

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
PERAWAT DALAM MELAKUKAN *HAND HYGIENE***

**(STUDI KASUS DI IGD, ICU DAN IBS RSUD ADE MUHAMMAD DJOEN
SINTANG TAHUN 2017)**



SKRIPSI

Oleh :

SYAMSULASTRI
NPM. 141510791

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT K. SINTANG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK
PONTIANAK
2017**

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
PERAWAT DALAM MELAKUKAN *HAND HYGIENE***

**(STUDI KASUS DI IGD, ICU DAN IBS RSUD ADE MUHAMMAD DJOEN
SINTANG TAHUN 2017)**

SKRIPSI

**Diajukan
Untuk Melengkapi Sebagian Persyaratan Menjadi
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M)**

Oleh :

**SYAMSULASTRI
NPM. 141510791**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT K. SINTANG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK
PONTIANAK
2017**

PENGESAHAN

Dipertahankan Di Depan Penguji Skripsi
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak
Dan Diterima Untuk Memenuhi Sebagian Syarat Guna Memperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M)
Pada Tanggal 17 Oktober 2017

Dewan Penguji :

1. Tedy Dian Pradana, S.K.M., M.Kes
2. Ria Risti Komala Dewi, S.K.M., M.Kes
3. Ismael Saleh, S.K.M., M.Sc

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK**

DEKAN

Dr. Linda Suwarni, S.K.M., M.Kes
NIDN. 1125058301

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M)
Peminatan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Oleh :

SYAMSULASTRI

NIM. 141510791

Pontianak, 17 Oktober 2017

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Tedy Dian Pradana, S.K.M., M.Kes
NIDN. 1103018601

Ria Risti Komala Dewi, S.K.M., M.Kes
NIDN. 1116019101

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Segala proses dalam penyusunan skripsi saya jalankan melalui prosedur dan kaidah yang benar serta didukung dengan data-data yang dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya.

Jika dikemudian hari ditemukan kecurangan, maka saya bersedia untuk menerima sanksi berupa pencabutan hak terhadap ijazah dan gelar yang saya terima.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Pontianak, 17 Oktober 2017

SYAMSULASTRI
NIM. 141510791

MOTO DAN PERSEMBAHAN

“ Inna ma’al ‘usri yusroo.”
**“sesungguhnya bersama kesulitan itu ada
kemudahan.”**

(q.s al- insyirah : 6)

“..wayadro-uuna bil hasanaatis-sayyi-aat..”
“dan balaslah kejahatan itu dengan kebaikan..”
(q.s ar-ra’du : 22)

**Tugas kita bukanlan untuk berhasil.
Tugas kita adalah untuk mencoba,
karena di dalam mencoba itulah kita menemukan
dan
membangun kesempatan untuk berhasil**

**“ FOLLOW YOUR DREAMS. THEY KNOW
THE WAY ”**



BIODATA PENELITI

N a m a : SYAMSULASTRI
Tempat, Tanggal Lahir : Sintang, 29 Desember 1980
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Nama Orang Tua
Bapak : M. Damsyik (Almarhum)
Ibu : Radjemah
Alamat : Jl. Sintang-Pontianak BTN Cipta Mandiri 2
Blok L 6 RT. 004 RW. 001 Kel. Sengkuang
Kec. Sintang Kab. Sintang.

JENJANG PENDIDIKAN

SD : SD Negeri 09 Sintang, Tahun lulus 1993
SMP : SMP Negeri 02 Sintang, Tahun lulus 1996
SPK : SPK Sintang, Tahun lulus 1999
Diploma : Akademi Keperawatan Pemerintah
Provinsi Kalimantan Barat, Tahun lulus
2013
S1 : Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Pontianak K.
Sintang, Tahun lulus 2017

PENGALAMAN KERJA

1. Bekerja di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang sejak 1 Agustus 1999 sampai dengan 2 Februari 2005.
2. Bekerja di Puskesmas Nanga Mau Kec. Kayan Hilir sejak 2 Februari 2005 sampai dengan 31 Desember 2006.
3. Kembali bekerja di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang sejak 1 Januari 2007 hingga kini.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirrobil'alamin segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmatnya kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul "**Faktor yang berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017**".

Dalam penyusunan Skripsi ini peneliti menyadari banyak menghadapi berbagai macam kesulitan dan hambatan. Namun berkat bantuan dari beberapa pihak, hal tersebut akhirnya dapat teratasi. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih yang tiada terhingga kepada Bapak **Tedy Dian Pradana, S.K.M., M.Kes** selaku pembimbing utama dan Ibu **Ria Risti Komala Dewi, S.K.M., M.Kes** selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan membimbing kepada peneliti dalam penyelesaian skripsi ini. Pada kesempatan ini, peneliti juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Helman Fachri, SE.,MM selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Pontianak.
2. Ibu Dr. Linda Suwarni, S.K.M., M.Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pontianak.
3. Bapak H. Sutarmin, S.Hut., MM selaku Ketua Pengelola Universitas Muhammadiyah Pontianak Prodi Kampus Sintang.
4. Bapak Gandha Sunaryo Putra, S.K.M., M.Kes selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat K. Sintang.
5. Seluruh dosen dan staf pengajar Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak Prodi Kampus Sintang yang telah membekali dengan pengetahuan dan memberi pelayanan universitas.
6. Direktur RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang yang telah membantu dan mendukung peneliti dalam proses perizinan.
7. Para penguji skripsi yang telah memberikan masukan dan bantuan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

8. Kepala Seksi Keperawatan RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang yang telah memberikan izin bagi peneliti untuk melakukan survey pendahuluan dan telah membantu dalam pengambilan data penelitian.
9. Kepala Ruangan Bedah dan Penyakit Dalam yang telah memberi izin bagi peneliti melakukan survey pendahuluan.
10. Segenap teman perawat, yang telah bersedia menjadi subjek survey pendahuluan.
11. Ibunda terhormat yang senantiasa bergelut dengan doa-doa tulusnya untuk keberhasilan dan kebahagiaan ananda.
12. Suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam proses perkuliahan selama ini.
13. Teman-teman satu angkatan di Prodi Kesehatan Masyarakat, yang telah banyak mengisi waktu bersama dengan penuh keakraban selama menjalani proses belajar.
14. Juga kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, semoga segala amal kebbaikannya mendapat imbalan yang tak terhingga dari Allah SWT.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti berharap saran, masukan dan kritikan yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Pontianak, 17 Oktober 2017

Peneliti

Syamsulastri

ABSTRAK

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

SKRIPSI, 17 OKTOBER 2017

SYAMSULASTRI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT
DALAM MELAKUKAN *HAND HYGIENE* DI RSUD ADE MUHAMMAD
DJOEN SINTANG**

xvii + 93 halaman+ 73 tabel+ 53 gambar + 11 lampiran

Latar belakang : Infeksi terkait perawatan kesehatan atau *Healthcare Associated Infections* (HAIs) merupakan masalah besar yang dihadapi rumah sakit dan masih cukup tinggi terjadi di Indonesia. Kegagalan dalam menjaga kebersihan tangan dengan baik dan benar merupakan penyebab utama HAIs. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling banyak berinteraksi dengan pasien harus patuh dalam melakukan praktik *hand hygiene*. RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang menetapkan target 100% pencapaian kepatuhan *hand hygiene* pada perawat tahun 2016. Namun, kenyataannya hasil observasi dari 10 orang perawat hanya 20% perawat yang melakukan praktik *hand hygiene* dengan baik dan benar sesuai prosedur yang ditetapkan.

Metode Penelitian : Menggunakan desain penelitian cross sectional dengan teknik pengambilan sampel total sampling. Responden penelitian berjumlah 68 responden merupakan perawat di IGD, ICU dan IBS RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang. Analisis yang digunakan analisis *chi square*

Hasil penelitian : Menunjukkan ada hubungan antara motivasi dengan kepatuhan (*p-value* 0,007), fasilitas dengan kepatuhan (*p-value* 0,010) dan supervisi dengan kepatuhan (*p-value* 0,001) perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Sedangkan pengetahuan dengan kepatuhan (*p-value* 0,237) dan sikap dengan kepatuhan (*p-value* 0,961) tidak berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*.

Kesimpulan penelitian: Ada hubungan motivasi, fasilitas, dan supervisi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* sedangkan variabel pengetahuan dan sikap tidak berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*.

Kata kunci : kepatuhan, perawat, *hand hygiene*

Pustaka : 49 (2007-2017)

ABSTRAK

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

SKRIPSI, 17th OCTOBER 2017

SYAMSULASTRI

**RELATED FACTORS WITH NURSERY COMPLIANCE IN
DOING HAND HYGIENE AT ADE MUHAMMAD DJOEN SINTANG
HOSPITAL**

xvii+ 93 pages + 73 tables + 53 images + 11 attachment

Background : *Healthcare Associated Infections (HAIs) is a major problem facing hospitals and still quite high in Indonesia. Failure to maintain hand hygiene properly and correctly is a major cause of HAIs. Nurses as health workers who most interact with patients should be obedient in handwashing practices. RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang set a target of 100% achievement of handwashing compliance on nurses Year 2016. However, in fact the results of observations from 10 nurses only 20% of nurses who practice handwashing properly and properly according to established procedures.*

Research Method : *Using cross sectional research design with total sampling technique. The respondents were 68 respondents were nurses in IGD, ICU and IBS RSUD at Ade Muhammad Djoen Sintang hospital. The analysis used chi square analysis.*

Result of research : *Shows there is a relationship between motivation and compliance (p-value 0,007), facility with compliance (p-value 0,010) and supervision with compliance (p-value 0,001) nurse in hand hygiene. While knowledge with compliance (p-value 0.237) and attitude with compliance (p-value 0.961) is not related to the compliance of nurses in hand hygiene.*

Conclusion of the research : *There is a relationship of motivation, facility, and supervision with nurse compliance in hand hygiene while knowledge and attitude variable is not related to nurse compliance in hand hygiene.*

Keywords : *compliance, nurses, hand hygiene*

Library : *49 (2007-2017)*

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
MOTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
BIODATA.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
I.1 Latar Belakang.....	1
I.2 Rumusan Masalah.....	7
I.3 Tujuan Penelitian.....	7
I.3.1 Tujuan Umum.....	7
I.3.2 Tujuan Khusus.....	7
I.4 Manfaat Penelitian.....	8
I.4.1 Bagi Pendidikan.....	8
I.4.2 Bagi RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	8
I.4.3 Bagi Peneliti.....	8
I.5 Keaslian Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
II.1 Konsep Teori.....	13
II.1.1 Konsep Infeksi Nosokomial.....	13
II.1.1.1 Definisi Infeksi Nosokomial.....	13
II.1.1.2 Rantai Penularan Infeksi Nosokomial.....	16
II.1.1.3 Ciri-ciri Infeksi Nosokomial.....	18
II.1.1.4 Strategi Pencegahan dan Penularan Infeksi Nosokomial.....	19
II.1.1.5 Peran Perawat dalam Pencegahan dan Penularan Infeksi Nosokomial.....	20
II.1.1.6 Kewaspadaan Standar.....	21
II.1.1.7 Unsur-unsur Kewaspadaan Universal.....	21
II.1.2 Konsep <i>Hand Hygiene</i>	22
II.1.2.1 Definisi <i>Hand Hygiene</i>	22

	II.1.2.2 Tujuan <i>Hand Hygiene</i>	23
	II.1.2.3 Tata Laksana <i>Hand Hygiene</i>	24
	II.1.2.4 Hal-hal yang Diperhatikan dalam <i>Hand Hygiene</i>	25
	II.1.2.5 Prinsip <i>Hand Hygiene</i>	26
	II.1.2.6 Fasilitas <i>Hand Hygiene</i>	26
	II.1.2.7 Prosedur <i>Hand Hygiene</i>	28
	II.1.3 Konsep Kepatuhan.....	29
	II.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan dalam Melakukan <i>Hand hygiene</i>	31
	II.1.4.1 Pengetahuan.....	31
	II.1.4.2 Sikap.....	32
	II.1.4.3 Motivasi.....	34
	II.1.4.4 Fasilitas <i>Hand Hygiene</i>	35
	II.1.4.5 Supervisi Kepala Ruangan.....	36
	II.2 Kerangka Teori.....	38
BAB III	KERANGKA KONSEPTUAL.....	39
	III.1 Kerangka Konsep.....	39
	III.2 Variabel Penelitian.....	40
	III.2.1 Variabel Terikat.....	40
	III.2.2 Variabel Bebas.....	40
	III.3 Definisi Operasional.....	41
	III.4 Hipotesis Penelitian.....	42
BAB IV	METODE PENELITIAN.....	43
	IV.1 Desain Penelitian.....	43
	IV.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	43
	IV.2.1 Tempat Penelitian.....	43
	IV.2.2 Waktu Penelitian.....	44
	IV.3 Populasi, Sampel dan Tehnik Penelitian.....	44
	IV.3.1 Populasi Penelitian.....	44
	IV.3.2 Sampel Penelitian.....	44
	IV.3.3 Tehnik Sampling.....	44
	IV.4 Tehnik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian.....	45
	IV.4.1 Tehnik Pengumpulan Data.....	45
	IV.4.2 Instrumen Penelitian.....	47
	IV.5 Tehnik Pengolahan dan Analisa Data.....	47
	IV.5.1 Tehnik Pengolahan.....	47
	IV.5.2 Tehnik Analisa Data.....	49
BAB V	HASIL PENELITIAN.....	52
	V.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	52
	V.1.1 Geografi.....	52
	V.1.2 Demografis.....	53

V.1.3 Ketersediaan Fasilitas RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.	53
V.1.4 Program Pencegahan Infeksi Nosokomial di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	54
V.2 Karakteristik Responden.....	56
V.3 Analisa Univariat.....	59
V. 4 Analisa Bivariat.....	69
V. 5 Pembahasan Hasil Penelitian.....	73
V.6 Keterbatasan Penelitian.....	85
 BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	 86
VI.1 Kesimpulan.....	86
VI.2 Saran.....	87
 DAFTAR PUSTAKA.....	 89
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
I.1 Keaslian Penelitian	9
III.1 Definisi Operasional	4
V.1 Kapasitas Tempat Tidur RSUD Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2016	54
V.2 Program Pencegahan Infeksi Nosokomial di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	55
V.3 Distribusi Frekuensi Umur Responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang	57
V.4 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	57
V.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang	58
V.6 Distribusi Frekuensi Lama Kerja Responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	58
V.7 Distribusi Frekuensi Keikutsertaan Responden Diklat tentang <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	59
V.8 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Responden dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	59
V.9 Distribusi Frekuensi aitem pertanyaan pengetahuan responden dalam melakukan <i>hand hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	60
V.10 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sikap Responden dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang	62
V.11 Distribusi Frekuensi Aitem Pertanyaan Sikap Responden dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	62
V.12 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Motivasi Responden dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	63
V.13 Distribusi Frekuensi Aitem Pertanyaan Motivasi Perawat dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> Di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang....	64
V.14 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Ketersediaan Fasilitas dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	65
V.15 Analisis Aitem Pertanyaan Ketersediaan Fasilitas dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang	65
V.16 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Supervisi Kepala Ruangan dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang	66
V.17 Analisis Aitem Pertanyaan Supervisi Kepala Ruangan dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	67
V.18 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kepatuhan Responden dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	68
V.19 Analisis Butir Observasi Kepatuhan Responden dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> Di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	68

V.20	Hubungan antara Pengetahuan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	69
V.21	Hubungan antara Sikap dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	70
V.22	Hubungan antara motivasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	71
V.23	Hubungan antara Ketersediaan Fasilitas dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	72
V.24	Hubungan antara Supervisi Kepala Ruangan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.....	73

DAFTAR GAMBAR

	Hal
II.1	Faktor-faktor yang berpengaruh dalam proses terjadinya infeksi nosokomial 15
II.2	<i>Five moments hand hygiene</i> 25
II.3	6 Langkah <i>Hand Hygiene</i> 29
II.4	Kerangka Teori Menurut Teori Lawrence Green (1980): Faktor <i>Predisposing, Enabling</i> dan <i>Reinforcing</i> yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> 38
III.5	Kerangka Konsep 39
V.1	RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang 53

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Daftar Istilah
- Lampiran 2 : Daftar Singkatan
- Lampiran 3 : Instrumen Penelitian
- Lampiran 4 : Lembar Ceklis Observasi Penelitian (Kepatuhan *Hand Hygiene*)
- Lampiran 5 : Rekapitulasi Data Penelitian
- Lampiran 6 : Analistik Statistik
- Lampiran 7 : Jadwal Pelaksanaan Proposal dan Skripsi
- Lampiran 8 : Surat Permohonan Ijin Penelitian di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang
- Lampiran 9 : Surat Persetujuan Penelitian di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang
- Lampiran 10 : Surat Keterangan Telah Menyelesaikan Penelitian di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang
- Lampiran 11 : Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Penyakit infeksi atau menular masih merupakan masalah kesehatan di Indonesia. Ini terjadi karena adanya interaksi antara mikroorganisme dengan tubuh yang rentan. Pada umumnya di Indonesia pasien yang datang ke rumah sakit sudah dalam keadaan lemah atau parah. Oleh karena itu sering diperlukan tindakan “*invasive*” dan tindakan medis yang dapat memudahkan masuknya mikroorganisme penyebab infeksi ke dalam tubuh pasien. Keadaan ini akan semakin memperparah penyakit yang diderita dan bahkan dapat menyebabkan kematian (Depkes, 2010).

Infeksi terkait perawatan kesehatan atau *Healthcare Associated Infections* (HAIs), yang juga disebut sebagai infeksi "Nosokomial" atau "Rumah Sakit", adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit atau fasilitas perawatan kesehatan lainnya setelah pasien masuk rumah sakit dalam kurun waktu 48 – 72 jam (WHO, 2016).

Hasil survey yang dilakukan *World Health Organizations* (WHO) pada tahun 2016, menyatakan bahwa prevalensi kejadian Infeksi nosokomial di Eropa lebih dari 4 juta- 4,5 juta pasien terkena setiap tahun. Di Amerika Serikat, diperkirakan sekitar 1,7 juta pasien yang terkena infeksi nosokomial setiap tahun, ini mewakili prevalensi 4,5% untuk 99.000 kematian (WHO, 2016).

Departemen Kesehatan RI melakukan survey pada tahun 2013 di 10 RSU Pendidikan, diperoleh angka infeksi nosokomial cukup tinggi yaitu sebesar 6-16% dengan rata-rata 9,8%. Survey yang dilakukan di 11 rumah sakit di DKI Jakarta menunjukkan bahwa 9,8% pasien rawat inap mendapat infeksi yang baru selama dirawat (Depkes RI, 2013).

Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan kebijakan pencegahan infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. Kebijakan itu tertuang dalam keputusan Menteri Kesehatan Nomor 270/Menkes/III//2007 tentang Pedoman Manajerial Pengendalian infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan. Keputusan Menkes Nomor 381/Menkes/III/2007 mengenai Pedoman Pengendalian infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan. Keputusan Menkes Nomor 129 tahun 2008 mengenai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menetapkan standar kejadian Infeksi nosokomial di rumah sakit $\leq 1,5\%$ (Darmadi, 2008). Kebijakan tersebut sebagai upaya untuk memutuskan siklus penularan penyakit dan melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung, dan masyarakat yang menerima pelayanan baik di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan lainnya (Depkes RI, 2008).

Data prevalensi kejadian infeksi nosokomial di RSUD Dr. Soedarso Pontianak berdasarkan data indikator area klinis pada tahun 2016 menunjukkan rerata kejadian *phlebitis* pada triwulan I sebesar 2,4‰, triwulan II sebesar 17,7‰, dan triwulan III sebesar 17‰. Terjadi peningkatan yang signifikan kejadian *phlebitis* pada triwulan II (RSUD Dr. Soedarso Pontianak, 2016).

RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang prevalensi kejadian infeksi nosokomial tidak terdata, namun untuk kepentingan penelitian, peneliti melakukan rekap dari

dokumen rekam medik yang ada. Data rekam medik yang digunakan adalah data dari bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2016 berdasarkan diagnosa tambahan dokter penanggung jawab pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Hasil rekap tersebut didapat jumlah pasien pada tahun 2016 sebanyak 8.957 orang, yang beresiko mengalami infeksi nosokomial yaitu Infeksi Saluran Kencing (ISK) sebesar 1,7%, Infeksi Luka Operasi (ILO) sebesar 1,18%, Infeksi Jarum Infus (*Plebitis*) 22,29%, *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP) sebesar 0,69%, dan *Ventilator Acquired Pneumonia* (VAP) sebesar 0,02% (Rekam Medik RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang, 2016).

Healthcare Associated Infections (HAIs) terjadi melalui dari pasien ke petugas, dari pasien ke pasien yang lain, dari pasien ke pengunjung atau keluarga, ataupun dari petugas ke pasien, melalui kontak langsung peralatan atau bahan yang sudah terkontaminasi dengan darah ataupun cairan tubuh lainnya (Depkes, 2010).

Perawat memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap terjadinya infeksi nosokomial karena perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling banyak melakukan kontak dengan pasien dan berinteraksi secara langsung dengan pasien selama 24 jam. Upaya pencegahan infeksi nosokomial yang dapat dilakukan perawat adalah dengan meningkatkan kemampuan dalam menerapkan kewaspadaan standar (*standar precaution*) dengan komponen utamanya yang merupakan salah satu metode paling efektif untuk mencegah penularan patogen berkaitan dengan pelayanan kesehatan adalah dengan melakukan praktek kebersihan tangan (*hand hygiene*) (WHO, 2009).

Hand hygiene adalah suatu upaya mencegah infeksi yang ditularkan melalui tangan dengan menghilangkan kotoran dan debris serta menghambat atau membunuh mikroorganisme pada kulit yang dapat diperoleh dari kontak antara pasien dengan lingkungan (Depkes, 2008). Tangan yang terkontaminasi merupakan penyebab utama perpindahan infeksi (Perry & Potter 2005 yang dikutip Rodyah, 2015). Kegagalan untuk melakukan kebersihan tangan dengan baik dan benar merupakan penyebab utama Infeksi nosokomial dan penyebaran mikroorganisme multiresisten di fasilitas pelayanan kesehatan (Perry & Potter, 2002 dalam Depkes RI, 2008).

