

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai peranan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu rumah sakit dituntut memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien yang menjamin *patient safety* sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Salah satu indikator *patient safety* adalah pengurangan resiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan (WHO, 2012).

World Health Organization (WHO) mendeklarasikan program keselamatan pasien dengan mencetuskan *Global Patient Safety Challenge* “*clean care is safe care*”, serta meluncurkan *Save Lives: Clean Your Hands* dengan strategi *5 moment hand hygiene (My Five Moments for Hand hygiene)* yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah terpapar dengan cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien”.

Terkait perawatan kesehatan atau “*Healthcare Associated Infections*” (HAIs), yang juga disebut sebagai infeksi “Nosokomial” atau “Rumah Sakit”, merupakan 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). Infeksi nosokomial yang terjadi pada pasien, baru bisa dikategorikan

apabila saat pasien mulai dirawat di rumah sakit tidak didapatkan infeksi atau tanda-tanda klinik dari infeksi, dan tidak sedang dalam masa inkubasi dari infeksi (Kozier, 2010).

Pada tahun 2017 Menteri Kesehatan Indonesia mengeluarkan kebijakan pencegahan infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya yang tertuang keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 27/Menkes/III//2017, tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan (Depkes, 2017). Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 mengenai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dalam menetapkan standar kejadian Infeksi nosokomial di rumah sakit $\leq 1,5\%$ (Darmadi 2008).

Berdasarkan prevalensi infeksi nosokomial rumah sakit di dunia lebih dari 1,4 juta atau sedikitnya 9% pasien rawat inap di seluruh dunia mendapatkan infeksi nosokomial, penelitian yang dilakukan oleh WHO dari 55 rumah sakit dari 14 negara yang mewakili 4 kawasan (Eropa, timur tengah, Asia Tenggara dan Pasifik Barat) terdapat sekitar 8,7% menunjukkan adanya infeksi nosokomial dan 10,0% untuk Asia Tenggara (WHO, 2012). Dan dari hasil survey *World Health Organizations* (WHO) pada tahun 2016, menyatakan bahwa di Eropa prevalensi kejadian infeksi nosokomial setiap tahunnya lebih dari 4 juta – 4,5 juta pasien, sedangkan di Amerika Serikat prevalensi pasien terkena infeksi nosokomial pertahunnya diperkirakan sekitar 1,7 juta pasien. Prevalensi ini mewakili 4,5 % untuk 99.000 kematian (WHO, 2016).

Di Indonesia melalui Departemen Kesehatan RI, telah melakukan survey pada tahun 2013 terhadap 10 Rumah Sakit Umum Pendidikan, didapatkan angka yang cukup tinggi 6-16 % angka infeksi nosokomial, dengan rata-rata 9,8%. Survey yang dilakukan di 10 rumah sakit di DKI Jakarta ini menunjukkan bahwa pasien rawat inap yang mendapat infeksi yang baru selama dirawat di rumah sakit adalah sebanyak 9,8% (Depkes RI, 2013). Phlebitis adalah infeksi yang tertinggi di rumah sakit swasta atau pemerintah dengan jumlah pasien 2.168 pasien dari jumlah pasien berisiko 124.733 (1.7%) (Depkes RI,2010).

Kasus infeksi nosokomial pada beberapa rumah sakit dapat memperparah kondisi kesehatan pasien, bahkan pada beberapa kasus dapat menimbulkan kematian. Dampak infeksi nosokomial tidak hanya menimbulkan kerugian dalam segi materi pasien namun juga dari sisi kesehatan pasien. Beberapa dampak infeksi nosokomial yang sering terjadi dan harus diwaspadai, antara lain: infeksi saluran kemih, infeksi aliran darah, pneumonia dan infeksi luka operasi.

Hasil survey tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUP Sanglah Denpasar didapatkan data 144 kejadian infeksi nosokomial selama tahun 2011. Survey yang dilakukan dirawat inap terjadi 33 kejadian infeksi nosokomial, dimana 30 kejadian phlebitis dan 3 kejadian decubitus, penyebab dari kejadian phlebitis bisa disebabkan oleh *hygiene* petugas (Lindayati, 2012).

Salah satu upaya pencegahan infeksi nosokomial dengan melakukan *hand hygiene*. *Hand hygiene* menurut Persatuan Pengendalian Infeksi Indonesia yaitu suatu prosedur tindakan membersihkan tangan dengan menggunakan sabun atau antiseptik di bawah air mengalir atau dengan menggunakan *handscrub* yang bertujuan untuk menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dan mengurangi jumlah mikroorganisme (Perdalin, 2010). *Hand hygiene* merupakan ukuran yang paling penting dalam tindakan pencegahan karena lebih efektif dan biaya rendah, diperkirakan dengan melakukan *hand hygiene* dapat pengurangan dampak terhadap infeksi nosokomial sebesar 50% (Madrado,2009).

Pelaksanaan *hand hygiene* sangat penting dilakukan karena ketidakpatuhan dapat menimbulkan dampak antara lain: (1) Terhadap pasien, dapat memperpanjang hari rawatan dengan penambahan diagnosa sehingga dapat menyebabkan kematian; (2) Terhadap 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. Untuk menjaga keselamatan pasien, pengunjung, perawat dan meningkatkan mutu rumah sakit.

Kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* sekitar 65% di Australia, sementara berdasarkan studi di Amerika Serikat kepatuhan perawat dalam *hand hygiene* masih sekitar 50%. Rumah Sakit Cipto

Mangunkusumo (RSCM) yang sudah sejak tahun 2008 telah melakukan program *hand hygiene*, namun sampai saat ini kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* hanya sekitar 60%. Data-data mengenai kepatuhan perawat terkait *hand hygiene* di berbagai rumah sakit di Indonesia juga di paparkan oleh Utami, 2010 yakni: RS Misi Rangkas Bitung 49.7%, RS Tkt.III R.W. Mongosidi Manado 61.9%, RST Dr. Soedjono Magelang 53.6%.

Data kepatuhan *hand hygiene* perawat untuk rumah sakit di Pekanbaru khususnya Aulia Hospital, sebagai rumah sakit yang terbilang baru berdiri, sepatutnya tindakan *hand hygiene* perawat mencapai 100%, guna untuk memperlihatkan kualitas suatu rumah sakit, sehingga dapat berjalan sesuai dengan visi rumah sakit yaitu “menjadi rumah sakit yang terunggul di Provinsi Riau yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang professional, modern, bermutu, serta sesuai dengan kebutuhan masyarakat”, namun pada kenyataannya kepatuhan dalam melaksanakan *hand hygiene* oleh perawat hanya mencapai sekitar 56.3 %. Dampak yang ditimbulkan dari rendahnya kepatuhan *hand hygiene* ini salah satunya adalah terjadinya kasus phlebitis. Dan disepanjang tahun 2018 kasus phlebitis di Aulia Hospital berdasarkan Komite PPI Aulia Hospital, mengalami jumlah yang fluktuatif.

Berikut ini data kepatuhan *hand hygiene* perawat di Aulia Hospital pada tahun 2018:

Tabel 1.1 Data kepatuhan *hand hygiene* perawat Aulia Hospital tahun 2018

No	Bulan	Presentase
1	Januari	40.12 %
2	Februari	67.59 %
3	Maret	42.36 %
4	April	52 %
5	Mei	65 %
6	Juni	64.5 %
7	Juli	55.5 %
8	Agustus	50 %
9	September	57.40 %
10	Oktober	74.8 %
11	November	77.4 %
12	Desember	73.4 %
Rata-rata		59.3 %

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa kepatuhan perawat dalam melaksanakan *hand hygiene* di Aulia Hospital masih terbilang rendah, dan angka kepatuhan perawat dalam melaksanakan *hand hygiene* dalam periode 2018 berdasarkan data dari Komite PPI (Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) Aulia Hospital yaitu dengan rata-rata 59.3 %. Dengan rendahnya kesadaran perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* akan berpengaruh pada angka infeksi nosokomial, khususnya kejadian phlebitis.

