



**GAMBARAN KEPATUHAN *HAND HYGIENE* KELUARGA PASIEN
PERAWATAN INTENSIF DALAM MENCEGAH TERJADINYA
*HAI*s DI RSU Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

SKRIPSI

Oleh

Reka Wage Puspitasari

NIM 162310101103

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2020



**GAMBARAN KEPATUHAN *HAND HYGIENE* KELUARGA PASIEN
PERAWATAN INTENSIF DALAM MENCEGAH TERJADINYA
*HAI*s DI RSU Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

SKRIPSI

Diajukan guna untuk melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pembelajaran di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

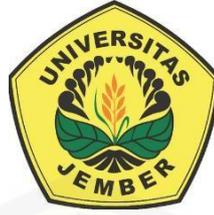
Oleh

Reka Wage Puspitasari

NIM 162310101103

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2020



**GAMBARAN KEPATUHAN *HAND HYGIENE* KELUARGA PASIEN
PERAWATAN INTENSIF DALAM MENCEGAH TERJADINYA
*HAI*s DI RSUD Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

SKRIPSI

Oleh

**Reka Wage Puspitasari
NIM 162310101103**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB

PERSEMBAHAN

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas segala rahmat dan ridho-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif dalam Mencegah Terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso”. Skripsi ini peneliti persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua yang sangat saya cintai Ayah Marsuki, S.Pd dan Ibu Wahyu Rohana, A.Ma.Pd. serta kakak saya Daru Suprantoko, A.Md.Kep. yang telah menjadi penyemangat terbesar dalam hidup saya dan telah memberikan dorongan serta doanya demi terselesaikannya skripsi ini;
2. Almamater dan seluruh dosen beserta staf Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah berkenan memberikan ilmu, pengalaman, serta mempermudah peneliti dalam mengurus surat-surat yang dibutuhkan dalam proses penelitian;
3. Sahabat yang selalu setia menemani saya, Ila Munazilatul Chasanah, Dian Novita Anggraeni, Falita Raudina Manzilina, serta Renaldi Usman Hanif yang telah membantu, menasihati serta yang selalu mendukung saya dalam proses pembuatan skripsi ini;
4. Seluruh teman Fakultas Keperawatan Universitas Jember terutama angkatan 2016 kelas F yang telah setia menemani dan membantu saya dari semester 1 hingga kini serta selalu menjadi penyemangat selama penyusunan skripsi ini.

MOTTO

“Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum

Hingga mereka mengubah diri mereka sendiri”

(QS. Ar-Ra’d: 11)



*) Usmani, R. 2016. Al-Quranulkarim. Terjemah Tematik & Tajwid Berwarna. Bandung: Cordoba.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Reka Wage Puspitasari

TTL : Bondowoso, 26 September 1997

NIM : 162310101103

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif dalam Mencegah Terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Jember, Juli 2020

Yang menyatakan,



Reka Wage Puspitasari

NIM 162310101103

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif dalam Mencegah Terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso” karya Reka Wage Puspitasari telah diuji dan disahkan pada:

Hari, tanggal : Selasa, 28 Juli 2020

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19800412 200604 1 002



Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 19810319 201404 1 001

Penguji I

Penguji II



Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19820314 200604 2 002



Ns. Akhmad Zainur Ridla, S.Kep., MAdvN
NIP. 760019007

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lili Sulistyorini, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19780323 200501 2 002

Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif dalam Mencegah Terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso (*The Overview of Hand Hygiene Compliance in Patient's Family in Intensive Care Room in Preventing the Occurrence of HAIs at General Hospital of Dr. H. Koesnadi Bondowoso*)

Reka Wage Puspitasari

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Hospitals are the riskiest places for the occurrence of Healthcare-Associated Infections (HAIs) due to the cross-transmission of microorganisms associated with low hand hygiene behavior of the patient's family, including in the intensive care room. This study aims to find out the overview of hand hygiene compliance of the patient's family in intensive care room in preventing the occurrence of HAIs at General Hospital of Dr. H. Koesnadi Bondowoso. The research method used was descriptive exploratory. Purposive sampling was used with a total of 83 respondents who were observed using the observation sheet of hand hygiene compliance by WHO (2009). The results showed that 63,9% of respondents were compliant with a compliance score of $\geq 50\%$ for each. Based on the 5 moments of hand hygiene performed, the highest compliance was at the moment before coming into contact with the patient and before performing the clean/sterile procedure. The compliance was influenced by several factors such as knowledge, attitudes, motivation, and environment. Improving knowledge and hand hygiene compliance are expected to continue to perform by the hospital to minimize the risk of HAIs.

Keywords: *Hand hygiene, Compliance, HAIs*

RINGKASAN

Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif dalam Mencegah Terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso (Tahun 2020); Reka Wage Puspitasari 162310101103; 2020; xix + 117; Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene* menjadi salah satu elemen penting dalam mencegah terjadinya infeksi yang berada di rumah sakit salah satunya HAIs. Perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit sangat berpengaruh terhadap timbulnya HAIs terutama dalam penerapan *hand hygiene*. Mumpungtiaras dkk (2018) mengatakan bahwa kebersihan tangan dapat melindungi pasien terhadap timbulnya HAIs di lingkungan rumah sakit. Salah satu langkah untuk mencegah perkembangbiakan mikroorganisme yaitu dengan melakukan *hand hygiene* yang benar sesuai dengan 6 langkah dan 5 momen dalam melakukan *hand hygiene* (WHO, 2009). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang tersebut diantaranya ialah pengetahuan, sikap, motivasi dan juga lingkungan (Ta'adi dkk, 2019). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kepatuhan *hand hygiene* keluarga pasien perawatan intensif dalam mencegah terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Penelitian ini dilakukan di ruang ICU dan ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso pada bulan Februari hingga Maret 2020. Jenis penelitian menggunakan desain penelitian deskriptif eksploratif dengan variabel independent yaitu kepatuhan *hand hygiene* pada keluarga pasien. Penentuan sampel yaitu pada keluarga pasien perawatan *Intensive Care Unit* menggunakan *purposive sampling* dengan sampel sebanyak 83 responden di ruang (ICU dan ICCU). Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 53 responden mendapatkan nilai $\geq 50\%$ yang berarti patuh dan terdapat 30 responden mendapatkan nilai $< 50\%$ yang berarti tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene*. Penilaian tingkat kepatuhan berdasarkan 5 momen dalam melakukan *hand hygiene* sesuai dengan ketentuan WHO tahun 2009. Kelima momen tersebut dilakukan setiap kesempatan yang ada

sesuai dengan 6 langkah dalam melakukan *hand hygiene* baik melalui *Handrub* ataupun *Handwash*. Dari kelima momen tersebut, didapatkan nilai kepatuhan tertinggi berada pada momen sebelum bersentuhan dengan pasien dan sebelum melakukan prosedur bersih/steril yaitu sebesar (69,9%).

