



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan masalah kesehatan global yang sangat serius, beberapa tahun terakhir ini, negara-negara telah menyadari pentingnya *patient safety*. Pada tahun 2002 negara-negara anggota WHO telah menyetujui resolusi *World Health Assembly* pada *patient safety*. Banyak negara di dunia yang sedang berusaha membangun untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan, Pemerintah diberbagai Negara juga menyadari pentingnya mendidik profesional kesehatan dengan memberikan pemahaman terhadap prinsip-prinsip dan konsep-konsep keselamatan pasien (WHO, 2011).

Pada tahun 2000 *Institute of Medicine* di Amerika Serikat meneliti bahwa dari 33,6 juta pasien rawat inap terdapat 44.000 sampai 98.000 orang meninggal akibat *medical error* dan *adverse event* tindakan medis disetiap tahunnya. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit diberbagai negara: Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6 (Depkes, 2008).

Di Amerika Serikat, *medication error* terjadi pada sekitar 1,5 juta orang yang menyebabkan kematian pada beberapa ribu orang tiap tahunnya dan mengeluarkan biaya sekitar \$3,5juta. Dari hasil survey internasional lima negara yang dilakukan oleh *Communio Lectures, Ramsay Health Care*

Clinical Governance Unit tahun 2002, pada pasien dewasa yang sakit dan dirawat menunjukkan 19% percaya bahwa suatu kesalahan telah dibuat, 11% percaya terjadi kesalahan obat atau dosis, dan 13% percaya bahwa masalah kesehatan yang serius diderita disebabkan oleh kesalahan dalam pelayanan atau perawatan (Gusti, 2010).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan sugeng di ruang Rawat Inap RSPAW Salatiga Jawa Tengah pada tanggal 27 Februari - 04 Maret 2014. Hasil pengamatan peneliti, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan kepada pasien telah diterapkan dengan baik dan hasil wawancara dengan 3 perawat mengaku kurang memahami tentang infeksi nosokomial, selama ini mereka hanya tahu bahwa penyakit yang diperoleh pasien selama dirawat di rumah sakit dikatakan infeksi nosokomial, 3 perawat mengaku telah mentaati penggunaan APD dalam melayani pasien. Namun, penggunaan APD ini belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik, karena dalam melakukan intervensi kepada pasien dengan penyakit ringan mereka tidak menggunakan APD yang standar seperti masker dan sarung tangan. Tetapi waktu melakukan intervensi kepada pasien dengan penyakit menular, perawat telah menggunakan APD yang telah disediakan di masing-masing ruang. Serta diperoleh data infeksi nosokomial dari bulan Januari - Oktober 2013 yang terjadi pada pasien sebagai berikut : Flebitis 65 pasien dari 21.425 pasien yang beresiko dan Dekubitus 4 pasien dari 2.028 pasien yang beresiko.

Infeksi nosokomial bisa terjadi penularan dari pasien ke pasien lain, dari pasien ke pengunjung, atau dari petugas ke pasien. Transfer mikroba bisa

didapat petugas saat melakukan tindakan atau perawatan pasien, serta penularan juga bisa terjadi melalui udara, misalnya saat bersin, batuk, dan berbicara.

Menurut data Badan Kesehatan Dunia (WHO), infeksi nosokomial merupakan penyebab utama tingginya angka kesakitan dan kematian di dunia. Infeksi ini menyebabkan 1,4 juta kematian setiap hari di dunia. Di Indonesia, dalam penelitian di 11 rumah sakit di Jakarta pada tahun 2009 menunjukkan 9,8% pasien rawat inap mendapat infeksi nosokomial.

Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Indonesia berdasarkan jenisnya dari 145 insiden yang dilaporkan didapatkan kejadiannya cedera (KNC) sebanyak 69 kasus (47,6%), KTD sebanyak 67 kasus (46,2%), dan lain-lain sebanyak 9 kasus (6,2%). Walaupun telah ada laporan insiden yang diperoleh, perhitungan kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien masih sangat terbatas (Bantu,2014). Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa masih banyaknya masalah *patient safety* yang seharusnya dapat dicegah dengan penerapan IPSG (*International Patient Safety Goal*).

Penelitian tentang Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Dengan Pelaksanaan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) di Ruang Rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna, oleh Bawelle (2013), menyimpulkan bahwa pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien di setiap ruangan sudah baik yakni 90,8%, sedangkan sikap diperoleh 95% perawat di rumah sakit mempunyai sikap baik terhadap pelaksanaan keselamatan pasien (*patient*

safety) di rumah sakit.

Hasil penelitian Handiyani (2009) menyatakan bahwa, perilaku patuh perawat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial dipengaruhi oleh pengetahuan sebesar 24%. Pengetahuan merupakan salah satu dari ketiga komponen pembentuk sikap yaitu komponen kognitif. Dalam teori Rosenberg, pengetahuan dan sikap berhubungan secara konsisten. Bila komponen kognitif (pengetahuan) berubah, maka akan diikuti perubahan sikap. Berdasarkan teori tersebut dapat disimpulkan bahwa, pengetahuan seseorang seharusnya berhubungan dengan sikapnya.