Berikut ini adalah data kejadian Phlebitis di Aulia hospital pada tahun 2018:

Tabel 1.2 Distribusi insiden rate Phlebitis Aulia Hospital tahun 2018

No	Bulan	Presentase
1.	Januari	5.6 ‰
2.	Februari	8.3 ‰
3.	Maret	3.2 ‰
4.	April	5.7 ‰
5.	Mei	8.1 ‰
6.	Juni	6.7 ‰
7.	Juli	6.6 ‰
8.	Agustus	6.8 ‰
9.	September	6.9 ‰
10.	Oktober	5.8 ‰
11.	November	7.2 ‰
12.	Desember	7.7 ‰
Rata-rata		6.55 ‰

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa infeksi nosokomial selalu terjadi di Aulia Hospital, hal ini dibuktikan dengan adanya kasus phlebitis pada tahun 2018 sebanyak 6.55‰, yang mana nilai tersebut sudah melampaui dari angka yang infeksi nosokomial yang ditoleransi oleh Departemen Kesehatan RI No. 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit dalam menetapkan standar kejadian infeksi nosokomial di RS $\leq 1\%$, di Aulia Hospital peneliti mengangkat infeksi nosokomial oleh karena phlebitis, sebab phlebitis yang terjadi dapat mengganggu proses kelancaran pengobatan pasien dan akan menyebabkan lamanya jumlah hari rawatan pasien dan kondisi ini akan membuat ancaman pada status manajemen Aulia Hospital itu sendiri.

Kepatuhan *hand hygiene* perawat di Aulia Hospital sangat perlu diperhatikan agar tetap melaksanakan prosedur enam langkah *hand hygiene* yang tepat. Pelaksanaan *hand hygiene* yang baik dan benar perlu dilakukan dengan keinginan dari perawat itu sendiri yang sering disebut motivasi. Motivasi yang dimiliki dapat meningkatkan kepatuhan dalam melaksanakan enam langkah *hand hygiene* yang baik dan benar. Motivasi adalah suatu dorongan atau keinginan dalam diri manusia yang menyebabkan individu melakukan sesuatu untuk memenuhi kebutuhannya.

Menurut Hamzah (2013) menyimpulkan dari beberapa psikolog menyebutkan motivasi sebagai konstruk hipotesis yang digunakan untuk menjelaskan keinginan, dan arah intensitas yang diarahkan oleh tujuan. Motivasi merupakan proses psikologis yang dapat menjelaskan perilaku seseorang. Perilaku hakikatnya merupakan orientasi pada satu tujuan, dengan kata lain perilaku seseorang dirancang untuk mencapai tujuan. (dikutip dari Rolly, 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Aulia Hospital ruangan rawat inap tanggal 2 November 2018 sampai dengan 6 November 2018 melalui teknik wawancara dan observasi, didapatkan kepatuhan perawat belum bagus dalam melakukan *hand hygiene* dengan lima *moment*, alasan mereka diantaranya karena: faktor terburu-buru, karena merasa tangan mereka tampak bersih, mereka sudah pakai sarung tangan, faktor beban kerja, tangan mereka akan kasar kalau sering *hand hygiene*

dengan media *handrub* yang disediakan, tidak adanya *reward* dan *funishment* dari manajemen terkait kepatuhan terhadap *hand hygiene*.

Motivasi perawat dalam melakukan *hand hygiene* 6 langkah yang baik dan benar juga masih terbilang kurang, hal ini disebabkan karena perawat merasa terlalu rumit, merasa kurang bersih saat cuci tangan dan merasa takut kalau ada sidak dari tim PPI rumah sakit. Aulia Hospital telah membuat prosedur tetap *hand hygiene* yang benar, telah menyediakan sarana cuci tangan berupa wastafel yang dilengkapi dengan sabun antimikroba maupun dengan teknik *handrub* yang sudah dipasang di masing masing tempat tidur pasien, serta edukasi berupa gambar 6 langkah *hand hygiene* pun sudah tertempel pada masing masing wastafel, bahkan sosialisasi yang dilakukan oleh tim PPI tentang 6 langkah *hand hygiene* sudah sering dilakukan untuk menghadapi akreditasi rumah sakit pada bulan Desember 2018.

Karena perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling banyak melakukan kontak dengan pasien dan berinteraksi secara langsung dengan pasien selama 24 jam, maka peran perawat sangat berpengaruh terhadap terjadinya Infeksi nosokomial.

Berdasarkan fenomena diatas, dengan rendahnya angka kepatuhan serta kurangnya motivasi perawat melaksanakan *hand hygiene*, dan didasarkan dengan tingginya angka kejadian phlebitis, maka penulis tertarik untuk mengetahui “Hubungan motivasi dan kepatuhan perawat

melaksanakan *hand hygiene* sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru”.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas maka yang menjadi rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat melaksanakan *hand hygiene* sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan motivasi dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *hand hygiene* sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru tahun 2019.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi motivasi *hand hygiene* perawat sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019.
- b. Untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi kepatuhan *hand hygiene* perawat sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019.
- c. Untuk mengetahui hubungan motivasi dan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *hand hygiene* sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis (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.

2. Manfaat Praktis (Tempat Penelitian)

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pimpinan Aulia Hospital Pekanbaru 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 Aulia Hospital Pekanbaru.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. Tinjauan Pustaka

1. Infeksi Nosokomial

a. 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 Kozier (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 duk, 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.

b. 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* meliputi saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih, kelamin, kulit dan membrane mukosa, transplasenta dan darah serta cairan tubuh lain.

4) Cara penularan (*Transmisi*)

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 pembedahan, pengobatan dengan *imunoseresan*. Faktor lain yang mempengaruhi adalah jenis kelamin, RAS atau etnis tertentu, status ekonomi, gaya hidup, pekerjaan dan heriditer.

c. 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 diantaranya:

- 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.
- d. Jenis-jenis dan faktor resiko infeksi terkait dengan pelayanan atau “*Healthcare Associated Infection*” (HAIs)/infeksi nosokomial (Menkes RI, 2017) meliputi:
- 1) Jenis Infeksi Nosokomial (HAIs) yang sering terjadi dipelayanan kesehatan adalah:
 - a) *Ventilator Associated Pneomonia* (VAP)
 - b) Infeksi Aliran Darah Pulmonal(IADP) / Phlebitis
 - c) Infeksi Saluran Kemih (ISK)

d) Infeksi Daerah Operasi (IDO)

2) Faktor resiko Infeksi nosokomial/ HAIs meliputi:

a) Umur: Neonatus dan lanjut usia lebih rentan.

b) Status imun yang rendah atau terganggu (*Immunocompromised*): penderita dengan penyakit kronik, penderita dengan tumor ganas, pengguna obat-obatan *immunosupresan*.

c) Gangguan/*interupsi barrier anatomis*:

(1) Kateter urin: meningkatkan kejadian infeksi saluran kemih.

(2) Prosedur Operasi: dapat menyebabkan infeksi daerah operasi.

(3) Intubasi dan pemakaian ventilator: meningkatkan kejadian *Ventilator Associated Pneomonia* (VAP).

(4) Kanula vena dan arteri: menyebabkan phlebitis, IADP

d) Inplantasi benda asing

(1) Pemakaian mesh pada operasi Hernia

(2) Pemakaian implant pada operasi tulang, kontrasepsi dan pacu jantung.

e) Perubahan *microflora* normal: Pemakaian antibiotika yang tidak bijak dapat menyebabkan pertumbuhan jamur berlebihan dan timbulnya bakteri resisten terhadap berbagai antimikroba.