Kebersihan tangan menjadi penting terutama bagi keluarga pasien yang sedang dirawat di ruang intensif karena risiko terjadinya infeksi paling tinggi di rumah sakit yaitu berada pada perawatan ruang *Intensive Care Unit* (ICU). Pasien yang sedang menjalani perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU) memiliki resiko tinggi terkena HAIs dan seringkali disebut sebagai episentrum infeksi jika dibandingkan dengan perawatan di ruang rawat biasa, karena pasien dalam ruang intensif sangat rentan terhadap infeksi akibat kondisi *immunocompromised* (Kurniawati, 2015). Tidak bisa dipungkiri bahwa keluarga dan pasien di ICU juga memiliki kebutuhan dasar untuk saling bertemu, terutama keinginan untuk selalu berada di dekat pasien. Oleh karena itu untuk mencegah terjadinya HAIs yang bisa terjadi kepada siapapun baik petugas kesehatan, keluarga bahkan pasien itu sendiri, keluarga juga harus tetap menjaga *hand hygiene* mereka terutama saat keluar masuk ruang ICU (Meida, 2016).

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah bahwa sebagian besar keluarga pasien perawatan intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso menunjukkan perilaku patuh dalam melakukan *hand hygiene*, dan untuk mempertahankan perilaku positif tersebut, diharapkan manajemen RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso terus meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan keluarga pasien dalam melakukan *hand hygiene* demi mencegah terjadinya HAIs di lingkungan rumah sakit.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas segala rahmat dan ridho-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif dalam Mencegah Terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Dalam menyusun skripsi ini peneliti tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu peneliti menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ns. Anisah Ardiana, S.Kep., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Bapak Murtaqib, S.Kp., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan arahan dan dukungan kepada saya agar bisa lulus dengan tepat waktu dan selalu membantu saya selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan dukungan, arahan, kelancaran, serta kesabaran dan keikhlasannya dalam membimbing saya selama proses penyusunan skripsi ini;
4. Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep. dan Ns. Akhmad Zainur Ridla, S.Kep., MAdvN selaku penguji I dan II yang telah memberikan masukan serta bimbingan demi terselesaikannya skripsi ini hingga akhir;
5. Kedua orang tua saya yaitu Ayah Marsuki, S.Pd dan Ibu Wahyu Rohana, A.Ma.Pd. serta kakak saya Daru Suprantoko, A.Md.Kep. yang telah menjadi penyemangat terbesar dalam hidup saya dan telah memberikan dorongan serta doanya demi terselesaikannya skripsi ini;
6. Almamater dan seluruh dosen beserta staf Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah berkenan memberikan ilmu, pengalaman, serta mempermudah peneliti dalam mengurus surat-surat yang dibutuhkan peneliti selama menempuh studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;

7. Seluruh teman Fakultas Keperawatan Universitas Jember terutama angkatan 2016 kelas F yang telah setia menemani dan membantu saya dari semester 1 hingga kini serta selalu menjadi penyemangat dalam hidup saya;
8. Dan semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu per satu yang turut membantu dan mendukung demi terselesaikannya skripsi ini.

Peneliti menyadari adanya kekurangan dari skripsi ini. Untuk itu, saran dan kritik dari pembaca akan sangat membantu demi kesempurnaan skripsi ini kedepannya. Peneliti berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi pengembangan praktik bagi ilmu keperawatan.

Jember, Juni 2020

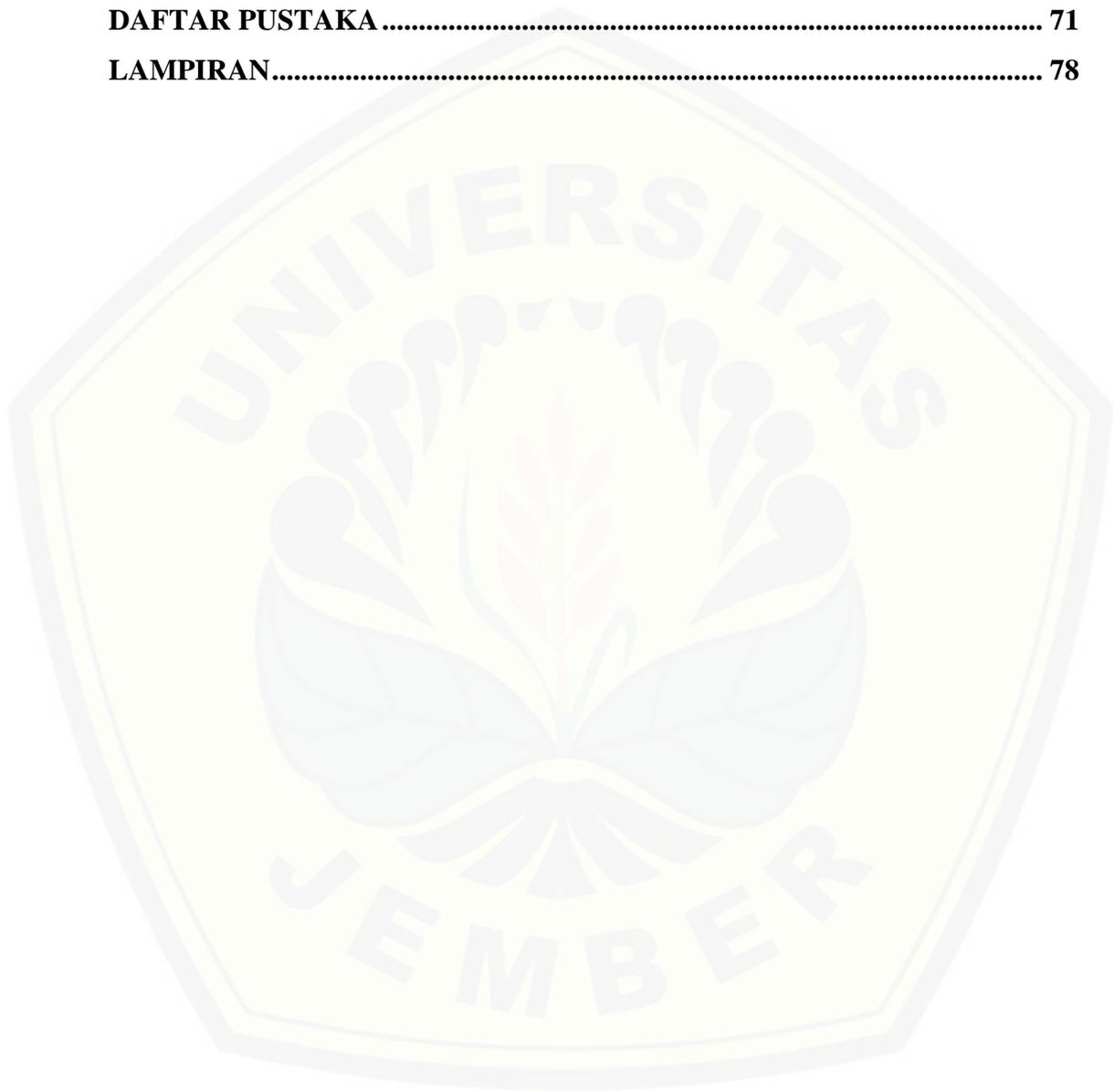
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	ii
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBING	iii
PERSEMBAHAN	iv
MOTTO	v
PERNYATAAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Bagi Peneliti.....	5
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan.....	6
1.4.3 Bagi peneliti selanjutnya.....	6
1.4.4 Bagi Instansi Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso	6
1.4.5 Bagi Responden (Keluarga ICU).....	6
1.5 Keaslian Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8