Berdasarkan penelitian tersebut dapat diartikan pula bahwa, jika pengetahuan dan sikap perawat kurang akan menyebabkan upaya pencegahan infeksi nosokomial yang kurang pula. Hal ini dapat menyebabkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang kurang bermutu yang akan mengakibatkan terjadinya infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial ini sangat merugikan pasien antara lain dapat menyebabkan hari perawatan bertambah panjang, penderitaan fisik dan psikis akan bertambah berat, beban biaya menjadi lebih besar, serta hal ini dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Selain pasien infeksi nosokomial juga merugikan pihak rumah sakit yang mengakibatkan penurunan mutu pelayanan kesehatan dan terkait dengan tidak terlindunginya penderita atau pasien (konsumen kesehatan) dari invasi mikroba patogen, maka dapat dinilai sebagai “kecerobohan” pihak rumah sakit sehingga persoalannya dapat berkembang atau menjurus keaspek hukum.

Hasil wawancara pada tanggal 29 desember 2018 kepada *Clinical Instruktur* dan Kepala Ruangan bagian rawat inap Aulia Hospital pernah terjadi kasus insiden keselamatan pasien tetapi hanya saja saat ini masi pelaporan berupa kronologis dari staf yang bersangkutan dan divalidasi oleh Kepala ruangan dan Clinical Instruktur keperawatan saja.

Berdasarkan studi wawancara pada tanggal 15 desember 2018 yang dilakukan dengan observasi terhadap 5 orang perawat di ruang rawat inap Zulaikha Aulia Hospital, didapatkan data 80% perawat telah melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan, dan 20% perawat tidak melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan. Pada komunikasi efektif didapatkan data 60% perawat telah melakukan komunikasi secara efektif, dan 40% perawat tidak melakukan komunikasi secara efektif. Pada peningkatan keamanan obat didapatkan data 100% perawat telah melakukan lima prinsip benar obat. Pada pengurangan resiko infeksi didapatkan data 60% perawat melakukan lima momen cuci tangan, dan 40% perawat tidak melakukan lima momen cuci tangan. Dan pada pengurangan resiko jatuh didapatkan data 80% perawat telah melakukan pengurangan resiko jatuh, dan 20% perawat tidak melakukan pengurangan resiko jatuh.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk menggali Hubungan Pengetahuan Perawat tentang *Hand Hygiene* dengan Pelaksanaan *Hand Hygiene* di ruang rawat inap Aulia Hospital.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dipaparkan dapat dirumuskan masalah yaitu apakah ada Hubungan Pengetahuan Perawat tentang *Hand Hygiene* dengan Pelaksanaan *Hand Hygiene* di ruang rawat inap Aulia Hospital.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan Perawat tentang *Hand Hygiene* dengan Pelaksanaan *Hand Hygiene* di ruang rawat inap Aulia Hospital.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui distribusi pengetahuan Perawat dengan Pelaksanaan *Hand Hygiene* di ruang rawat inap Aulia Hospital.
- b. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pelaksanaan *Hand Hygiene* dalam *five moment* di ruang rawat inap Aulia Hospital.
- c. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pelaksanaan *Hand Hygiene* dengan enam langkah cuci tangan di ruang rawat inap Aulia Hospital.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

- a. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang pengetahuan, terhadap Pelaksanaan *Hand Hygiene* di ruang rawat inap Aulia Hospital.

b. Bagi Peneliti dan Penulis Selanjutnya

Hasil penelitian ini bagi peneliti dapat menambah wawasan mengenai fenomena tentang Pelaksanaan *Hand Hygiene* dalam di ruang rawat inap Aulia Hospital.

Untuk penulis selanjutnya dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan atau dikembangkan lebih lanjut, serta referensi untuk penelitian sejenis.

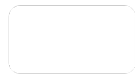
2. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan wacana untuk meningkatkan keterampilan Pelaksanaan *Hand Hygiene* di ruang rawat inap Aulia Hospital.

b. Bagi Responden

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan bahan evaluasi, sehingga perawat dapat terus meningkatkan pengetahuan Pelaksanaan *Hand Hygiene* di ruang rawat inap Aulia Hospital.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Pengetahuan

a. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Sunaryo, 2004).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*) (Fitriani, 2011).

Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya (wawan, 2014) sedangkan pengetahuan menurut Notoatmodjo (2005) adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek

melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Wawan, 2014).

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (wawan, 2014).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang:

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi dan makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang dengan tingkat pendidikan yang rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan dan nilai-nilai yang akan diperkenalkan.

2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

3) Umur

Bertambahnya umur seseorang akan menyebabkan terjadinya perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Ada empat perubahan fisik yang terjadi, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru.

4) Minat

Minat adalah suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

5) Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik akan membuat seseorang berusaha melupakannya, namun jika pengalaman terhadap objek menyenangkan maka secara psikologis akan

timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupannya. Pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, baik dari pengalaman diri sendiri maupun orang lain. Hal tersebut dilakukan dengan cara pengulangan kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi. Bila berhasil maka orang akan menggunakan cara tersebut dan bila gagal tidak akan mengulangi cara itu.

