MANAJEMEN PERAWATAN PASIEN *TOTAL CARE* DAN KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG ICU RSUD MASOHI TAHUN 2016

Irhamdi Achmad
(Politeknik Kesehatan Kemenkes Maluku)

ABSTRAK

Infeksi masih merupakan penyebab tingginya angka kesakitan dan kematian di dunia. Salah satunya adalah infeksi nosokomial. Infeksi ini menyebabkan, 1,4 juta kematian setiap hari di seluruh Indonesia. Infeksi nosokomial diartikan sebagai infeksi yang diperoleh seseorang selama di rumah sakit. Di DKI Jakarta tahun 2004 9,8% pasien rawat inap mendapat infeksi nosokomial. RSUD Masohi rumah sakit Pemkab Maluku Tengah yang sementara melakukan pembenahan system pelayanan maupun sarana prasarana. Sehingga data infeksi nosokomial tidak dilaporkan sehingga sulit untuk mendeteksi kejadiannya sampai saat ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan manajemen perawatan pasien total care dengan kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU RSUD Masohi tahun 2016 dengan Metode *descriptive correlation* menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel adalah semua perawat yang bekerja di ruang ICU RSUD Masohi yaitu 15 orang. Menggunakan analisis non parametrik *Rank Spearman*. Pada variabel planning katagori baik 80%, kurang baik 20%, organisasi katagori baik 86,7%, kurang baik 13,3%, ketenagaan katagori baik 26,7%, kurang baik 73,3%, pengarahan katagori baik 53,3%, kurang baik 46,7% , pengawasan katagori baik 33,3%, kurang baik 66,7%, tindakan invasif katagori infeksi 20%, tidak infeksi 80% dan tindakan non invasif katagori infeksi 40% dan tidak infeksi 60%. Disimpulkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara planning, organisasi, pengawasan dengan infeksi nosokomial akibat tindakan invasif, dan ada hubungan signifikan antara ketenagaan, pengarahan dengan infeksi nosokomial akibat tindakan invasif serta tidak ada hubungan signifikan antara planning, organisasi, ketenagaan, pengarahan, pengawasan dengan infeksi nosokomial akibat tindakan non invasif.

Kata Kunci: Manajemen, *total care*, infeksi nosokomial

PENDAHULUAN

Penyakit infeksi masih merupakan penyebab tingginya angka kesakitan dan kematian di dunia. Salah satu jenis infeksi adalah infeksi nosokomial. Infeksi ini menyebabkan, 1,4 juta kematian setiap hari di seluruh Indonesia. Infeksi nosokomial itu sendiri dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh seseorang selama di rumah sakit. Infeksi yang di dapat di rumah sakit (nosokomial) adalah infeksi yang tidak ada atau berinkubasi pada saat masuk ke rumah sakit. Ini bukan suatu fenomena baru, tetapi jenis infeksi yang sering terjadi di rumah sakit telah berubah secara drastis sejak separuh kedua abad ke 18 saat pertama kali infeksi nosokomial pertama kali menarik perhatian ilmuwan dan kalangan medis (Adams, 2003).

Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan dapat menjadi sumber infeksi bagi orang sakit yang dirawat, tenaga kesehatan dan setiap orang yang datang ke rumah sakit. Infeksi yang ada di pusat pelayanan kesehatan ini dapat ditularkan atau di peroleh melalui petugas kesehatan, orang sakit, pengunjung yang berstatus karier atau karena kondisi rumah sakit (Depkes, 2002)

Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di 11 rumah sakit di DKI Jakarta pada tahun 2004 menunjukkan bahwa 9,8% pasien rawat inap mendapat infeksi nosokomial. Penelitian WHO dan lainnya menunjukkan bahwa prevalensi tertinggi infeksi nosokomial terjadi pada unit rawat intensif/ ICU, bangsal bedah, dan ortopedi lebih dari 30% infeksi nosokomial terjadi di ICU. Infeksi nosokomial tersering adalah infeksi pada luka operasi, infeksi saluran kemih, infeksi saluran nafas bawah, dan infeksi pada aliran darah (Depkes, 2000).