2.1 Kepatuhan	8
2.1.1 Definisi Kepatuhan	8
2.1.2 Klasifikasi Kepatuhan.....	8
2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan.....	9
2.2 Keluarga	13
2.2.1 Definisi Keluarga.....	13
2.2.2 Struktur Keluarga.....	14
2.2.3 Peran Keluarga.....	15
2.2.4 Fungsi Keluarga.....	16
2.2.5 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan.....	17
2.2.6 Alasan Keluarga Sebagai Unit Pelayanan (Asuhan Keperawatan)	20
2.3 Hand Hygiene	21
2.3.1 Definisi Hand Hygiene	21
2.3.2 Tujuan Hand Hygiene.....	22
2.3.3 Indikasi Hand Hygiene	23
2.3.4 Prosedur 6 Langkah <i>Hand Hygiene</i>	24
2.4 Healthcare-Associated Infections (HAIs)	24
2.4.1 Definisi HAIs.....	24
2.4.2 Faktor Penyebab Terjadinya HAIs	25
2.4.3 Jenis dan Faktor Risiko HAIs	27
2.4.4 Pengendalian HAIs	28
2.5 Kerangka Teori	31
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL	32
3.1 Kerangka Konsep	32
3.2 Hipotesis Penelitian	32
BAB 4. METODE PENELITIAN	33
4.1 Desain Penelitian	33
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	33
4.2.1 Populasi Penelitian.....	33
4.2.2 Sampel Penelitian	34
4.2.3 Teknik Sampling.....	35

4.2.4 Kriteria Sampel.....	35
4.3 Lokasi Penelitian	36
4.4 Waktu Penelitian	36
4.5 Definisi Operasional	36
4.6 Pengumpulan Data	38
4.6.1 Data Primer.....	38
4.6.2 Data Sekunder.....	38
4.6.3 Teknik Pengumpulan Data	38
4.6.4 Alat Pengumpulan Data.....	40
4.7 Pengolahan Data.....	41
4.7.1 Editing.....	42
4.7.2 Coding	42
4.7.3 Memasukkan Data/Data <i>Entry</i>	43
4.7.4 Cleaning.....	43
4.8 Analisis Data	44
4.9 Etika Penelitian.....	44
4.9.1 <i>Scientific design and conduct of the study</i>	45
4.9.2 <i>Risks and potential benefits</i>	45
4.9.3 <i>Selection of study population and recruitment of research participants</i>	45
4.9.4 <i>Inducements, financial benefits, and financial costs</i>	46
4.9.5 <i>Protection of research participants' privacy and confidentiality</i>	46
4.9.6 <i>Informed consent process</i>	46
4.9.7 <i>Community considerations</i>	47
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	48
5.1 Hasil Penelitian	49
5.2 Pembahasan	53
5.2.1 Gambaran Karakteristik Responden pada Keluarga Pasien <i>Intensive Care Unit</i> di RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso	53
5.2.2 Gambaran Tingkat Kepatuhan Keluarga Pasien <i>Intensive Care Unit</i> dalam Melakukan <i>Hand Hygiene</i> di RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso	58

5.3 Keterbatasan Penelitian	68
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN.....	69
6.1 Simpulan.....	69
6.2 Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN.....	78



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian..... 31
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual 32



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	37
Tabel 4.2 <i>Coding Data</i>	42
Tabel 5.1 Persentase gambaran keluarga pasien perawatan <i>Intensive Care Unit</i> berdasarkan jenis kelamin di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2020 (n=83).....	49
Tabel 5.2 Persentase gambaran keluarga pasien perawatan <i>Intensive Care Unit</i> berdasarkan usia di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2020 (n=83).....	49
Tabel 5.3 Persentase gambaran keluarga pasien perawatan <i>Intensive Care Unit</i> berdasarkan tingkat pendidikan di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2020 (n=83).....	50
Tabel 5.4 Persentase gambaran keluarga pasien perawatan <i>Intensive Care Unit</i> berdasarkan jenis pekerjaan di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2020 (n=83).....	50
Tabel 5.5 Persentase gambaran keluarga pasien perawatan <i>Intensive Care Unit</i> berdasarkan hubungan dengan pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2020 (n=83).....	51
Tabel 5.6 Persentase gambaran keluarga pasien perawatan <i>Intensive Care Unit</i> berdasarkan kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> menurut indikator 5 momen <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2020 (n=415 kesempatan dalam melakukan <i>hand hygiene</i>).....	52
Tabel 5.7 Persentase gambaran keluarga pasien perawatan <i>Intensive Care Unit</i> berdasarkan kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2020 (n=83).....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Rancangan Waktu Penelitian	79
Lampiran 2. Lembar <i>Informed</i>	80
Lampiran 3. Lembar <i>Consent</i>	81
Lampiran 4. Lembar Data Demografi Responden	82
Lampiran 5. Lembar Observasi.....	84
Lampiran 6. Analisis Data.....	86
Lampiran 7. Uji Etik	90
Lampiran 8. Surat Keterangan Studi Pendahuluan	91
Lampiran 9. Surat Izin Penelitian.....	92
Lampiran 10. Surat Keterangan Selesai Penelitian	95
Lampiran 11. Dokumentasi.....	96
Lampiran 12. Lembar Bukti Konsul	100