Program untuk meningkatkan *hand hygiene* petugas kesehatan telah dideklarasikan oleh WHO melalui program keselamatan pasien yang mencetuskan *Global Patient Safety Challenge* “*clean care is safe care*”. WHO juga meluncurkan *Save Lives: Clean Your Hands* dengan strategi 5 momen *hand hygiene* (*My Five Moments for Hand hygiene*) yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan prosedur aseptik, setelah terpapar dengan cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien” (WHO, 2009).

Studi di Amerika Serikat menunjukkan tingkat kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* masih sekitar 50% dan di Australia masih sekitar 65%. Program *hand hygiene* di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) yang sudah sejak tahun 2008 tetapi sampai saat ini kepatuhan perawat melakukan cuci tangan hanya sekitar 60%. Hal ini merupakan tantangan yang cukup besar bagi tim pengendali infeksi

rumah sakit untuk mempromosikan program cuci tangan ini (Perdalin, 2010 dalam Utami, 2016).

Kepatuhan dalam *hand hygiene* sangat penting dilakukan oleh perawat. Hal ini disebabkan karena kurangnya kepatuhan perawat dapat menimbulkan beberapa dampak. RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang menetapkan target 100% pencapaian kepatuhan kepatuhan *hand hygiene* (RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang, 2016).

Penelitian yang dilakukan Sinaga tentang kepatuhan kepatuhan *hand hygiene* pada tahun 2015 di RS MISI di Rangkasbitung menunjukkan bahwa 44.7% perawat tidak patuh melakukan cuci tangan (Sinaga, 2015). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Waney dan Utami, hasil penelitian Waney tahun 2016 di instalasi rawat inap Rumah Sakit Tkt. III R. W. Mongisidi Manado menunjukkan sebagian besar perawat belum menerapkan *hand hygiene* dengan baik yaitu sebanyak 61,9% (Waney, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Utami tahun 2016 di instalasi rawat inap RST Dr. Soedjono Magelang menunjukkan kepatuhan perawat dalam melakukan cuci tangan adalah pada kategori tidak patuh 53,9% (Utami, 2016). Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar perawat masih belum patuh melakukan tindakan *hand hygiene*. Perawat diharapkan harus dapat menerapkan *hand hygiene* yang tepat dan benar sesuai prosedur di lingkungan layanan kesehatan guna pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi nosokomial.

Hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan di ruang perawatan dalam dan ruang perawatan bedah RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang tanggal 29 Agustus

sampai dengan 4 September 2016 dengan melakukan observasi terhadap 10 perawat pelaksana saat melakukan *hand hygiene* didapat 80% perawat belum melakukan *hand hygiene* dengan baik dan benar sesuai prosedur yang ditetapkan dan 70% perawat pengetahuannya mengenai *hand hygiene* masih kurang baik.

Perawat memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap terjadinya Infeksi nosokomial karena perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling banyak melakukan kontak dengan pasien dan berinteraksi secara langsung dengan pasien selama 24 jam. Oleh karena itu penelitian ini dilakukan terhadap perawat untuk mengkaji tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*, serta faktor apa yang mempengaruhinya.

Kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* sangat penting dilakukan karena ketidakpatuhan dapat menimbulkan dampak antara lain : (1) Bagi pasien, penambahan diagnosa penyakit dan memperpanjang jumlah hari rawat selama di rumah sakit hingga dapat menyebabkan kematian; (2) Bagi pengunjung, dapat menularkan kepada orang lain setelah meninggalkan rumah sakit; (3) Bagi perawat, akan menjadi barier (pembawa kuman) yang menularkan kepada pasien lain dan diri sendiri; (4) Bagi rumah sakit, menurunkan mutu pelayanan rumah sakit hingga pencabutan ijin operasional rumah sakit.

Melihat fenomena diatas dan untuk menjaga keselamatan pasien, pengunjung, perawat dan meningkatkan mutu rumah sakit, maka peneliti tertarik untuk mengetahui “Faktor Yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang”.

I.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pada latar belakang dan fenomena diatas maka yang menjadi rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Faktor Apa Sajakah yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017?”

I.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan umum

Mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.

I.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui gambaran kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.
2. Mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.
3. Mengetahui hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.
4. Mengetahui hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam kepatuhan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.
5. Mengetahui hubungan antara fasilitas *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.

6. Mengetahui hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.

I.4 Manfaat Penelitian

I.4.1 Bagi pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi literature mengenai hal-hal terkait dengan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*.

I.4.2 Bagi RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pimpinan RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang untuk menyusun program, kebijakan dan strategi pelaksanaan khususnya mengenai kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* guna meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit serta memperhatikan ketersediaan fasilitas *hand hygiene* mendukung pelaksanaan melakukan *hand hygiene* guna mencegah penularan infeksi yang terjadi selama pasien dirawat di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.

I.4.3 Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan peneliti tentang kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene* dan mengaplikasikan mata kuliah Metodologi Penelitian dan Biostatistik, serta merupakan pengalaman yang berharga dalam melakukan penelitian.

I.5 Keaslian Penelitian

Tabel I.1
Keaslian Penelitian

No.	Nama Peneliti/ Tahun	Judul Penelitian	Jenis Penelitian, Sampel dan teknik sampling	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Sinaga (2015)	Kepatuhan <i>hand hygiene</i> di Rumah Sakit Misi Rangkasbitung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian <i>Cross Sectional</i> 2. Sampel penelitian adalah perawat di Rumah Sakit MISI Rangkasbitung dengan jumlah 78 orang 3. Teknik penelitian <i>Total Sampling</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan sarana dengan kepatuhan melakukan <i>hand hygiene</i> (<i>p value</i> 0.000). 2. Ada hubungan bermakna antara lama bekerja dengan kepatuhan melakukan <i>hand hygiene</i> (<i>p value</i> 0.0034). 3. Ada hubungan bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan melakukan <i>hand hygiene</i>, (<i>p-value</i> 0.005). 4. Ada hubungan bermakna dengan pelatihan dengan kepatuhan <i>hand hygiene</i> (<i>p-value</i> 0.000). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian <i>Cross Sectional</i> 2. Teknik penelitian <i>Total Sampling</i> 3. Variabel terikat penelitian adalah kepatuhan <i>hand hygiene</i> 4. Analisis data yang digunakan antara lain analisa univariat, analisa bivariat dengan uji statistik <i>Chi-Square</i> 5. Variabel bebas penelitian adalah ketersediaan sarana dan supervisi kepala ruangan 6. Hasil penelitian ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan sarana dengan kepatuhan perawat dalam melakukan <i>hand hygiene</i> (<i>p-value</i> 0,010) dan Ada hubungan bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampel penelitian berjumlah 78 orang 2. Analisis data yang digunakan analisis multivariat dengan uji Regresi Logistik 3. Variabel bebas penelitian lama bekerja dan pelatihan dengan kepatuhan <i>hand hygiene</i>

					kepatuhan perawat dalam melakukan <i>hand hygiene</i> (<i>p value</i> 0,001).	
2.	Waney (2016)	tor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan <i>hand hygiene</i> di instalasi rawat inap Rumah Sakit Tingkat III R. W. Mongisidi Manado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis penelitian kuantitatif dengan metode penelitian survei analitik dengan pendekatan <i>Cross Sectional</i> 2. Sampel penelitian adalah perawat di instalasi rawat inap Rumah Sakit Tingkat III R.W Mongisidi Manad. yaitu seluruh perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap rumah sakit berjumlah 84 orang. 3. Metode sampling yang digunakan adalah Total Sampling dengan teknik quota sampling 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan <i>hand hygiene</i> (<i>p-value</i> 0,000). 2. Terdapat hubungan ketersediaan sarana dengan kepatuhan <i>hand hygiene</i> (<i>p-value</i> 0,000) 3. Terdapat hubungan motivasi dengan kepatuhan <i>hand hygiene</i>, (<i>p-value</i> 0,003) 4. Terdapat hubungan supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan <i>hand hygiene</i> (<i>p- value</i> 0,001). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian <i>Cross Sectional</i> 2. Teknik penelitian <i>Total Sampling</i> 3. Variabel terikat penelitian adalah kepatuhan <i>hand hygiene</i> 4. Analisis data yang digunakan dalam penelitian adalah uji <i>chi square</i> 5. Variabel bebas penelitian adalah pengetahuan, motivasi, ketersediaan sarana, dan supervisi kepala ruangan dan pelatihan dengan kepatuhan <i>hand hygiene</i> 6. Hasil penelitian ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam kepatuhan <i>hand hygiene</i> (<i>p-value</i> 0,007), ada hubungan yang bermakna antara fasilitas <i>hand hygiene</i> dengan kepatuhan perawat dalam melakukan <i>hand hygiene</i> (<i>p-value</i> 0,010), dan ada hubungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampel penelitian berjumlah 84 orang 2. Analisis data yang digunakan uji regresi logistik berganda 3. Variabel bebas penelitian adalah pelatihan dengan kepatuhan <i>hand hygien</i>. 4. Hasil penelitian tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan <i>hand hygiene</i> (<i>p-value</i> 0,237).

					yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan <i>hand hygiene</i> (<i>p-value</i> 0,001).	
3.	tami, dkk (2016)	ubungan kualitas supervisi kepala ruang terhadap kepatuhan perawat melakukan standar Cuci tangan di instalasi rawat inap Rst dr. Soedjono Magelang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis penelitian analitik korelasional dengan desain <i>cross-sectional</i> 2. Sampel penelitian adalah perawat di instalasi rawat inap Rst dr. Soedjono magelang dengan jumlah 128 orang 3. Metode sampling yang digunakan adalah Total Sampling dengan teknik quota sampling 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi yang dilakukan kepala ruang pada kategori baik (55,5%). 2. Kepatuhan perawat dalam melakukan cuci tangan adalah pada kategori tidak patuh (44,5%). 3. Ada hubungan kualitas supervisi kepala ruang terhadap kepatuhan perawat melakukan standar cuci tangan di instalasi rawat inap RST Dr. Soedjono Magelang (<i>p value</i> 0,005) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis penelitian analitik korelasional dengan desain <i>Cross-Sectional</i> 2. Teknik penelitian <i>Total Sampling</i> dengan teknik quota sampling 3. Analisis data yang digunakan antara lain analisa univariat, analisa bivariat dengan Uji Statistik Chi Square 4. Variabel terikat penelitian adalah kepatuhan perawat melakukan standar cuci tangan 5. Variabel bebas penelitian adalah kualitas supervisi kepala ruang terhadap kepatuhan perawat melakukan standar cuci tangan 6. Kepatuhan perawat dalam melakukan <i>hand hygiene</i> adalah pada kategori tidak patuh (69,1%). 7. Hasil penelitian ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampel penelitian berjumlah 128 orang 2. Supervisi yang dilakukan kepala ruang pada kategori kurang baik (67,8%).

					perawat dalam melakukan <i>hand hygiene</i> (<i>p-value</i> 0,001).	
--	--	--	--	--	--	--

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.I Konsep Teori

II.1.1 Konsep infeksi nosokomial

II.1.1.1 Definisi infeksi nosokomial

Menurut Darmadi (2008), nosokomial berasal dari bahasa Yunani, dari kata *nosos* yang artinya penyakit, dan *komeo* yang artinya merawat. Nosokomial berarti tempat untuk merawat/rumah sakit. Jadi infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit. Dapat juga diartikan bahwa infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat oleh penderita, ketika penderita dalam proses asuhan keperawatan di rumah sakit. Menurut Koziar (2010) yang dikutip Ningsih, dkk (2013), infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapatkan saat pasien berada di rumah sakit.

Darmadi (2008) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial adalah sebagai berikut :

1. Faktor-faktor yang ada pada diri pasien (*intrinsic factors*)

Faktor-faktor yang ada pada diri pasien (*intrinsic factors*) meliputi usia, jenis kelamin, kondisi umum penderita, resiko terapi atau adanya penyakit yang menyertai penyakit dasar.

2. Faktor keperawatan

Faktor keperawatan meliputi lamanya hari perawatan (*length of stay*), menurunnya standar pelayanan perawatan serta padatnya pasien dalam satu ruangan.

3. Faktor mikroba patogen

Faktor mikroba patogen meliputi tingkat kemampuan invasi mikroba, tingkat kemampuan untuk merusak jaringan, serta lamanya paparan (*length of exposure*) antara sumber penularan dan penderita.

4. Faktor-faktor luar (*extrinsic factors*)

Faktor-faktor luar yang berpengaruh dalam infeksi nosokomial adalah sebagai berikut:

a. Petugas pelayanan medis

Petugas pelayanan medis meliputi dokter, perawat, bidan, tenaga laboratorium dan sebagainya. Menurut Potter & Perry (2005) dalam Darmadi (2008), sebagian besar infeksi nosokomial ditularkan oleh pemberi pelayanan kesehatan.

b. Peralatan atau material medis

Peralatan atau material medis meliputi jarum, kateter, instrumen, respirator, kain atau dock, kassa dan lain-lain.

c. Lingkungan

Lingkungan meliputi lingkungan internal seperti ruangan atau bangsal perawatan, kamar bersalin, dan kamar bedah, sedangkan lingkungan

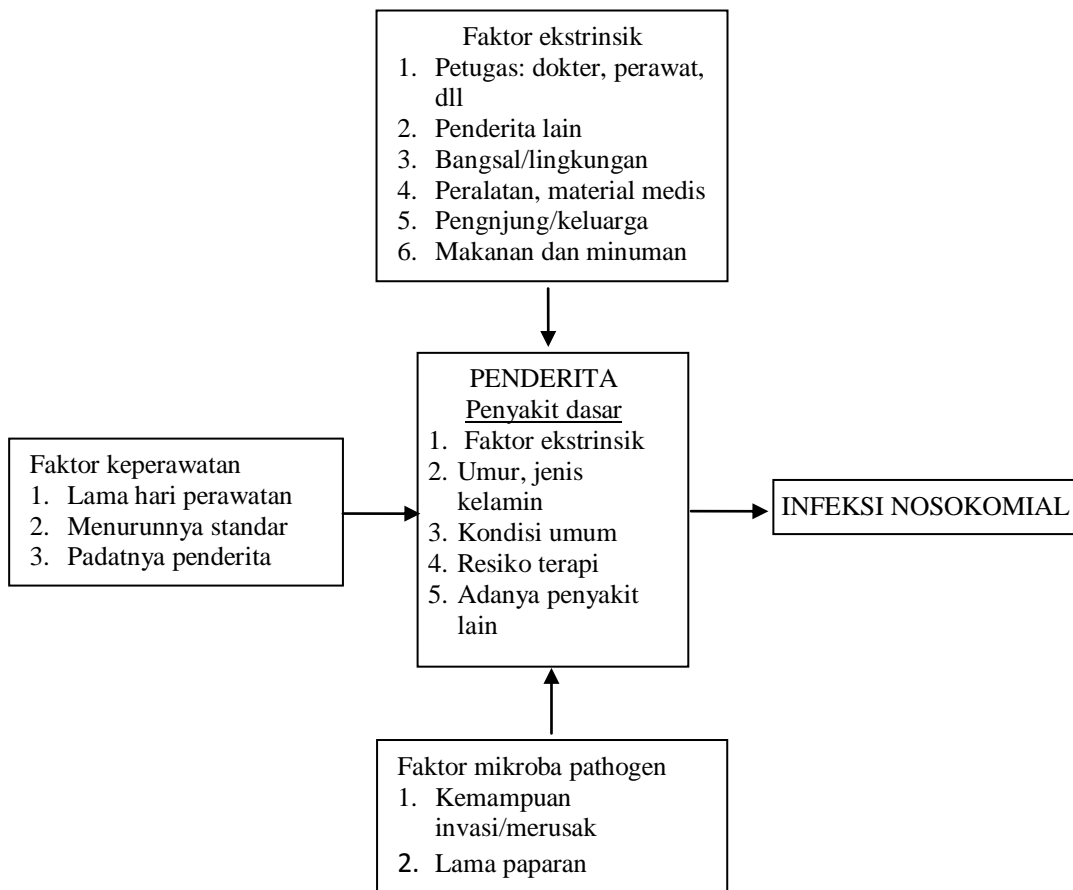
eksternal adalah halaman rumah sakit dan tempat pembuangan sampah atau pengolahan limbah.

d. Pasien lain

Keberadaan penderita lain dalam satu kamar atau ruangan atau bangsal perawatan dapat merupakan sumber penularan.

e. Pengunjung atau keluarga

Keberadaan tamu atau keluarga dapat merupakan sumber penularan.



Gambar II.1 Faktor-faktor yang berpengaruh dalam proses terjadinya infeksi nosokomial.

Sumber : Darmadi (2008)

Faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap kejadian infeksi nosokomial adalah ketidakpatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* saat tindakan keperawatan.

II.1.1.2 Rantai penularan infeksi nosokomial

Tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi perlu dilakukan dengan mengetahui rantai penularan. Apabila satu mata rantai dihilangkan atau dirusak, maka infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Komponen terjadinya penularan menurut Depkes RI (2011) adalah:

1. Agen infeksi (*infectious agent*)

Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi. Pada manusia agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, rickettsia, jamur dan parasit. Ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis atau “*load*”).

2. Reservoir

Reservoir atau tempat dimana agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang biak dan siap ditularkan kepada orang. Reservoir yang paling umum adalah manusia, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air dan bahan-bahan organik lainnya. Pada orang sehat, permukaan kulit, selaput lendir saluran napas atas, usus dan vagina merupakan reservoir yang umum.

3. Pintu keluar (*portal of exit*)

Pintu keluar (*portal of exit*) adalah jalan dimana agen infeksi meninggalkan reservoir. Pintu keluar meliputi saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, kulit dan membrane mukosa, transplasenta dan darah serta cairan tubuh lain.

4. Transmisi (cara penularan)

Transmisi adalah mekanisme bagaimana transport agen infeksi dari reservoir ke penderita (yang suseptibel). Ada beberapa cara penularan yaitu (1) kontak: langsung dan tidak langsung, (2) *droplet*, (3) *airbone*, (4) melalui *venikulum* (makanan, air/minuman, darah) dan (5) melalui vektor (serangga, binatang pengerat).

5. Pintu masuk (*portal of entry*)

Pintu masuk (*portal of entry*) adalah tempat dimana agen infeksi memasuki pejamu (yang susceptible). Pintu masuk melalui saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, selaput lendir serta kulit yang tidak utuh (luka).

6. Pejamu (*host*) yang susceptible

Pejamu (*host*) yang susceptible adalah orang yang tidak memiliki daya tahan tubuh yang cukup melawan agen infeksi serta mencegah terjadinya infeksi atau penyakit. Faktor yang khusus mempengaruhi adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma atau pembedahan, pengobatan dengan immunoseresan. Faktor lain yang mempengaruhi adalah jenis kelamin, ras atau etnis tertentu, status ekonomi, gaya hidup, pekerjaan dan heriditer.

II.1.1.3 Ciri-ciri infeksi nosokomial

Menurut Darmadi (2008), suatu infeksi disebut dengan infeksi yang didapat dari rumah sakit atau infeksi nosokomial apabila memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Saat penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak didapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut;
2. Saat penderita mulai dirawat di rumah sakit, tidak sedang dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut;
3. Tanda-tanda klinik infeksi tersebut timbul sekurang-kurangnya setelah 3 x 24 jam sejak mulai perawatan;
4. Infeksi tersebut bukan merupakan sisa (*residual*) dari infeksi sebelumnya;
5. Apabila saat mulai dirawat di rumah sakit sudah ada tanda-tanda infeksi dan terbukti infeksi tersebut didapat oleh penderita ketika dirawat di rumah sakit yang sama pada waktu yang lalu, serta belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial.

Berdasarkan batasan ciri-ciri tersebut, Darmadi juga menyebutkan bahwa ada catatan khusus yang perlu diketahui antara lain:

1. Penderita yang sedang dalam proses asuhan keperawatan di rumah sakit dan kemudian menderita keracunan makanan dengan penyebab bukan produk bakteri maka tidak termasuk infeksi nosokomial;
2. Penderita yang telah keluar dari rumah sakit dan kemudian timbul tanda-tanda infeksi, dapat digolongkan sebagai infeksi nosokomial apabila infeksi tersebut dapat dibuktikan berasal dari rumah sakit;
3. Infeksi yang terjadi pada petugas pelayanan medis serta keluarga atau pengunjung tidak termasuk infeksi nosokomial.

II.1.1.4 Strategi pencegahan dan penularan infeksi nosokomial

Strategi pencegahan dan pengendalian infeksi menurut Departemen Kesehatan RI (2010) adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan daya tahan pejamu

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

2. Inaktivasi agen penyebab infeksi

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

3. Memutus rantai penularan

Memutus rantai penularan merupakan cara yang paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, tetapi hasilnya sangat bergantung kepada ketaatan petugas dalam melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan. Tindakan pencegahan ini telah disusun dalam suatu "*Isolation Precautions*" (Kewaspadaan Isolasi) yang terdiri dari dua pilar atau tingkatan yaitu "*Standard Precautions*" (Kewaspadaan standar) dan "*Transmissionbased Precautions*" (Kewaspadaan berdasarkan cara penularan).