6) Kepercayaan

Kepercayaan adalah sikap untuk menerima suatu pernyataan atau pendirian tanpa menunjukkan sikap pro atau anti kepercayaan sering diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Kepercayaan berkembang dalam masyarakat yang mempunyai tujuan dan kepentingan yang sama. Kepercayaan dapat tumbuh bila berulang kali mendapatkan informasi yang sama.

7) Sosial ekonomi

Notoatmodjo (2009) mengatakan tingkat ekonomi dapat mempengaruhi system kesehatan seseorang. Hal ini terlihat

pada sikap seseorang dalam mengambil keputusan dalam rencana pengobatan.

8) Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu factor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang, dimana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya. Lingkungan akan mempengaruhi seseorang memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berfikirnya.

9) Intelegensi

Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berfikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar. Intelegensi bagi seseorang merupakan salah satu modal untuk berfikir dan mengolah berbagai informasi secara terarah sehingga mampu menguasai lingkungan, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perbedaan intelegensi dari seseorang akan berpengaruh pula pada tingkat pengetahuan.

10) Informasi

Menurut WiedHary (1996) informasi memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tapi jika mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya TV, radio atau surat kabar maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Menurut Notoatmodjo (2005) Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru (wawan, 2014).

c. Tingkatan Pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Tingkatan pengetahuan di dalam domain kognitif mencakup 6 tingkatan,yaitu:

- 1) Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Tahu artinya dapat mengingat atau mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Ukuran bahwa seseorang tahu adalah ia dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.
- 2) Memahami, artinya kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar tentang objek yang diketahui. Seseorang yang telah paham tentang sesuatu harus dapat menjelaskan, memberikan contoh, dan menyimpulkan.

- 3) Penerapan, yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi nyata atau dapat menggunakan hukum- hukum, rumus, dan metode dalam situasi nyata.
- 4) Analisis, adalah kemampuan untuk menguraikan objek kedalam bagian-bagian lebih kecil, tetapi masih didalam suatu struktur objek tersebut dan masih terkait satu sama lain. Ukuran kemampuan adalah ia dapat menggambarkan, membuat bagan, membedakan, memisahkan, membuat bagan proses adopsi perilaku, dan dapat membedakan pengertian psikologi dengan fisiologi.
- 5) Berdasarkan pengalaman pribadi Pengetahuan merupakan Sumber pengetahuan dan cara untuk memperoleh kebenaran.
- 6) Sintesis,yaitu suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Ukuran kemampuan adalah ia dapat menyusun, meringkaskan, merencanakan, dan menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang telah ada.
- 7) Evaluasi, yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek. Evaluasi dapat menggunakan criteria yang telah ada atau disusun sendiri (wawan, 2014).

d. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2002) ada 2 cara memperoleh pembenaran pengetahuan:

1) Cara tradisional

a) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan melalui cara coba salah atau dengan kata lain yang lebih dikenal dengan *trial and error*.

b) Cara Kekuasaan

Dalam kehidupan sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya diwariskan turun-temurun dari generasi ke generasi berikutnya.

c) Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan manusia, cara pikir manusia pun ikut berkembang, dari sinilah manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan (wawan, 2014).

2) Cara modern

Cara ini mencakup tiga hal pokok, yaitu :

- a) Segala sesuatu yang positif ,yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- b) Segala sesuatu yang negatif, yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- c) Gejala-gejala yang timbul bervariasi, yaitu gejala yang berubah-ubah dalam kondisi tertentu.

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri seseorang tersebut terjadi proses yang berurutan,yaitu:

- (1) *Awareness* (kesadaran), yaitu individu menyadari adanya stimulus.
- (2) *Interest* (tertarik), individu mulai tertarik pada stimulus.
- (3) *Evaluation* (menimbang-nimbang), individu menimbang-nimbang tentang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Pada proses ketiga ini subjek sudah memiliki sikap yang lebih baik lagi.

(4) *Trial* (mencoba), individu sudah mulai mencoba perilaku baru.

(5) *Adoption*, individu telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap, dan kesadarannya terhadap stimulus (wawan, 2014).

Menurut Notoatmodjo (2005) Pengetahuan dapat diukur dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan adalah tingginya pengetahuan responden atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel atau komponen-komponen tersebut (Wawan, 2014). Nursalam (2008) menyatakan bahwa untuk mengukur tingkat pengetahuan seseorang dapat dituliskan dalam bentuk persentase dari skor yang ada.

Berdasarkan jumlah nilai maka tingkat pengetahuan dapat diklasifikasikan menjadi 2 kategori, yaitu:

- (1) Kategori tinggi adalah apabila responden mendapat nilai $\geq 75\%$ dari seluruh skor yang ada.
- (2) Kategori rendah adalah apabila responden mendapat nilai $< 75\%$ dari seluruh skor yang ada (Budiman, dkk, 2014).