2. Phlebitis

a. Pengertian Phlebitis

Adalah peradangan pada tunika intima vena yang terjadi karena komplikasi karena pemberian therapy intra vena (IV), yang ditandai dengan bengkak, kemerahan sepanjang vena, nyeri, peningkatan suhu pada daerah sekitar insersi kanula, dan penurunan kecepatan tetesan infus (Smeltzer dan Bare,2005).

Phlebitis merupakan inflamasi vena yang disebabkan oleh iritasi kimia maupun mekanik. Hal ini ditunjukkan dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan bengkak didaerah penusukan atau disepanjang jalur intravena. Komplikasi cairan atau obat yang diinfuskan (terutama PH dan tonusitasnya), ukuran dan tempat kanula di masukkan. Pemasangan jalur IV yang tidak sesuai, dan masuknya mikroorganisme pada saat penusukan (Brunner dan Sudart, 2005)

Menurut *Infusion Nursing Society* (INS, 2006) phlebitis merupakan peradangan pada tunika intima pembuluh darah vena, yang sering dilaporkan sebagai komplikasi pemberian therapy infus. Peradangan didapat dari mekanisme iritasi yang terjadi pada *endothelium tunika intima* vena, dan perlekatan trombosit pada area tersebut.

b. Tanda dan gejala Phlebitis

Pasien yang dipasang dapat dikatakan phlebitis apabila pada daerah sekitar penusukan kanula ditemukan tanda-tanda berikut (INS/*Infusion Nursing Society*, 2006)

1) Rubor (*Hiperemia*)

Kemerahan atau rubor biasanya merupakan kejadian pertama yang ditemukan di daerah yang mengalami peradangan. Pada reaksi peradangan arteriola yang mensuplai darah tersebut mengalami pelebaran sehingga darah mengalir ke mikrosirkulasi lokal lebih banyak.

2) Kalor (*Hipertermi*)

Kalor terjadi bersamaan dengan kemerahan pada reaksi peradangan. Daerah peradangan terasa lebih panas, karena darah yang disalurkan ke daerah tersebut lebih besar dibandingkan dengan daerah yang lainnya yang normal.

3) Tumor (*Oedema*)

Pembengkakan terjadi karena pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi ke jaringan interstetiel, campuran antara sel yang tertimbun di daerah peradangan tersebut eksudat. Pada keadaan ini reaksi peradangan adalah eksudatnya cairan

4) Nyeri (*Dolor*)

Rasa nyeri pada daerah peradangan dapat disebabkan oleh perubahan pH lokal ataupun konsentrasi ion-ion tertentu yang

merangsang ujung syaraf, selain itu juga pembengkakan yang terjadi dapat menyebabkan peningkatan tekanan lokal yang dapat merangsang sakit.

c. Klasifikasi Phlebitis

Pengklasifikasian phlebitis didasarkan pada faktor penyebabnya. Ada empat kategori penyebab terjadinya phlebitis yaitu kimia, mekanik, agen infeksi, dan post infus (INS, 2006).

1) Phlebitis Kimia (*Chemical phlebitis*)

Kejadian phlebitis ini dihubungkan dengan bentuk respon yang terjadi pada tunika intima vena dengan bahan kimia yang menyebabkan reaksi peradangan. Reaksi peradangan dapat terjadi akibat dari jenis cairan yang diberikan atau bahan material kateter yang digunakan Menurut Subekti (2010), vena perifer dapat menerima osmolalitas larutan sampai dengan 900 mOsm/L. Semakin tinggi osmolalitas (makin hipertonis) makin mudah terjadi kerusakan pada dinding vena perifer seperti phlebitis, trombophebitis, dan tromboemboli. Pada pemberian jangka lama harus diberikan melalui vena sentral, karena larutan yang bersifat hipertonis dengan osmolalitas >900 mOsm/L, melalui vena sentral aliran darah menjadi cepat sehingga tidak merusak dinding.

2) Phlebitis Mekanik (*Mechanical Phlebitis*)

Phlebitis mekanikal sering dihubungkan dengan pemasangan atau penempatan kateter intravena. Penempatan kateter pada area fleksi lebih sering menimbulkan kejadian phlebitis saat ekstremitas digerakkan kateter yang terpasang ikut bergerak dan menyebabkan trauma pada dinding vena. Penggunaan ukuran kateter yang besar pada vena yang kecil juga dapat mengiritasi dinding vena (*The Centers for Disease Control and Prevention, 2006*).

3) Phlebitis Bakteri (*Bacterial Phlebitis*)

Phlebitis bakterial adalah peradangan vena yang berhubungan dengan adanya kolonisasi bakteri. Adanya bakterial phlebitis bisa menjadi masalah yang serius sebagai predisposisi komplikasi sistemik yaitu *septicemia*.

Faktor-faktor yang berperan dalam kejadian phlebitis bakteri antara lain:

- a) Teknik *hand hygiene* yang tidak baik.
- b) Teknik aseptik yang kurang pada saat penusukan.
- c) Teknik pemasangan kateter yang buruk.
- d) Pemasangan yang terlalu lama
- e) Kegagalan memeriksa peralatan yang rusak, pembungkus yang bocor atau robek dapat mengandung bakteri

f) Tempat penyuntikan yang jarang diinspeksi visual (INS, 2010).

4) *Post* Infus Phlebitis

Phlebitis *post* infus juga sering dilaporkan kejadiannya sebagai akibat pemasangan infus. Phlebitis *post* infus adalah peradangan pada vena yang didapatkan 48–96 jam setelah pelepasan infus. Faktor yang berperan dengan kejadian phlebitis *post* infus, antara lain:

- a) Teknik pemasangan kateter yang tidak baik.
- b) Pada pasien dengan retardasi mental.
- c) Kondisi vena yang tidak baik.
- d) Pemberian cairan yang hipertonik atau terlalu asam.
- e) Ukuran kateter terlalu besar pada vena yang kecil.

d. Skala Phlebitis

Ada beberapa standar yang digunakan untuk mengukur tingkat keparahan phlebitis (Pujasari, 2007).

1) Menurut Lai,(1998) tingkat phlebitis diidentifikasi sebagai berikut:

Skala 0 : Tidak kemerahan, tidak bengkak lokal, tidak nyeri, tidak hangat dan tidak indurasi.

Skala 1 : Terjadi kemerahan, tidak nyeri, tidak terjadi pembengkakan lokal, tidak hangat dan tidak indurasi.

Skala 2 : Terjadi kemerahan, nyeri, terjadi pembengkakan daerah lokal, tidak hangat dan tidak indurasi.

Skala 3 : Terjadi kemerahan, nyeri, terjadi pembengkakan daerah lokal, hangat dan indurasi kurang dari 7 cm.

Skala 4 : Terjadi kemerahan, nyeri, terjadi pembengkakan daerah lokal, hangat dan indurasi sama atau lebih dari dari 7 cm.

2) *Intravenous Nurse Society*, INA 2006 keparah phlebitis diidentifikasi sebagai berikut:

Skala 0 : Tidak nyeri , tidak kemerahan, tidak oedem, tidak hangat, dan tidak pembengkakan local.

Skala 1 : Terasa nyeri, kemerahan, tidak hangat, tidak terjadi pembengkakan lokal, dan kemungkinan bisa terjadi oedem atau tidak terjadi oedem.

Skala 2 : Terasa nyeri, kemerahan, hangat, tidak terjadi pembengkakan lokal, dan kemungkinan bisa terjadi oedem atau tidak terjadi oedem.

Skala 3 : Terasa nyeri, kemerahan, hangat, terjadi pembengkakan lokal, dan kemungkinan bisa terjadi oedem atau tidak terjadi oedem.

