th

Pelatihan : 1. Lanjut
2. Dasar

Tabel Bantu 1. Pengetahuan - Pendidikan

Pengetahuan	Pendidikan			Total
	S 1	D III	SPK	
Tinggi	3	12	0	15
Rendah	0	9	1	10
Total	3	21	1	25

Tabel Bantu 2. Pengetahuan - Masa Dinas

Pengetahuan	Masa Dinas		Total
	> 5 Th	< 5 Th	
Tinggi	5	10	15
Rendah	3	7	10
Total	8	17	25

Tabel Bantu 3. Pengetahuan - Pelatihan

Pengetahuan	Pelatihan		Total
	Dasar	Lanjut	
Tinggi	3	12	15
Rendah	5	5	10
Total	8	17	25

UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

Frequencies

Statistics

Pengetahuan Responden Tentang Pencegahan VAP

N	Valid	25
	Missing	0

Pengetahuan Responden Tentang Pencegahan VAP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	15	60.0	60.0	60.0
	Rendah	10	40.0	40.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Sikap Responden Tentang Pencegahan VAP

N	Valid	25
	Missing	0

Sikap Responden Tentang Pencegahan VAP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	18	72.0	72.0	72.0
	Negatif	7	28.0	28.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Tindakan Responden Tentang Pencegahan VAP

N	Valid	25
	Missing	0

Tindakan Responden Tentang Pencegahan VAP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sesuai SOP	15	60.0	60.0	60.0
	Tidak sesuai SOP	10	40.0	40.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan Responden Tentang Pencegahan VAP * Tindakan Responden Tentang Pencegahan VAP	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

Pengetahuan Responden Tentang Pencegahan VAP * Tindakan Responden Tentang Pencegahan VAP Crosstabulation

			Tindakan Responden Tentang Pencegahan VAP		Total
			Sesuai SOP	Tidak sesuai SOP	
Pengetahuan Responden Tentang Pencegahan VAP	Tinggi	Count	12	3	15
		Expected Count	9.0	6.0	15.0
		% within Pengetahuan Responden Tentang Pencegahan VAP	80.0%	20.0%	100.0%
	Rendah	Count	3	7	10
		Expected Count	6.0	4.0	10.0
		% within Pengetahuan Responden Tentang Pencegahan VAP	30.0%	70.0%	100.0%
Total	Count	15	10	25	
	Expected Count	15.0	10.0	25.0	
	% within Pengetahuan Responden Tentang Pencegahan VAP	60.0%	40.0%	100.0%	



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.250 ^b	1	.012		
Continuity Correction ^a	4.340	1	.037		
Likelihood Ratio	6.421	1	.011		
Fisher's Exact Test				.034	.018
Linear-by-Linear Association	6.000	1	.014		
N of Valid Cases	25				

a. Computed only for a 2x2 table

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

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap Responden Tentang Pencegahan VAP * Tindakan Responden Tentang Pencegahan VAP	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