2. Konsep *Hand Hygiene*

a. 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 bahan dasar alkohol tanpa air, penggosokan tangan ini dilakukan dengan menggunakan

senyawa berbahan 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 kootoran 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.

b. Tujuan *Hand Hygiene*

Menurut Departemen Kesehatan RI (2008) tujuan *Hand Hygiene* adalah sebagai berikut :

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

c. 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

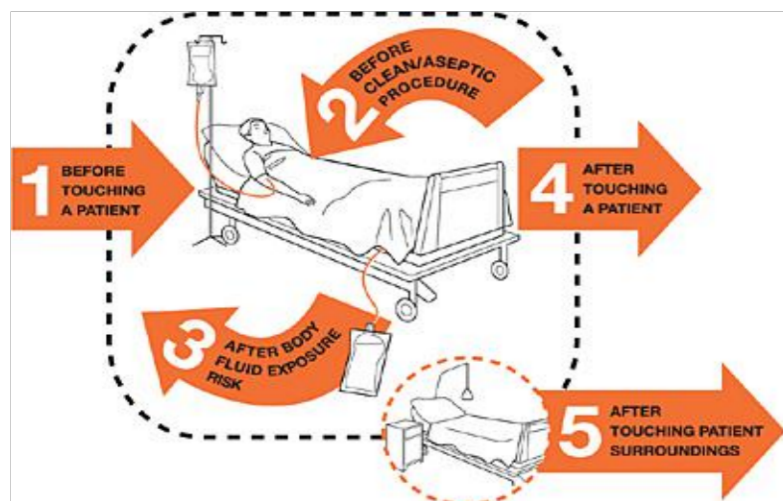
Hand hygiene setelah kontak atau resiko kontak dengan cairan tubuh pasien (dan setelah melepas sarung tangan), untuk melindungi petugas kesehatan dari bakteri patogen yang berasal dari pasien.

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 dari pasien bakteri patogen yang berasal dari pasien.



Gambar *Five Moment Hand hygiene*

Sumber: WHO (2009)

d. 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.

e. 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

f. 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

g. 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 :

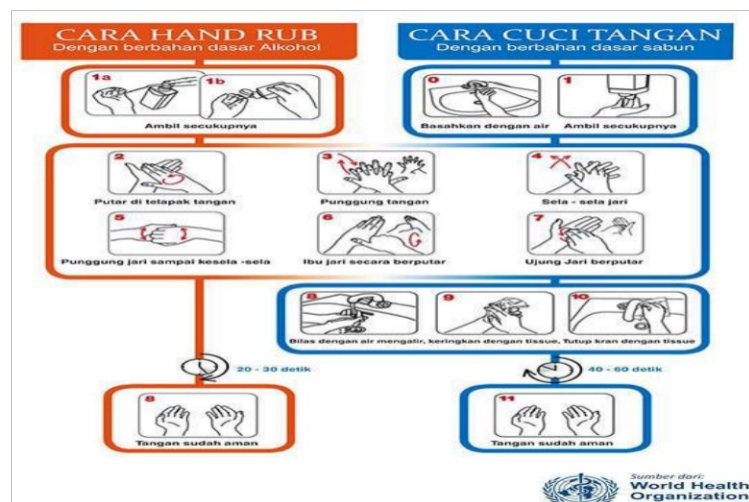
- 1) Dilakukan dengan menggosokkan tangan menggunakan cairan antiseptik (*handrub*) atau dengan air mengalir dan sabun antiseptik (*handwash*).
- 2) *Handrub* dilakukan selama 20-30 detik sedangkan *handwash* 40-60 detik.
- 3) 5 kali melakukan *handrub* sebaiknya diselingi 1 kali *handwash*

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* di akhiri 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)

h. Cara Pengukuran Pelaksanaan *Hand Hygiene*

1) Cuci tangan *Five Moment*

Pengukuran pelaksanaan cuci tangan *five moments* bertujuan untuk menggambarkan kepatuhan perawat dalam melaksanakan cuci tangan *five moments* sesuai yang ditetapkan WHO. Instrumen dalam penelitian ini terdiri dari 5 pernyataan dengan masing-masing indikasi terdapat tindakan-tindakan yang mengacu dengan tinjauan pustaka. Skala yang digunakan dalam lembar observasi ini adalah skala Guttman dengan jenis pertanyaan dengan pilihan jawaban ya dan tidak. Jika perawat melaksanakan salah satu dari lima indikasi dalam *five moments* diberi nilai 1 dan apabila perawat tidak melaksanakan diberi nilai

0. Perawat dikatakan melaksanakan cuci tangan enam *five moments* apabila total nilai 5.

2) Cuci tangan Enam Langkah

Pengukuran cuci tangan enam langkah sesuai dengan prosedur enam langkah cuci tangan standart WHO tahun 2013, semua penilaian dalam lembar observasi disusun dalam bentuk positif, dengan 2 pilihan yang terdiri dari (YA) dan (TIDAK). Skor nilai diberikan dari 0-1, dimana apabila penilaian (ya) bernilai 2 dan penilaian tidak bernilaian 1. Dengan jumlah skor 6-12 dan kategori gambaran kemampuan dibagi 2 yaitu mampu jika memperoleh skor 7-12 dan tidak mampu jika memperoleh < 7.