4. Tindakan pencegahan paska pajanan ("*post exposure prophylaxis*"/PEP) terhadap petugas kesehatan

Tindakan ini berkaitan dengan pencegahan agen infeksi yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh lainnya, yang sering terjadi karena luka tusuk jarum bekas pakai atau pajanan lainnya. Penyakit yang perlu mendapat perhatian adalah Hepatitis B, Hepatitis C dan HIV

II.1.1.5 Peran perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial

Menurut *World Health Organization* (2002) yang dikutip oleh Rodyah (2015), pelaksanaan praktek/ perawatan pasien dalam pengendalian infeksi merupakan peran tenaga perawat. Perawat harus terbiasa dengan praktek untuk mencegah terjadinya dan penyebaran infeksi, dan mempertahankan praktek-praktek yang sesuai untuk semua pasien selama di rumah sakit. adapun peran tenaga kesehatan dalam pengendalian infeksi nosokomial:

1. Menjaga kebersihan, konsisten dengan kebijakan rumah sakit dan praktek keperawatan;
2. Pemantauan teknik aseptik, termasuk mencuci tangan dan penggunaan isolasi;
3. Melaporkan kepada dokter dengan segera apabila terdapat gejala infeksi pada pasien saat pemberian pelayanan keperawatan;
4. Melakukan isolasi pada pasien apabila menunjukkan tanda-tanda penyakit menular ketika dokter tidak segera menanganinya;
5. Membatasi paparan pasien terhadap infeksi dari pengunjung, staf rumah sakit, pasien lain atau peralatan yang digunakan untuk diagnosis atau asuhan keperawatan;

6. Mempertahankan pasokan peralatan, obat-obatan dan perlengkapan perawatan pasien yang aman dan memadai di ruangan.

II.1.1.6 Kewaspadaan standar

Kewaspadaan standar (*standar precautions*) adalah pencegahan dan pengendalian infeksi rutin dan harus diterapkan terhadap semua pasien di semua fasilitas kesehatan. Kewaspadaan ini merupakan kewaspadaan yang terpenting, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien dalam rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik terdiagnosis infeksi maupun diduga terinfeksi atau kolonisasi. Diciptakan untuk mencegah transmisi silang sebelum diagnosis ditegakkan atau hasil pemeriksaan belum ada. Strategi utama bagi pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) dalam kewaspadaan standar adalah dengan menyatukan *Universal Precautions* dan *Body Substance Isolation* (Depkes RI, 2011).

II.1.1.7 Unsur-unsur kewaspadaan universal

Menurut Departemen Kesehatan RI (2011), unsur-unsur kewaspadaan standar (*standar precaution*) untuk pelayanan semua pasien meliputi:

1. Kebersihan tangan/*hand hygiene*;
2. Alat pelindung diri (APD): sarung tangan, masker, *goggle* (kaca mata pelindung), *face shield* (pelindung wajah), gaun;
3. Peralatan perawatan pasien;
4. Pengendalian lingkungan;
5. Pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen;
6. Kesehatan karyawan/perlindungan petugas kesehatan;

7. Penempatan pasien;
8. *Hygiene respirasi* (etika batuk);
9. Praktek menyuntik yang aman;
10. Praktek untuk lumbal punksi

II.1.2 Konsep *hand hygiene*

II.1.2.1 Definisi *hand hygiene*

Hand hygiene merupakan istilah umum yang berlaku baik untuk *hand hygiene* dengan sabun antiseptik, maupun *handrub* antiseptik. Pada tahun 1988 dan 1995, pedoman *hand hygiene* dan antiseptis tangan diterbitkan oleh *Association for Professionals in Infection Controls (APIC)* (Boyce dan Pittet, 2002 dalam WHO 2009).

Tahun 2009, WHO mencetuskan *global patient safety challenge* dengan *clean care is safe care*, yaitu merumuskan inovasi strategi kepatuhan *Hand hygiene* untuk petugas kesehatan dengan *My five moments for Hand hygiene* (WHO, 2009). *Hand hygiene* adalah suatu upaya atau tindakan membersihkan tangan, baik dengan menggunakan sabun antiseptik di bawah air mengalir (*hand washing*) atau dengan menggunakan *handrub* berbasis alkohol (*hand rubbing*) dengan langkah-langkah yang sistematis sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah bakteri yang berada pada tangan (WHO, 2009).

Hand washing (mencuci tangan) adalah proses menggosok kedua permukaan tangan dengan kuat secara bersamaan menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme sebanyak mungkin. *Hand rubbing* adalah tindakan menggosok tangan dengan berbahan dasar

alkohol tanpa air, penggosokkan tangan ini dilakukan dengan menggunakan senyawa berbasah dasar alkohol (misalnya, *etanol*, *n-propanol* atau *isopropanol*) yang digunakan dengan cara bilas (*rinse*) dan gosok (*rub*) untuk tangan (Keevil, 2011 dalam Ardana 2016).

Menurut Departemen Kesehatan RI (2010), ada tiga cara *Hand hygiene* yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan, yaitu :

1. *Hand hygiene higienik* atau rutin: mengurangi kotoran dan flora yang ada ditangan dengan menggunakan sabun atau detergen.
2. *Hand hygiene aseptik*: sebelum tindakan aseptik pada pasien dengan menggunakan antiseptik.
3. *Hand hygiene bedah (surgical handscrub)*: sebelum melakukan tindakan bedah dengan cara aseptik dengan antiseptik dan sikat steril.

II.1.2.2 Tujuan *hand hygiene*

Menurut Departemen Kesehatan RI (2008) tujuan *hand hygiene* adalah sebagai berikut :

1. Meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme yang ada di tangan.
2. Mencegah perpindahan mikroorganisme dari lingkungan ke pasien dan dari pasien ke petugas (infeksi silang).

II.1.2.3 Tata laksana *hand hygiene*.

World Health Organization (2009), mensyaratkan *five moment of Hand hygiene* (5 waktu *hand hygiene*), yang merupakan petunjuk waktu kapan petugas harus melakukan cuci tangan , yaitu :

1. Sebelum kontak dengan pasien

Hand hygiene sebelum kontak dengan pasien, untuk melindungi pasien dari bakteri patogen yang ada pada tangan petugas.

2. Sebelum melakukan prosedur aseptik

Hand hygiene segera sebelum melakukan tindakan aseptik, untuk melindungi pasien dari bakteri patogen, termasuk yang berasal dari permukaan tubuh pasien sendiri.

3. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien

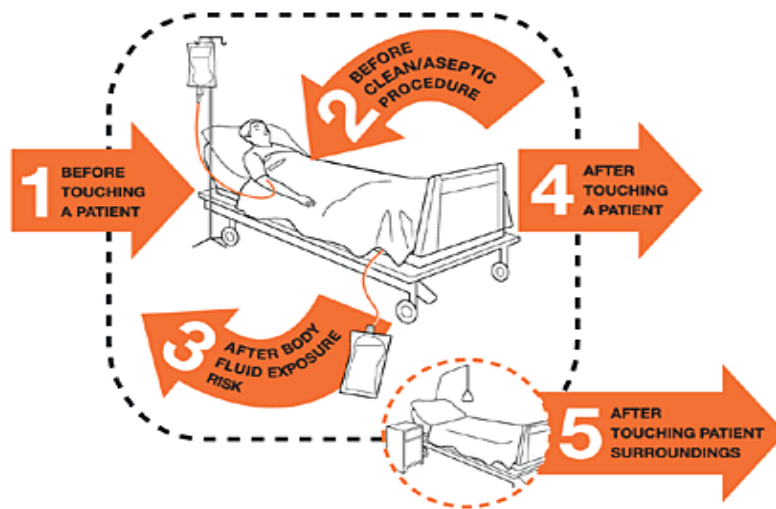
Hand hygiene setelah kontak atau resiko kontak dengan cairan tubuh pasien (dan setelah melepas sarung tangan), untuk melindungi petugas kesehatan dari bakteri patogen yang berasal dari pasien.

4. Setelah kontak dengan pasien

Hand hygiene setelah menyentuh pasien, untuk melindungi para petugas kesehatan dari bakteri patogen yang berasal dari pasien.

5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Hand hygiene setelah menyentuh objek yang ada di sekitar pasien pada saat meninggalkan pasien walaupun tidak menyentuh pasien, untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien.



Gambar II.2 *Five Moment Hand hygiene*
 Sumber: WHO (2009)

II.1.2.4 Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam *hand hygiene*

Menurut Departemen Kesehatan RI (2011) hal-hal yang perlu diperhatikan saat *hand hygiene* adalah sebagai berikut:

1. Bila tangan jelas terlihat kotor atau terkontaminasi oleh bahan yang mengandung protein, tangan harus dicuci dengan sabun dan air mengalir.
2. Bila tangan TIDAK jelas terlihat kotor atau terkontaminasi, harus digunakan antiseptik berbasis alkohol untuk dekontaminasi secara rutin.
3. Pastikan tangan kering sebelum memulai kegiatan

Menurut *World Health Organization* (2009), hal-hal yang perlu diperhatikan dalam *hand hygiene* adalah:

1. Rawatlah tangan secara teratur menggunakan krim tangan pelindung atau lotion, minimal satu kali per hari;
2. Jangan rutin *hand hygiene* dengan sabun dan air segera sebelum atau setelah menggunakan pencuci tangan berbahan dasar alkohol;

3. Jangan gunakan air panas untuk membilas tangan;
4. Setelah *handrub* atau *handwash*, biarkan tangan benar-benar kering sebelum memakai sarung tangan;
5. Jangan memakai kuku buatan atau ekstender ketika kontak langsung dengan pasien;
6. Sebaiknya menjaga kuku tetap pendek.

II.1.2.5 Prinsip *hand hygiene*

Menurut Liana (2012), dalam *hand hygiene* terdapat beberapa prinsip, antara lain :

1. Anggap bahwa semua alat terkontaminasi
2. Jangan memakai perhiasan
3. Gunakan air hangat yang mengalir
4. Cegah terjadinya percikan air, terutama ke baju
5. Gunakan sabun yang tepat dan gunakan sampai muncul busa
6. Gunakan gerakan memutar, menggosok dan bergeser
7. Gunakan handuk atau tisu sekali pakai untuk mengeringkan tangan

II.1.2.6 Fasilitas *hand hygiene*

Fasilitas *Hand hygiene* harus tersedia untuk membantu petugas kesehatan dalam melaksanakan prosedur kebersihan tangan. Menurut Depkes RI (2011) fasilitas tersebut meliputi:

1. Air mengalir

Sarana utama untuk cuci tangan adalah air mengalir dengan saluran pembuangan atau bak penampung yang memadai. Guyuran air mengalir

dapat melepaskan mikroorganisme karena gesekan mekanis atau kimiawi saat *Hand hygiene* dan tidak menempel lagi dipermukaan kulit.

2. Sabun antiseptik

Sabun tidak membunuh mikroorganisme, tetapi menghambat dan mengurangi jumlah mikroorganisme sehingga mikroorganisme terlepas dari permukaan kulit dan mudah terbawa oleh air. Jumlah mikroorganisme semakin berkurang dengan meningkatnya frekuensi cuci tangan, namun sisi lain, sabun atau detergen dapat membuat kulit menjadi kering dan pecah-pecah.

3. Larutan antiseptik

Larutan antiseptik atau antimikroba topikal dipakai untuk menghambat aktivitas atau membunuh mikroorganisme pada kulit. Antiseptik memiliki keragaman efektivitas, aktivitas, akibat dan rasa pada kulit setelah dipakai sesuai dengan keragaman jenis antiseptik tersebut dan reaksi kulit masing-masing individu. Kriteria memilih antiseptik menurut adalah sebagai berikut:

- a. Memiliki efek yang luas, menghambat atau merusak mikroorganisme secara luas (gram positif dan gram negatif, virus lipofilik, *bacillus* dan tuberkulosis, fungi, endospora);
- b. Efektivitas;
- c. Kecepatan aktivitas awal;
- d. Efek residu, aksi yang lama setelah pemakaian untuk meredam
- e. Pertumbuhan;

- f. Tidak mengakibatkan iritasi kulit;
 - g. Tidak menyebabkan alergi;
 - h. Efektif sekali pakai, tidak perlu diulang-ulang;
 - i. Dapat diterima secara visual maupun estetik.
4. Lap tangan yang bersih dan kering

II.1.2.7 Prosedur *hand hygiene*

Prosedur *hand hygiene* berdasarkan *World Health Organization* (2009) terdiri dari 6 langkah *hand hygiene*. Prinsip dari 6 langkah *hand hygiene* antara lain :

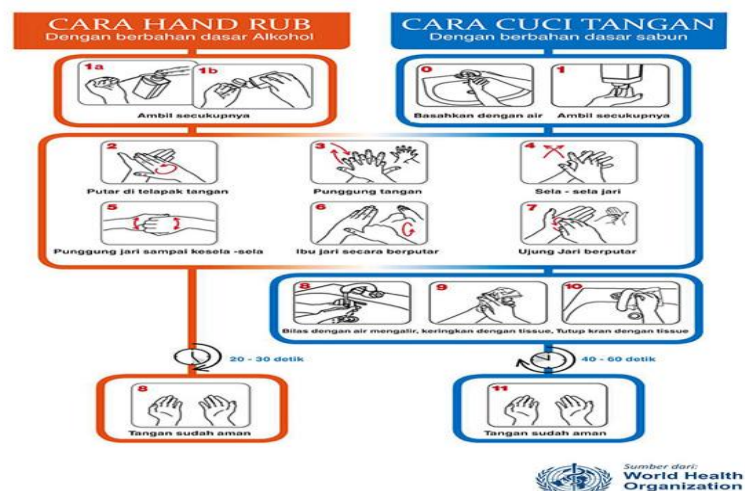
1. Dilakukan dengan menggosokkan tangan menggunakan cairan antiseptik (*handrub*) atau dengan air mengalir dan sabun antiseptik (*handwash*).
2. *Handrub* dilakukan selama 20-30 detik sedangkan *handwash* 40-60 detik.
3. 5 kali melakukan *handrub* sebaiknya diselingi 1 kali *handwash*

Pelaksanaan *handwash* dimulai dengan membuka kran dan membasahi kedua telapak tangan, menuangkan sabun cair 3-5 cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan. Pelaksanaan *handrub* dimulai dengan menuangkan antiseptik berbasis alkohol 3-5 cc ke seluruh permukaan tangan, gosok kedua telapak tangan hingga merata dengan urutan **TE-PUNG–SELA-CI-PU-PUT** yaitu **TELAPAK, PUNGGUNG, SELA-SELA, KUNCI, PUTAR-PUTAR** sebagai berikut :

- a. **Telapak** tangan; gosok kedua telapak tangan
- b. **Punggung** tangan; gosok punggung dan sela-sela jari sisi luar tangan kiri dan sebaliknya.
- c. **Sela-sela** jari, gosok telapak tangan dan sela-sela jari sisi dalam

- d. **KunCi**; jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
- e. **Putar**; gosok ibu jari tangan kiri dan berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- f. **Putar**; rapatkan ujung jari tangan kanan dan gosokkan pada telapak tangan kiri dengan cara memutar mutar terbalik arah jarum jam, lakukan pada ujung jari tangan sebaliknya.

Pelaksanaan *handwash* diakhiri dengan mengambil kertas tisu atau kain lap sekali pakai, mengeringkan kedua tangan dan menutup kran dengan siku atau bekas kertas tisu yang masih di tangan.



Gambar II.3 6 Langkah *Hand Hygiene*
Sumber: WHO (2009)

II.1.3 Konsep kepatuhan

Kepatuhan adalah sikap positif individu yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Kepatuhan perawat adalah kepatuhan perawat terhadap suatu tindakan, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Notoadmodjo, 2007).

Kepatuhan adalah keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas antara faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Menurut teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010), kepatuhan atau perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*).

Merupakan faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisikan terjadinya kepatuhan seseorang antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya. Berkenaan dengan upaya pencegahan infeksi nosokomial, kepatuhan yang dimaksud adalah reaksi, respon dan kesediaan perawat dalam melaksanakan tindakan upaya pencegahan seperti cuci tangan guna mencegah infeksi silang.

2. Faktor pemungkin (*enabling factors*).

Faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi kepatuhan atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya kepatuhan kesehatan. Faktor *enabling* yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam kepatuhan *hand hygiene* adalah ada tidaknya sarana prasarana atau fasilitas *hand hygiene* yang mendukung.

3. Faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Faktor yang mendorong dalam sikap atau yang memperkuat terjadinya

kepatuhan. Kepatuhan orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Supervisi keperawatan adalah upaya yang berupa dorongan, bimbingan dan kesempatan bagi pertumbuhan keahlian dan kecakapan para perawat.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1999) dalam Supratman dan Sudaryanto (2013) di rumah sakit yang disebut perawat supervisor adalah Kepala Ruang Rawat (Karu). Karu merupakan ujung tombak tercapai tidaknya tujuan pelayanan keperawatan di rumah sakit. Ia bertanggung jawab secara langsung mengawasi perawat pelaksana dalam melakukan praktik *hand hygiene*.

II.1.4 Faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene*

II.1.4.1 Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda.

Secara garis besarnya dibagi 6 (enam) tingkatan pengetahuan yaitu:

- a. Tahu (*Know*), diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
- b. Memahami (*Comprehension*), artinya memahami suatu objek bukan hanya sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar menyebutkan, tetapi

orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

- c. Menggunakan (*Aplication*), artinya menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
- d. Menguraikan (*Analisis*), artinya kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau materi atau memisahkan kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.
- e. Menyimpulkan (*Syntesis*), maksudnya suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.
- f. Mengevaluasi (*Evaluation*), yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

II.1.4.2 Sikap

Menurut Notoatmodjo (2010), sikap merupakan respons tertutup dari seseorang stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju - tidak setuju, baik - tidak baik, dan sebagainya). Menurut Allport (1935) dalam Wawan (2011) sikap adalah kondisi mental dan neural yang diperoleh dari pengalaman yang mengarahkan dan secara dinamis merupakan respons-respons individu terhadap objek dan situasi yang terkait.

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2010) sikap terdiri dari 3 (tiga) komponen yakni :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu obyek. Artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
2. Afektif, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalam faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
3. Konatif, artinya kecenderungan untuk bertindak

Allport juga membagi sikap menjadi 4 tingkatan yakni :

1. Menerima (*receiving*)
Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
2. Merespons (*responding*)
Memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
3. Menghargai (*valuing*)
Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus. Dalam arti, membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.
4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab apa yang telah di yakini dan berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

II.1.4.3 Motivasi

1. Pengertian motivasi

Menurut Walgito (2004) dalam Suparyanto (2014), mendefinisikan motivasi merupakan keadaan dalam diri individu atau organisme yang mendorong kepatuhan kearah tujuan. Menurut Notoadmodjo (2010) dalam Suparyanto (2014) motivasi, yaitu: dorongan dari dalam diri seseorang yang menyebabkan seseorang tersebut melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan. Yang dapat diamati adalah kegiatan atau mungkin alasan-alasan tindakan tersebut.

Motivasi perawat yang tinggi dapat mempengaruhi tingkah laku agar ia bergerak hatinya untuk bertindak melakukan suatu sehingga mencapai hasil atau tujuan tertentu.

2. Jenis – jenis motivasi

Menurut Elliot et al (2000) dan Sue Howard (1999) dalam Suparyanto (2014), motivasi seseorang dapat timbul dan tumbuh berkembang melalui dirinya sendiri, intrinsik dan dari lingkungan, ekstrinsik :

- a. Motivasi intrinsik bermakna sebagai keinginan dari diri-sendiri untuk bertindak tanpa adanya ransangan dari luar.
- b. Motivasi ekstrinsik dijabarkan sebagai motivasi yang datang dari luar individu yang tidak dapat dikendalikan oleh individu.

3. Sumber motivasi

Menurut Widayatun (2008) yang dikutip Suparyanto (2014), sumber motivasi dibagi menjadi 3 (tiga), yaitu :

- a. Motivasi instrinsik, yaitu motivasi yang berasal dari dalam diri individu itu sendiri. Misalnya perasaan nyaman pada pasien ketika berada di rumah bersalin.
- b. Motivasi ekstrinsik, yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu, misalnya saja dukungan verbal dan non verbal yang diberikan oleh teman dekat atau keakraban sosial.
- c. Motivasi terdesak, yaitu motivasi yang muncul dalam kondisi terjepit dan munculnya serentak serta menghentak dan cepat sekali.

Komponen Motivasi

II.1.4.4 Fasilitas *hand hygiene*

Menurut Notoatmodjo (2010), fasilitas *hand hygiene* (sarana dan prasarana) adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi. Fasilitas *hand hygiene* yang diperlukan dalam di rumah sakit antara lain wastafel, air bersih yang mengalir lancar, sabun antiseptik yang disediakan dalam bentuk sabun cair antiseptik dan alkohol gliserin untuk *hand rub*, pengering cuci tangan tersedia bentuk lap atau tisu sekali pakai dan tempat khusus untuk menyimpan lap/tisu bekas pakai. Fasilitas *hand hygiene* yang memadai mendukung kepatuhan perawat dalam kepatuhan *hand hygiene*. Agar perawat dapat bekerja secara maksimal penyediaan fasilitas *hand hygiene* yang dibutuhkan perlu diperhatikan.

II.1.4.5 Supervisi kepala ruangan

1. Pengertian Supervisi

Supervisi adalah suatu proses kemudahan untuk penyelesaian tugas-tugas keperawatan (Swansburg & Swansburg, 1999 dalam Safrudin, 2012). Menurut Kron (1987) yang dikutip dalam Safrudin, 2012) supervisi adalah merencanakan, mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai, mengevaluasi secara terus menerus pada setiap perawat dengan sabar, adil serta bijaksana.

Di rumah sakit yang melaksanakan supervisi adalah kepala ruangan. Kepala ruangan merupakan salah satu pelaksana dari supervisi dan juga sebagai ujung tombak penentu tercapai atau tidaknya tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit, serta berperan dalam mengawasi perawat pelaksana dalam melaksanakan praktik keperawatan di ruang perawatan (Nursalam, 2014).