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian atau unit tersendiri dalam rumah sakit, dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa. ICU menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan ketrampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut (William, 2014).

Pada saat ini ICU modern tidak terbatas menangani pasien pasca bedah atau ventilasi mekanis saja, namun telah menjadi cabang ilmu sendiri yaitu *intensive care medicine*. Ruang lingkup pelayanannya meliputi pemberian dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, renal dan lain-lainnya, baik pada pasien dewasa atau pada pasien anak. Mengingat diperlukannya tenaga-tenaga khusus, dan terbatasnya sarana, serta mahalnya peralatan, maka unit ICU perlu dikonsentrasikan (Perdici.Org, 2008).

RSUD Masohi merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah tipe C dengan fasilitas yang belum cukup memadai. Sampai saat ini RSUD Masohi masih dalam proses membenahi sarana dan prasana sesuai standar rumah sakit pada umumnya. Salah satu layanan yang dikembangkan oleh RSUD Masohi adalah layanan *intensive care unit*. Layanan ini dibuat oleh manajemen RS karena sangat dibutuhkan dalam upaya memenuhi kebutuhan pelayanan masyarakat. Saat pertama kali dibuka dan sampai saat ini, ruangan yang digunakan untuk dijadikan ruang *Intensive care unit (ICU)* adalah satu kamar di ruang rawat penyakit interna

Keterbatasan anggaran dan sumber daya manusia membuat RSUD Masohi memaksimalkan semua potensi agar dapat memberikan pelayanan. Saat ini ICU RSUD Masohi dipimpin oleh dokter spesialis anastesi KIC sebagai kepala ruangan dengan 14 orang perawat dengan tingkat pendidikan Ners 1 orang, DIII- Keperawatan 13 orang. Tenaga perawat dengan kualifikasi yaitu memiliki 14 sertifikat BTCLS dan 6 sertifikat pelatihan ICU. Sedangkan fasilitas yang antara lain 1 buah ventilator, 1 buah DC syok, 4 buah monitor, 2 buah saction, 1 buah alat nebolizer, 2 buah EKG, 3 buah mayo, ETT, 3 buah syrine pump, 4 buah infus pump, alat beging, 12 buah tabung oksigen dengan memiliki selang oksigen berupa kanul, masker dan norebrithing mask, 4 buah tempat tidur elektrik, 4 buah kasur dekubitus, dan obat-obat pemacu jantung, anti hipertensi, hipotensi, hiperglikemia, hipoglikemia, anti biotik dosis tinggi, anti perdarahan, anti piretik dan analgetik dosis tinggi.

Ruang ICU RSUD Masohi letaknya $\pm$ 200 meter dari ruang UGD, $\pm$ 200 meter dari ruangan laboratorium, $\pm$ 100 meter dari ruangan rontgen dan $\pm$ 150 meter dari Ruang Operasi Kamar. Aktifitas kegiatan perawat di R. ICU dengan dilakukan pembagian pembagian jadwal jaga perawat tiga *shift*, setiap *shift* ada 3 orang perawat jaga dengan 4 tempat tidur pasien. Masing-masing perawat jaga sudah memiliki sertifikat BTCLS dan setiap *shift* ada 1-2 orang yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ICU.

ICU RSUD Masohi tidak memiliki dokter jaga 24 jam sehingga setiap pasien yang gawat, perawat jaga selalu konsul ke dokter penanggung jawab instalasi ICU dan dokter jaga R. UGD. Di R. ICU RSUD Masohi tidak memiliki alat USG, alat-alat yang digunakan di R. ICU tidak memiliki tempat penyimpanan tersendiri, tidak memiliki ventilasi, sinar matahari yang kurang, tidak memiliki sekat pemisah antara satu pasien dengan pasien yang lain maupun pasien dengan perawat, tindakan-tindakan yang di lakukan oleh perawat di R.ICU antara lain pemeriksaan EKG, pengukuran suhu tubuh, nadi, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan GDS dan pemeriksaan AGD dilakukan sendiri oleh perawat di R. ICU RSUD Masohi sehingga perlu adanya manajemen yang lebih baik.