3. Penelitian terkait dengan *Hand Hygiene*

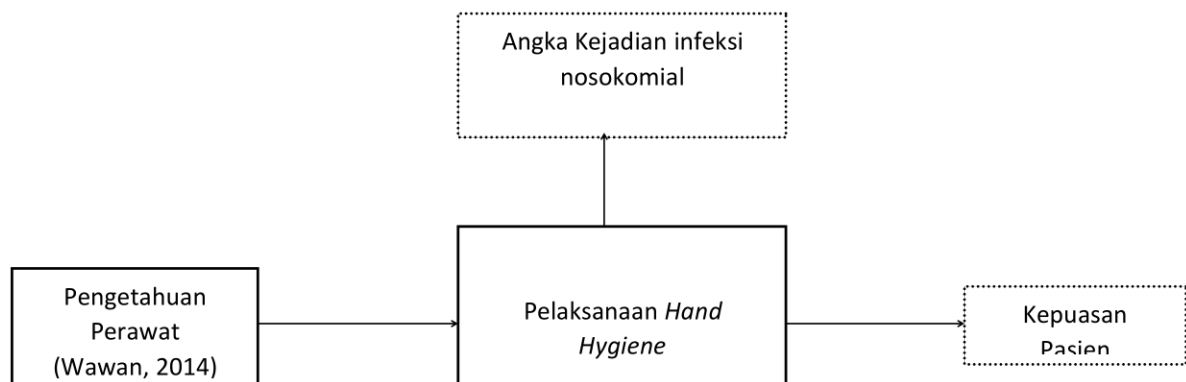
Penelitian yang dilakukan oleh Dwi Bagus Susilo, pada tahun 2015 dengan judul “Kepatuhan Pelaksanaan Kegiatan *Hand Hygiene* pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Surabaya “. Latar belakang penelitian ini yaitu keselamatan pasien merupakan sesuatu yang jauh lebih penting dari pada sekedar efisiensi pelayanan, dan perilaku dengan kemampuan perawat sangat berperan penting. Tujuan penelitian: mengetahui kepatuhan petugas tenaga kesehatan dan tenaga keperawatan terhadap kegiatan *hand hygiene* di Rumah Sakit Surabaya. Desain penelitian ini adalah *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Ruang Bangsal RS

Surabaya. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* yang melibatkan 31 perawat sebagai responden. Instrument yang digunakan yaitu lembar observasi dan checklist. Hasil Penelitian ini tingkat ketepatan langkah-langkah kegiatan *hand hygiene* petugas kesehatan belum dapat dikatakan tepat karena masih banyak langkah-langkah yang dilaksanakan dengan benar.

B. Kerangka Teori

Atas dasar tinjauan kepustakaan mengenai Hubungan Pengetahuan Perawat tentang *Hand Hygiene* dengan pelaksanaan *Hand hygiene* dalam Five Moment di ruang rawat inap Aulia Hospital.

Maka dirumuskan kerangka teori sebagai berikut

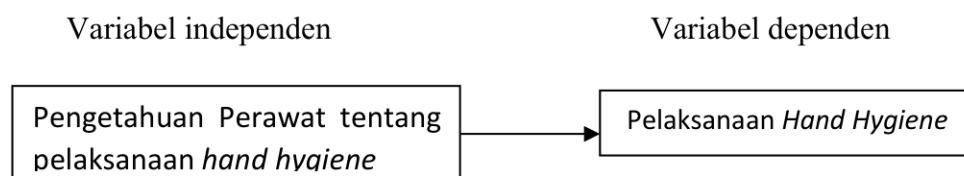


C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah (Hidayat,2007). Penyusunan kerangka konsep akan membantu untuk membuat hipotesis ,menguji hubungan tertentu,dan membantu menghubungkan hasil penemuan dengan teori yang hanya dapat diamati atau diukur melalui konstruk atau variable. Kerangka konsep menyajikan konsep mengacu pada masalah-masalah yang akan diteliti atau berhubungan dengan penelitian dan dibuat dalam bentuk diagram. Variabel yang diamati terdiri dari variable *independen* atau variabel bebas dan variable *dependen* atau variable terikat. Variabel bebas pada penelitian ini adalah pengetahuan sedangkan untuk variabel terikatnya yaitu Pelaksanaan *Hand Hygiene*.

Hal ini dapat dilihat pada skema 2.2.

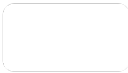
Hubungan Pengetahuan Perawat tentang *Hand Hygiene* dengan pelaksanaan *Hand Hygiene* di ruang rawat inap Aulia Hospital.



D. Hipotesa

Hipotesis adalah suatu pernyataan yang masih lemah dan membutuhkan pembuktian untuk menegaskan apakah hipotesis tersebut dapat diterima atau harus ditolak, berdasarkan fakta atau data empiris yang telah dikumpulkan dalam penelitian (Hidayat,2011). Berdasarkan uraian teoritis tersebut hipotesis alternatif (H_a) pada penelitian ini adalah:

H_a : Ada Hubungan Pengetahuan Perawat tentang *Hand Hygiene* dengan Pelaksanaan *Hand Hygiene* di ruang rawat inap Aulia Hospital.