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah tempat bagi pasien untuk mencari kesembuhan, namun bisa juga dapat menjadi sumber infeksi bagi pasien. Rumah sakit mempunyai resiko tinggi sebagai tempat penyebaran infeksi karena tingginya populasi mikroorganisme. Dimana mikroorganisme tersebut dapat berkembang dan hidup dilingkungan rumah sakit seperti di lantai, udara, air, peralatan medis dan non medis, perabotan rumah sakit, bahkan bisa bersumber dari makanan yang ada (Abubakar & Nilamsari, 2017). Salah satu infeksi yang ada di rumah sakit diantaranya HAIs. *Healthcare-Associated Infections* (HAIs) merupakan infeksi yang ada baik di rumah sakit ataupun fasilitas kesehatan lain yang tidak hanya terjadi pada pasien melainkan pada pengunjung maupun petugas kesehatan yang tertular saat berada dalam lingkungan pelayanan kesehatan atau didapat saat melakukan perawatan pasien. HAIs terjadi akibat terinfeksi oleh sejumlah agen baik dari bakteri, jamur, parasit, maupun virus (Rajab dkk, 2018). Dimana HAIs tersebut sangat rentan terjadi pada pasien yang tinggal lama di rumah sakit, pasien dengan keadaan defisiensi imun (*immunocompromised*), operasi invasif dan manajemen luka rumah (Percival dkk, 2015).

Banyak sekali faktor yang berhubungan dengan kejadian HAIs di lingkungan kesehatan, baik faktor dari petugas kesehatan ataupun dari pasien itu sendiri. Menurut Ta'adi dkk (2019) ternyata perilaku dan sikap keluarga pasien yang sedang menjalani perawatan di rumah sakit juga berpengaruh besar terhadap timbulnya HAIs terutama dalam penerapan *hand hygiene*. Hal itu terjadi karena keluarga adalah orang terdekat yang turut membantu perawatan selama pasien dirawat (Ta'adi dkk, 2019). Perilaku *hand hygiene* menjadi penting karena dengan kontak langsung dengan penderita dapat mengakibatkan terjadinya kontaminasi silang melalui perpindahan mikroorganisme antara tangan satu ke tangan lain di lingkungan rumah sakit (Marfu'ah & Sofiana, 2018). Dengan kejadian HAIs di rumah sakit, maka akan semakin memperpanjang perawatan pasien yang dapat

meningkatkan biaya pelayanan kesehatan, dan paling parahnya HAIs juga dapat mengakibatkan angka kejadian mortalitas meningkat (Satiti dkk, 2017).

Data terkini menurut Kurniawati dkk (2015) prevalensi kejadian HAIs di dunia mencapai 9% atau terdapat 1,40 juta pasien yang sedang rawat inap mengalami HAIs. Data yang diperoleh WHO terdapat 8,7% dari 55 rumah sakit di 14 negara yang diantaranya berasal dari Eropa, Asia Tenggara, Timur Tengah, dan Pasifik menunjukkan adanya HAIs. Dimana prevalensi HAIs terbanyak ditemukan di Asia Tenggara dan Mediterania Timur sekitar 11,8% dan 10%. (Kurniawati dkk, 2015). Pada tahun 2014, didapatkan hasil survei angka kejadian HAIs di rumah sakit Amerika Serikat tepatnya di unit perawatan akut hingga mencapai 722.000 dan sekitar 75.000 pasien meninggal karena HAIs saat dirawat di rumah sakit (CDC, 2016). Sedangkan data terbaru menurut WHO (2016) setidaknya terdapat 15% kejadian HAIs terjadi pada pasien yang sedang rawat inap dan menjadi faktor penyebab 4-56% kematian neonatus di Subsahara Afrika dan Asia Tenggara dengan tingkat kejadian sebesar 75%. Sedangkan HAIs yang terjadi di Indonesia mencapai 15,74% jauh diatas negara maju yang berkisar antara 4,8% - 15,5% (Sapardi dkk, 2018). Sehingga dapat disimpulkan bahwa di Indonesia angka kejadian HAIs di rumah sakit masih sangat tinggi bahkan jauh diatas negara maju.

Tingginya angka kejadian HAIs dalam pelayanan kesehatan juga dapat berdampak pada turunnya kualitas mutu pelayanan medis. Salah satu faktor penyebab terjadinya HAIs yaitu dalam melakukan *hand hygiene*. Selain petugas kesehatan, keluarga pasien ternyata juga ikut berperan aktif dalam penyebaran HAIs yang ada di rumah sakit karena banyak dari keluarga tersebut masih mengabaikan *hand hygiene* saat keluar masuk ruangan atau saat melakukan kontak dengan pasien sementara perawat tidak mengetahui pasti terkait status kesehatan dari keluarga itu sendiri. Sumber utama terjadinya kontaminasi silang karena adanya perpindahan mikroorganisme antar kedua tangan yang diperoleh saat kontak langsung dengan pasien. Sementara disisi lain keluarga juga akan melakukan kontak dengan lingkungan luar rumah sakit baik perlengkapan benda ataupun tempat yang sebelumnya sudah terkontaminasi. Dari situlah akan terjadi

transmisi organisme yang sudah mengkontaminasi keluarga pasien dan dapat meningkatkan resiko infeksi bagi pasien yang dirawat di rumah sakit (Meida, 2016).

Risiko terjadinya infeksi paling tinggi di rumah sakit yaitu pada perawatan *Intensive Care Unit* (ICU). Pasien yang sedang dalam perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU) memiliki resiko yang lebih tinggi terkena HAIs dan seringkali disebut sebagai episentrum infeksi jika dibandingkan dengan perawatan di ruang rawat biasa, hal itu terjadi karena pasien dalam ruang intensif mengalami kondisi *immunocompromised* yang menyebabkan dirinya sangat rentan terinfeksi karena mendapatkan beberapa tindakan invasif seperti pemasangan ventilator, intubasi ataupun ventilasi mekanik, pemasangan infus, dan tindakan lainnya sehingga rentan dan mudah terinfeksi mikroorganisme (Kurniawati, 2015). Dalam penelitian yang dilakukan di beberapa Universitas yang ada di Amerika Serikat juga mengatakan jika pasien yang berada di ICU dalam masa perawatan cenderung mengalami HAIs sekitar 5-8 kali jauh lebih tinggi dibanding pasien yang menjalani perawatan di ruang biasa (Salawati, 2012). Tingginya prevalensi HAIs di rumah sakit menjadi ancaman bagi rumah sakit itu sendiri dan akan semakin meningkatkan resistensi pasien di ICU sehingga semakin mempersulit proses terapi penyembuhan terhadap infeksi yang dapat menyebabkan lamanya rawat inap dan memerlukan terapi antibiotik yang lebih mahal (Kurniawati, 2015).