Data Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Masohi tentang kunjungan pasien di R. ICU dari bulan Pebruari tahun 2015 sampai dengan Pebruari tahun 2016 sebanyak 229 orang, jenis kelamin perempuan 119 dan laki-laki 110 orang, jumlah pasien yang keluar dengan keadaan hidup 175 orang (76,42%) dan yang meninggal 54 orang (23,58%) dengan diagnosa jumlah pasien terbanyak adalah Stroke Hemoragik,

Hipertensi ,Penurunan Kesadaran yaitu 49 orang (21,39%). Sedangkan untuk kejadian infeksi nosokomial sampai saat ini tidak dilaporkan sehingga data di RS tentang kejadian infeksi nosokomial tidak didapatkan. Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk mengambil judul tentang “ Manajemen Perawatan Pasien Total Care dan Kejadian Infeksi Nosokomial Di *Intensive care unit (ICU)* RSUD Masohi Tahun 2016 “

METODE

Rancangan penelitian ini adalah *descriptive correlation* yaitu penelaah hubungan antara variabel independen (manajemen perawatan pasien total care) dan variabel dependen (infeksi nosokomial) akibat tindakan infasif dan non infasif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu pengumpulan data kedua variabel *point time approach* (Notoatmodjo, 2010). Penelitian dilakukan di ruang *Intensive care unit (ICU)* RSUD Masohi pada Juli – Agustus 2016, sampel adalah perawat yang bekerja di ruangan ICU RSUD Masohi dengan total sampling berjumlah 14 orang. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan menggunakan analisis non parametric *Spearman Rho* (Suliyanto, 2014)

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Karakteristik responden

Variabel	Jumlah	Persentase
Jenis kelamin		
Laki-laki	0	0%
Perempuan	15	100%
Jumlah	15	100%
Umur		
20-25 Tahun	1	6,67%
26-30 Tahun	5	33,33%
31-35 Tahun	4	26,67%
36-40 Tahun	4	26,67%
41-45 Tahun	1	6,67%
Jumlah	15	100%
Pendidikan		
DIII Keperawatan	13	86,67%
S.Kep,Ns	2	13,33%
Jumlah	15	100%
Status Kepegawaian		
PNS	8	53,33%
Honorer	7	46,67%
Jumlah	15	100%

Berdasarkan tabel 1 diatas menunjukkan semua responden berjenis kelamin perempuan, terbanyak pada usia muda yaitu 26-30 tahun dengan jumlah 5 orang (33,33%), sebagian besar pendidikan Diploma III Keperawatan yaitu 13 orang (86,67%) dan status kepegawaian hampir sama yaitu PNS 8 orang (53,33 %) dan honorer 7 orang (46,6%).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Fungsi Manajemen

Variabel	Jumlah	Persentase
<i>Planing</i>		
Baik	12	80%
Kurang Baik	3	20%
Jumlah	15	100%
Organisasi		
Baik	13	86,7%
Kurang Baik	2	13,3%
Jumlah	15	100%
Ketenagaan		
Baik	4	26,7%
Kurang Baik	11	73,3%
Jumlah	15	100%
Pengarahan		
Baik	8	53,3%
Kurang Baik	7	46,7%
Jumlah	15	100%
Pengawasan		
Baik	5	33,3%
Kurang Baik	10	66,7%
Jumlah	15	100%

Berdasarkan Tabel 2 terlihat bahwa fungsi manajemen dilaksanakan dengan katagori kurang baik lebih banyak pada dua fungsi yaitu pada fungsi ketenagaan 11 orang (73,3 %) dan pengawasan 10 orang (66,7 %) sedangkan fungsi lainnya dilaksanakan dengan baik.