2. Tujuan Supervisi

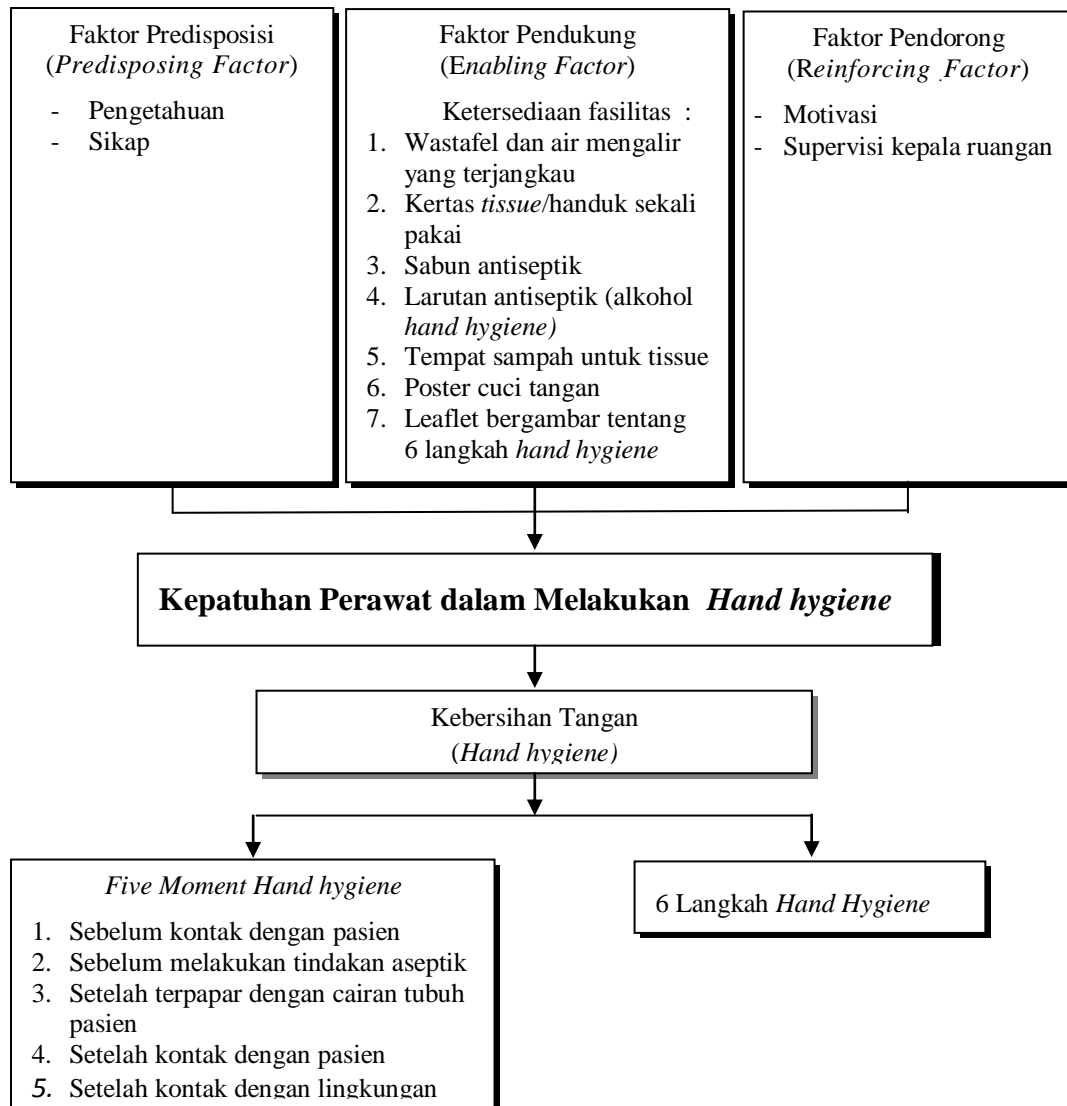
Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga dengan bantuan tersebut bawahan akan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik (Suarli, 2009 dalam Safrudin, 2012).

3. Manfaat Supervisi

Apabila supervisi dapat dilakukan dengan baik, akan diperoleh banyak manfaat, diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Dapat lebih meningkatkan efektifitas kerja, peningkatan ini erat kaitannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.
- b. Dapat lebih meningkatkan efisiensi kerja, peningkatan ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta, dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah (Azwar 1996, dalam Nursalam, 2007).

II.2 Kerangka Teori

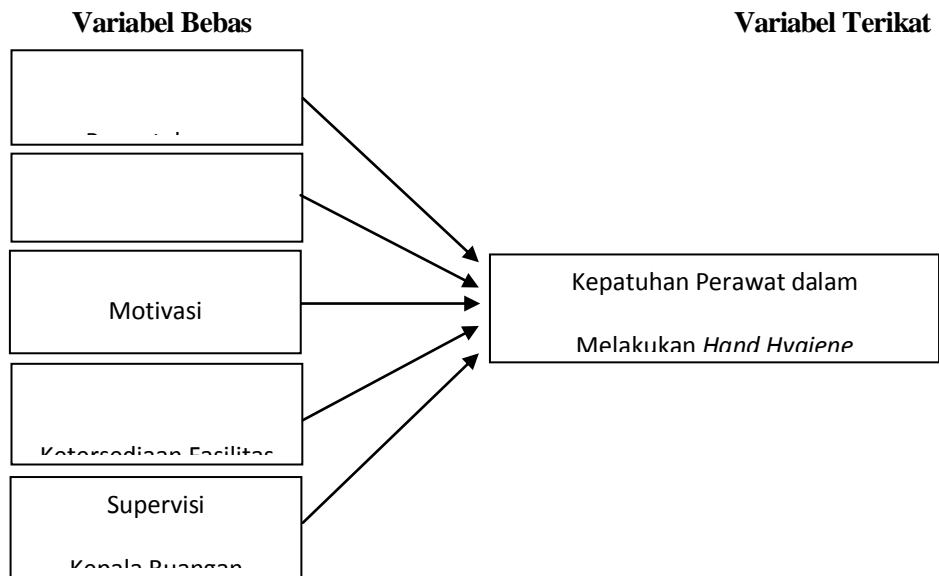


Gambar II.4 Kerangka Teori Menurut Teori Lawrence Green (1980): Faktor *Predisposing*, *Enabling* dan *Reinforcing* yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene*
Sumber : Notoatmodjo (2010) dan WHO (2009)

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL

III.1 Kerangka Konsep



Gambar III.1 Kerangka Konsep

III.2 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010).

III.2.1 Variabel terikat

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas (Hidayat, 2010). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*.

III.2.2 Variabel bebas

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel terikat (*variabel dependen*) (Hidayat, 2010). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah pengetahuan, sikap, motivasi, ketersediaan fasilitas, dan supervisi kepala ruangan.

III.3 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian (Notoatmodjo, 2012). Definisi operasional dalam penelitian ini adalah :

Tabel III.1
Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Terikat						
1.	Kepatuhan Perawat dalam melakukan <i>Hand Hygiene</i>	Tindakan nyata yang dilakukan perawat secara langsung dalam melakukan <i>hand hygiene</i>	Angket dan observasi	Kuesioner dan lembar ceklis observasi	0) Tidak patuh, jika median $\leq 17,00$ 1) Patuh, jika median $> 17,00$	Ordinal
Variabel Bebas						
2.	Pengetahuan	Pemahaman perawat mengenai <i>hand hygiene</i> , yaitu: 1. Pengertian <i>hand hygiene</i> 2. Tujuan <i>hand hygiene</i> 3. 6 Langkah <i>hand hygiene</i> 4. 5 momen <i>hand hygiene</i>	Angket	Kuesioner	0) Kurang baik, jika mean $\leq 26,63$ 1) Baik, jika mean $> 26,63$	Ordinal
3.	Sikap	Reaksi atau kepatuhan perawat dalam melakukan <i>hand hygiene</i> dengan baik dan benar sesuai prosedur	Angket	Kuesioner	0) Kurang mendukung, jika mean $\leq 23,97$ 1) Mendukung, jika mean $> 23,97$	Ordinal
4.	Motivasi	Dorongan perawat dalam menerapkan <i>hand hygiene</i> dengan baik dan benar sesuai prosedur	Angket	Kuesioner	0) Rendah, jika mean $\leq 15,01$ 1) Tinggi, jika mean $> 15,01$	Ordinal
5.	Ketersediaan Fasilitas	Tersedianya segala sesuatu yang dapat digunakan untuk <i>hand hygiene</i> seperti : 1. Washtafel dengan air mengalir bersih dan jernih 2. Sabun antiseptik 3. Handuk atau tisu sekali pakai 4. Larutan antiseptik	Angket	Kuesioner	0) Kurang mendukung, jika mean $\leq 17,19$ 1) Mendukung, jika mean $> 17,19$	Ordinal

		(alkohol rub) 5. Tempat sampah				
6.	Supervisi kepala ruangan	Adanya kegiatan mengawasi, memeriksa, meneliti yang dipandang sebagai proses yang dinamis dengan memberikan dorongan dan partisipasi perawat dalam menerapkan <i>hand hygiene</i> sesuai prosedur saat tindakan keperawatan oleh kepala ruangan	Angket	Kuesioner	0) Kurang baik, Jika median \leq 13,00 1) Baik, jika median $>$ 13,00	Ordinal

III.4 Hipotesis penelitian

1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.
2. Ada hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.
3. Ada hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.
4. Ada hubungan antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.
5. Ada hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017.

BAB IV

METODE PENELITIAN

IV.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasi analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Penelitian survei (non eksperimental) adalah penelitian yang tidak memberikan intervensi kepada objek dan hanya mengamati kejadian yang sudah ada, dan penelitian ini sulit menyatakan hubungan sebab dan akibat (Hidayat, 2010). *Cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya setiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap variabel subjek penelitian diamati pada saat yang sama (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.

IV.2 Tempat dan Waktu Penelitian

IV.2.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Care Unit (ICU) dan Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.

IV.2.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan bulan Agustus sampai bulan September 2017.

IV.3 Populasi, Sampel dan Tehnik Penelitian

IV.3.1 Populasi penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang IGD, ICU dan IBS RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.

IV.3.2 Sampel penelitian

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 68 perawat terdiri dari: 32 perawat IGD, 14 perawat IBS dan 22 perawat ICU.

IV.3.3 Teknik sampling

Penelitian ini menggunakan teknik total Sampling semua anggota populasi menjadi sampel. Subjek penelitian yang diambil sebagai sampel harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu :

- a. Perawat pelaksana di ruang IGD, ICU dan IBS RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.
- b. Berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS), Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS), pegawai kontrak dan magang.
- c. Berbasis pendidikan keperawatan yaitu Sekolah Perawat Kesehatan (SPK), DIII Keperawatan dan S1 Keperawatan yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
- d. Sudah bekerja selama 1 tahun di Rumah Sakit.
- e. Bersedia menjadi responden penelitian dan dilakukan observasi/ pengamatan.

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu :

- a. Perawat pelaksana di ruangan rawat jalan dan rawat inap di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.
- b. Perawat yang sedang menjalankan tugas belajar, sedang cuti, sedang sakit dan sedang ijin.

- c. Perawat yang tidak bersedia menjadi responden dan dilakukan observasi dalam penelitian ini.
- d. Perawat yang bekerja kurang dari 1 tahun.
- e. Perawat yang tidak menyelesaikan pengisian angket

IV.4 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

IV.4.1 Tehnik pengumpulan data

Pengumpulan data dalam penelitian ini bersumber dari :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari responden. Dalam penelitian ini data primer meliputi hasil dari jawaban angket kuesioner yang diisi oleh responden dan hasil observasi kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene*.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang tidak langsung diperoleh dari responden yang berasal dari data dokumentasi atau data laporan yang telah tersedia. Sumber data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari data Rekam Medik, data bidang keperawatan dan profil RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang tahun 2016.

3. Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan data yang akan dilakukan dalam penelitian (Hidayat, 2010). Penelitian ini menggunakan dua cara pengumpulan data yaitu :

a. Observasi

Pengambilan data dengan observasi, peneliti menggunakan asisten peneliti yaitu perawat pelaksana dengan jenjang pendidikan diploma keperawatan yang bertugas di ruangan dimana penelitian dilakukan. Asisten mengamati aktifitas yang dilakukan oleh responden pada saat itu dengan skala penilaian yang melakukan *hand hygiene* dengan lima moment *hand hygiene* dan enam langkah sempurna yang melakukan *hand hygiene* dengan yang tidak melakukan kemudian pengamatan kegiatan sample dilakukan dengan interval 5 menit selama 24 jam yang dibagi 3 shift (pagi, siang dan malam) selama 1 minggu sesuai jadwal di ruangan. responden peneliti untuk melakukan observasi dan melakukan pencatatan mengenai kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* ketika responden sedang sedang dinas

b. wawancara tidak langsung

Wawancara tidak langsung adalah cara pengumpulan data dengan membuat daftar pertanyaan tertulis yang diisi oleh responden dalam bentuk angket. Pembagian angket, peneliti juga dibantu oleh asisten peneliti yang sama dengan

asisten peneliti saat observasi. Sebelum melakukan pengambilan data, asisten peneliti dijelaskan mengenai angket atau data apa saja yang ingin didapatkan oleh peneliti, sehingga asisten peneliti menjadi paham dan mengerti tentang isi angket.

IV.4.2 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data (Notoadmodjo, 2010). instrument yang digunakan dalam penelitian ini berupa angket pengetahuan, sikap, motivasi, ketersediaan fasilitas dan supervisi kepala ruangan serta lembar observasi. Lembar observasi berisi tabel *cheks list yang* mengadopsi dari Teguh Imam Santoso (2013), Anita Uslatu Rodyah (2015), I Gusti Agung Gde Oka Ardana yang telah dimodifikasi oleh peneliti.

IV.5 Tehnik Pengolahan dan Analisa Data

IV.5.1 Tehnik pengolahan data

Setelah data terkumpul dari hasil pengumpulan data, kemudian dilakukan pengolahan data dengan cara manual dengan beberapa langkah, yaitu :

1. Penyuntingan (*editing*) yaitu memeriksa kembali data yang telah dikumpulkan untuk mengecek pengumpulan data dan kebenaran data, jika ada kekeliruan maka akan diulang.
2. *Scoring* (pemberian skor) yaitu data yang terkumpul diberi kode-kode skor pada jawaban yang telah diberikan sesuai dengan pedoman untuk mempermudah penilaian pada setiap pertanyaan.
 - a. Skor pertanyaan kepatuhan dan supervisi kepala ruangan kode (2) : jawaban Ya, kode (1) : jawaban Tidak.
 - b. Skor pertanyaan pengetahuan, kode (2) : Jawaban Benar; kode (1) : Jawaban Salah
 - c. Skor pertanyaan sikap kode (3) : jawaban Setuju, kode (2) : Ragu-Ragu, kode (1) : jawaban Tidak Setuju;
 - d. Skor pertanyaan motivasi

Skor pertanyaan favorable kode (2) : jawaban Setuju, kode (1) : tidak setuju
 - e. Skor pertanyaan fasilitas *hand hygiene* kode (3) : jawaban Selalu Ada (2) : jawaban Jarang Ada, kode (1) : jawaban Tidak Ada

- f. Skor observasi kepatuhan *hand hygiene*, kode (2) : jawaban Ya, kode (1) : jawaban Tidak.
3. Pengkodean (*coding*) yaitu data yang terkumpul diberi kode-kode tertentu untuk memudahkan pengolahan data
 - a. Pertanyaan kepatuhan dan kode (1) : Patuh, kode (0): Tidak Patuh;
 - b. Pertanyaan pengetahuan dan supervisi kepala ruangan, kode (1) : Baik, kode (0) : Kurang Baik;
 - c. Pertanyaan sikap kode (1) : Mendukung, kode (0) : Tidak Mendukung;
 - d. Pertanyaan fasilitas *hand hygiene*, kode (1) : Memadai (jumlah dan kuantitas), kode (0) : Tidak Memadai (jumlah dan kuantitas);
 - e. Pertanyaan motivasi, kode (1) : Tinggi, kode (0) : Rendah
 - f. Lembar ceklis observasi kepatuhan *hand hygiene* tidak dibuat skor karena hasil observasi sebagai pembanding dari pertanyaan kepatuhan.
 4. Memasukan data (*entry*) yaitu mengisi kolom-kolom lembar kode yang telah diberikan sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.
 5. Tabulasi (*tabulating*) yaitu data disusun dalam bentuk tabel kemudian dianalisis.

IV.5.2 Tehnik analisa data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian yaitu dengan analisis univariat (analisis deskriptif) dan analisis bivariat

1. Analisis univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan tabel distribusi frekuensi, sehingga memperoleh gambaran tentang objek yang diteliti, untuk skala data nominal menggunakan dua alternatif yaitu “Ya” dan “Tidak”. Nilai untuk jawaban “Ya” yaitu 1 dan untuk jawaban “Tidak” adalah 0 (nol) (*favorable*) dan nilai untuk jawaban “Tidak” yaitu 1 dan untuk jawaban “Ya” adalah 0 (nol) (*unfavorable*) dan dibuat dalam bentuk presentase dengan rumus sebagai berikut (Arikunto, 2010) :

$$Skor = \frac{Jumlah\ jawaban\ benar}{Jumlah\ seluruh\ soal} \times 100\%$$

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau korelasi (Notoadmodjo, 2010). Jenis data pada variabel analisis bivariat antara variabel dependen dan independen adalah kategorik sehingga dilakukan analisis data menggunakan uji *chi-square*. Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel yaitu untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Proses pengujian menggunakan *chi-square* yaitu membandingkan frekuensi yang terjadi ataupun observasi dengan nilai frekuensi harapan atau ekspektasi (Hastono, 2007).

Intepretasi hasil uji *chi-square* dengan membandingkan nilai p-value (observasi) dengan nilai α (ekspektasi) yang berada pada tingkat kepercayaan CI (*confidence interval*) 95% atau taraf signifikansi $\alpha = 0,05$. Keputusan uji statistik ditetapkan setelah membandingkan nilai *p-value* dengan nilai alpha, dimana bila $p \leq \alpha$ (0,05) berarti H_0 ditolak/ H_a diterima, dan bila $p > \alpha$ (0,05) berarti H_0 diterima/ H_a ditolak. Perbandingan tersebut diinterpretasikan menjadi:

1. Jika nilai *p-value* $\leq \alpha$, maka dikatakan H_a diterima. Penarikan kesimpulan yaitu ada hubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*;
2. Jika nilai *p-value* $> \alpha$, maka dikatakan H_a ditolak. Penarikan kesimpulan yaitu tidak ada hubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*;

Adapun Rumus *Chi-square* adalah :

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

Keterangan :

X^2 :

nilai *Chi-square*

O :

frekuensi observasi, yaitu frekuensi yang diperoleh berdasarkan hasil observasi/pengamatan

E :

frekuensi harapan, yaitu frekuensi yang diperoleh berdasarkan perhitungan frekuensi luas tiap bidang dikalikan (jumlah sampel).

Untuk melihat kemungkinan timbul atau berkembangnya suatu kepatuhan dihubungkan dengan faktor risiko, akan dilakukan perhitungan angka risiko korelatif.

Perhitungan risiko korelatif untuk rancangan penelitian *Cross Sectional* diceminkan dengan angka *Rasio Prevalensi* (*Prevalensi Ratio = PR*).

Rumus *Rasio Prevalensi* :

$$PR = \frac{a/(a + b)}{c/(c + d)}$$

Interprestasi :

- PR Menunjukkan bahwa faktor risiko yang diteliti bukan merupakan faktor yang menyebabkan terjadinya efek.
- PR Menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan melainkan bersifat protektif dan pencegah risiko
- PR Menunjukkan bahwa faktor risiko tersebut menyebabkan efek

BAB V

HASIL PENELITIAN

V.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

V.1.1 Geografi

Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen (RSUD) Sintang adalah Rumah Sakit tipe C non pendidikan milik pemerintah Kabupaten Sintang yang berdiri di atas lahan seluas 8.500 m². RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang merupakan Rumah Sakit Rujukan Regional Keputusan Bupati Sintang Nomor 1254 Tahun 2010 Tanggal 30 Juli 2010 tentang izin penyelenggaraan Rumah Sakit yang kemudian diperpanjang dengan keputusan Bupati Sintang Nomor 445/1330/KEP-RSUD/Tahun 2015 Tanggal 25 Mei 2015 tentang Izin Perpanjangan Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang.

Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen (RSUD) Sintang bersifat bisnis sosio ekonomi atau *not to profit* dan lebih melaksanakan pada pelayanan sosial kepada masyarakat tidak mampu dan sekaligus sebagai salah satu pusat rujukan Puskesmas yang tersebar di Kabupaten Sintang. Sesuai dengan Keputusan

Kepala Dinas Provinsi Kalimantan Barat Nomor 445/48/YANKES/2013 Tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Tingkat Provinsi Dan Rumah Sakit Rujukan Regional di Provinsi Kalimantan Barat. RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang merupakan salah satu dari lima Rumah sakit di provinsi Kalimantan Barat menjadi Rumah Sakit Rujukan Regional.



Gambar V.1 RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

V.1.2 Demografis

Berdasarkan data dari profil RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang tahun 2016, jumlah karyawan RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang tahun 2016 sebanyak 453 orang, karyawan laki-laki sebesar 26% dan karyawan perempuan sebesar 73% yang terdiri dari 35,5% adalah tenaga non medis dan 64,4% tenaga medis dan paramedis. Tingkat pendidikan karyawan terbanyak adalah lulusan Diploma yaitu sebesar 32.2%. Dari 32.2% tersebut 21,10% nya adalah lulusan D3 Keperawatan, sedangkan tingkat pendidikan yang terendah adalah tamatan SD yaitu sebesar 0,66%.

V.1.3 Ketersediaan fasilitas RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen (RSUD) Sintang merupakan pusat pelayanan publik dibidang kesehatan yang memberikan pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, ICU, Bedah Sentral (Bedah Umum, Mata dan

Obgyn), Laboratorium, Radiologi, Farmasi, Fisiotherapi, Gizi, Hemodialisasi, Bronchoscopy, dan CT. Scan.

Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen (RSUD) Sintang memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 126 tempat tidur. Distribusi kapasitas tempat tidur di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat dalam tabel V.1 berikut :

Tabel.V.1

Kapasitas Tempat Tidur RSUD Daerah Ade Muhammad

Djoen Sintang Tahun 2016

No.	Fasilitas Layanan	Kapasitas Tempat Tidur	Persentase (%)
1.	Ruang Perawatan Dalam	29	23,02
2.	Ruang Perawatan Bedah	27	21,43
3.	Ruang Perawatan Anak	28	22,22
4.	Ruang Bersalin	15	11,90
5.	Ruang Isolasi	8	6,35
6.	Perinatologi	11	8,73
7.	ICU	4	3,17
8.	VIP	4	3,17
Jumlah		126	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.1 diketahui bahwa jumlah kapasitas tempat tidur yang dimiliki RSUD Muhammad Djoen Sintang berjumlah 126 tempat tidur. Sebagian besar kapasitas tempat tidur di ruang Perawatan Dalam yaitu sebesar 23,02%, dan sebagian kecil di ruang ICU dan Perinatologi masing-masing sebesar 3,17%.

V.1.4 Program Pencegahan Infeksi Nosokomial di RSUD Ade Muhammad

Djoen Sintang

RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi, meningkatkan mutu pelayanan dan menjaga keselamatan

pasien selama dirawat di rumah sakit serta meningkatkan sumber daya manusia khususnya perawat, RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang memiliki 2 program yang harus dipatuhi perawat dalam melaksanakan asuhan Keperawatan yang tertuang dalam SPO. Adapun program-program tersebut tercantum pada tabel V.2 dibawah ini:

Tabel V.2
Program Pencegahan Infeksi Nosokomial di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No.	Program	Standar Prosedur Operasional (SPO)	Kegiatan
1.	Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. SPO kebersihan tangan 2. SPO penggunaan APD 3. SPO penggunaan peralatan perawatan pasien 4. SPO Pengendalian kesehatan lingkungan → Penangan limbah infeksius dan non infeksius ; benda tajam & jarum, darah dan komponen darah 5. SPO pemrosesan peralatan pasien & penatalaksanaan linen dan laundry 6. SPO kesehatan karyawan/ perlindungan petugas kesehatan 7. SPO penempatan pasien 8. SPO hygiene respirasi/etika batuk 9. SPO praktik menyuntik yg aman 10. SPO praktik untuk lumbal punksi 11. SPO tentang pencegahan dan pengendalian IAD, ISK, HAP, VAP, IDO, flebitis dan dekubitus 12. SPO tentang isolasi (<i>airborne, contact</i> dan <i>droplet</i>) 13. SPO Tertusuk Jarum 14. SPO tentang skrining dan penanganan MRSA 15. SPO <i>single use reuse</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Audit kepatuhan : <ol style="list-style-type: none"> a. Audit <i>hand hygiene</i> b. Audit penggunaan APD c. Audit pengelolaan limbah dan benda tajam d. Audit pengendalian lingkungan (ICRA) e. Audit penyuntikan yang aman f. Audit etika batuk g. Audit praktek lumbal punksi h. Audit peralatan perawatan pasien i. Audit penatalaksanaan linen j. Audit kesehatan karyawan k. Audit penempatan pasien 2. Pendidikan dan latihan <ol style="list-style-type: none"> a. Pelatihan PPI dasar

			b. Pelatihan PPI lanjutan 3. Studi banding
2.	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	SPO pengurangan risiko infeksi : <i>hand hygiene</i>	1. Audit kepatuhan <i>hand hygiene</i> 2. Pendidikan dan latihan SKP 3. Studi banding

Berdasarkan Tabel V.2 diketahui bahwa RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang memiliki 2 program terkait dengan pencegahan terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit yaitu program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terdiri dari 15 SPO dan program Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang terdiri dari 1 SPO yang harus dipatuhi perawat guna mencegah terjadinya penyebaran infeksi di rumah sakit dan menjaga keselamatan pasien selama dirawat di rumah sakit. Kegiatan program tersebut dengan melakukan audit kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO yang telah ditetapkan, mengadakan pendidikan dan pelatihan dan studi banding. Pelaksanaan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan program Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) menjadi tanggung jawab masing-masing ruangan dengan pengawasan langsung dari kepala ruangan.

V.2 Karakteristik responden

Karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dan pernah mengikuti pelatihan tentang *hand hygiene* yakni sebagai berikut :

1. Umur

Distribusi frekuensi umur responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat dalam Tabel V.3 berikut :

Tabel V.3
Distribusi Frekuensi Umur Responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No	Usia	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	17 - 25 Tahun	13	19,1
2.	26 – 35 Tahun	34	50,0
3.	36 - 45 Tahun	15	22,1
4.	46 - 55 Tahun	6	8,8
Total		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 26 – 35 tahun yaitu sebesar 50,0% dan sebagian kecil responden berusia 46 - 55 tahun yaitu sebesar 8,8%.

2. Jenis Kelamin

Distribusi frekuensi jenis kelamin responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat dalam Tabel V.4 berikut :

Tabel V.4
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden di RSUD
Ade Muhammad Djoen Sintang

No	Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Laki-laki	28	41,2
2	Perempuan	40	58,8
Jumlah		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 58,8% dan sebagian kecil berjenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 41,2%.

3. Tingkat pendidikan

Distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat dalam Tabel V.5 berikut:

Tabel V.5

Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden di RSUD

Ade Muhammad Djoen Sintang

No.	Tingkat Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	SPK	1	21,5
2.	D3 Keperawatan	49	72,1
3.	D4 Keperawatan	7	10,3
4.	S1 Ners	11	16,2
Total		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.5 dapat diketahui bahwa sebagian besar tingkat pendidikan responden lulusan D3 Keperawatan yaitu sebesar 72,1% dan sebagian kecil lulusan SPK yaitu sebesar 21,5%.

4. Lama Kerja

Distribusi frekuensi lama kerja responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat dalam Tabel V.6 berikut :

Tabel V.6

Distribusi Frekuensi Lama Kerja Responden di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No.	Lama Kerja	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	1-5 Tahun	22	30,8
2	6-10 Tahun	23	33,8
3	11-15 Tahun	10	14,7
4	16-20 Tahun	6	8,8
5	21-25 Tahun	4	5,9
6	26-30 Tahun	2	2,9
Total		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.6 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden lama kerjanya 6-10 tahun yaitu sebesar 33,8% dan sebagian kecil lama kerjanya 26-30 tahun yaitu sebesar 2,9%.

5. Pernah mengikuti diklat tentang *hand hygiene*

Distribusi frekuensi responden yang pernah mengikuti diklat tentang *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat dalam Tabel V.7 berikut :

Tabel V.7
Distribusi Frekuensi Keikutsertaan Responden Diklat tentang *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No	Diklat PPI	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Pernah	64	94,1
2.	Tidak Pernah	4	5,9
Total		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.7 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden sudah pernah mengikuti diklat tentang *hand hygiene* yaitu sebesar 94,1 % dan sebagian kecil tidak pernah mengikuti yaitu sebesar 5,9%.

V.3 Analisis univariat

1. Pengetahuan

Distribusi frekuensi pengetahuan responden dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.8 dibawah ini :

Tabel V.8
Distribusi frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Responden dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No	Pengetahuan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Kurang Baik	30	44,1
2.	Baik	38	55,9
Total		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.8 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berpengetahuan baik dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 55,9 % dan sebagian kecil berpengetahuan kurang baik yaitu sebesar 44,1%.

Analisis aitem pertanyaan pengetahuan responden dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.9 dibawah ini :

Tabel V.9

Distribusi Frekuensi Aitem Pertanyaan Pengetahuan Responden dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No.	Kuesioner	Jawaban			
		Salah		Benar	
		F	%	F	%
1.	Tahu salah satu pelaksanaan <i>hand hygiene</i> sesuai dengan <i>five moment</i> di rumah sakit adalah segera <i>hand hygiene</i> setiba di tempat kerja	0	0	68	100
2.	Tahu fungsi <i>hand hygiene</i> di rumah sakit untuk mengurangi kuman sementara di tangan	22	32,4	46	57,6
3.	Tahu satu-satunya cara untuk mencegah penularan infeksi di rumah sakit adalah <i>hand hygiene</i>	8	11,8	60	88,2
4.	Tahu <i>hand hygiene</i> untuk melindungi pasien dari kuman yang dibawah tangan	8	11,8	60	88,2
5.	Tahu mengeringkan tangan menggunakan tissue bersih/handuk sekali pakai dilakukan saat setiap selesai melakukan <i>hand washing</i>	25	36,8	43	63,2
6.	Tahu salah satu cara melindungi diri dan lingkungan sekitar dari kuman berbahaya yang berasal dari tubuh yaitu dengan cara <i>hand hygiene</i> setelah terpapar cairan tubuh pasien	20	29,4	48	70,6
7.	Tahu tindakan <i>hand hygiene</i> setelah ke pasien gunanya untuk melindungi pasien dari kuman yang dibawah tangan dengan cara tangan terkontaminasi di cuci menggunakan antiseptik	7	10,3	61	89,7

	berbasis alkohol				
8.	Tahu setelah menggosok seluruh telapak tangan, langkah berikutnya dari <i>hand hygiene</i> adalah menggosok punggung tangan dan sela-sela jari tangan	22	32,4	46	67,6
9.	Tahu durasi <i>hand hygiene</i> menggunakan larut antiseptik /handrub selama 20-30 detik	20	29,4	48	70,6
10.	Tahu durasi <i>hand hygiene</i> dengan sabun dan air selama 40-60 detik	20	29,4	48	70,6
11.	Tahu pengertian dari <i>hand washing</i> adalah mencuci tangan dengan sabun antiseptik dan air mengalir	12	17,6	56	82,4
12.	Tahu menggunakan sabun antiseptik (Chlorhexidine 2%) untuk <i>hand hygiene</i> setelah kontak dengan lingkungan pasien	23	33,8	45	66,2
13.	Tahu prinsip dalam melaksanakan <i>hand hygiene</i> yang ditetapkan WHO adalah 5 moment	5	7,4	63	92,6
14.	Tahu langkah yang dilakukan dalam melakukan <i>hand hygiene</i> ada 6 langkah	13	19,1	55	80,9
15.	Tahu <i>hand rub</i> adalah mencuci dengan larutan antiseptik	24	35,3	44	64,7

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan tabel V.9 terlihat bahwa sebagian besar responden tahu tentang salah satu pelaksanaan *hand hygiene* sesuai dengan *five moment* di rumah sakit adalah segera *hand hygiene* setiba di tempat kerja sebesar 100%, tahu satu-satunya cara untuk mencegah penularan infeksi di rumah sakit adalah *hand hygiene* dan tahu *hand hygiene* untuk melindungi pasien dari kuman yang dibawah tangan sebesar 88,%, tahu tindakan *hand hygiene* setelah ke pasien gunanya untuk melindungi pasien dari kuman yang dibawah tangan dengan cara tangan terkontaminasi di cuci menggunakan antiseptik berbasis alkohol sebesar 89,7%, tahu pengertian dari *hand washing* adalah mencuci tangan dengan sabun antiseptik dan air mengalir sebesar 82,4%, tahu prinsip dalam melaksanakan *hand hygiene* yang ditetapkan who adalah 5 moment sebesar 96,2%, tahu ada 6 langkah yang dilakukan dalam melakukan *hand hygiene* sebesar 80,9% dan

sebagian kecil responden tidak memahami mengeringkan tangan menggunakan tissue bersih/handuk sekali pakai dilakukan saat setiap selesai melakukan *hand washing* sebesar 36,8%.

2. Sikap

Distribusi frekuensi sikap responden dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.10 dibawah ini :

Tabel V.10

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sikap Responden dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No	Sikap	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Kurang Mendukung	24	35,3
2.	Mendukung	44	64,7
Total		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.10 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden bersikap mendukung melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 64,7 % dan sebagian kecil bersikap kurang mendukung yaitu sebesar 35,3%.

Analisis aitem pertanyaan sikap perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.11 dibawah ini :

Tabel V.11

Distribusi Frekuensi Aitem Pertanyaan Sikap Responden dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No.	Pertanyaan	Jawaban					
		TS		R		S	
		f	%	F	%	f	%
1.	Mengeringkan tangan menggunakan tisu bersih/ handuk sekali pakai setiap selesai melakukan <i>hand washing</i>	9	13,2	6	8,8	53	77,9
2.	Tidak memerlukan lap yang bersih dan	58	85,3	3	4,4	7	10,3

	kering untuk mengeringkan tangan setelah melakukan <i>hand washing</i>						
3.	Tidak melakukan <i>hand hygiene</i> jika peralatan dibangsal sedang habis.	10	14,7	7	10,3	51	75,0
4.	Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien tidak perlu melakukan <i>hand hygiene</i> .	59	86,8	9	13,2	0	0
5.	Menunda-nunda waktu untuk melakukan <i>hand hygiene</i> sesuai standar	65	95,6	3	4,4	0	0
6.	Merasa tidak perlu terlalu sering melakukan <i>hand hygiene</i> dapat membuat tangan menjadi kering, iritasi dan tidak nyaman	58	85,3	4	5,9	6	8,8
7.	Mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar dapat membuang waktu dan menghambat untuk segera menyelesaikan pekerjaan	65	95,6	3	4,4	0	0
8.	Menganggap bahwa perlu mematuhi <i>hand hygiene</i>	0	0	5	7,4	63	92,6
9.	Kesibukan yang tinggi membuat saya tidak sempat untuk melakukan <i>hand hygiene</i> sesuai standar	50	73,5	10	14,7	8	11,8
10.	Mencegah resiko tinggi infeksi nosokomial salah satunya dengan <i>hand hygiene</i>	0	0	10	14,7	58	85,3

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel V.11 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden bersikap tidak setuju menunda-nunda waktu untuk melakukan *hand hygiene* sesuai standar dan tidak setuju mematuhi *hand hygiene* sesuai standar dapat membuang waktu dan menghambat untuk segera menyelesaikan pekerjaan yaitu masing-masing sebesar 95,6% dan sebagian kecil setuju tidak melakukan *hand hygiene* jika peralatan dibangsal sedang habis yaitu sebesar 75,0%.

3. Motivasi

Distribusi frekuensi motivasi responden dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.12 dibawah ini :

Tabel V.12

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Motivasi Responden dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No	Motivasi	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Rendah	49	72,1
2.	Tinggi	19	27,9
Total		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.12 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden bermotivasi rendah dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 72,1 % dan sebagian kecil bermotivasi tinggi yaitu sebesar 27,9%.

Analisis aitem pertanyaan motivasi perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.13 dibawah ini :

Tabel V.13

Distribusi Frekuensi Aitem Pertanyaan Motivasi Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* Di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		TS		S	
		F	%	F	%
1.	Tidak adanya poster tentang <i>hand hygiene</i> membuat saya sering lupa tentang <i>hand hygiene</i>	4	5,9	64	94,1
2.	Ketidakterediaan handrub diruang rawat pasien, saya tetap melakukan tindakan ke pasien.	21	30,9	47	69,1
3.	Saya sudah paham tentang <i>hand hygiene</i> tanpa perlu adanya poster tentang <i>hand hygiene</i> tersebut.	61	89,7	7	10,3
4.	Jumlah wastafel yang kurang memadai sehingga saya jarang melakukan hand washing.	17	25,0	51	75,0
5.	Saya merasa kesulitan menjangkau fasilitas <i>hand hygiene</i> seperti wastafel dan alkohol antiseptik, karena berada di tempat yang tidak strategis	63	92,6	5	7,4
6.	Mematuhi <i>hand hygiene</i> adalah bukan hal yang penting	7	10,3	61	89,7
7.	Mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar dapat membuang waktu dan menghambat saya untuk segera menyelesaikan pekerjaan	19	27,9	49	72,1
8.	Kepala ruangan saya memberikan penghargaan bagi yang mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar	8	11,8	60	88,2
9.	Keputusan <i>hand hygiene</i> yang dilakukan adalah kewenangan pribadi masing-masing perawat	6	5,9	62	91,2

10.	Saya dapat mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar karena setiap pekerjaan direncanakan dengan baik	6	8,8	62	91,2
-----	---	---	-----	----	------

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel V.13 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden bermotivasi rendah karena tidak adanya poster tentang *hand hygiene* membuat responden sering lupa tentang *hand hygiene* yaitu sebesar 94,1%, sedangkan sebagian kecil responden bermotivasi tinggi karena keputusan *hand hygiene* yang dilakukan adalah kewenangan pribadi masing-masing perawat dan alkohol antiseptik, karena berada di tempat yang tidak strategis dan mematuhi *hand hygiene* sesuai standar karena setiap pekerjaan direncanakan dengan baik yaitu sebesar 91,2%.

4. Ketersediaan fasilitas

Distribusi frekuensi Ketersediaan fasilitas dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.14 dibawah ini :

Tabel V.14

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Ketersediaan Fasilitas dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No.	Ketersediaan Fasilitas	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Kurang Mendukung	40	58,8
2.	Mendukung	28	41,2
Total		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.14 dapat diketahui bahwa sebagian besar ketersediaan fasilitas kurang mendukung dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 58,8 % dan sebagian kecil ketersediaan fasilitas mendukung yaitu sebesar 41,2%.

Analisis aitem pertanyaan ketersediaan fasilitas dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.15 dibawah ini:

Tabel V.15

Analisis Aitem Pertanyaan Ketersediaan Fasilitas dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No.	Pertanyaan	Jawaban					
		Tidak Ada		Jarang Ada		Lalu Ada	
		f	%	f	%	F	%
1.	tafel dan air mengalir	0	0	0	0	8	100

2.	as <i>tissue</i> /handuk sekali pakai	4	4,7	2	2,9	2	2,4
3.	un cuci tangan antiseptik	0	0	0	0	8	00
4.	kohol <i>hand rub</i>	2	2,4	2	7,1	4	0,6
5.	pat sampah untuk <i>tissue</i> /handuk 1 kali pakai	6	7,6	0	0	2	2,4
6.	Tempat cuci tangan terjangkau	0	0	0	0	8	00
7.	er cuci tangan	2	7,1	3	1,8	8	1,2
8.	Leaflet bergambar tentang proses cuci tangan yang baik dan benar.	5	5,6	3	4,4	0	0

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel V.15 dapat diketahui bahwa sebagian besar ketersediaan wastafel dan air mengalir, sabun cuci tangan antiseptik, tempat cuci tangan terjangkau tersedia yaitu sebesar 100% dan sebagian kecil ketersediaan kertas *tissue*/handuk sekali pakai tidak tersedia sebesar 64,7%, tempat sampah untuk *tissue*/handuk 1 kali pakai tidak tersedia sebesar 67,6, Alkohol *hand rub* sebesar 47,1% jarang ada, Tempat sampah untuk *tissue*/handuk 1 kali pakai sebesar 7,6% tidak ada, Poster cuci tangan 47,1% tidak ada dan leaflet bergambar tentang proses cuci tangan yang baik dan benar tidak tersedia yaitu sebesar 95,6%.

5. Supervisi kepala ruangan

Distribusi frekuensi supervisi kepala ruangan dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.16 dibawah ini :

Tabel V.16

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Supervisi Kepala Ruangan dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No	Supervisi Kepala Ruangan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Kurang Baik	46	67,6
2.	Baik	22	32,4

Total	68	100
-------	----	-----

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.16 dapat diketahui bahwa sebagian besar supervisi kepala ruangan kurang baik dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 67,8 % dan sebagian kecil supervisi kepala ruangan baik yaitu sebesar 32,4%.

Analisis aitem pertanyaan supervisi kepala ruangan dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.17 dibawah ini:

Tabel V.17
Analisis Aitem Pertanyaan Supervisi Kepala Ruangan dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		Tidak		Ya	
		f	%	f	%
1.	Kepala ruangan melakukan pengawasan secara rutin <i>hand hygiene</i>	65	95,6	3	4,4
2.	Kepala ruangan mensosialisasikan standar <i>hand hygiene</i>	8	11,8	60	88,2
3.	Kepala ruangan mengingatkan mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar	41	60,3	27	39,7
4.	Kepala ruangan memberikan motivasi untuk mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar	58	85,3	10	14,7
5.	kepala ruangan memberikan teguran kepada yang tidak mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar	61	89,7	7	10,3
6.	Kepala ruangan selalu mengingatkan untuk mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar	58	85,3	10	14,7
7.	Kepala ruangan menetapkan sanksi bagi yang tidak mematuhi <i>hygiene</i> sesuai standar	62	91,2	6	8,8
8.	Kepala Ruangan selalu memberikan informasi terbaru tentang <i>hand hygiene</i>	58	85,3	10	14,7
9.	Informasi <i>hand hygiene</i> yang diberikan oleh kepala ruangan di ruangan disampaikan dengan jelas	8	11,8	60	88,2
10.	Kepala ruangan saya memberikan contoh <i>hand hygiene</i> sesuai standar	60	88,2	8	11,8

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel V.17 dapat diketahui bahwa sebagian besar supervisi kepala ruangan kurang baik dalam melakukan pengawasan secara rutin *hand*

hygiene yaitu sebesar 95,6% dan sebagian kecil supervisi baik dalam mensosialisasikan standar *hand hygiene* dan memberikan informasi dengan jelas tentang *hand hygiene* yaitu masing-masing sebesar 88,2%.

6. Kepatuhan

Distribusi frekuensi kepatuhan responden dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.18 dibawah ini :

Tabel V.18

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kepatuhan Responden dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No	Kepatuhan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak Patuh	47	69,1
2.	Patuh	21	30,9
Total		68	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.18 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 69,1% dan sebagian kecil responden patuh yaitu sebesar 30.9%.