Jika pencegahan terhadap HAIs tidak segera dilakukan, HAIs akan terus berkembang. Salah satu cara yang dapat dilakukan dalam mencegah kejadian HAIs di lingkungan pelayanan kesehatan yaitu melalui *Universal Precaution* yaitu salah satunya dengan melakukan *hand hygiene*, karena sebuah penelitian menunjukkan bahwa *hand hygiene* mampu menurunkan angka kejadian HAIs hingga mencapai 20% - 40%, namun pelaksanaan *hand hygiene* belum diterapkan secara maksimal (Fajriyah, 2015). Beberapa upaya oleh rumah sakit sebenarnya telah dilakukan untuk meningkatkan perilaku *hand hygiene* baik pada petugas, pasien ataupun keluarga, namun masih terdapat kendala yakni kurangnya kepatuhan dalam mentaati prosedur yang ada (Ta'adi dkk, 2019). Walaupun petugas medis telah patuh dalam melakukan *hand hygiene*, namun tidak bagi

keluarga pasien, mereka tidak menerapkan hal yang sama walaupun sebenarnya di rumah sakit telah menyediakan sarana yang lengkap untuk *hand hygiene* seperti adanya wastafel ataupun *handrub* di setiap ruangan. Sebagai bukti bahwa hanya ada 2 dari 10 keluarga pasien yang hanya melakukan *hand hygiene* di ruang rawat inap RSUD dr. H. Moh. Anwar baik sebelum maupun setelah berinteraksi dengan pasien dengan menggunakan *handrub*. Hal tersebut justru akan menjadi faktor penyebab tidak tercapainya hak pasien terutama dalam mendapatkan keselamatan serta keamanan bagi dirinya yang diatur dalam UU Nomor 44 tahun 2009 pasal 32 (Mumpuningtias dkk, 2017).

Kejadian HAIs yang paling sering terjadi di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso yaitu pada kasus flebitis tepatnya pada kasus pemasangan infus, dimana data terakhir pada tahun 2002 tercatat terdapat 23,7% dengan kasus flebitis dari total pasien yang mendapat pemasangan infus. Sedangkan untuk kasus infeksi lain seperti infeksi luka operasi (ILO) sebesar 17,2% dan infeksi saluran kemih (ISK) yaitu sebesar 18,5%. Adanya kejadian infeksi tersebut menimbulkan masalah terutama pada rumah sakit itu sendiri karena kejadian HAIs berkaitan dengan mutu pelayanan yang telah diberikan (Sari, 2007). Sedangkan pada penelitian Abubakar, dkk (2017) mengatakan bahwa prevalensi HAIs di RS Haji Sukolilo Surabaya masih cenderung fluktuatif dan salah satu faktor penyebab terjadinya HAIs yaitu karena kurangnya kesadaran *personal hygiene* pada keluarga pasien.

Dampak yang diakibatkan dari kejadian tersebut selain dapat memperparah keadaan pasien, HAIs juga menyebabkan waktu rawat pasien akan semakin lama sehingga dapat menimbulkan kerugian dari segi materi juga. Selain itu HAIs juga dapat menularkan kepada keluarga pasien akibat adanya kontak langsung dengan pasien yang menderita HAIs (Abubakar dkk, 2017). Tidak bisa dipungkiri bahwa keluarga dan pasien juga memiliki kebutuhan dasar untuk saling bertemu, terutama kebutuhan dasar seperti berada didekat pasien yang tentunya sangat diperlukan oleh keluarga pasien di ICU. Oleh sebab itu, bagi keluarga yang akan keluar masuk ruangan harus tetap menjaga dan menerapkan *hand hygiene* demi

mencegah kejadian infeksi yang tidak diharapkan baik yang dapat terjadi pada pasien, petugas kesehatan ataupun keluarga mereka (Meida, 2016).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka peneliti sangat tertarik untuk mengetahui lebih jauh mengenai gambaran kepatuhan *hand hygiene* keluarga pasien perawatan intensif dalam mencegah terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah bagaimana gambaran kepatuhan *hand hygiene* keluarga pasien perawatan intensif dalam mencegah terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran kepatuhan *hand hygiene* keluarga pasien perawatan intensif dalam mencegah terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden dalam melakukan *hand hygiene*
- b. Mengidentifikasi kepatuhan keluarga pasien dalam melakukan *hand hygiene*

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Manfaat yang bisa diperoleh bagi peneliti sendiri yaitu dapat menambah pengetahuan, pengalaman, serta keterampilan peneliti dalam melakukan prosedur penelitian yang baik dan benar terutama dalam melakukan penelitian kuantitatif. Selain itu, dengan melakukan penelitian ini maka juga akan menambah wawasan peneliti terkait peran perawat khususnya dalam mencegah terjadinya HAIs di lingkungan rumah sakit.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Menjadi tambahan pustaka atau referensi sehingga dapat menambah wawasan serta ilmu pengetahuan dalam pendekatan ke masyarakat. Selain itu penelitian ini diharapkan bisa menjadi wawasan bagi profesi keperawatan khususnya dalam ranah keperawatan kritis terkait kepatuhan keluarga dalam melakukan *hand hygiene* dalam upaya mencegah terjadinya HAIs di ruang perawatan intensif.

1.4.3 Bagi peneliti selanjutnya

Hasil dari penelitian ini nantinya diharapkan bisa menjadi referensi dan sumber informasi serta bukti ilmiah tentang bagaimana kepatuhan keluarga dalam melakukan *hand hygiene* demi upaya mengurangi kejadian HAIs serta dapat mengembangkan penelitian dengan topik tersebut di masa yang akan datang.

1.4.4 Bagi Instansi Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso

Menjadi bahan evaluasi terutama dalam melakukan upaya pencegahan terjadinya HAIs dan dapat dijadikan sumber informasi serta bahan pertimbangan bagi Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan terbaik terutama dalam penerapan standart pencegahan dan pengendalian infeksi melalui *hand hygiene*.