Tabel 3. Distribusi infeksi nosokomial berdasarkan tindakan infasif dan non infasif

Variabel	Jumlah	Persentase
Infeksi nosokomial tindakan infasif		
Tidak infeksi	12	80%
Infeksi	3	20%
Jumlah	15	100%
Infeksi nosokomial tindakan non invasive		
Tidak infeksi	9	60%
Infeksi	6	40%
Jumlah	15	100%

Berdasarkan tabel 3 terlihat bahwa infeksi nosokomial terjadi lebih banyak pada tindakan non infasif yaitu 6 responden (40 %) sedangkan pada tindakan infasif hanya 3 orang (20 %).

Tabel 4 menunjukkan bahwa fungsi manajemen yang berhubungan dengan infeksi nosokomial akibat tindakan infasif adalah pada fungsi manajemen ketenagaan (p value 0,0005) dan pengarahan (p value 0,04). Sedangkan pada tabel 5 menunjukkan semua fungsi manajemen (perencanaan, pengorganisasia, ketenagaa, pengarahan dan pengawasan) tidak berhubungan langsung dengan kejadian infeksi nosokomial akibat tindakan non infasif di ruang *intensive care unit* RSUD Masaohi.

Tabel 4. Fungsi Manajemen dan Infeksi Nosokomial akibat tindakan infasif

Fungsi Manajemen			Infeksi	Nosokomial	P
			Perencanaan	Infeksi dan tidak infeksi	
Infeksi Nosokomial	Perencanaan	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	-0,250 15	0,369
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	-0,250 15	1.000 15	
Organisasi					
Infeksi Nosokomial	Organisasi	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	-0,196 15	0,484
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	-0,196 15	1.000 15	
Ketenagaan					
Infeksi Nosokomial	Ketenagaan	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	-0,829 15	0,000
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	-0,829 15	1.000 15	
Fungsi Manajemen			Infeksi	Nosokomial	P
			Pengarahan	Infeksi dan tidak infeksi	
Infeksi Nosokomial	Pengarahan	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	0,535 15	0,040
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	0,535 15	1.000 15	
Pengawasan					
Infeksi Nosokomial	Pengawasan	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	-0,354 15	0,196
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	-0,354 15	1.000 15	

Tabel 5. Fungsi manajemen dan infeksi Nosokomial akibat tindakan non infasif

Fungsi Manajemen		Infeksi	Nosokomial	P	
		Perencanaan	Infeksi dan tidak infeksi		
Infeksi Nosokomial	Perencanaan	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	-0,068 15	
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	-0,068 15	1.000 15	0,810
		Organisasi			
Infeksi Nosokomial	Organisasi	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	0,080 15	
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	0,080 15	1.000 15	0,777
		Ketenagaan			
Infeksi Nosokomial	Ketenagaan	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	-0,123 15	
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	-0,123 15	1.000 15	0,662
		Pengarahan			
Infeksi Nosokomial	Pengarahan	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	0,055 15	
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	0,055 15	1.000 15	0,847
		Pengawasan			
Infeksi Nosokomial	Pengawasan	Korelasi koefisiensi N	1.000 15	0,289 15	
	Infeksi dan tidak infeksi	Korelasi koefisiensi N	0,289 15	1.000 15	0,369

PEMBAHASAN

ICU (*Intensive Care Unit*) adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan

fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. Tiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Rab, 2007 dalam <http://repository.usu.ac.id>).