Analisis butir observasi kepatuhan responden dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dapat dilihat pada Tabel V.19 dibawah ini:

Tabel V.19

Analisis Butir Observasi Kepatuhan Responden dalam Melakukan *Hand Hygiene* Di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

No	Pertanyaan	Kepatuhan			
		Tidak		Ya	
		f	%	f	%

1.	<i>Hand hygiene</i> saat tiba di ruangan jaga	64	94,12	4	5,88
2.	<i>Hand hygiene</i> sebelum melakukan tindakan keperawatan	60	88,24	8	11,76
3.	<i>Hand hygiene</i> setelah terkena cairan tubuh pasien	4	5,88	64	94,12
4.	<i>Hand hygiene</i> setelah melakukan tindakan keperawatan	57	83,82	11	16,18
5.	<i>Hand hygiene</i> sebelum pulang ke rumah	55	80,88	13	19,12
6.	Menuang cairan handrub pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.	8	11,76	60	88,24
7.	Mengusap dan menggosok kedua punggung tangan secara bergantian	10	14,71	58	85,29
8.	Menggosok sela-sela jari tangan hingga bersih	57	83,82	11	16,18
9.	Membersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci	57	83,82	11	16,18
10.	Menggosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian	57	83,82	11	16,18
11.	Meletakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan	57	83,82	11	16,18
12.	<i>Handrub</i> selama 20 – 30 detik	58	85,29	60	88,24
13.	Hand wash selama 40 – 60 detik	58	85,29	14	20,59

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel V.19 dapat diketahui bahwa responden yang tidak melakukan *Hand hygiene* saat tiba di ruangan jaga sebanding dengan responden yang *hand hygiene* setelah terkena cairan tubuh pasien 94,12%.

V.4 Analisa Bivariat

1. Hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel V.20

Hubungan antara Pengetahuan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

Pengetahuan	Kepatuhan				Total		p-value	PR
	Tidak Patuh		Patuh					
	f	%	F	%	f	%		
Kurang Baik	18	60,0	12	40,0	30	100,0	0,237	0.786 (0,559-1,106)
Baik	29	76,3	9	23,7	38	100,0		
Total	47	69,1	21	30,9	68	100,0		

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.20 diketahui bahwa proporsi responden yang pengetahuannya baik cenderung untuk tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 76,3% lebih besar jika dibandingkan dengan responden yang pengetahuannya kurang baik yaitu sebesar 60,0%. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* sebesar $0,237 > \alpha = 0,05$ yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*.

2. Hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel V.21
Hubungan antara Sikap dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

Sikap	Kepatuhan				Total		<i>p-value</i>	PR
	Tidak Patuh		Patuh		f	%		
	f	%	f	%				
Kurang Mendukung	16	66,7	8	33,3	24	100,0	0,961 (0,672-1,331)	
Mendukung	31	70,5	13	29,5	44	100,0		
Total	47	69,1	21	30,9	68	100,0		

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.21 diketahui bahwa proporsi responden yang sikapnya mendukung cenderung untuk tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 70,5% lebih besar jika dibandingkan dengan responden yang sikapnya kurang mendukung yaitu sebesar 66,7%. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* sebesar $0,961 > \alpha = 0,05$ yang artinya tidak ada

hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*.

3. Hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel V.22

Hubungan antara motivasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

Motivasi	Kepatuhan				Total		<i>p-value</i>	PR
	Tidak Patuh		Patuh					
	f	%	f	%	f	%		
Rendah	39	79,6	10	20,4	49	100,0	0,007	1,890 (1,095-3,263)
Tinggi	8	42,1	11	57,9	19	100,0		
Total	47	69,1	21	30,9	68	100,0		

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.22 diketahui bahwa proporsi responden yang motivasinya rendah cenderung untuk tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 79,6% lebih besar jika dibandingkan dengan responden yang motivasinya tinggi yaitu sebesar 42,1%. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* sebesar $0,007 \leq \alpha = 0,05$ yang artinya ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Nilai PR 1,890 dengan nilai kepercayaan 95% CI, artinya proporsi responden yang motivasinya rendah cenderung untuk tidak patuh dalam melakukan *hand*

hygiene 1,890 atau 2 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan proporsi responden yang motivasinya tinggi.

4. Hubungan antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hubungan antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel V.23
Hubungan antara Ketersediaan Fasilitas dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

Ketersediaan Fasilitas	Kepatuhan				Total		p-value	PR
	Tidak Patuh		Patuh					
	f	%	F	%	f	%		
Kurang Mendukung	33	82,5	7	17,5	40	100,0	0,010	1,650 (1,109-2,454)
Mendukung	14	50,0	14	50,0	28	100,0		
Total	47	69,1	21	30,9	68	100,0		

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.23 diketahui bahwa proporsi ketersediaan fasilitas yang kurang mendukung cenderung untuk responden tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 82,5% lebih besar jika dibandingkan dengan ketersediaan fasilitas yang mendukung yaitu sebesar 50,0%. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* sebesar $0,010 \leq \alpha = 0,05$ yang artinya ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Nilai PR 1,650 dengan nilai kepercayaan 95% CI, proporsi ketersediaan fasilitas yang kurang mendukung

cenderung untuk responden tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* 1,650 atau 2 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan proporsi ketersediaan fasilitas yang mendukung.

5. Hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel V.24

Hubungan antara Supervisi Kepala Ruangan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

Supervisi Kepala Ruangan	Kepatuhan				Total		<i>p-value</i>	PR
	Tidak Patuh		Patuh					
	f	%	F	%	F	%		
Kurang Baik	38	82,6	8	17,4	46	100,0	0,001	2,019 (1,201-3,395)
Baik	9	40,9	13	59,1	22	100,0		
Total	47	69,1	21	30,9	68	100,0		

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel V.24 diketahui bahwa proporsi supervisi kepala ruangan yang kurang baik cenderung untuk responden tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 82,6% lebih besar jika dibandingkan dengan supervisi kepala ruangan yang baik yaitu sebesar 40,9%. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* sebesar $0,001 \leq \alpha = 0,05$ yang artinya ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Nilai PR 2,019 dengan nilai kepercayaan 95% CI, proporsi supervisi kepala ruangan yang kurang baik cenderung untuk responden tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* 2,019

atau 2 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan proporsi supervisi kepala ruangan yang baik.

V.5 Pembahasan Hasil Penelitian

1. Hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dibuktikan dengan nilai uji statistik *p-value* 0,237.

Berdasarkan data karakteristik sebagian besar perawat sudah pernah mengikuti diklat tentang *hand hygiene* yaitu sebesar 94,1%. Hasil analisis terhadap pengetahuan perawat tentang *hand hygiene* melalui jawaban kuisisioner diketahui bahwa 55,9% pengetahuan perawat sudah baik tentang *hand hygiene* dan 44,1% berpengetahuan kurang baik.

Melihat dari beberapa item kuisisioner yang diisi responden melalui jawaban kuisisioner diketahui 100% responden tahu tentang salah satu pelaksanaan *hand hygiene* sesuai dengan *five moment* di rumah sakit adalah segera *hand hygiene* setiba di tempat kerja, 88,2% tahu satu-satunya cara untuk mencegah penularan infeksi di rumah sakit adalah *hand hygiene* dan tahu *hand hygiene* untuk melindungi pasien dari kuman yang dibawah tangan, 89,7% tahu tindakan *hand hygiene* setelah ke pasien gunanya untuk melindungi pasien dari kuman yang dibawah tangan dengan cara tangan terkontaminasi dicuci menggunakan antiseptik berbasis alkohol, 82,4% tahu pengertian dari *hand washing* adalah mencuci tangan

dengan sabun antiseptik dan air mengalir sebesar, 96,2% tahu prinsip dalam melaksanakan *hand hygiene* yang ditetapkan WHO adalah 5 moment, 80,9% tahu 6 langkah yang dilakukan dalam melakukan *hand hygiene* sebesar dan hanya 36,8% perawat tidak memahami mengeringkan tangan menggunakan tissue bersih/handuk sekali pakai dilakukan saat setiap selesai melakukan *hand washing* yaitu sebesar 36,8%.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Effendi di ruang instalasi rawat inap RSUP Dr. H. Moh. Anwar Kabupaten Sumenep Tahun 2014 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan yang sangat kuat antara pengetahuan dengan cuci tangan dengan nilai *p-value* 0,890 (Effendi, 2014).

Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sangi di ruang rawat inap Puskesmas Lirung Kecamatan Lirung Kabupaten Talaud Tahun 2014 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan yang sangat kuat antara pengetahuan dengan cuci tangan dengan nilai *p-value* 0,430 (Sangi, 2014).

Hasil penelitian ini berbeda dengan teori River (2002) dalam Meisa mengemukakan semakin tinggi tingkat pemahaman seseorang terhadap instruksi akan semakin patuh seseorang menjalankan instruksi tersebut. Teori *The Health Belief Model* oleh Rosenstock dalam Meisa (2012) juga mengatakan seseorang berperilaku belum tentu didasarkan pada pengetahuan, seperti melakukan pencegahan penyakit tertentu mungkin dikarenakan

seseorang tersebut merasa terancam akan terkena penyakit tersebut dan bukan karena pengetahuannya tentang penyakit (Meisa,2012).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Untuk meningkatkan pengetahuan perawat dengan suatu program pendidikan tentang *hand hygiene* yang berkelanjutan dengan informasi yang selalu diperbarui.

2. Hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dibuktikan dengan nilai uji statistik *p-value* 0,961.

Hasil analisis terhadap sikap perawat tentang *hand hygiene* melalui jawaban kuisisioner didapatkan bahwa 64,7 % perawat bersikap mendukung melakukan *hand hygiene* dan 35,3% bersikap kurang mendukung.

Melihat dari beberapa item kuisisioner yang diisi bahwa sebagian besar responden bersikap tidak setuju menunda-nunda waktu untuk melakukan *hand hygiene* sesuai standar dan tidak setuju mematuhi *hand hygiene* sesuai standar dapat membuang waktu dan menghambat untuk segera menyelesaikan pekerjaan yaitu masing-masing sebesar 95,6% dan sebagian kecil setuju untuk tidak melakukan *hand hygiene* jika peralatan dibangsal sedang habis yaitu sebesar 75,0%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Purwantiningsih yang menunjukkan tidak ada hubungan antara perawat dengan penerapan teknik mencuci tangan secara benar dengan hasil uji statistik *p-value* 0,579 (Purwantiningsih, 2014)

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati di ruang Flamboyan, Gardena, dan Wijaya Kusuma di RSUD Ibnu Sina Gresik Tahun 2014 yang menunjukkan tidak ada hubungan antara sikap perawat tentang pencegahan infeksi nosokomial dengan mencuci tangan, tingkat signifikan 0,285 (Rahmawati, 2014).

Berbeda dengan teori yang disampaikan Notoatmodjo, bahwa sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Sikap dapat mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene* pada perawat, untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*, upaya penerapan prosedur kerjasama dan persamaan persepsi terhadap pentingnya *hand hygiene* dapat mengurangi infeksi nosokomial di rumah sakit.

3. Hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dibuktikan dengan nilai hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,007. Nilai PR 1,890 dengan nilai 95% CI, artinya proporsi responden yang motivasinya rendah cenderung untuk tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* 1,890 atau 2 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan proporsi responden yang motivasinya tinggi.

Hasil ini diperkuat dari hasil analisis sebagian besar motivasi perawat rendah dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 72,1%. Hasil jawaban beberapa item kuisisioner yang diisi responden pada kuisisioner diketahui 94,1% responden mengisi tidak adanya poster tentang *hand hygiene* membuat responden sering lalai melaksanakan tahapan *hand hygiene*. Dari hasil observasi sebagian besar responden memiliki kepatuhan yang tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebesar 69,1%. Ketidapatuhan perawat yang tertinggi adalah tidak melakukan *hand hygiene* saat tiba di ruangan jaga. Perawat merasa saat tiba di ruangan tangan sudah dalam keadaan bersih, Selain itu juga tidak ada reward yang diberikan kepada perawat jika melaksanakan kepatuhan *hand hygiene* dengan baik dan tidak ada punishment bagi yang tidak melakukan *hand hygiene* dengan baik.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Sumariyem yang menyatakan dalam penelitiannya ada hubungan motivasi dengan kepatuhan perawat dalam praktik *hand hygiene* di ruang Cendana Irna I RSUP Dr.

Sardjito Yogyakarta Tahun 2015 didapatkan hasil analisa nilai p -value 0,000 (Sumariyem, 2015).

Penelitian ini juga didukung dengan hasil penelitian Sani di rawat inap RSI Klaten Tahun 2017 didapatkan ada hubungan motivasi perawat rawat inap dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan 6 langkah cuci tangan yang benar di RSI Klaten dengan nilai p -value 0,000.

Senada dengan teori Samsudin dalam Andriyani mengemukakan bahwa motivasi merupakan proses mempengaruhi atau mendorong dari luar terhadap seseorang atau kelompok kerja agar mereka mau melaksanakan sesuatu yang telah ditetapkan. Sedangkan menurut Liang Gie dalam Samsudin menyatakan bahwa motivasi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh manajer dalam memberikan inspirasi, semangat dan dorongan kepada orang lain, dalam hal ini karyawannya, untuk mengambil tindakan-tindakan tertentu (Andriyani, 2015).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Motivasi yang tinggi yang dimiliki oleh perawat maka akan meningkatkan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Salah satu cara untuk meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* ini adalah dengan memberikan reward bagi perawat yang melaksanakan kepatuhan *hand hygiene* dengan baik dan punishment bagi yang tidak melakukan *hand hygiene* dengan baik.

4. Hubungan antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dibuktikan dengan nilai uji statistik *p-value* 0,010. Nilai PR 2,019 dengan nilai 95% CI, proporsi supervisi kepala ruangan yang kurang baik cenderung untuk responden tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* 2,019 atau 2 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan proporsi supervisi kepala ruangan yang baik.

Hasil analisis terhadap ketersediaan fasilitas dapatkan bahwa kelengkapan fasilitas *hand hygiene* yang disediakan di ruang IGD, ICU dan IBS 58,8% masih kurang mendukung dalam melakukan *hand hygiene*. Berdasarkan beberapa item kuisisioner yang diisi responden melalui jawaban kuisisioner dan observasi diketahui Fasilitas yang disediakan dimasing-masing ruangan dilengkapi dengan wastafel, air bersih yang mengalir lancar, sabun antimikroba dirasa cukup. Sabun tersedia dalam bentuk sabun cair antiseptik.

Ketersediaan alkohol gliserin untuk *hand rub* dirasakan belum cukup. Pengisian botol alkohol *hand rub* menunggu *cleaning service*. Handuk sekali pakai, tempat sampah untuk menyimpan handuk hanya tersedia di ruang ICU. Persediaan lap jika sudah habis menunggu *cleaning service* untuk menyediakan lap, solusi dengan menggunakan *tissue* sebagai pengganti selama lap belum ada.

Poster tentang cuci tangan hanya tersedia di beberapa tempat saja seperti di ruang ICU berada di dinding 1 wastafel saja, di ruang IGD tidak dijumpai poster tentang *hand hygiene* sedangkan di ruang IBS poster hanya ada dinding pintu masuk saja. Leaflet bergambar tentang proses cuci tangan yang baik dan benar di ruang ICU tersedia dalam jumlah yang terbatas. Di ruang IGD dan IBS tidak dijumpai adanya leaflet tentang *hand hygiene*.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Waney yang menunjukkan terdapat hubungan antara motivasi perawat dengan penerapan *Hand Hygiene* oleh perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Tkt. III R.W. Mongisidi Manado Tahun 2016 dengan nilai $p = 0,003$ (Waney, 2016).

Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Agustanti di ruang Bougenvile RSUD Dr. Soedirman Kebumen Tahun 2017 menunjukkan ada hubungan antara fasilitas dengan kepatuhan *hand hygiene* 5 moment dengan nilai p-value 0,000 (Agustanti, 2017).

Didukung dengan teori Notoatmodjo bahwa fasilitas *hand hygiene* (sarana dan prasarana) adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi. Didukung oleh WHO bahwa untuk meningkatkan kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene* diperlukan multidimensi strategi. Pendekatan tersebut meliputi perubahan sistem dengan menyediakan *hand rub* berbasis alkohol selain wastafel dan sabun antiseptik di setiap titik perawatan (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Dalam penyempurnaan pelaksanaan *hand hygiene* pendekatan multimodal harus dilakukan untuk melengkapi ketersediaan fasilitas guna meningkatkan kepatuhan yaitu kebiasaan dari setiap individu dan suasana dari institusi seperti penggunaan poster untuk mempromosikan *hand hygiene*, dan manajemen pendukung yang kuat untuk program rumah sakit dalam melengkapi ketersediaan fasilitas *hand hygiene*.

5. Hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dibuktikan dengan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* sebesar $0,001 \leq \alpha = 0,05$. Nilai PR 2,019 dengan nilai kepercayaan 95% CI, proporsi supervisi kepala ruangan yang kurang baik cenderung untuk responden tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* 2,019 atau 2 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan proporsi supervisi kepala ruangan yang baik.

Hasil analisis terhadap supervisi kepala ruangan didapatkan bahwa 67,8 % supervisi kepala ruangan di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang masing kurang baik dalam pengawasan perawat dalam melakukan *hand hygiene* dan dari beberapa item kuisisioner yang diisi responden melalui jawaban kuisisioner diketahui jawaban tertinggi sebanyak 95,6% pengawasan secara rutin oleh kepala ruangan terhadap perawat dalam melakukan *hand hygiene*

masih belum terlaksana dengan baik . haal ini sama dengan hasil observasi didapat pelaksanaan supervisi *hand hygiene* oleh kepala ruangan belum berjalan dengan baik. Belum adanya pengawasan dan briefing secara rutin.

Supervisi merupakan pemberi bantuan, bimbingan/pengajaran, dukungan pada perawat dalam melakukan *hand hygiene* sesuai kebijakan dan prosedur. Supervisi perlu dilakukan secara berkesinambungan yang pada akhirnya dapat meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tahir menunjukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *hand hygiene* di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2016 dengan nilai *p*-value 0,000 (Tahir, 2016).

Penelitian ini juga didukung oleh penelian Fina di *ruangan rawat inap RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2015* terdapat hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kepatuhan perawat pelaksana melaksanakan *hand hygiene* dengan nilai *p*-value = 0,038 (FIna, 2015).

Didukung dengan teori Suarli yang menyatakan bahwa supervisi yang dilakukan kepala ruangan harus dilakukan secara objektif yang bertujuan untuk pembinaan. Pelaksanaan supervisi bukan hanya untuk mengawasi apakah perawat melakukan *hand hygiene* dengan baik dan benar sesuai dengan kebijakan dan prosedur suervisi juga melakukan pengamatan secara langsung dan berkala untuk kemudian bila ditemukan masalah segera diberikan bantuan yang bersifat langsung (Suarli dkk., 2010). Pendapat ini sejalan dengan

Nursalam yang menyatakan bahwa dalam melakukan supervisi yang tepat, supervisor harus dapat kapan dan apa yang harus dilakukan supervisi (Nursalam, 2014).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Supervisi kepala ruangan hendaknya selalu memberikan informasi secara terus menerus tentang *hand hygiene* kepada bawahannya sehingga penerapan *hand hygiene* dapat terlaksana dengan baik. Penerapan *hand hygiene* baik karena adanya komitmen Direktur rumah sakit dan seluruh perawat untuk melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi yang salah satu kegiatannya adalah kepatuhan *hand hygiene*. Kepala ruangan disarankan untuk melakukan *briefing* setiap pagi setelah overan dinas antara perawat dinas malam dengan dinas pagi selama 5 menit tentang *hand hygiene* dan bersama-sama memperagakan prosedur cuci tangan.

V.6 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini terletak pada:

1. Ruang lingkup penelitian hanya dilakukan di ruang IGD, ICU dan IBS RSUD Ade Muhammad Djeon Sintang, sehingga penelitian ini terbatas generalisasinya.

2. Penelitian ini menggunakan angket sebagai media pengumpulan data, sehingga kemungkinan besar informasi yang disampaikan responden rentan terhadap informasi bias.
3. Jumlah sampel dalam penelitian cukup terbatas, yaitu hanya 68 orang .
4. Karena memiliki banyak kesibukan dan keterbatasan waktu, responden meminta angketnya untuk ditinggalkan yang pada akhirnya menyebabkan peneliti tidak dapat mendampingi responden pada saat menjawab akibatnya jawaban yang diberikan belum tentu menggambarkan keadaan yang sebenarnya.
5. Penelitian ini sebagian besar masih mengadopsi kuesioner yang dipakai peneliti sebelumnya, sehingga kemungkinan terjadi kekeliruan dalam pengukurannya karena belum tentu menggambarkan keadaan yang sama pada objek yang diteliti peneliti sebelumnya.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

VI.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang telah dilakukan di ruang IGD, ICU, dan IBS RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tingkat Kepatuhan perawat baik dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang sebagian besar dalam kategori tidak patuh yaitu sebesar 69,1%.
2. Pengetahuan perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang sebagian besar dalam kategori baik yaitu sebesar 55,9 %.
3. Sikap perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang sebagian besar dalam kategori mendukung kepatuhan *hand hygiene* yaitu sebesar 64,7%.
4. Motivasi perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang sebagian besar dalam kategori rendah yaitu sebesar 72,1 %.
5. Ketersediaan fasilitas dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang sebagian besar dalam kategori kurang mendukung yaitu sebesar 58,8 %.

6. Supervisi kepala ruangan terhadap perawat dalam melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang sebagian besar dalam kategori kurang baik yaitu sebesar 67,8 %.
7. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* (*p-value* 0,237).
8. Tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam *hand hygiene* (*p-value* 0,961).
9. Ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam kepatuhan *hand hygiene* (*p-value* 0,007).
10. Ada hubungan yang bermakna antara fasilitas *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* (*p-value* 0,010).
11. Ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* (*p-value* 0,001).

VI.2 SARAN

1. Bagi Universitas Muhammadiyah Pontianak

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan ajar agar dapat menghasilkan generasi-generasi perawat dengan kinerja yang baik.

2. Bagi RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

- a. Bagi Rumah Sakit

- 1) Perlu adanya suatu program pendidikan tentang *hand hygiene* yang berkelanjutan dengan informasi yang selalu diperbarui.