1.4.5 Bagi Responden (Keluarga ICU)

Dapat membiasakan perilaku hidup bersih dan sehat tidak hanya di lingkungan rumah sakit melainkan dirumah atau ditempat lain serta menghindari terjadinya koontaminasi silang penyakit antara pasien maupun keluarga pasien.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Mahasiswa
1.	Peneliti	Ta'adi, Erni Setiyorini, dan M. Rifqi Amalya F.	Reka Wage Puspitasari
2.	Judul Penelitian	Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Cuci Tangan 6 Langkah Momen Pertama pada Keluarga Pasien di Ruang Anak	Gambaran kepatuhan <i>hand hygiene</i> keluarga pasien perawatan intensif dalam mencegah terjadinya HAIs di RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso.
3.	Variabel	<i>Independen:</i> tingkat pendidikan, usia, jenis kelamin, dan pekerjaan. <i>Dependen:</i> Kepatuhan cuci tangan 6 langkah pada momen pertama	<i>Independen:</i> kepatuhan <i>hand hygiene</i> keluarga <i>Dependen:</i> -
4.	Tahun	2019	2020
5.	Tempat	Malang	Bondowoso
6.	Jenis Penelitian	Analitik korelasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Deskriptif eksploratif
7.	Teknik Sampling	<i>consecutive sampling</i>	<i>purposive sampling</i>
8.	Instrumen penelitian	lembar observasi kepatuhan (WHO, 2009)	lembar observasi kepatuhan (WHO, 2009)
9.	Analisis Data	Bivariat	Univariat

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kepatuhan

2.1.1 Definisi Kepatuhan

Arti patuh dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) ialah taat pada perintah atau suka menuruti perintah, aturan atau sebagainya. Sedangkan arti kepatuhan itu sendiri merupakan sikap yang tumbuh dan ada didalam diri sendiri berupa patuh, perilaku yang sesuai aturan atau ketaatan seseorang terhadap aturan. Kepatuhan merupakan sikap positif seseorang yang dapat ditunjukkan dengan adanya suatu perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan (Syamsulastri, 2017). Istilah kepatuhan sering dipakai dalam menjelaskan bentuk ketaatan seseorang terhadap tujuan yang sudah ditetapkan. Dalam segi kesehatan, perilaku kepatuhan seseorang dapat diobservasi dan langsung dapat diukur (Susanti, 2013). Sedangkan kepatuhan menurut Kemenkes RI (2011) dalam Meida (2016) merupakan suatu bentuk perilaku yang timbul karena adanya interaksi antara pasien dan petugas kesehatan dalam menyetujui suatu rencana sehingga pasien dapat melaksanakannya dan menerima segala konsekwensinya. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa patuh berarti menuruti perintah atau taat pada aturan yang ada, sedangkan kepatuhan merupakan perilaku atau sikap positif seseorang yang sesuai dengan aturan atau ketentuan yang ada.

2.1.2 Klasifikasi Kepatuhan

Ghana Syakira (2009) dalam artikel (Bakti, 2016) mengklarifikasikan tingkat kepatuhan menjadi 2 bagian, yakni patuh dan tidak patuh. Disebut patuh apabila seseorang mampu melaksanakan suatu tindakan sesuai dengan ketentuan yang ada, sedangkan tidak patuh apabila seseorang melaksanakan suatu tindakan tidak berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan. Menurut Depkes RI (2004) didalam artikel (Bakti, 2016) kriteria kepatuhan itu sendiri dibagi menjadi 3 bagian yakni:

- a. Patuh: tindakan ataupun perbuatan yang taat pada perintah maupun aturan yang ada, dimana semua perintah atau aturan tersebut dapat dilakukan secara benar
- b. Kurang patuh: hanya mentaati sebagian dari aturan yang sudah ditetapkan dan dilakukan secara tidak sempurna
- c. Tidak patuh: tindakan atau perbuatan yang sama sekali dengan sengaja mengabaikan peraturan yang ada dan tidak melaksanakan aturan atau perintah tersebut.

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Sikap kepatuhan dapat kita lihat dari perilaku seseorang dalam mematuhi aturan yang ada. Ada 3 faktor utama yang dapat menentukan perilaku seseorang sehingga dapat menimbulkan perilaku yang positif, diantaranya yaitu *Predisposing Factors*, *enabling factors*, dan *reinforcing factors* (Agustini, 2019).

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi seseorang yang meliputi:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah pemahaman seseorang yang diperoleh dari penginderaan manusia seperti mata, telinga, hidung, mulut, dan sebagainya yang dapat menginterpretasikan objek. Namun sebagian besar pengetahuan tersebut diperoleh melalui telinga dan mata sebagai indera pendengaran dan indera penglihatan. Namun setiap orang memiliki intensitas tertentu atau tingkat yang berbeda dalam memahami sesuatu objek, hal itu terjadi karena intensitas perhatian dan persepsi seseorang pada objek pun pastinya berbeda. Menurut Agustini (2019), secara garis besar tingkat pengetahuan seseorang dibagi menjadi 6 bagian, yakni:

a) Tahu (*know*)

Tahu disini hanya berarti *recall* atau memunculkan memori yang sudah ada sebelumnya setelah melihat atau mengamati sesuatu.

Misalnya: Saya tahu jika wortel itu mengandung vitamin A atau TBC disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*.

b) Memahami (*comprehension*)

Seseorang dapat dikatakan memahami sesuatu objek jika seseorang tidak hanya sekedar tahu, melainkan mampu menginterpretasikan objek yang telah diketahuinya secara baik dan benar.

c) Aplikasi (*application*)

Setelah seseorang dapat memahami objek tertentu, ia juga harus dapat mengaplikasikan dan menggunakan pengetahuan yang diketahuinya pada kondisi dan situasi lain.

d) Analisis (*analysis*)

Merupakan kemampuan berfikir seseorang dalam mendeskripsikan atau menjabarkan suatu komponen yang terdapat pada objek kemudian mencari hubungan dari setiap komponen yang diketahuinya.

e) Sintesis (*synthesis*)

Suatu kegiatan dalam merangkum hubungan secara logis dari setiap komponen dan pengetahuan yang telah dimilikinya.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Merupakan bentuk penilaian seseorang maupun kemampuan seseorang dalam menjustifikasi terhadap objek tertentu yang dilihat dan diketahuinya.