Ketenagaan (*staffing*) adalah fase ketiga proses manajemen. Dalam pengaturan ketenagaan pimpinan/ manager merekrut, memilih, memberikan orientasi dan meningkatkan perkembangan individu untuk mencapai tujuan organisasi. Ketenagaan adalah fase penting proses manajemen di organisasi keperawatan kesehatan karena bersifat *labor intensive* (yaitu membutuhkan banyak pekerja untuk mencapai tujuan) terdiri dari para profesional, trampil dan kompeten (Marquis & Huston, 2003)

Ketenagaan (*Staffing*) juga merupakan kegiatan manajemen yang menyediakan personil yang pantas dan layak untuk melaksanakan tujuan organisasi. Disisi lain *staffing* merupakan kegiatan rumit yang melibatkan kepastian bahwa rasio perawat untuk pasien memenuhi perawatan yang berkualitas. Ketenagaan (*Staffing*) bergantung secara langsung pada beban kerja atau kebutuhan perawatan pasien. Rencana ketenagaan (*staffing*) yang ideal akan menyediakan rasio yang layak dari perawat pasien untuk kebutuhan berdasarkan data (Cherie & Gebrekidan, 2013)

Tanggungjawab ketenagaan dimulai dengan perencanaan, karena filosofis dan sumber daya keuangan organisasi menunjukkan mempengaruhi perpaduan dan jumlah staf. Ketenagaan juga dipengaruhi oleh system yang dipilih untuk memberikan asuhan pasien. (Marquis & Huston, 2003). Ketenagaan di ruang *intensive care unit* adalah perawat yang mempunyai keterampilan tertentu yang diseleksi secara baik menyesuaikan dengan prosedur organisasi.

Tenaga yang terlibat dalam pelayanan ICU terdiri dari tenaga dokter intensif, dokter spesialis dan dokter yang telah mengikuti pelatihan ICU dan perawat terlatih ICU. Tenaga tersebut menyetenggarakan pelayanan ICU sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang diatur oleh rumah sakit (Prawira, 2014. <http://health.liputan6.com>)

Seorang perawat yang bertugas di ICU melaksanakan tiga tugas utama yaitu, *life support*, memonitor keadaan pasien dan perubahan keadaan akibat pengobatan dan mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Oleh karena itu diperlukan satu perawat untuk setiap pasien dengan pipa endotrakeal baik dengan menggunakan ventilator maupun yang tidak. Di Australia diklasifikasikan empat kriteria perawat ICU yaitu, perawat ICU yang telah mendapat pelatihan lebih dari dua belas bulan ditambah dengan pengalaman, perawat yang telah mendapat latihan sampai duabelas bulan, perawat yang telah mendapat sertifikat pengobatan kritis (*critical care certificate*), dan perawat sebagai pelatih (*trainer*) (Rab, 2007)

Terdapat tiga tingkatan perawat ICU yaitu perawat ICU primer merupakan perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut. Perawat pada ICU sekunder minimal 50 % dari jumlah seluruh perawat ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat. Sedangkan ICU tersier minimal 75 % dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih (Kemenkes, 2011)

Penelitian di berbagai universitas di Amerika Serikat menyebutkan bahwa pasien yang dirawat di *Intensive Care* (ICU) mempunyai kecenderungan terkena infeksi nosokomial 5-8 kali lebih tinggi dari pada pasien yang dirawat di ruang rawat biasa.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa fungsi ketenagaan dalam manajemen keperawatan ada hubungannya dengan infeksi nosokomial akibat tindakan infasif di ruang ICU RSUD Masohi. Bila dilihat dari komposisi tenaga perawat di ruang ICU RSUD Masohi terlihat bahwa status kepegawaian perawat berimbang antara PNS 8 orang (53,33 %) dan honorer 7 orang (46,67 %). Status kepegawaian secara tidak langsung akan mempengaruhi kinerja perawat karena kewenangan dan kesejahteraan tenaga honorer akan berbeda dengan tenaga perawat PNS. Disamping itu perawat yang bersertifikat ICU 6 orang dan 9 orang bersertifikat *basic trauma life support* (BTCLS) dan

perawat dengan pendidikan Diploma III lebih banyak 86,67 % dengan masa kerja rata rata kurang dari lima tahun dan Ners hanya 13,33 %.