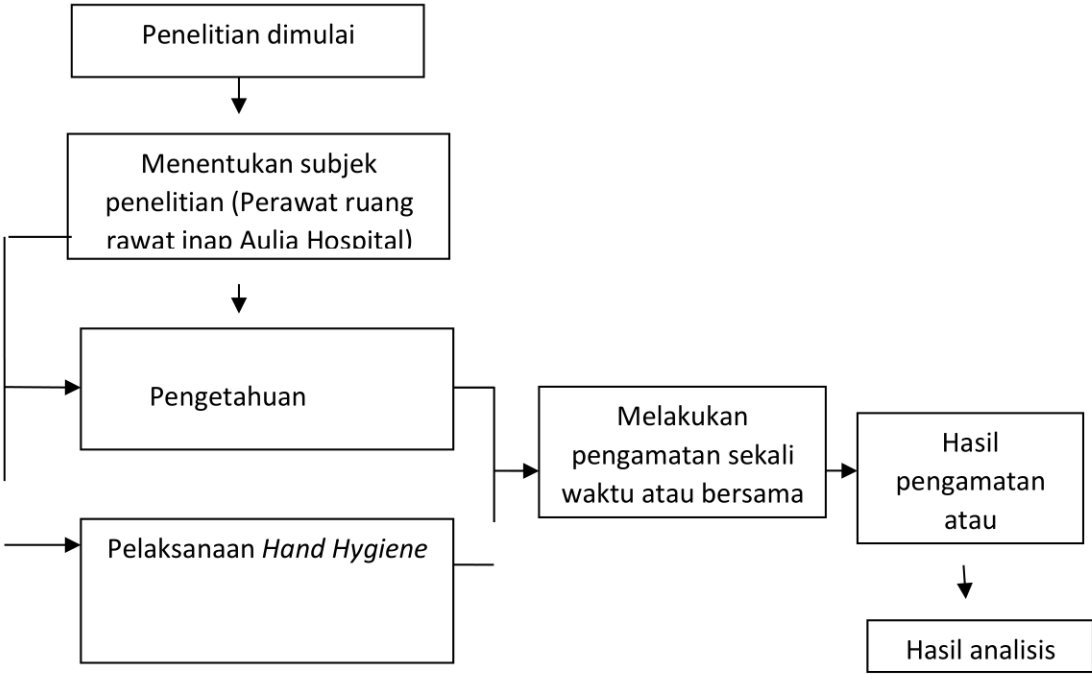
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuantitatif menggunakan pendekatan *cross sectional* disebut dengan pendekatan *cross sectional* karena pengukuran *variable* dependen dan independen dilakukan secara bersamaan dan sifatnya sesaat dan pengamatannya dilakukan pada kondisi terkini dan pada setiap objek hanya dilakukan observasi satu kali.

1. Rancangan Penelitian

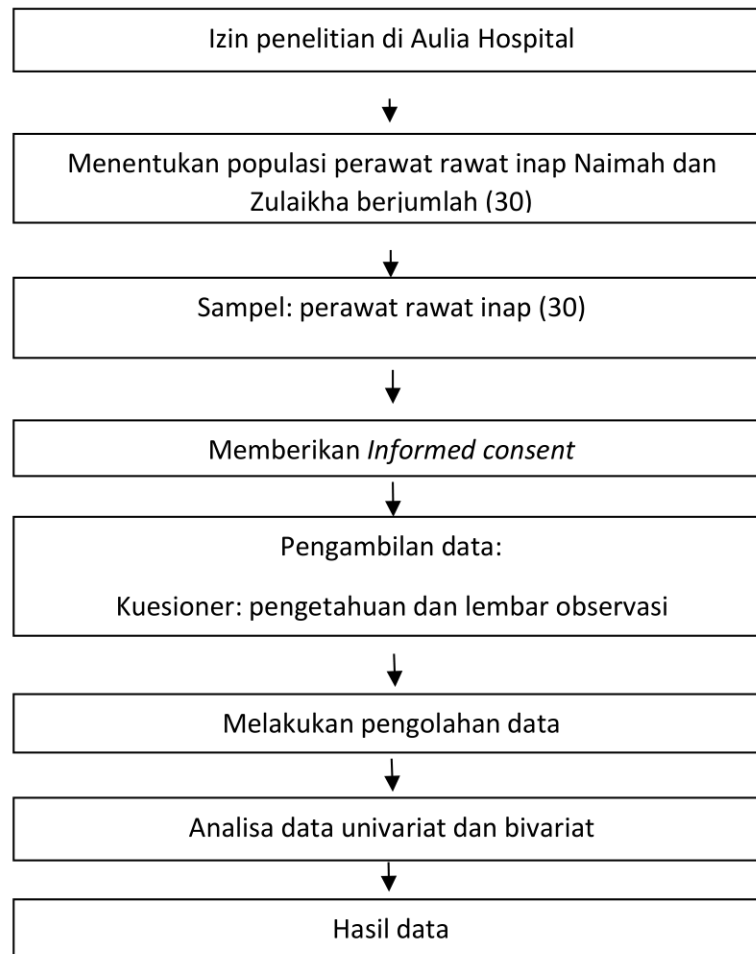


Skema 3.1 Rancangan Penelitian (Hidayat, 2011)

2. Alur Penelitian

Alur penelitian dari penelitian ini dapat dilihat pada skema dibawah ini.