2. Kepercayaan dan tradisi

Biasanya kepercayaan dan tradisi sering kita dapatkan pada leluhur atau orang terdahulu yang hingga saat ini melekat dalam pikiran kita. Kepercayaan tersebut dapat diterima dengan mudah hanya berdasarkan pada keyakinan seseorang walaupun terkadang tidak disertai dengan adanya bukti ilmiah. Contohnya kepercayaan seseorang terhadap mitos-mitos yang berkembang seperti anak habis khitan tidak boleh memakan telur atau ikan agar tidak berbau amis atau tradisi pada suatu daerah yang diyakini dapat membawa kebaikan pada dirinya (Agustini, 2019).

3. Nilai

Nilai merupakan keyakinan individu pada setiap tingkah laku, ide, kebiasaan, maupun objek yang biasanya digunakan sebagai suatu standar yang dapat mempengaruhi tingkah laku. Dengan memiliki nilai, maka seseorang memiliki keyakinan mendasar dalam melakukan segala tindakan. Dimana tindakan tersebut nantinya akan menjadi standar bagi orang tersebut untuk tindakan yang akan dilakukan berikutnya. Jika individu telah memiliki nilai tertentu, maka secara pribadi ia dapat dibenarkan, dipilih, serta diutamakan lebih tinggi dibanding yang lain.

4. Sikap

Merupakan aksi atau respon tertutup individu dalam menghadapi stimulus yang ada dan merupakan penggambaran emosi seseorang seperti senang ataupun tidak senang, tidak setuju atau setuju, dan sebagainya. Dimana sikap seseorang dalam merespons adanya stimulus ataupun objek tersebut melibatkan perasaan, pikiran, dan perhatian seseorang atau bahkan kejiwaan lain. Sikap seseorang tersebut terbagi menjadi 3 komponen yang terdapat dalam buku Agustini (2019), yaitu:

a) Keyakinan atau kepercayaan terhadap objek

Merupakan sikap seseorang dalam mempercayai serta meyakini sesuatu berdasarkan pendapatnya atau pemikirannya sendiri terhadap suatu objek. Misalnya sikap seseorang dalam menyikapi HIV yang masih memiliki kepercayaan negatif dan diskriminasi.

b) Sikap emosional atau evaluasi orang terhadap objek

Sikap seseorang dalam menilai suatu objek yang melibatkan faktor emosi di dalamnya. Seperti bagaimana seseorang dalam menilai HIV apakah mereka menilai penyakit tersebut biasa saja atau justru menilai penyakit yang menakutkan dan sangat membahayakan.

c) Kecenderungan dalam bertindak (*trend to behave*)

Merupakan perilaku terbuka seseorang atau ancang-ancang untuk bertindak. Misalnya dalam menghadapi penyakit HIV, sikap apa yang akan dilakukan orang tersebut jika ia mengidap HIV.

Seperti pengetahuan, sikap disini juga memiliki tingkatan tertentu berdasarkan intensitasnya yang tercantum dalam buku Agustini (2019), diantaranya:

a) Menerima (*receiving*)

Artinya individu tersebut mau menerima rangsangan atau stimulus yang telah diberikan oleh objek tertentu.

b) Menanggapi (*responding*)

Berarti bahwa individu mampu memberikan tanggapan atau jawaban dari objek tersebut.

c) Menghargai (*valving*)

Menghargai berarti individu tersebut mampu memberikan nilai positif terhadap adanya stimulus atau objek yang dihadapinya dan kemudian akan membicarakannya, mengajak bahkan akan mempengaruhi orang lain untuk meresponsnya juga.

d) Bertanggung jawab

Merupakan sikap tanggung jawab individu terhadap apa yang diyakininya.

5. Demografi

Demografi disini sama halnya dengan biografi seseorang yang meliputi data diri individu seperti jenis kelamin, usia, pendapatan, pekerjaan, dan sebagainya dimana faktor tersebut mampu mengubah perilaku seseorang. Seperti semakin tua usia seseorang, maka akan merubah pola fikir serta mengubah sikap seseorang menjadi lebih matang dan pastinya akan berbeda dengan usia dibawahnya. Sama halnya dengan pendidikan, makin tinggi jenjang pendidikan seseorang, maka tingkat pemahaman seseorang pun akan jauh lebih tinggi.

b. Faktor Pendukung/ Pemungkin (*enabling factors*)

Merupakan faktor pendukung seseorang dalam bertindak karena adanya faktor pendukung seperti tersedianya sarana dan prasarana, lingkungan fisik yang memadai, fasilitas umum dan kesehatan bagi masyarakat, atau sumber yang mendukung seperti keterjangkauan fasilitas kesehatan. Misalnya

penyediaan tempat sampah, air bersih, makanan yang bergizi bagi masyarakat, tempat pembuangan tinja, serta fasilitas kesehatan seperti puskesmas, posyandu, rumah sakit, maupun fasilitas lainnya yang dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

c. Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Merupakan faktor penyerta perilaku yang dapat menguatkan seseorang setelah perilaku itu ada. Faktor penguat disini bisa berasal dari keluarga, kerabat atau teman, petugas kesehatan, dan sebagainya. Misalnya pada penderita TBC, ia akan rutin meminum obat demi kesembuhannya jika ia selalu diingatkan dan selalu mendapat dukungan dan semangat dari suami atau istri yang selalu setia mendampingi, keluarga, maupun kerabat terdekat. Faktor penguat disini selain dari keluarga dan orang terdekat, juga bisa berasal dari tokoh-tokoh penting seperti tokoh masyarakat atau toma, tokoh agama seperti ustad atau ulama, maupun petugas kesehatan yang dapat dijadikan sebagai contoh dan teladan bagi masyarakat (Agustini, 2019).

2.2 Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Definisi keluarga menurut WHO ialah individu yang ada dalam rumah tangga dan memiliki hubungan kuat baik dari segi pertalian darah, perkawinan, anak dari hasil adopsi. Menurut Duval (1972) didalam buku Harnilawati (2013) keluarga ialah mereka yang saling berhubungan baik karena adanya suatu ikatan baik perkawinan, kelahiran, atau adopsi dengan tujuan untuk menciptakan dan mempertahankan budaya di masyarakat umum, serta meningkatkan perkembangan seseorang baik secara mental, fisik, sosial maupun emosional. Sedangkan menurut Allender & Spradley (2001) didalam buku Susanto (2012) dikatakan keluarga apabila terdapat satu atau lebih dari anggota yang hidup bersama dalam satu rumah dan memiliki keterikatan emosional serta mampu mengembangkan perannya, interelasi sosial, dan tugasnya masing-masing (Susanto, 2012). Sehingga dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan anggota yang memiliki ikatan darah atau tidak yang tinggal satu rumah dan

mempunyai hubungan yang erat antar sesama anggotanya baik secara fisik, emosional, maupun sosial.