Infeksi nosokomial banyak terjadi di ICU pada kasus pasca bedah dan kasus dengan pemasangan infus dan kateter yang tidak sesuai dengan prosedur standar pencegahan dan pengendalian infeksi yang diterapkan di rumah sakit. Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh Depkes RI bersama WHO di rumah sakit propinsi/ kabupaten/ kota disimpulkan bahwa Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit (KPPIRS) selama ini belum berfungsi optimal sebagaimana yang diharapkan. Ada beberapa kondisi yang mengharuskan petugas kesehatan menggunakan sabun antiseptik ini, yaitu saat akan melakukan tindakan invasif, sebelum kontak dengan pasien yang dicurigai mudah terkena infeksi (misalnya: bayi yang baru lahir dan pasien yang dirawat di ICU). (Selawaty, 2012)

Upaya pengembangan pelayanan ICU harus dilaksanakan secara berkesinambungan dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini di bidang ICU. Hal ini sejalan dengan meningkatnya kompleksitas kasus penyakit dan permasalahan kesehatan serta kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang aman, terjangkau dan bermutu. Dalam rangka memberikan pelayanan klinis yang berkualitas dan meningkatkan standar mutu profesional di ICU, Rumah Sakit dituntut untuk terus menerus meningkatkan dan mengembangkan potensi sumber daya manusia yang dimilikinya.

Pengembangan sumber daya manusia meliputi pemenuhan kebutuhan jenis dan jumlah tenaga sesuai dengan beban kerja dan tingkat kemampuan pelayanan ICU, dan peningkatan pengetahuan serta ketrampilan atau pengembangan profesi berkelanjutan (*Continuing professional development*). untuk menunjang program tersebut maka rumah sakit menyediakan suatu kebijakan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan dan ketrampilan karyawannya melalui program pendidikan, dan pelatihan. pendidikan dan pelatihan bagi semua petugas di ICU mengacu pada program diklat rumah sakit. Evaluasi akan kembali dilakukan setelah bekerja 3 bulan dan selanjutnya melalui evaluasi tahunan (Kemenkes , 2011).

Fungsi pengarahan

Douglas (dalam Swanburg, 2000) mendefinisikan pengarahan sebagai pengeluaran penugasan, pesanan dan instruksi yang memungkinkan pekerja memahami apa yang diharapkan darinya, dan pedoman serta pandangan pekerja sehingga ia dapat berperan secara efektif dan efisien untuk mencapai obyektif organisasi. Pengarahan merupakan hubungan antara aspek-aspek individual yang ditimbulkan oleh adanya pengaturan terhadap bawahan-bawahan untuk dapat dipahami dan pembagian kerja yang efektif untuk tujuan yang nyata. Ada beberapa tujuan dari fungsi pengarahan antara lain menciptakan kerjasama yang efisien, mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf, menimbulkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan, mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja serta membuat organisasi berkembang dan dinamis.

Pengarahan atau fase pengaturan dan penggiatan. Fase ini juga disebut fase kerja manajemen yang membutuhkan keterampilan kepemimpinan dan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Dalam fase ini seorang manejer harus dapat menciptakan suasana yang memotivasi, membina komunikasi organisasi dan menangani konflik (Marquis & Huston, 2003).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara fungsi pengarahan dalam manajemen keperawatan dengan kejadian infeksi nosokomial akibat tindakan infasif di ruang ICU RSUD Masohi. Pengarahan (*direction*) adalah keinginan untuk membuat orang lain mengikuti keinginannya dengan menggunakan kekuatan pribadi atau kekuasaan jabatan secara efektif dan pada tempatnya demi kepentingan jangka panjang. Termasuk didalamnya memberitahukan orang lain apa yang harus dilakukan dengan nada yang bervariasi mulai dari nada tegas sampai meminta atau bahkan mengancam. Tujuannya adalah agar tugas tugas dapat terselesaikan dengan baik. Para

ahli berpendapat bahwa pengarahan merupakan fungsi terpenting dalam manajemen. Oleh karena itu hendaklah pengarahan ini benar benar dilakukan dengan baik oleh seorang pemimpin. Seorang manejer yang baik hendaklah sering memberi masukan kepada anggotanya. Karena hal tersebut dapat menunjang prestasi kerja anggota (<https://www.academia.edu>)