3. Pencegahan Infeksi Nosokomial

a. 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.

b. 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 *hand hygiene* dan menggunakan 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.
- c. Tindakan pencegahan infeksi nosokomial
- 1) *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) merupakan infeksi pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pemakaian ventilasi mekanik baik pipa endotracheal maupun tracheostomi. Beberapa tanda infeksi berdasarkan penilaian klinis pada pasien VAP yaitu demam, takikardi, batuk, perubahan warna sputum. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan peningkatan jumlah leukosit dalam darah dan pada rontgent didapatkan gambaran infiltrat baru atau persisten. Adapun diagnosis VAP ditentukan berdasarkan tiga komponen tanda infeksi sistemik yaitu demam, takikardi dan leukositosis yang disertai dengan gambaran infiltrat baru ataupun perburukan di foto toraks dan penemuan bakteri penyebab infeksi paru. Pencegahan dan Pengendalian VAP sebagai berikut:
 - a) *Hand hygiene* setiap akan melakukan kegiatan terhadap pasien yaitu dengan menggunakan lima momen *Hand hygiene*;

- b) Posisikan tempat tidur antara 30-45° bila tidak ada kontra indikasi misalnya trauma kepala ataupun cedera tulang belakang;
- c) Menjaga kebersihan mulut atau oral hygiene setiap 2-4 jam dengan menggunakan bahan dasar anti septik clorhexidine 0,02% dan dilakukan gosok gigi setiap 12 jam untuk mencegah timbulnya *flaque* pada gigi karena *flaque* merupakan media tumbuh kembang bakteri patogen yang pada akhirnya akan masuk ke dalam paru pasien;
- d) Manajemen sekresi oroparingeal dan trakeal yaitu:
 - (1) *Suctioning* bila dibutuhkan saja dengan memperhatikan teknik aseptik bila harus melakukan tindakan tersebut;
 - (2) Petugas yang melakukan *suctioning* pada pasien yang terpasang ventilator menggunakan alat pelindung diri (APD);
 - (3) Gunakan kateter suction sekali pakai;
 - (4) Tidak sering membuka selang/tubing ventilator;
 - (5) Perhatikan kelembaban pada humidifire ventilator;
 - (6) Tubing ventilator diganti bila kotor;
- e) Melakukan pengkajian setiap hari ‘sedasi dan extubasi’:
 - (1) Melakukan pengkajian penggunaan obat sedasi dan dosis obat tersebut;

- (2) Melakukan pengkajian secara rutin akan respon pasien terhadap penggunaan obat sedasi tersebut. Bangunkan pasien setiap hari dan menilai responnya untuk melihat apakah sudah dapat dilakukan penyapihan modus pemberian ventilasi;
- f) *Peptic ulcer disease Prophylaxis* diberikan pada pasien-pasien dengan risiko tinggi;
 - g) Berikan *Deep Vein Trombosis (DVT) Prophylaxis*;
- 2) Mencegah Infeksi Aliran Darah Pulmonal (IADP)/Phlebitis
- Melakukan prosedur *hand hygiene* dengan menggunakan sabun dan air atau cairan antiseptik berbasis alkohol, pada saat antara lain:
- a) Sebelum dan setelah meraba area insersi kateter;
 - b) Sebelum dan setelah melakukan persiapan pemasangan intra vena;
 - c) Sebelum dan setelah melakukan palpasi area insersi;
 - d) Sebelum dan setelah memasukan, mengganti, mengakses, memperbaiki atau dressing kateter;
 - e) Ketika tangan diduga terkontaminasi atau kotor;
 - f) Sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan invasive;
 - g) Sebelum menggunakan dan setelah melepas sarung tangan.
- 3) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Kemih (ISK):

- a) Pemasangan urine kateter digunakan hanya sesuai indikasi. Pemasangan kateter urine digunakan hanya sesuai indikasi yang sangat diperlukan seperti adanya retensi urine, obstruksi kandung kemih, tindakan operasi tertentu, pasien *bedrest*, monitoring urine *out put*. jika masih dapat dilakukan tindakan lain maka pertimbangkan untuk pemakaian kondom atau pemasangan intermitten. Lepaskan kateter urine sesegera mungkin jika sudah tidak sesuai indikasi lagi;
- b) Lakukan *hand hygiene* dengan mematuhi 6 (enam) langkah melakukan kebersihan tangan, untuk mencegah terjadi kontaminasi silang dari tangan petugas saat melakukan pemasangan urine kateter;
- c) Teknik insersi perlu dilakukan untuk mencegah kontaminasi bakteri pada saat pemasangan kateter dan gunakan peralatan steril dan sekali pakai pada peralatan kesehatan sesuai ketentuan;
- d) Pengambilan spesimen gunakan sarung tangan steril dengan tehnik aseptic;
- e) Pemeliharaan kateter urine pasien dengan menggunakan kateter urine seharusnya dilakukan perawatan kateter dengan mempertahankan kesterilan sistim drainase tertutup, lakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah memanipulasi kateter, hindari sedikit mungkin melakukan buka tutup urine

kateter karena akan menyebabkan masuknya bakteri, hindari meletakkannya di lantai, kosongkan urine bag secara teratur dan hindari kontaminasi bakteri;

- f) Melepaskan kateter, sebelum membuka kateter urine keluarkan cairan dari balon terlebih dahulu, pastikan balon sudah mengempes sebelum ditarik untuk mencegah trauma, tunggu selama 30 detik dan biarkan cairan mengalir mengikuti gaya gravitasi sebelum menarik kateter untuk dilepaskan.

4. *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 antisepsis 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 berbasis 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

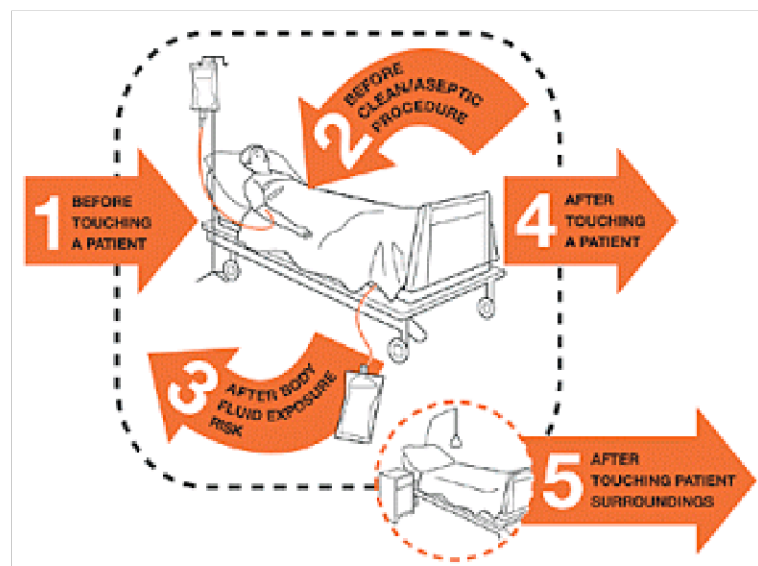
b. Tujuan *Hand Hygiene*

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).

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 *hand hygiene* yaitu:



Gambar 2.1 5 (Lima) moment hand Hygiene
Sumber: WHO (*World Health Organization*) 2009

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.

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 gunakan air panas untuk membilas tangan;
- 3) Setelah *handrub* atau *handwash*, biarkan tangan benar-benar kering sebelum memakai sarung tangan;
- 4) Jangan memakai kuku buatan atau ekstender ketika kontak langsung dengan pasien;
- 5) 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 *hand hygiene*, 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 pertumbuhan;
- e) Tidak mengakibatkan iritasi kulit;
- f) Tidak menyebabkan alergi;
- g) Efektif sekali pakai, tidak perlu diulang-ulang;
- h) 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*.