Adapun alur penelitian dapat disajikan pada skema 3.2 :



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

Dalam melakukan penelitian, prosedur yang dijalani oleh peneliti adalah sebagai berikut:

- a. Setelah proposal penelitian mendapat persetujuan dari pembimbing, peneliti mengurus surat permohonan izin penelitian kepada Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Pahlawan untuk melakukan penelitian di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru.
- b. Setelah mendapatkan izin penelitian dari ketua Program studi S1 Keperawatan Universitas Pahlawan, peneliti meminta izin kepada Direktur Aulia Hospital Pekanbaru.
- c. Peneliti membicarakan kepada manager keperawatan Aulia Hospital Pekanbaru untuk menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta diminta kesediaan untuk ikut membantu dalam pelaksanaan penelitian.
- d. Responden sesuai dengan jumlah sampel yang telah direncanakan.
- e. Responden diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat prosedur penelitian yang akan dilakukan.
- f. Bila Responden setuju diberikan lembar persetujuan peneliti untuk ditanda tangani, pada saat pengisian kuesioner peneliti mendampingi dan menjelaskan cara pengisian.
- g. Selanjutnya responden diberikan penjelasan secara lisan tentang jaminan kerahasiaan jawaban.

4. Variabel Penelitian

Variabel – variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah :

a. Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel respon, output, kriteria konsekuen. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Pelaksanaan *hand hygiene*.

b. Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, input, predictor, dan antecedent. Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen. Sedangkan variabel bebas dalam penelitian ini adalah Pengetahuan

B. Lokasi Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan diruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru yaitu ruangan Zulaikha dan Naimah yang meliputi ruang rawat inap kelas II dan III

2. Waktu Penelitian

Adapun waktu dalam penelitian ini yaitu 26 April - 28 April 2019

C. Tehnik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan pencatatan peristiwa, hal hal, keterangan dan karakteristik sebagian atau seluruh elemen populasi yang akan menunjang atau mendukung suatu penelitian.

D. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek yang akan diteliti (Notoadmodjo, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat ruangan rawat inap kelas II dan III Aulia Hospital Pekanbaru yaitu berjumlah 30 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan objek penelitian yang dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo,2010). Sampel pada penelitian ini adalah seluruh perawat ruangan Zulaikha dan Naimah Aulia Hospital dengan besaran sampel berjumlah 30 orang.

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah Bersedia menjadi responden

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah

a) Perawat yang tidak sehat atau sakit.

b) Perawat yang mengikuti pelatihan ketika penelitian dilakukan.

3. Teknik Pengambilan sampel

Sampel penelitian adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Sampel dalam penelitian ini diambil dengan teknik pengambilan *Total Sampling*. Teknik penentuan sampel dengan cara mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel (Sugiyono, 2013).

E. Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti akan mengajukan izin kepada pihak Aulia Hospital Pekanbaru untuk mendapatkan persetujuan melakukan penelitian, menyerahkan kuesioner kepada subjek yang akan diteliti dengan menekankan masalah yang meliputi:

1) *Informed Consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Informed consent ini berupa lembar persetujuan untuk menjadi responden. Pemberian *informed consent* ini bertujuan agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati keputusan tersebut.

2) *Anonymity* (Tanpa nama)

Menjaga kerahasiaan subjek penelitian, maka peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar persetujuan data, cukup dengan memberikan kode berupa angka pada masing-masing lembar tersebut.

3) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Menjelaskan masalah-masalah responden yang harus dirahasiakan dalam penelitian. Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian (Aziz,2007).

F. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah seluruh variable yang akan diteliti.

a) Pengetahuan

Nursalam (2008) menyatakan bahwa untuk mengukur tingkat pengetahuan seseorang dapat dituliskan dalam bentuk persentase dari skor yang ada. Berdasarkan jumlah nilai maka tingkat pengetahuan dapat diklasifikasikan menjadi 2 kategori, yaitu:

(2) Kategori tinggi adalah apabila responden mendapat nilai $\geq 75\%$ dari seluruh skor yang ada.

(3) Kategori rendah adalah apabila responden mendapat nilai $< 75\%$ dari seluruh skor yang ada (Budiman, dkk, 2014).

b) Lembar observasi pelaksanaan *five moments* perawat

Lembar observasi pelaksanaan cuci tangan *five moments* bertujuan untuk menggambarkan kepatuhan perawat dalam melaksanakan cuci tangan *five moments* sesuai yang ditetapkan WHO. Instrumen dalam

penelitian ini terdiri dari 5 pernyataan dengan masing-masing indikasi terdapat tindakan-tindakan yang mengacu dengan tinjauan pustaka. Skala yang digunakan dalam lembar observasi ini adalah skala Guttman dengan jenis pertanyaan dengan pilihan jawaban ya dan tidak. Jika perawat melaksanakan salah satu dari lima indikasi dalam *five moments* diberi nilai 1 dan apabila perawat tidak melaksanakan diberi nilai 0. Perawat dikatakan melaksanakan cuci tangan *five moments* apabila total nilai 5.

c) Lembar observasi pelaksanaan enam langkah cuci tangan.