- 2) Perlu adanya prosedur kerjasama dan persamaan persepsi terhadap pentingnya *hand hygiene* yang dapat mengurangi infeksi nosokomial di rumah sakit.
 - 3) Perlu adanya reward bagi perawat yang melaksanakan kepatuhan *hand hygiene* dengan baik dan punishment bagi yang tidak melakukan *hand hygiene* dengan baik
 - 4) Perlu adanya pendekatan multimodal untuk melengkapi ketersediaan fasilitas guna meningkatkan kepatuhan seperti poster untuk mempromosikan *hand hygiene*, dan manajemen pendukung yang kuat untuk program rumah sakit dalam melengkapi ketersediaan fasilitas *hand hygiene*.
 - 5) Perlu adanya *briefing* setiap pagi setelah overan dinas antara perawat dinas malam dengan dinas pagi selama 5 menit tentang *hand hygiene* dan bersama-sama memperagakan prosedur *hand hygiene* yang baik dan benar yang dipimpin kepala ruangan sebagai supervisi.
3. Bagi peneliti
- a. Peneliti dapat menggunakan alat ukur yaitu lembar observasi untuk menilai kepatuhan.
 - b. Peneliti selanjutnya dapat menggunakan tenaga kesehatan lainnya sebagai responden.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustanti, N. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Hand Hygiene 5 Moment pada Bidan di Ruang Bersalin dan Ruang Bougenvil RSUD Dr Soedirman Kebumen* [serial online] [disitasi tanggal 1 Oktober 2017]. Diakses dari URL:
http://digilib.unisayogya.ac.id/2782/1/NASKAHPUBLIKASI_NASTITI_AGUSTANTI_1610104162.pdf
- Andriyani, D. 2015. *Teori Motivasi*. [serial online] [disitasi tanggal 1 Oktober 2017]. Diakses dari URL: <http://C:/Users/user/Downloads/Documents/BAB%20II.pdf>
- Ardana, I. G.A.G.D.O. 2016. Program Penyadaran Kepatuhan Cuci Tangan dapat Meningkatkan Pengetahuan Cuci Tangan, Menurunkan Jumlah Koloni dan Bakteri Staphylococcus Aureus pada Tangan Co Ass Fkg (Suatu Kajian di Unmas Denpasar). *Tesis*. Denpasar : Program Pascasarjana - UU (tidak dipublikasikan)
- Arifianto. 2017. Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien pada Pengurangan Resiko Infeksi dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri di RS Roemani Muhammadiyah (Suatu Kajian di RS Semarang). *Tesis*. Semarang : Prodi Magister Keperawatan - Universitas Diponegoro(tidak dipublikasikan)
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
- Darmadi. 2008. *Infeksi Nosokomial Problemika dan Pengendaliannya*. Jakarta : Salemba Medika
- Depkes RI. 2008. *Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. Cetakan kedua. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medika
- _____. 2010. *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan*. Cetakan Ketiga. Jakarta : Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan
- _____. 2011. *Laporan Akhir Riset Fasilitas Kesehatan tahun 2011*. Jakarta : Badan Litbangkes Kemenkes RI
- _____. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI
- Effendi, A. 2014. Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap dan Pelaksanaan Cuci Tangan Perawat Five Moment For Hand Hygiene Di Ruang Instalasi Rawat

- Inap Rsud Dr. H. Moh Anwar Kabupaten Sumenep. *Tesis*. Surakarta : Program Pascasarjana -Universitas Sebelas Maret. (tidak dipublikasikan).
- Fina, M. Y. 2015. Hubungan Faktor Motivasi dan Supervisi dengan Kepatuhan Perawat Pelaksana Melaksanakan Hand Hygiene di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2015. *Tesis*. Universitas Andalas. (tidak dipublikasikan).
- Hastono, S, P. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Depok : FKMUI
- Hidayat, A. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medik
- Kemkes RI. 2011. *Pedoman Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya di Pelayanan Kesehatan (Kesiapan Menghadapi Emerging Infection Disease)*. Cetakan Ketiga. Jakarta : Kementrian Kesehatan
- Purwantiningsih, S. 2014. *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan dengan Penerapan Teknik Mencuci Tangan Secara Benar*. [serial online] [disitasi tanggal 1 Oktober 2017]. Diakses dari URL: <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/23/01-gdl-sripurwant-1145-1-skripsi-h.pdf>
- Meisa. 2012. *Gambaran Perilaku Mencuci Tangan pada Perawat di Rumah Sakit Awal Bros Bekasi Tahun 2012*. [serial online] [disitasi tanggal 10 Oktober 2017]. Diakses dari URL: <http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2015-08/S44786-adinda%20meisa>
- Menkes. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta : Kementrian Kesehatan
- Ningsih, E.W., Sudaryanto, A., dan Setiyawati, W. 2013. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Motivasi Perawat dengan Perilaku Pencegahan Infeksi Nosokomial (Suatu Kajian di Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo). *Skripsi*. Sukoharjo. : Prodi Pascasarjana (tidak dipublikasikan).
- Notoatmodjo, S. (Ed). 2007. *Promosi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- _____. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta
- _____. (Ed). 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam, 2007. *Manajemen Keperawatan, Aplikasi dan Praktik Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

- _____. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Selemba Medika.
- Rahmawati, R. 2014. Pengetahuan dan Sikap Perawat Pencegahan Infeksi Nosokomial dalam Pelaksanaan Cuci Tangan. [serial online] [disitasi tanggal 1 Oktober 2017]. Diakses dari URL:
<http://journal.unigres.ac.id/index.php/JNC/article/download/106/104>
- Rayendar, 2015. *Metode Penelitian*. (serial online) [disitasi tanggal 17 Juli 2017]. Diakses dari URL:
<http://rayendar.blogspot.co.id/2015/06/metode-penelitian-menurut-sugiyono-2013.html?m=1>
- Rikayanti, 2013. *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Mencuci Tangan Petugas Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Badung Tahun 2013*. [serial online] [disitasi tanggal 1 Oktober 2017]. Diakses dari URL:
<https://ojs.unud.ac.id/index.php/jch/article/view/7693>
- Rodyah, S. A. U. 2015. Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen Hand Hygiene di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates Pt Rolas Nusantara Medika Jember. (Suatu Kajian di RS S Jember). Jember. *Skripsi*. Prodi Ilmu Keperawatan - Universitas Jember (tidak dipublikasikan)
- RSUD Ade Muhammad Djeon Sintang. 2016. *Data Bidang Keperawatan*. Sintang: Bidang Pelayanan RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang (tidak dipublikasikan)
- _____. 2016. *Data Rekam Medik*. Sintang : Bidang Perencanaan Program, Rekam Medik, Pelaporan dan Penelitian dan Pengembangan RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang (tidak dipublikasikan)
- RSUD Dr. Soedarso. 2016. *Indikator Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien RSUD Dr. Soedarso 2016*. [serial online] [disitasi tanggal 2 Maret 2017]. Diakses dari URL: http://www.rsudsoedarso.com/download_21.html
- Sani, F, N. 2017. *Hubungan Motivasi Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Melakukan Cuci Tangan di Rsi Klaten*. [serial online] [disitasi tanggal 1 Oktober 2017]. Diakses dari URL:
https://www.researchgate.net/publication/318879263_HUBUNGAN_MOTIVASI_PERAWAT_DENGAN_TINGKAT_KEPATUHAN_MELAKUKAN_CUCI_TANGAN_DI_RSI_KLATEN
- Sangi, O, M. 2014. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Kepatuhan Mencuci Tangan pada Tindakan Pemasangan Infus di Ruang*

- Rawat Inap Puskesmas Lirung*. [serial online] [disitasi tanggal 2 Maret 2017]. Diakses dari URL: <http://jurnal.unsrittomohon.ac.id/index.php/jurnalprint/article/view/108>
- Santoso, I.S. 2013. Pengetahuan Perawat tentang Infeksi Nosokomial dan Kepatuhan Perawat dalam Mencuci Tangan Cara Biasa Sesuai SOP di Ruang Cempaka Instalasi Rawat Inap RS Kanker Dharmais. (Suatu Kajian di RS Kanker Dharmais). Jakarta *Skripsi*. Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan-Universitas Esa Unggul. (tidak dipublikasikan)
- Safrudin. 2012. *Supervisi*. serial online] [disitasi tanggal 17 Juli 2017]. Diakses dari URL: <http://safrudinans.blogspot.co.id/2011/12/supervisi.html?m=0>
- Sumariyem, Q. 2015. *Hubungan Motivasi Dengan Kepatuhan Perawat dalam Praktik Hand Hygiene di Ruang Cendana Irna I Rsup Dr. Sardjito Yogyakarta*. [serial online] [disitasi tanggal 14 Juni 2017]. Diakses dari URL: <http://digilib.unisavogya.ac.id/220/1/naskah%20publikasi.pdf>
- Sinaga, S.E.N. 2015. *Kepatuhan Hand Hygiene di Rumah Sakit Misi Rangkasbitung*. [serial online] [disitasi tanggal 28 Juni 2017]. Diakses dari URL: <http://ejournal.stikesborromeus.ac.id/file/6-2.pdf>
- Suarli, S., dkk. (2010), *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta : Erlangga
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Suparyanto. 2014. *Pengukuran Motivasi*. [serial online] [disitasi tanggal 2 Maret 2017]. Diakses dari URL: <http://dr-suparyanto.blogspot.co.id/2014/06/pengukuran-motivasi.html>
- Supratman dan Sudaryanto, A. 2013. *Model-Model Supervisi Keperawatan Klinik*. *Jurnal. Berita Ilmu Keperawatan*. Vol. 1 (4) : 193-196 [serial online] [disitasi tanggal 2 Maret 2017]. Diakses dari URL: <https://www.slideshare.net/KULIAHISKANDAR/modelmodel-supervisi-keperawatan-klinik>
- Tahir, W,U. 2013. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melaksanakan *Hand Hygiene* di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (Suatu Kajian di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin). Jakarta *Skripsi*. Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan-Universitas Esa Unggul. (tidak dipublikasikan)
- Utami, N. 2016. Hubungan Kualitas Supervisi Kepala Ruang Terhadap kepatuhan Perawat Melakukan Standar Cuci Tangan di Instalasi Rawat Inap Rst Dr.

- Soedjono Magelang. *Skripsi*. PSIK STIKES Ngudi Waluyo Ungaran. (tidak dipublikasikan)
- Waney, M.P. 2016. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Hand Hygiene di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Tingkat III R. W. Mongisidi Manado* [serial online] [disitasi tanggal 14 Juni 2017]. Diakses dari URL: <https://ejournalhealth.com/index.php/CH/article/view/107>
- Wawan, A. 2011. *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika
- _____. 2009. *Who Guidelines On Hand Hygiene In Health Care*. [serial online] [disitasi tanggal 18 April 2017]. Diakses dari URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251730/1/9789241549929-eng.pdf>
- WHO. 2010. *Using WHO Hand Hygiene Improvement Tools to Support the Implementation of National/Sub-National Hand Hygiene Campaigns*. [serial online] [disitasi tanggal 19 April 2017]. Diakses dari URL: http://www.who.int/gpsc/national_campaigns/PS_hand_hygiene_tools_2010_6_en.pdf
- _____. 2016. *The Burden Of Health Care-Associated Infection Worldwide* (serial online) [disitasi tanggal 19 April 2017]. Diakses dari URL: https://translate.google.com/translate?hl=id&sl=en&u=http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/&prev=search
- Wikipedia. 2017. *Angket*. [disitasi tanggal 07 Juli 2017]. Diakses dari URL: <https://id.wikipedia.org/wiki/Angket>

Lampiran 1

INSTRUMENT PENELITIAN

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

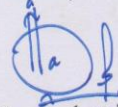
Nama : Syamsulastri
NPM : 141510791
Jurusan : Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Universitas : Muhammadiyah Pontianak Kampus Sintang

Bermaksud akan mengadakan kegiatan penelitian. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui "Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Meleakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017". Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Saudara/i. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian akademis.

Jika Saudara/i tidak bersedia menjadi responden, saudara/i memiliki hak untuk mundur dan tidak ada ancaman bagi Saudara/i. Jika Saudara/i bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Demikian permohonan dari saya, atas bantuan dan peran Saudara/i, saya ucapkan terima kasih.

Sintang, 6 September 2017

Peneliti,



Syamsulastri

NPM 141510791

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN
(Informed Consent)

Judul Penelitian : Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang

Peneliti : Syamsulastri


Setelah mendapatkan penjelasan yang diberikan peneliti, Saya bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden peneliti yang berjudul "Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang".

Saya mengerti bahwa peneliti tidak akan memberikan akibat negatif terhadap saya, bahkan peneliti akan memberikan masukan bagi saya dan dapat digunakan sebagai sarana untuk memotivasi saya.

Dengan demikian saya menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Sintang, 9 September 2017

Responden,


(Eka Kripandha)

KUESIONER PENELITIAN

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN *HAND HYGIENE* DI RSUD ADE MUHAMMAD DJOEN SINTANG TAHUN 2017

KODE RESPONDEN: 01

Petunjuk pengisian:

1. Pertanyaan berikut berkaitan dengan karakteristik responden;
2. Berikan tanda checklist (✓) atau uraian singkat dan jelas untuk pertanyaan di bawah ini;
3. Dimohon kepada saudara/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan.

I. KARAKTERISTIK RESPONDEN			
No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Inisial NamaE.....	
2.	Usia	24... Tahun	
3.	Jenis Kelamin	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan
4.	Pendidikan	<input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> D3	<input checked="" type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> S1 Ners
5.	Jabatan	<input type="checkbox"/> Kepala ruangan	<input type="checkbox"/> Ketua tim <input checked="" type="checkbox"/> Perawat pelaksana
6.	Lama Kerja	.../.... Tahun	
7.	Pernah Mengikuti Pelatihan PPI	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah

II. KEPATUHAN			
Petunjuk pengisian:			
1. Isilah data dibawah ini dengan memberikan tanda check list (✓) pada kolom yang tersedia.			
2. Dimohon kepada saudara/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan			
No.	Pernyataan	Kepatuhan	
		Ya	Tidak
1.	Hand Hygiene saat tiba di ruangan jaga		✓
2.	Hand Hygiene sebelum melakukan tindakan keperawatan		✓
3.	Hand Hygiene setelah terkena cairan tubuh pasien	✓	
4.	Hand Hygiene setelah melakukan tindakan keperawatan		✓
5.	Hand Hygiene sebelum pulang ke rumah		✓
6.	Menuang cairan <i>handrub</i> pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.	✓	
7.	Mengusap dan menggosok kedua punggung tangan secara bergantian	✓	
8.	Menggosok sela-sela jari tangan hingga bersih		✓
9.	Membersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci		✓
10.	Menggosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian		✓
11.	Meletakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan		✓
12.	Hand rub selama 20 – 30 detik		✓
13.	Handwash selama 40 – 60 detik		✓

III. PENGETAHUAN	
Petunjuk pengisian:	
1. Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang dianggap benar.	
2. Dimohon kepada saudara/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan.	
1.	Salah satu pelaksanaan <i>hand hygiene</i> sesuai dengan <i>five moment</i> di rumah sakit adalah <input checked="" type="checkbox"/> a. Segera <i>hand hygiene</i> setelah tiba di tempat kerja <input type="checkbox"/> b. Menunda <i>hand hygiene</i> setelah tiba di tempat kerja <input type="checkbox"/> c. Tidak <i>hand hygiene</i> setelah tiba di tempat kerja
2.	Fungsi <i>hand hygiene</i> di rumah sakit adalah <input checked="" type="checkbox"/> a. Supaya tangan bersih <input type="checkbox"/> b. Mengurangi kuman sementara di tangan <input type="checkbox"/> c. Supaya tangan tidak steril
3.	Satu-satunya cara untuk mencegah penularan infeksi di rumah sakit adalah <input type="checkbox"/> a. Membuang sampah infeksius di tempat sampah non medis <input type="checkbox"/> b. Mebuang jarum suntik di tempat sampah <input checked="" type="checkbox"/> c. Hand hygiene
4.	Hand hygiene untuk melindungi pasien dari <input checked="" type="checkbox"/> a. Kuman yang dibawah tangan <input type="checkbox"/> b. Kuman yang di atas tangan <input type="checkbox"/> c. Kuman yang di kaki
5.	Mengeringkan tangan menggunakan tissue bersih/handuk sekali pakai dilakukan saat <input type="checkbox"/> a. Setiap selesai melakukan <i>handrub</i> <input checked="" type="checkbox"/> b. Setiap selesai melakukan <i>hand washing</i> <input type="checkbox"/> c. Setiap selesai melakukan <i>hand washing</i> dan <i>handrub</i>

6.	Salah satu cara melindungi diri dan lingkungan sekitar dari kuman berbahaya yang berasal dari tubuh yaitu dengan cara
	<input checked="" type="checkbox"/> a. Hand hygiene setelah melakukan tindakan keperawatan <input type="checkbox"/> b. Hand hygiene setelah kontak dengan lingkungan pasien <input type="checkbox"/> c. Hand hygiene setelah terpapar cairan tubuh pasien
7.	Tindakan <i>Hand hygiene</i> setelah ke pasien untuk melindungi pasien dari kuman yang dibawa tangan anda dengan cara
	<input type="checkbox"/> a. Menggunakan handuk atau tisu untuk mengeringkan tangan secara berulang <input type="checkbox"/> b. Tangan terkontaminasi di cuci dengan antiseptik berbasis alkohol <input checked="" type="checkbox"/> c. Jangan memakai perhiasan (cicin/jam Tangan)
8.	Setelah menggosok seluruh telapak tangan, langkah berikutnya dari <i>hand hygiene</i> adalah.....
	<input type="checkbox"/> a. Menggosok punggung tangan dan sela-sela jari tangan <input checked="" type="checkbox"/> b. Menggosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari <input type="checkbox"/> c. Menggosok ibu jari kiri dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
9.	Durasi hand hygiene menggunakan larutan antiseptik/handrub adalah.....
	<input type="checkbox"/> a. 30-40 detik <input type="checkbox"/> b. 20-30 detik <input checked="" type="checkbox"/> c. 40-60 detik
10.	Durasi Hand hygiene dengan sabun dan air selama
	<input type="checkbox"/> a. 30-40 detik <input checked="" type="checkbox"/> b. 20-30 detik <input type="checkbox"/> c. 40-60 detik
11.	Pengertian dari hand washing adalah.....
	<input type="checkbox"/> a. Mencuci tangan dengan sabun antiseptik dan air mengalir <input type="checkbox"/> b. Mencuci tangan dengan alkohol antiseptik <input checked="" type="checkbox"/> c. Mencuci tangan dengan air mengalir
12.	Menggunakan sabun antiseptik (Chlorhexidine 2%) untuk Hand hygiene setelah
	<input type="checkbox"/> a. Kontak dengan pasien <input type="checkbox"/> b. Kontak dengan cairan tubuh pasien <input checked="" type="checkbox"/> c. Kontak dengan lingkungan pasien
13.	Prinsip dalam melaksanakan hand hygiene yang ditetapkan WHO disebut
	<input type="checkbox"/> a. 6 moment <input type="checkbox"/> b. 4 moment <input checked="" type="checkbox"/> c. 5 moment
14.	Ada berapa langkah yang dilakukan dalam melakukan hand hygiene
	<input checked="" type="checkbox"/> a. 6 langkah <input type="checkbox"/> b. 7 langkah <input type="checkbox"/> c. 10 langkah
15.	Pengertian dari hand rub adalah.....
	<input type="checkbox"/> I. Mencuci dengan air mengalir <input checked="" type="checkbox"/> II. Mencuci dengan larutan antiseptik <input type="checkbox"/> III. Mencuci tangan dengan air dan sabun

IV. SIKAP

Petunjuk pengisian:

1. Berikan tanda checklist (√) pada jawaban yang telah disediakan

S : Setuju R : Ragu-ragu TS : Tidak Setuju

2. Dimohon kepada saudara/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan

No.	PERTANYAAN	S	R	TS
1.	Saya mengeringkan tangan menggunakan tisu bersih/ handuk sekali pakai setiap selesai melakukan <i>hand washing</i>	✓		
2.	Saya tidak memerlukan lap yang bersih dan kering untuk mengeringkan tangan setelah melakukan <i>hand washing</i>	✓		

3.	Saya tidak melakukan <i>hand hygiene</i> jika peralatan dibangsal sedang habis.			✓
4.	Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien saya tidak perlu melakukan <i>hand hygiene</i> .	✓		
5.	Saya menunda-nunda waktu untuk melakukan <i>hand hygiene</i> sesuai standar	✓		
6.	Saya merasa tidak perlu terlalu sering melakukan <i>hand hygiene</i> dapat membuat tangan menjadi kering, iritasi dan tidak nyaman			✓
7.	Mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar dapat membuang waktu dan menghambat saya untuk segera menyelesaikan pekerjaan	✓		
8.	Saya menganggap bahwa perlu mematuhi <i>hand hygiene</i>	✓		
9.	Kesibukan yang tinggi membuat saya tidak sempat untuk melakukan <i>hand hygiene</i> sesuai standar			✓
10.	Mencegah resiko tinggi infeksi nosokomial salah satunya dengan <i>hand hygiene</i>	✓		

V. MOTIVASI

Petunjuk pengisian:

1. Berikan tanda checklist (✓) pada jawaban yang telah disediakan

SS = Sangat Setuju TS : Tidak Setuju

2. Dimohon kepada saudara/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan

NO.	PERTANYAAN	S	TS
1.	Tidak adanya poster tentang <i>hand hygiene</i> membuat saya sering lupa tentang <i>hand hygiene</i> .		✓
2.	Ketidakterdediaan <i>handrub</i> diruang rawat pasien, saya tetap melakukan tindakan ke pasien.	✓	
3.	Saya sudah paham tentang <i>hand hygiene</i> tanpa perlu adanya poster tentang <i>hand hygiene</i> tersebut.	✓	
4.	Jumlah wastafel yang kurang memadai sehingga saya jarang melakukan <i>hand washing</i> .	✓	
5.	Saya merasa kesulitan menjangkau fasilitas <i>hand hygiene</i> seperti wastafel dan alkohol antiseptik, karena berada di tempat yang tidak strategis		✓
6.	Mematuhi <i>hand hygiene</i> adalah hal yang penting	✓	
7.	Mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar dapat membuang waktu dan menghambat saya untuk segera menyelesaikan pekerjaan		✓
8.	Kepala ruangan saya memberikan penghargaan bagi yang mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar		✓
9.	Keputusan <i>hand hygiene</i> yang dilakukan adalah kewenangan pribadi masing-masing perawat	✓	
10.	Saya dapat mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar karena setiap pekerjaan direncanakan dengan baik	✓	

VI. FASILITAS <i>HAND HYGIENE</i>				
Petunjuk pengisian: 1. Berikan tanda checklist (✓) pada jawaban yang telah disediakan 2. Dimohon kepada saudara/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan				
NO.	PERTANYAAN	SELALU ADA	JARANG ADA	TIDAK ADA
1.	Wastafel dan air mengalir	✓		
2.	Kertas <i>tissue</i> /handuk sekali pakai	✓		
3.	Sabun cuci tangan antiseptik	✓		
4.	Alkohol hand rub		✓	
5.	Tempat sampah untuk <i>tissue</i>	✓		
6.	Tempat cuci tangan terjangkau	✓		
7.	Poster cuci tangan	✓		
8.	Leaflet bergambar tentang proses cuci tangan yang baik dan benar.			✓

VII. SUPERVISI KEPALA RUANGAN			
Petunjuk pengisian: 1. Berikan tanda checklist (✓) pada jawaban yang telah disediakan 2. Dimohon kepada saudara/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan			
NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Kepala ruangan melakukan pengawasan secara rutin <i>hand hygiene</i>		✓
2.	Kepala ruangan mensosialisasikan standar <i>hand hygiene</i>	✓	
3.	Kepala ruangan mengingatkan mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar		✓
4.	Kepala ruangan memberikan motivasi untuk mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar	✓	
5.	kepala ruangan memberikan teguran kepada yang tidak mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar		✓
6.	Kepala ruangan selalu mengingatkan untuk mematuhi <i>hand hygiene</i> sesuai standar		✓
7.	Kepala ruangan menetapkan sanksi bagi yang tidak mematuhi <i>hygiene</i> sesuai standar		✓
8.	Kepala Ruangan selalu memberikan informasi terbaru tentang <i>hand hygiene</i>		✓
9.	Informasi <i>hand hygiene</i> yang diberikan oleh Kepala ruangan di ruangan disampaikan dengan jelas	✓	
10.	Kepala ruangan saya memberikan contoh <i>hand hygiene</i> sesuai standar		✓

Sumber: Rodyah (2015), Ardana (2016) dan Septiani (2016) yang telah dimodifikasi oleh peneliti

Lampiran 2

LEMBAR CEKLIS OBSERVASI PENELITIAN (KEPATUHAN *HAND HYGIENE*)

LEMBAR CEKLIS OBSERVASI KEPATUHAN

Kode responden:

Isilah data dibawah ini dengan memberikan tanda check list (√) pada kolom yang tersedia.