Berikut gambar 2.2 tentang prosedur *hand hygiene* yang tepat dengan 6 langkah menggunakan berbasis alcohol (*handrub*)



**Gambar 2.2 6 (enam) langkah Hand Hygiene dengan berbasis alkohol Handrub
Sumber: (WHO 2009)**

Pada gambar 2.2 prosedur 6 langkah *hand hygiene* dengan menggunakan antiseptik berbasis alkohol dimulai dengan menuangkan antiseptik ke tangan (point 1a dan 1b), kemudian barulah dimulai dengan gerakan awal pada point 2. Setelah gerakan 6 langkah selesai dengan waktu 20-30 detik, barulah tangan tampak bersih (point 8)

Berikut gambar 2.3 tentang prosedur *hand hygiene* yang tepat dengan 6 langkah menggunakan sabun cair (*handwash*)



Gambar 2.3 (enam) 6 langkah Hand Hygiene dengan menggunakan sabun cair (Handwash) Sumber: WHO 2009

Pelaksanaan *handwash* dimulai dengan membuka kran dan membasahi kedua telapak tangan, (terlihat pada gambar 2.3 point 0) menuangkan sabun cair 3-5 cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan, (terlihat pada gambar 2.3 point 1). 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:

- 1) Telapak tangan; gosok kedua telapak tangan;
- 2) Punggung tangan; gosok punggung dan sela-sela jari sisi luar tangan kiri dan sebaliknya;
- 3) Sela-sela jari, gosok telapak tangan dan sela-sela jari sisi dalam;
- 4) KunCi; jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci;
- 5) Putar; gosok ibu jari tangan kiri dan berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya;
- 6) 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.

Pada gambar 2.3 pelaksanaan *handwash* pada point 8, 9, 10,dan 11 disana menjelaskan setelah langkah terakhir *hand hygiene* dilanjutkan dengan membasuh tangan dengan air mengalir (point 8), mengeringkan tangan dengan tissue, atau kain lap sekali pakai (poin 9), dan menutup kran dengan siku atau bekas kertas tisu yang masih ditangan (point 10), dan (point 11) menunjukkan tangan sudah bersih.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat melaksanakan *hand hygiene*

a. Faktor predisposisi (*Predisposing Factors*)

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.

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:

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

Allport juga membagi sikap menjadi 4 tingkatan yakni:

- a) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

- b) Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

- c) 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.

- d) 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.

b. Faktor pendukung (*Enabling Factor*)

Yang menjadi faktor pendukung kepatuhan dalam melaksanakan *hand hygiene* adalah 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 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.

c. Faktor pendorong (*Reinforcing Factors*)

1) Motivasi

a) 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. Menurut Sunaryo, (2008) motif merupakan suatu penerak, keinginan, rangsangan motif atau motivasi berasal dari kata latin "*Moreve*" yang berarti dorongan dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku pengertian motivasi tidak terlepas dari kebutuhan. Kebutuhan adalah suatu potensi dalam diri manusia yang perlu di tanggap atau di respon (Notoatmojo, 2010) motivasi menurut Stoner dan freman adalah karakteristik psikologi manusia yang memberikan kontribusi hasrat, pembangkit tenaga dan dorongan dalam diri manusia yang menyebabkan mereka, berbuat sesuatu secara singkat dalam diri individu yang menyadari atau menentukan perilaku individu, kata lain Motif adalah energi dasar yang terdapat dalam diri individu dan menentukan individu dan menentukaan perilaku dan memberi tujuan dan arah kepada perilaku manusia. Di kalangan para ahli muncul berbagai pendapat tentang motivasi.

Meskipun demikian, ada juga semacam kesamaan pendapat yang dapat ditarik mengenai pengertian 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 (Notoadmodjo, 2010).

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

b) 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:

(1) Motivasi intrinsik bermakna sebagai keinginan dari diri

sendiri untuk bertindak tanpa adanya rangsangan dari luar.

Motivasi intrinsik akan mendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan serta memberi kejegan dalam belajar, kebutuhan, harapan, dan minat dan sebagainya.

(2) Motivasi ekstrinsik dijabarkan sebagai motivasi yang

datang dari luar individu yang tidak dapat dikendalikan oleh individu.

c) Klasifikasi Motivasi

(1) Motivasi kuat

Motivasi dikatakan kuat apabila dalam diri seseorang dalam kegiatan-kegiatan sehari-hari memiliki harapan yang positif, mempunyai harapan yang tinggi, dan memiliki keyakinan yang tinggi bahwa penderita akan menyelesaikan pengobatannya tepat pada waktu yang telah ditentukan.

(2) Motivasi sedang

Motivasi dilakukan sedang apabila dalam diri manusia memiliki keinginan yang positif, mempunyai harapan yang tinggi, namun memiliki keyakinan yang rendah bahwa dirinya dapat bersosialisasi dan mampu menyelesaikan persoalan yang dihadapi.

(3) Motivasi lemah

Motivasi dikatakan lemah apabila di dalam diri manusia memiliki harapan dan keyakinan yang rendah, bahwa dirinya dapat berprestasi. Misalnya bagi seseorang dorongan dan keinginan mempelajari pengetahuan dan keterampilan baru merupakan mutu kehidupannya maupun mengisi waktu luangnya agar lebih produktif dan berguna (Irwanto, 2008).

d) Sumber Motivasi

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

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

e) Pengukuran Motivasi

Motivasi tidak dapat diobservasi secara langsung namun harus diukur. Pada umumnya, yang banyak diukur adalah motivasi sosial dan motivasi biologis. Ada beberapa cara untuk mengukur motivasi yaitu dengan 1) tes proyektif, 2) kuesioner, dan 3) perilaku. (Notoadmodjo, 2010)

(1) Tes Proyektif

Apa yang kita katakan merupakan cerminan dari apa yang ada dalam diri kita. Dengan demikian untuk memahami apa yang dipikirkan orang, maka kita beri stimulus yang harus diinterpretasikan. Salah satu teknik proyektif yang banyak

dikenal adalah *Thematic Apperception Test* (TAT). Dalam test tersebut klien diberikan gambar dan klien diminta untuk membuat cerita dari gambar tersebut. Dalam teori Mc Leland dikatakan, bahwa manusia memiliki tiga kebutuhan yaitu kebutuhan untuk berprestasi (*n-ach*), kebutuhan untuk *power* (*n-power*), kebutuhan untuk berafiliasi (*n-aff*). Dari isi cerita tersebut kita dapat menelaah motivasi yang mendasari diri klien berdasarkan konsep kebutuhan diatas. (Notoatmodjo, 2010).

(2) Kuisisioner

Pengukuran motivasi menggunakan kuisisioner dengan skala *Likert* yang berisi pernyataan-pernyataan terpilih dan telah diuji validitas dan realibilitas.

(a) Pernyataan Positif (*Favorable*)

- Sangat setuju (SS) jika responden sangat setuju dengan pernyataan kuisisioner yang diberikan melalui jawaban kuisisioner diskor 4;
- Setuju (S) jika responden setuju dengan pernyataan kuisisioner yang diberikan melalui jawaban kuisisioner diskor 3;
- Tidak setuju (TS) jika responden tidak setuju dengan pernyataan kuisisioner yang diberikan melalui jawaban kuisisioner diskor 2;

- Sangat tidak setuju (STS) jika responden sangat tidak setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 1.

(b) Pernyataan negative (*Unfavorable*)

- Sangat setuju (SS) jika responden sangat setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 1;
- Setuju (S) jika responden setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 2;
- Tidak setuju (TS) jika responden tidak setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 3;
- Sangat tidak setuju (STS) jika responden sangat tidak setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 4.

Kriteria motivasi dikategorikan menjadi:

- Motivasi responden tinggi jika nilai $T \geq 50$
- Motivasi responden rendah jika nilai $T \leq 50$

(Nuraeni, 2010)

(3) Observasi perilaku

Cara lain untuk mengukur motivasi adalah dengan membuat situasi sehingga klien dapat memunculkan

perilaku yang mencerminkan motivasinya. Misalnya, untuk mengukur keinginan untuk berprestasi, klien diminta untuk memproduksi origami dengan batas waktu tertentu. Perilaku yang diobservasi adalah, apakah klien menggunakan umpan balik yang diberikan, mengambil keputusan yang berisiko dan mementingkan kualitas dari pada kuantitas kerja. (Notoatmodjo, 2010).