Ada 12 aktivitas teknis atau obyektif yang berhubungan dengan fungsi pengarahan pada manajemen tingkat pertama atau rendah (Douglas dalam Swanburg, 2000). Aktivitas-aktivitas ini adalah bagian dari fungsi pengarahan manajer perawat yang mencakup:

- 1) Merumuskan tujuan perawatan yang realistis untuk klinik kesehatan pasien dan personal perawatan
- 2) Memberikan prioritas utama untuk kebutuhan pasien atau klien sehubungan dengan tugas-tugas staf perawatan
- 3) Melaksanakan koordinasi untuk efisiensi pelayanan yang diberikan oleh bagian penunjang
- 4) Mengidentifikasi tanggung jawab untuk seluruh kegiatan yang dilakukan oleh staf perawatan
- 5) Memberikan perawatan yang aman dan berkesinambungan
- 6) Mempertimbangkan kebutuhan terhadap tugas-tugas yang bervariasi dan pengembangan staf perawatan
- 7) Memberikan kepemimpinan terhadap anggota staf untuk bantuan dalam hal pengajaran, konsultasi dan evaluasi
- 8) Mempercayai anggota untuk mengikuti perjanjian yang telah mereka sepakati
- 9) Menginterpretasikan protocol untuk berespon terhadap hal-hal insidental
- 10) Menjelaskan prosedur yang harus diikuti dalam keadaan darurat
- 11) Memberikan laporan ringkas dan jelas
- 12) Menggunakan proses kontrol manajemen untuk mengkaji kualitas pelayanan yang diberikan dan mengevaluasi penampilan kerja individu dan kelompok kerja staf perawatan.

Ruang ICU rumah sakit juga harus dapat menerapkan fungsi manajemen dengan baik. Sehingga kekurangan sumberdaya manusia bisa dimaksimalkan dengan menjalankan fungsi pengarahan kepada staf keperawatan. Pengarahan yang dilaksanakan secara baik akan memberikan kepastian staf perawat melaksanakan tindakan keperawatan invasive maupun non invasive sesuai standar yang ditentukan rumah sakit. Kepatuhan staf perawat dalam menjalankan standar pelayanan di ruang ICU secara tidak langsung dapat mengurangi kejadian infeksi nosokomial.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan fungsi manajemen ketenagaan (*staffing*) dan pengarahan (*acutuating/ directing*) dengan kejadian infeksi nosokomial akibat tindakan invasive di ruang *intensive care unit* (ICU) RSUD Masohi tahun 2016. Direkomendasikan kepada pimpinan rumah sakit agar rekrutmen seleksi tenaga perawat yang akan ditugaskan di ruang ICU harus dapat disesuaikan dengan criteria yang sesuai karena skill, pengetahuan dan sikap tenaga perawat ICU yang dibuktikan dengan sertifikasi ICU maupun keterampilan tambahan lainnya perlu di perhatikan dan dikembangkan serta disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang pelayanan intensive care.

DAFTAR PUSTAKA

- Cherie & Gebrekidan (2013). Kepemimpinan dan manajemen keperawatan. Yogyakarta: Imperium.
- Departemen Kesehatan RI. (2002) Standar pelayanan minimal rumah sakit. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik

- Departemen Kesehatan RI (2000) Pedoman Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit. Jakarta: direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik
- Suliyanto (2014) Statistik Non Parametrik dalam Aplikasi Penelitian. Yogyakarta
- Notoatmodjo, (2010) Metodologi penelitian kesehatan, Rineka Cipta. Jakarta
- Perdici. Org (2008) Indonesian society of intensive care. Medicine
- Swansburg, R. C (2000) Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan. Terjemahan. Jakarta : EGC
- Williams, S. C., Koss, R. G., Morton, D. J., Schmaltz, S. P., Loeb, J. M (2014) Case volume and hospital compliance with evidence-based processes of care. Int J Qual Health Care 20