Inisial Nama Responden: E

Tanggal: 9-9-2017

Petunjuk pengisian:
 1. Isilah data dibawah ini dengan memberikan tanda check list (√) pada kolom yang tersedia.
 2. Dimohon kepada saudara/i untuk **TIDAK** mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan

NO.	PERNYATAAN	KEPATUHAN	
		YA	TIDAK
1.	<i>Hand Hygiene</i> saat tiba di ruangan jaga		✓
2.	<i>Hand Hygiene</i> sebelum melakukan tindakan keperawatan		✓
3.	<i>Hand Hygiene</i> setelah terkena cairan tubuh pasien	✓	
4.	<i>Hand Hygiene</i> setelah melakukan tindakan keperawatan		✓
5.	<i>Hand Hygiene</i> sebelum pulang ke rumah		✓
6.	Menuang cairan <i>handrub</i> pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arahi memutar.	✓	
7.	Mengusap dan menggosok kedua punggung tangan secara bergantian	✓	
8.	Menggosok sela-sela jari tangan hingga bersih	✓	
9.	Membersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci		✓
10.	Menggosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian		✓
11.	Meletakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan		✓
12.	<i>Hand rub</i> selama 20 – 30 detik		✓
13.	<i>Handwash</i> selama 40 – 60 detik		✓

Sumber: Santoso (2013)

Lampiran 4**ANALISIS STATISTIK****A. Analisis Univariat****pengetahuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang baik	30	44.1	44.1	44.1
baik	38	55.9	55.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

sikap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang mendukung	24	35.3	35.3	35.3
mendukung	44	64.7	64.7	100.0
Total	68	100.0	100.0	

motivasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rendah	49	72.1	72.1	72.1
tinggi	19	27.9	27.9	100.0

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang baik	30	44.1	44.1	44.1
	baik	38	55.9	55.9	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

fasilitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang mendukung	40	58.8	58.8	58.8
	mendukung	28	41.2	41.2	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

supervisi karu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang baik	46	67.6	67.6	67.6
	baik	22	32.4	32.4	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

kepatuhan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak patuh	47	69.1	69.1	69.1
patuh	21	30.9	30.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

B. Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
total_pengetahuan	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%
total_sikap	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%
total_motivasi	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%
total_fasilitas	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%
total_supervisi_karu	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%
total_kepatuhan	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
total_pengetahuan	Mean	26.63	.485

	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	25.66	
		Upper Bound	27.60	
	5% Trimmed Mean		26.86	
	Median		30.00	
	Variance		16.027	
	Std. Deviation		4.003	
	Minimum		19	
	Maximum		30	
	Range		11	
	Interquartile Range		7	
	Skewness		-.576	.291
	Kurtosis		-1.326	.574
	total_sikap	Mean		23.97
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23.57	
		Upper Bound	24.37	
	5% Trimmed Mean		23.97	
	Median		24.00	
	Variance		2.775	
	Std. Deviation		1.666	
	Minimum		21	
	Maximum		27	

	Range		6	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-.172	.291
	Kurtosis		-.751	.574
total_motivasi	Mean		15.01	.112
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.79	
		Upper Bound	15.24	
	5% Trimmed Mean		14.99	
	Median		15.00	
	Variance		.851	
	Std. Deviation		.922	
	Minimum		13	
	Maximum		17	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		.206	.291
	Kurtosis		-.244	.574
total_fasilitas	Mean		17.19	.349
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.49	
		Upper Bound	17.89	
	5% Trimmed Mean		17.12	
	Median		16.00	

	Variance		8.306	
	Std. Deviation		2.882	
	Minimum		14	
	Maximum		22	
	Range		8	
	Interquartile Range		6	
	Skewness		.420	.291
	Kurtosis		-1.541	.574
total_supervisi_karu	Mean		12.96	.153
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12.65	
		Upper Bound	13.26	
	5% Trimmed Mean		12.92	
	Median		13.00	
	Variance		1.595	
	Std. Deviation		1.263	
	Minimum		11	
	Maximum		16	
	Range		5	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		.635	.291
	Kurtosis		-.519	.574
total_kepatuhan	Mean		17.13	.140

95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.85	
	Upper Bound	17.41	
5% Trimmed Mean		17.08	
Median		17.00	
Variance		1.340	
Std. Deviation		1.158	
Minimum		15	
Maximum		20	
Range		5	
Interquartile Range		2	
Skewness		.686	.291
Kurtosis		.103	.574

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
total_pengetahuan	.344	68	.000	.767	68	.000
total_sikap	.154	68	.000	.940	68	.003
total_motivasi	.227	68	.000	.895	68	.000
total_fasilitas	.234	68	.000	.817	68	.000
total_supervisi_karu	.261	68	.000	.876	68	.000
total_kepatuhan	.237	68	.000	.895	68	.000

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
total_pengetahuan	.344	68	.000	.767	68	.000
total_sikap	.154	68	.000	.940	68	.003
total_motivasi	.227	68	.000	.895	68	.000
total_fasilitas	.234	68	.000	.817	68	.000
total_supervisi_karu	.261	68	.000	.876	68	.000
total_kepatuhan	.237	68	.000	.895	68	.000

a. Lilliefors Significance Correction

C. Analisis Bivariat

1. Hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * kepatuhan	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

pengetahuan * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
pengetahuan	kurang baik	Count	18	12	30

	Expected Count	20.7	9.3	30.0
	% within pengetahuan	60.0%	40.0%	100.0%
baik	Count	29	9	38
	Expected Count	26.3	11.7	38.0
	% within pengetahuan	76.3%	23.7%	100.0%
Total	Count	47	21	68
	Expected Count	47.0	21.0	68.0
	% within pengetahuan	69.1%	30.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.091 ^a	1	.148		
Continuity Correction ^b	1.396	1	.237		
Likelihood Ratio	2.085	1	.149		
Fisher's Exact Test				.190	.119
Linear-by-Linear Association	2.060	1	.151		
N of Valid Cases	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,26.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan (kurang baik / baik)	.466	.164	1.324
For cohort kepatuhan = tidak patuh	.786	.559	1.106
For cohort kepatuhan = patuh	1.689	.822	3.468
N of Valid Cases	68		

2. Hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*
Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
sikap * kepatuhan	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

sikap * kepatuhan Crosstabulation

		kepatuhan		Total
		tidak patuh	patuh	
sikap kurang mendukung	Count	16	8	24
	Expected Count	16.6	7.4	24.0

	% within sikap	66.7%	33.3%	100.0%
mendukung	Count	31	13	44
	Expected Count	30.4	13.6	44.0
	% within sikap	70.5%	29.5%	100.0%
Total	Count	47	21	68
	Expected Count	47.0	21.0	68.0
	% within sikap	69.1%	30.9%	100.0%

hi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.104 ^a	1	.747		
Continuity Correction ^b	.002	1	.961		
Likelihood Ratio	.104	1	.747		
Fisher's Exact Test				.788	.477
Linear-by-Linear Association	.103	1	.748		
N of Valid Cases	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,41.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for sikap (kurang mendukung / mendukung)	.839	.288	2.439
For cohort kepatuhan = tidak patuh	.946	.672	1.331
For cohort kepatuhan = patuh	1.128	.545	2.334
N of Valid Cases	68		

3. Hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
motivasi * kepatuhan	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

motivasi * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
motivasi rendah	Count		39	10	49
	Expected Count		33.9	15.1	49.0
	% within motivasi		79.6%	20.4%	100.0%
motivasi tinggi	Count		8	11	19
	Expected Count		13.1	5.9	19.0
	% within motivasi		42.1%	57.9%	100.0%

Total	Count	47	21	68
	Expected Count	47.0	21.0	68.0
	% within motivasi	69.1%	30.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.013 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	7.343	1	.007		
Likelihood Ratio	8.616	1	.003		
Fisher's Exact Test				.007	.004
Linear-by-Linear Association	8.881	1	.003		
N of Valid Cases	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,87.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for motivasi (rendah / tinggi)	5.363	1.706	16.859
For cohort kepatuhan = tidak patuh	1.890	1.095	3.263
For cohort kepatuhan = patuh	.353	.180	.691
N of Valid Cases	68		

4. Hubungan antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Case Processing Summary

	Cases

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
fasilitas * kepatuhan	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

fasilitas * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
fasilitas	kurang mendukung	Count	33	7	40
		Expected Count	27.6	12.4	40.0
		% within fasilitas	82.5%	17.5%	100.0%
mendukung		Count	14	14	28
		Expected Count	19.4	8.6	28.0
		% within fasilitas	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	47	21	68
		Expected Count	47.0	21.0	68.0
		% within fasilitas	69.1%	30.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.150 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	6.699	1	.010		
Likelihood Ratio	8.155	1	.004		

Fisher's Exact Test				.007	.005
Linear-by-Linear Association	8.030	1		.005	
N of Valid Cases	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,65.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for fasilitas (kurang mendukung / mendukung)	4.714	1.566	14.188
For cohort kepatuhan = tidak patuh	1.650	1.109	2.454
For cohort kepatuhan = patuh	.350	.162	.754
N of Valid Cases	68		

5. Hubungan supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*

Case Processing Summary

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
supervisi karu * kepatuhan	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

supervisi karu * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
supervisi karu	kurang baik	Count	38	8	46
		Expected Count	31.8	14.2	46.0
		% within supervisi karu	82.6%	17.4%	100.0%
	baik	Count	9	13	22
		Expected Count	15.2	6.8	22.0
		% within supervisi karu	40.9%	59.1%	100.0%
Total		Count	47	21	68
		Expected Count	47.0	21.0	68.0
		% within supervisi karu	69.1%	30.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.124 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	10.249	1	.001		
Likelihood Ratio	11.795	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001

Linear-by-Linear Association	11.945	1	.001	
N of Valid Cases	68			

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,79.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for supervisi karu (kurang baik / baik)	6.861	2.190	21.491
For cohort kepatuhan = tidak patuh	2.019	1.201	3.395
For cohort kepatuhan = patuh	.294	.143	.604
N of Valid Cases	68		

Lampiran 5


JADWAL PELAKSANAAN PROPOSAL DAN SKRIPSI

ma amsulastri
 M 1510791
 ul Penelitian ctor yang berhubungan dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene* di RSUD Ade M
 2017
 sen Pembimbing 1. Tedy Dian Pradana, S.K.M., M.Kes
 2. Ria Risti Komala Dewi, S.K.M., M.Kes

No.	Kegiatan	2016											
		Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	M	
1.	Pengajuan Judul												
2.	Survey Awal/Pendahuluan												
3.	Penyelesaian dan Bimbingan Proposal dari BAB I I s/d IV												
4.	Sidang Proposal												
5.	Revisi Proposal												
6.	Penelitian												
7.	Penyelesaian dan Bimbingan Skripsi												
8.	Sidang Skripsi												
9.	Wisuda												

Lampiran 6

**SURAT PERMOHONAN PENELITIAN DI RSUD ADE
MUHAMMAD DJOEN SINTANG**



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK
KAMPUS SINTANG
(PRODI MANAJEMEN, KESEHATAN MASYARAKAT, PRAKTIK KEPERAWATAN, PERIKERANAN AIR TAWAR)
Izin DIKTI. Nomor 998164/KTT/2016

Jl. Mochammad Saad Kel. Tanjung Puri Kec. Sintang Telp.(fax) (0565)23921 email : unmu_stg@yahoo.co.id

Nomor : 057/UMP – STG/VI/2016
Lamp : -
Hal : Mohon Izin Pengumpulan
Data Untuk Penulisan Skripsi

Sintang, 23 Agustus 2016

Kepada Yth :
**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ADE MUHAMMAD
DJOEN SINTANG**

di –
Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Teriring do'a semoga kita senantiasa berada dalam limpahan rahmat dan hidayah dari Allah SWT Amien.
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Karya Tulis Ilmiah :

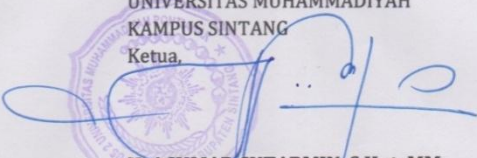
Nama : Syamsulastri
Tempat/Tgl. Lahir : Sintang, 29 Desember 1980
NPM : 141510791
Alamat : Btn cipta mandiri 2 jln. sintang – pontianak blok 1 no. 6
kelurahan kapuas kanan hulu kabupaten sintang
Fakultas : Ilmu Kesehata
Peminatan : PKIP
Judul Skripsi : Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan Infeksi
Nasokomial Saat Tindakan Keperawatan Di RSUD Ade
Muhammad Djoen Sintang

Data yang di perlukan : Data Skunder & Primer
Lokasi Penelitian : Rawat inap RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang
Waktu : 23 Agustus 2016

Maka kami mohon kepada yang bersangkutan untuk diberikan izin mengumpulkan data tersebut.
Demikian, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr.Wb

PENGELOLA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KAMPUS SINTANG
Ketua,



H. ACHMAD SUTARMIN, S.Hut. MM

Lampiran 7

**SURAT PERSETUJUAN PENELITIAN DI RSUD ADE
MUHAMMAD DJIEN SINTANG**



PEMERINTAH KABUPATEN SINTANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ADE MUHAMMAD DJOEN
 Jalan Pattimura Telp. (0565) 21002, 22022 Fax (0565) 23691
 SINTANG - 78611

Nomor : 440/6043 /RSUD
 Lampiran : -
 Perihal : Pengambilan Data Untuk
 Skripsi

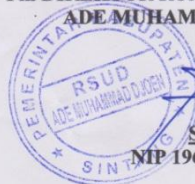
Sintang, 23 Agustus 2016
 Kepada Yth:
 Pengelola Universitas
 Muhammadiyah Kampus Sintang
 Di
 Sintang

Dengan hormat, berdasarkan surat yang kami terima dengan nomor: 057/UMP-STG/VI/2016 Tertanggal 23 Agustus 2016 Perihal permohonan ijin Pengumpulan Data Untuk Penelitian Skripsi di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang. Kami menyatakan bahwa:

Nama : Syamsulastri
 NIM : 141510791
 Judul Skripsi : "Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan Infeksi Nasokomial Saat Tindakan Keperawatan Di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang"

Kami dari pihak RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dalam hal ini tidak berkeberatan dan memberikan ijin atas permohonan tersebut diatas.
 Demikianlah surat balasan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Pih DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ADE MUHAMMAD DJOEN SINTANG



(Signature)
Sukardi, SE

NIP 19620305 1994 1 003

**SURAT KETERANGAN TELAH MENYELESAIKAN
PENELITIAN DI RSUD ADE MUHAMMAD DJIEN SINTANG**



**PEMERINTAH KABUPATEN SINTANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ADE MUHAMMAD DJOEN**
Jalan Pattimura Telp. (0565) 21002, 22022 Fax (0565) 23691
SINTANG - 78611

Nomor	: 445/8537/PP-RSUD/2017	Sintang, 26 September 2017
Lampiran	: -	Kepada Yth:
Perihal	: Telah melaksanakan penelitian	Pengelola Universitas Muhammadiyah Kampus Sintang Di Sintang

Dengan hormat, bersama surat ini kami menyampaikan telah selesai melaksanakan penelitian di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang yang dilaksanakan dari Tanggal 4 sampai dengan 9 September 2017 nama mahasiswa :

Nama : Syamsulastri
NIM : 141510791
Prodi : PKIP
Judul Skripsi : Faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan perawat dalam melakukan handhygien di RSUD Ade M Djoen

Demikianlah surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ADE MUHAMMAD DJOEN SINTANG**



dr. Rosa Trifina, MPH
NIP 19700828 200212 2 006

Lampiran 9

**DOKUMENTASI IJIN PENELITIAN, SURVEY
PENDAHULUAN DAN PENGUMPULAN DATA SEKUNDER**



Gambar 1. Kegiatan izin pelaksanaan kepada Kasi Medis yang mewakili Direktur untuk melakukan survey pendahuluan, pengambilan data, dan penelitian tentang Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Perilaku *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.



Gambar 2. Kegiatan izin pelaksanaan kepada Kasi Keperawatan untuk melakukan survey pendahuluan, pengambilan datadadan penelitian tentang Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Perilaku *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.



Gambar 3. Kegiatan izin kepada Karu Ruang Perawatan Dalam untuk melakukan survey pendahuluan untuk data proposal tentang Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Perilaku *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.



Gambar 4. Kegiatan izin kepada Karu Ruang Perawatan Bedah untuk melakukan survey pendahuluan untuk data proposal tentang Faktor yang

Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Perilaku *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.



Gambar 5. Kegiatan survey pendahuluan penelitian tentang Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Perilaku *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.



Gambar 6. Kegiatan survey pendahuluan penelitian tentang Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Perilaku *Hand Hygiene* di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.

DOKUMENTASI PENGUMPULAN DATA PRIMER

A. RUANG ICU



Gambar 7. Responden Kegiatan responden *hand hygiene* sebelum kontak ke pasien



Gambar 8. Kegiatan responden mengisi angket kuesioner



Gambar 9. Fasilitas *hand hygiene* di ruang ICU



ambar 10. Fasilitas *hand hygiene* di ruang ICU



ambar 11. Fasilitas *hand hygiene* di ruang ICU

B. RUANG IBS



Gambar 12. Kegiatan responden *hand hygiene* sebelum kontak ke pasien



Gambar 13. Kegiatan responden mengisi angket kuesioner



Gambar 14. Fasilitas *hand hygiene* di ruang IBS



Gambar 15. Fasilitas *hand hygiene* di ruang IBS



Gambar 16. Fasilitas *hand hygiene* di ruang IBS

C. RUANG IGD



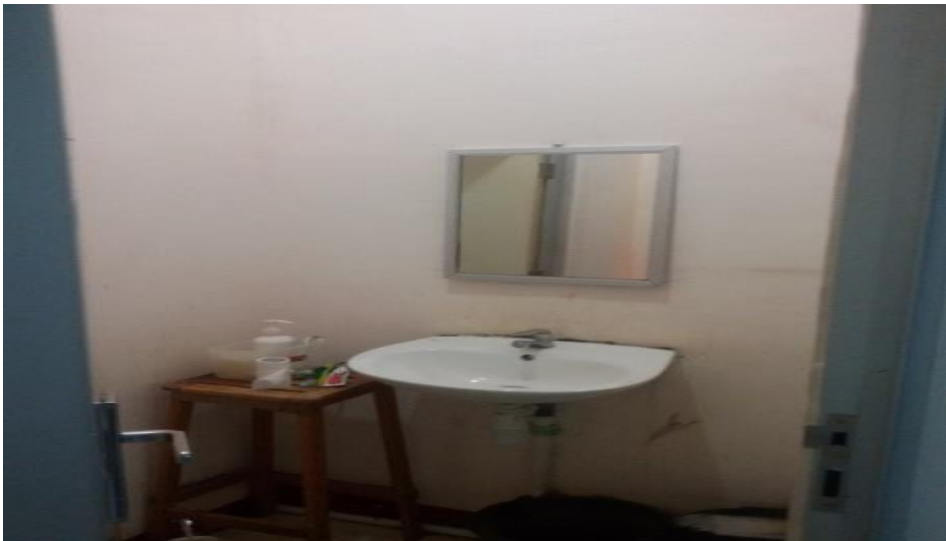
Gambar 17. Kegiatan responden *hand hygiene* sebelum kontak ke pasien



Gambar 18. Kegiatan responden mengisi angket kuesioner



ambar 19. Fasilitas *hand hygiene* di ruang IGD



ambar 20. Fasilitas *hand hygiene* di ruang IGD



Gambar 21. Fasilitas *hand hygiene* di ruang IGD



Gambar 22. Fasilitas *hand hygiene* di ruang IGD