2) Supervisi kepala ruangan

Supervisi adalah suatu proses kemudahan untuk penyelesaian tugas-tugas keperawatan (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).

Berdasarkan pemaparan diatas peneliti mengangkat motivasi yang menjadi faktor yang berhubungan dengan

kepatuhan *hand hygiene* oleh perawat. Hal ini didukung oleh beberapa penelitian fedi sudrajat (2015) yang berjudul “Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* sebelum tindakan keperawatan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen” yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara sikap dengan kepatuhan dalam pelaksanaan *hand hygiene*. Penelitian juga dilakukan oleh Rizka Amalia, dkk (2016) yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan tenaga kesehatan melakukan cuci tangan di RSUP Kariadi Semarang” yang menyatakan tidak ada hubungan antara pengetahuan, ketersediaan fasilitas, dan pengawasan pimpinan, dengan kepatuhan dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

6. Kepatuhan

a. Pengertian kepatuhan

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (1999) dalam Arfianti (2010), kepatuhan didefinisikan sebagai kesetiaan, ketaatan atau loyalitas. Kepatuhan yang dimaksud disini adalah ketaatan dalam melakukan *hand hygiene* sesuai dengan indikasi dan tata cara yang benar. Menurut Smet (1994) dalam Arfianti (2010).

Kepatuhan adalah tingkat seseorang melaksanakan suatu cara atau berperilaku sesuai dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya. Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas yang dapat diamati langsung dan tidak langsung (Sunaryo,2004).

Perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Berarti rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi tertentu (Notoatmodjo, S. Cit.Sunaryo, 2004).

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).

- b. Strategi meningkatkan kepatuhan *hand hygiene*:
 - 1) Sediakan *handrub* dipintu masuk ruang rawat atau disisi tempat tidur pasien;
 - 2) Penyuluhan petugas secara teratur tentang pentingnya *hand hygiene*, kapan dan cara melakukan dengan benar;
 - 3) Pasang poster prosedur cara mencuci tangan dengan air atau dengan alkohol *handrub*;
 - 4) Monitoring kepatuhan pada petugas dan memberi umpan balik sehingga dapat meningkatkan kepatuhan *hand hygiene*;
 - 5) Evaluasi kepatuhan *hand hygiene*;
- c. Pengukuran kepatuhan

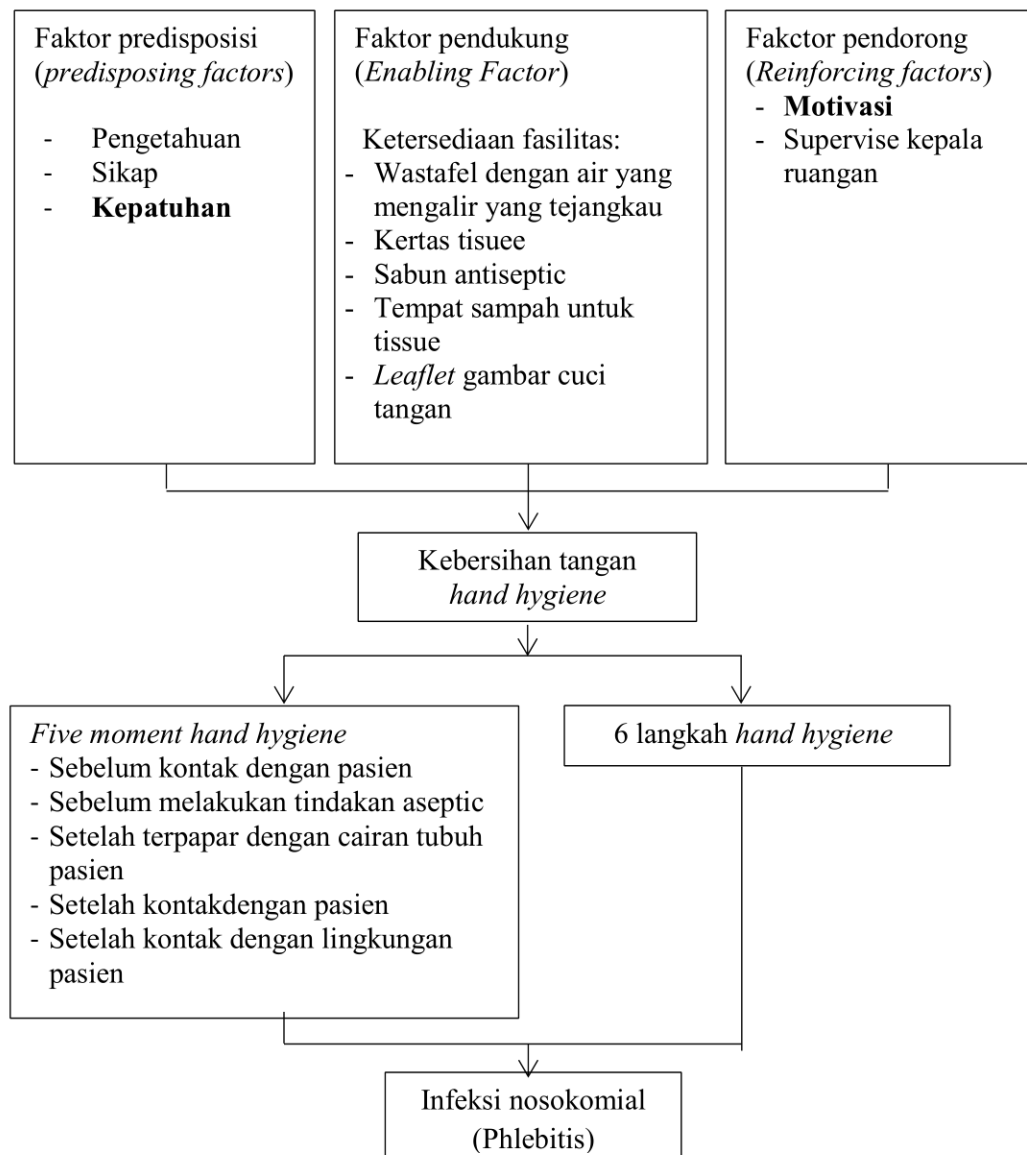
Pengukuran kepatuhan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responde kedalam tingkat pengetahuan

yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan dari kepatuhan tersebut. Tingkat kepatuhan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kuantitatif, yaitu (Natasia, 2014).

1) Patuh : bila $(x) \geq 50\%$ dari nilai skor total

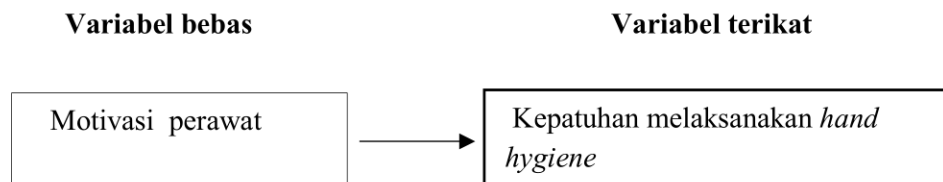
2) Kurang patuh : bila $< 50\%$ dari nilai skor total

B. KERANGKA TEORI



Skema 2.1 Kerangka Teori menurut Teori Lawrence Green (1980) : Faktor *Predisposing, Enabling* dan *Reinforcing* yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *Hand Hygiene* Sumber *Notoadmojo: (2010) dan WHO (2009)*.