Pengukuran cuci tangan enam langkah sesuai dengan prosedur enam langkah cuci tangan standart WHO tahun 2013, semua penilaian dalam lembar observasi disusun dalam bentuk positif, dengan 2 pilihan yang terdiri dari (YA) dan (TIDAK). Skor nilai diberikan dari 0-1, dimana apabila penilaian (ya) bernilai 2 dan penilaian tidak bernilaian 1. Dengan jumlah skor 6-12 dan kategori gambaran kemampuan dibagi 2 yaitu mampu jika memperoleh skor 7-12 dan tidak mampu jika memperoleh < 7 .

2. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti akan mengumpulkan data melalui prosedur sebagai berikut:

- a. Mengajukan surat permohonan izin kepada institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau untuk mengadakan penelitian di Aulia Hospital Pekanbaru.
- b. Meminta izin kepada Aulia Hospital Pekanbaru untuk melakukan penelitian di ruang rawat inap Zulaikha dan naimah Aulia Hospital.
- c. Jika calon responden bersedia menjadi responden, maka peneliti boleh melakukan penelitian.
- d. Peneliti memberikan kuesioner dan mengumpulkan data yang telah diperoleh.
- e. Peneliti melakukan analisa data.

G. Defenisi Operasional

Defenisi operasional mendefenisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati ketika melakukan pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang jelas (Al-aziz,2012).

Definisi operasional dari variabel – variable penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.3

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen					
1.	Pengetahuan	Segala yang diketahui dan mampu diingat oleh responden tentang <i>Hand Hygiene</i>	Kuesioner	1. Tinggi jika responden mendapat nilai ($\geq 75\%$) 0. Rendah jika responden mendapat nilai ($< 75\%$)	Ordinal
Dependen					
2	Pelaksanaan <i>hand hygiene</i> dalam <i>Five Moment</i>	melakukan cuci tangan adalah tindakan cuci tangan yang dilakukan oleh perawat sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	Observasi	1. YA, Jika 5 <i>five moment</i> dilaksanakan 0. TIDAK, Jika 0-4 <i>moment</i> tidak dilaksanakan	Ordinal
	Pelaksanaan <i>hand hygiene</i> dalam enam langkah cuci tangan	Melakukan cuci tangan dengan tehnik enam langkah sesuai standar WHO	Observasi	1. YA, Jika dilaksanakan dengan skor 7-12 0.TIDAK, jika tidak dilaksanakan dengan skor < 7	Ordinal

H. Teknik Pengolahan Data

Pengumpulan data berisi penjelasan cara pengumpulan data terutama tentang alat pengumpulan data. Pengumpulan data meliputi kegiatan sebagai berikut:

1. *Editing* (memeriksa)

Proses editing dilaksanakan untuk memeriksa kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden.

2. *Coding* (kode)

Memberikan kode pada setiap informasi yang sudah terkumpul dari data kategorik menjadi numeric pada setiap pertanyaan dalam angket untuk memudahkan dalam pengolahan data.

3. *Data Entry* (Komputerisasi)

Merupakan suatu proses dengan pengolahan *data Statistical Program For Sosial Sains (SPSS) 1.70 for windows system*.

4. *Cleaning* (merapikan)

Memeriksa kembali data yang telah dimasukkan ke dalam computer untuk memastikan bahwa data tersebut bersih dari kesalahan.

5. *Data Tabulating*

Tabulating data merupakan kegiatan mengelompokkan dan menggolongkan data sesuai dengan variable bebas dan terikat yang diteliti ke dalam tabel – tabel sehingga diperoleh frekuensi dari masing- masing kelompok.

I. Analisa Data

1. Analisa Univariat

Analisa univariat yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel, sehingga diketahui variasi dari masing- masing variabel pada penelitian ini tentang karakteristik responden. Dengan menggunakan rumus :

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

Keterangan :

P : Persentase

f : Frekuensi

N: Jumlah seluruh observasi

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat dimaksudkan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (Pengetahuan) dengan variabel dependen (Pelaksanaan *Hand Hygiene*). Analisa hasil penelitian untuk menguji hipotesis menggunakan program Computerisasi.

Keputusan pengujian hipotesis penelitian dilakukan dengan taraf signifikan 5% atau $\alpha = 0,05$ dengan confidence interval 95 %. Uji statistik untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan terikat dengan menggunakan chi square untuk mengetahui hubungan antara dua variabel dengan mengambil kesimpulan :

Jika $P < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya hubungan signifikan.

Jika $P \geq 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak artinya hubungan tidak signifikan.

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

Keterangan:

X^2 = Chi Square

O = Frekuensi observasi

E = Frekuensi yang diharapkan