C. KERANGKA KONSEP



Skema 3.2 Kerangka Konsep

D. HIPOTESIS

- Ha. Ada hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat melaksanakan *hand hygiene* sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Aulia Hospital Tahun 2019.
- Ho. Tidak ada hubungan antara motivasi dengan kepatuhan perawat melaksanakan *hand hygiene* sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Aulia Hospital Tahun 2019.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

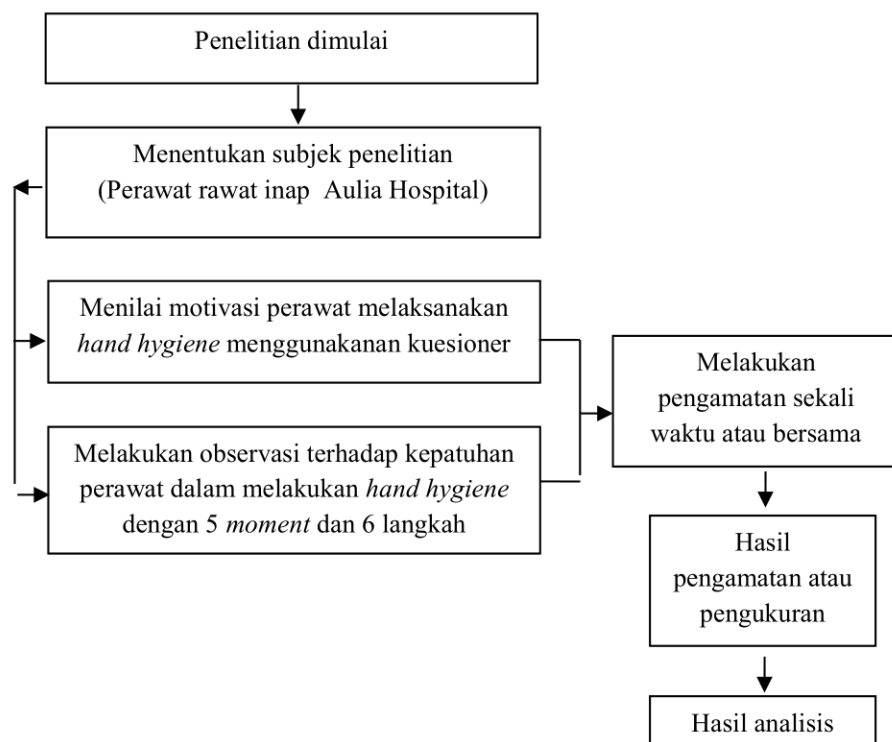
A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode observasi analitik ,yaitu dengan mencari hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat yang analisisnya untuk menentukan ada tidaknya hubungan antara variabel sehingga perlu disusun hipotesisnya, 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 hubungan motivasi dengan kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* sebagai tindakan pencegahan infeksi nosokomial di Aulia Hospital pekanbaru tahun 2019.

1. Rancangan penelitian

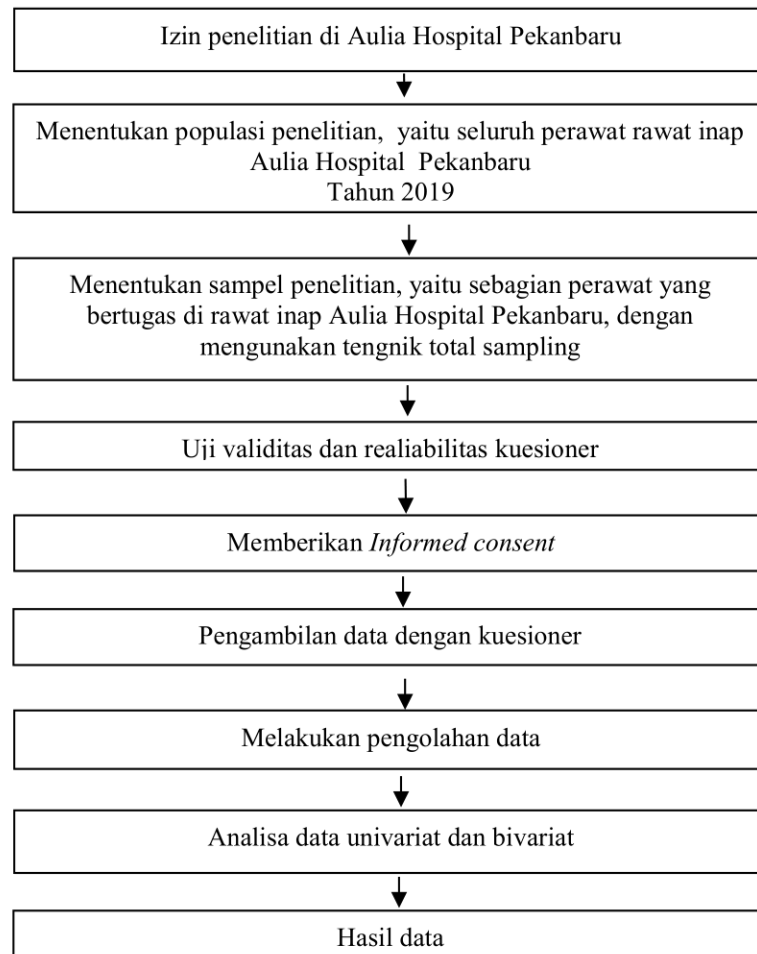
Rancangan penelitian merupakan pedoman yang disusun secara sistematis dan logis dengan desain *cross sectional*. Rancangan penelitian ini dapat disajikan pada skema 3.1



Skema 3.1 Rancangan penelitian

2. Alur penelitian

Penelitian ini menjelaskan tentang tahapan-tahapan yang dilakukan dalam penelitian. Adapun alur penelitian dapat disajikan pada skema 3.2 sebagai berikut:



Skema 3.2 Alur Penelitian

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Zulaikha, Naimah, Zaidar, dan Joebhar Aulia Hospital Pekanbaru, karena berdasarkan hasil *surveylant* Komite PPI Aulia Hospital angka kepatuhan *hand hygiene* perawat di rawat inap jauh kurang dari standar yang telah ditetapkan oleh Komite PPI rumah sakit yaitu 100 % dibanding dengan unit lainnya.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai dari tanggal 25 Maret 2019 sampai dengan tanggal 5 April 2019.

C. Populasi, Sampel Dan Teknik Sampling

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoadmodjo, 2012). Adapun yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat ruangan rawat inap yang bekerja di aulia Hospital. Total populasi sebanyak 47 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang mewakili suatu populasi tersebut (Saryono, 2011), yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah sebagian perawat yang bertugas di ruangan rawat inap. Karena kebetulan jumlah seluruh perawat di rawat inap hanya berjumlah 47 orang, maka seluruh populasi di jadikan sampel.

3. Teknik sampling

Penelitian ini menggunakan Teknik total sampling, semua anggota populasi menjadi sampel. Subjek penelitian yang dijadikan sebagai sampling harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Perawat diruang rawat inap Zulaikha, Naimah, Zaidar, dan Joebhar Aulia Hospital.
- 2) Karyawan kontrak dan karyawan tetap yang berbasis pendidikan DIII dan S1 Keperawatan.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Perawat diruang rawat inap Zulaikha, Naimah, Zaidar, dan Joebhar Aulia Hospital yang sedang menjalankan tugas belajar lebih kurang 2 bulan, sedang cuti yang lebih kurang 2 bulan, dan sedang sakit.
- 2) Perawat yang mengalami luka ditangan sehingga tidak bisa melakukan tindakan keperawatan.
- 3) Perawat rawat inap yang tidak bersedia menjadi responden.

4. Jumlah Sampel

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 47 perawat, yang terdiri dari: 15 orang perawat rawat inap Zulaikha, 12 orang perawat rawat inap ruang Naimah, 12 orang perawat ruangan Zaidar, dan 8 orang perawat ruangan Joebhar.

D. Etika Penelitian

Untuk melakukan penelitian ini sebelumnya peneliti mendapatkan rekomendasi dari Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai permohonan izin penelitian dan pengambian data kepala manajemen Aulia Hospital Pekanbaru, setelah mendapatkan persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian yang meliputi:

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari riset yang dilakukan, serta dampak yang mungkin terjadi setelah pengumpulan data. Jika responden bersedia menjadi sampel penelitian, maka mereka harus menanda tangani lembar persetujuan tersebut. Namun jika responden menolak untuk jadi sampel, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap akan menghormati hak-hak nya.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, namun disini hanya menggunakan inisial responden.

3. Kerahasiaan (*condentyality*)

Kerahasiaan informasi dari responden dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Kuesioner data yang digunakan pada penelitian ini adalah lembar observasi tentang kepatuhan *hand hygiene* dengan baik yaitu 6 langkah *hand hygiene* dan *five moment hand hygiene* berdasarkan WHO (*World Health Organization*).

E. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini bersumber dari data primer. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari responden. Untuk penilaian terhadap kepatuhan perawat melaksanakan *hand hygiene* peneliti melakukan metode observasi. Perawat dikatakan patuh apabila melaksanakan *hand hygiene* enam langkah di lima *moment*. Jika salah satu saja tidak dilakukan oleh responden, maka itu dimasukkan dalam kategori tidak patuh, sementara untuk penilaian motivasi perawat terhadap *hand hygiene*, peneliti menggunakan kuesioner, kusioner terdiri dari 20 pernyataan dimana terdapat 10 pernyataan positif (*Favorable*) dan 10 pernyataan negatif (*Unfavorable*). Kuesioner ini menggunakan empat kategori yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS), dengan nilai 4,3,2,1 pada pernyataan positif dan 1,2,3,4 untuk pernyataan negatif.

F. Uji Validitas dan Realiabilitas

Sebelum penelitian dilakukan, instrumen yang digunakan untuk mengambil data yang sebenarnya, terlebih dahulu dilakukan uji coba /*tryout* instrumen, untuk mengetahui tingkat kesahihan (*validitas*) dan keandalan (*reliabilitas*). Suharsimi Arikunto (2010 :228) menyatakan bahwa tujuan uji coba instrumen yang berhubungan dengan kualitas adalah upaya untuk mengetahui validitas dan reliabilitas. Suatu instrumen itu valid, apabila dapat mengukur apa yang hendak diukur. Sedangkan tinggi reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen tersebut dapat mengukur apa yang dimaksud dalam menjawab pertanyaan atau pernyataan diantara subjek.

Data yang baik adalah data yang sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan data tersebut bersifat tetap dan dapat dipercaya. Data yang sesuai dengan kenyataannya disebut data valid dan data yang dipercaya disebut dengan data reliabel. Agar dapat diperoleh data yang valid dan reliabel, maka instrumen atau kuesioner penilaian yang digunakan untuk mengukur objek yang akan dinilai memiliki bukti validitas dan reliabilitas. Penelitian tentang motivasi perawat dalam melaksanakan *hand hygiene* menggunakan kuesioner yang sudah dilakukan ujicoba untuk mengetahui tingkat validitas (kesahihan) dan reliabilitas (keandalan).

Sebelum alat ukur ini digunakan maka penulis telah melakukan uji validitas dan realiabilitas terhadap kuesioner yang telah disebarakan kepada responden yaitu perawat rawat inap RS. Sansani Pekanbaru yang memenuhi kriteria yang sama sebagai responden yang diteliti dengan jumlah responden

20 orang. Instrument penelitian ni telah diuji validitasnya menggunakan *content validity* dengan 20 pertanyaan , dan dari ke 20 pertanyaan tersebut dinyatakan valid. Dan pertanyaan yang valid dilakukan uji reliabilitas dengan teknik *cronbach's alfa*. Didapatkan nilai *koofisien alpha* pada pengujian reliabilitas 0,882 maka instrument penelitian tersebut sangat reliabel, dengan kriteria reliabilitasnya adalah:

1. Tidak reliabel : 0,00 - 0,09
2. Sangat kurang reliabel: 0,10 – 0,19
3. Kurang reliabel : 0,20 – 0,30
4. Cukup reliabel : 0,31 – 0,70
5. Sangat reliabel : 0,70 – 1,00

G. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan data yang akan dilakukan dalam penelitian (Hidayat, 2010).

Penelitian ini menggunakan dua cara pengumpulan data yaitu:

1. Observasi

Pengambilan data dengan observasi, dimana saat responden melakukan tindakan kepasien seperti pemasangan infus, *redressing* infus, mengaplus obat, memberikan therapi injeksi, mengganti cairan infus dan lain sebagainya, peneliti mengobservasi atau mengamati aktifitas yang dilakukan oleh responden pada saat itu dengan skala penilaian yang melakukan *hand hygiene* dengan lima *moment* dan enam langkah dengan yang tidak melakukan. Peneliti melakukan observasi dan

melakukan pencatatan mengenai kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* ketika responden sedang sedang dinas.

2. Wawancara tidak langsung

Wawancara tidak langsung adalah cara pengumpulan data dengan membuat daftar pertanyaan tertulis yang diisi oleh responden dalam bentuk angket.

H. Definisi Operasional

Variable	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel Dependen				
Kepatuhan perawat dalam melakukan <i>hand hygiene</i>	Tindakan nyata yang dilakukan oleh perawat secara langsung dalam melakukan <i>hand hygiene</i> di 5 <i>moment</i> dengan 6 langkah <i>hand hygiene</i>	Observasi	0. Tidak Patuh jika salah satu langkah <i>hand hygiene</i> di lima <i>moment</i> dilakukan 1. Patuh jika dilakukan semua langkah <i>hand hygiene</i> di lima <i>moment</i> .	Ordinal
Variable Independen				
Motivasi	Dorongan perawat dalam menerapkan <i>hand hygiene</i> dengan baik dan benar sesuai dengan prosedur	Kuesioner Skala likers	0. Motivasi rendah, jika mean < 56 1. Motivasi tinggi jika mean ≥ 56	Ordinal

Tabel 3.1 Definisi operasional

I. Teknik Pengolahan Dan Analisa Data

1. Teknik pengolahan data

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

- a. Penyuntingan (*editing*) yaitu memeriksa kembali data yang telah dikumpulkan untuk mengecek pengumpulan data dan kebenaran data, jika ada kekeliruan maka akan diulang;
- b. Pemberian skor (*Scoring*) yaitu data yang terkumpul diberi kode-kode skor pada jawaban yang telah diberikan sesuai dengan pedoman untuk mempermudah penilaian pada setiap pertanyaan;
- c. Pengkodean (*coding*) yaitu data yang terkumpul diberi kode-kode tertentu untuk memudahkan pengolahan data;
- d. Memasukan data (*entry*) yaitu mengisi kolom-kolom lembar kode yang telah diberikan sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan;
- e. Tabulasi (*tabulating*) yaitu data disusun dalam bentuk tabel kemudian dianalisis.

2. Analisis Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian yaitu dengan analisis univariat (*analisis deskriptif*) dan analisis bivariat.

a. 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):

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

b. Analisa 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:

- a. Jika nilai $p\text{-value} \leq \alpha$, maka dikatakan H_a diterima. Penarikan kesimpulan yaitu ada hubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*;
- b. Jika nilai $p\text{-value} > \alpha$, maka dikatakan H_0 diterima. Penarikan kesimpulan yaitu tidak ada hubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*;

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*:

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

Interpretasi:

PR : Menunjukkan bahwa faktor risiko yang diteliti bukan merupakan faktor yang menyebabkan terjadinya efek.

RR : Menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan melainkan bersifat protektif dan pencegah risiko.

OR : Menunjukkan bahwa faktor risiko tersebut menyebabkan efek.