2.2.2 Struktur Keluarga

Merupakan gambaran keluarga dalam menjalankan fungsi keluarga di lingkungan sekitar. Menurut Susanto (2012) Terdapat 4 struktur keluarga, diantaranya:

1. Pola Komunikasi Keluarga

Pola komunikasi ini menggambarkan bagaimana individu dalam keluarga saling berinteraksi satu sama lainnya. Terdapat 4 bentuk komunikasi didalam keluarga, yakni komunikasi secara verbal, non verbal, secara emosional dan secara sirkular. Bentuk komunikasi secara verbal bisa kita ungkapkan melalui kata-kata dari apa yang hendak kita ingin sampaikan, dan gerakan-gerakan tubuh yang muncul merupakan suatu bentuk komunikasi non verbal yang muncul. Bentuk komunikasi emosional merupakan bentuk ungkapan perasaan yang sedang kita alami seperti sedih, bahagia, atau marah diantara para anggota keluarga. Sedangkan komunikasi secara sirkular merupakan bentuk komunikasi melingkar 2 arah dalam berkeluarga. Contohnya jika seorang istri marah kepada suaminya, maka sang suami akan melakukan klarifikasi terkait suatu hal yang telah membuat istrinya marah.

2. Pola Peran Keluarga

Setiap anggota dalam keluarga tentunya memiliki perannya masing-masing, dimana peran tersebut biasanya sesuai dengan kedudukannya menjadi anggota keluarga baik berperan sebagai ayah, ibu, atau pun anak yang memiliki tugas dan tanggung jawab sesuai perannya masing-masing baik dalam lingkungan keluarga ataupun masyarakat. Peran tersebut tidak hanya berlaku dalam keluarga saja melainkan juga bagaimana perannya dilingkungan sekitar seperti peran formal maupun informal. Misalnya saja ketika ayah sedang bekerja dikantor, maka ayah disini memainkan peran formalnya dalam pekerjaan, tetapi beda halnya saat ayah sedang santai berada dirumah maka peran yang diemban oleh ayah yaitu peran informal.

3. Pola Norma dan Nilai dalam Keluarga

Nilai adalah bentuk persepsi individu terhadap segala hal yang dapat dianggap baik serta dapat bermanfaat terutama bagi dirinya sendiri. Sedangkan norma telah kita pelajari sejak kecil dan berasal dari nilai budaya tertentu yang dianut oleh masyarakat setempat.

4. Pola Kekuatan Keluarga

Merupakan suatu bentuk kemampuan individu yang dapat mengendalikan serta dapat mengubah suatu perilaku seseorang ke arah yang lebih positif. Biasanya kekuatan keluarga disini ada pada kepala keluarga dimana keberadaannya mampu mengendalikan orang lain dan dapat merubah suatu perilaku. Selain itu adanya pola kekuatan dalam keluarga juga akan mendasari suatu proses dalam pengambilan suatu keputusan misalnya melalui cara akomodasi, tawar-menawar, kompromi atau dengan paksaan.

2.2.3 Peran Keluarga

Peran disini mempunyai fungsi yang sangat penting dalam keluarga terutama dalam situasi sosial untuk memenuhi suatu harapan. Dimana peran dalam keluarga disini dikaitkan dengan perilaku spesifik seseorang yang sangat diharapkan dalam kehidupan berkeluarga dalam posisi tertentu dan pada situasi tertentu pula. Dalam buku Harnilawati (2013) disebutkan bahwa tiap anggota keluarga mempunyai peranan tersendiri diantaranya:

1. Ayah

Ayah selain menjadi kepala keluarga juga menjadi pemimpin dalam rumah tangga yang memiliki peranan sebagai pelindung, pencari nafkah bagi keluarganya, pendidik, serta memberi rasa aman dan nyaman bagi tiap anggota keluarganya, serta yang terpenting juga dapat menjadi anggota masyarakat pada suatu kelompok sosial yang ada di masyarakat tersebut..

2. Ibu

Peranan seorang Ibu sangat besar sekali pengaruhnya terhadap anak. Tidak hanya memiliki peran dalam mengurus rumah tangga, melainkan ibu juga berkewajiban untuk mendidik dan mengasuh anak-anaknya, karena sikap

anak sebagian besar tumbuh karena hasil didikan oleh kedua orang tuanya terutama pada Ibu. Ibu disini juga bisa berperan seperti halnya seorang ayah yaitu dalam mencari nafkah tambahan untuk membantu suami dan membantu perekonomian keluarga dalam memenuhi kebutuhannya.

3. Anak

Anak disini mempunyai peran sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual (Harnilawati, 2013). Peran anak dalam keluarga yaitu mematuhi aturan yang ada dalam keluarga, menjalankan kewajibannya sebagai pemeluk agama tertentu, menghormati dan berbakti kepada kedua orang tua, serta mampu bersosial dengan lingkungan sekitar.

2.2.4 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga didalam buku (Susanto, 2012) dibagi menjadi 5 bagian yaitu diantaranya:

1. Fungsi Afektif dan Koping

Fungsi afektif dan koping disini berarti keluarga dapat memberikan rasa nyaman dari segi emosional bagi anggotanya, seperti mampu membantu menentukan identitasnya serta mengatasi masalah saat terjadi stres. Jika fungsi afektif dalam keluarga tersebut positif dan berjalan dengan baik, maka semua anggota keluarga akan mampu mengembangkan konsep diri yang positif juga.

2. Fungsi Sosialisasi

Keluarga disini berperan seperti halnya guru, dapat menanamkan nilai dan kepercayaan, sikap dan mekanisme koping yang baik, mampu memberikan *feed-back*, serta menjadi petunjuk dalam pemecahan masalah. Keberhasilan perkembangan seseorang didalam suatu keluarga dapat dilihat dan dicapai dari bagaimana hubungan dan bentuk interaksi antar anggota keluarganya dapat terjalin dengan baik. Karena melalui interaksi antar anggota keluarga kita dapat belajar disiplin, serta berperilaku sesuai norma dan budaya yang ada dalam keluarga.

3. Fungsi Reproduksi

Dalam berkeluarga tentunya kita juga perlu menjalankan fungsi reproduksi dalam mempertahankan generasi dengan meneruskan keturunan melalui perkawinan sah. Sehingga kebutuhan biologis dalam keluarga dibutuhkan demi membentuk suatu keluarga yang utuh dan meneruskan keturunan.

4. Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhannya sehari-hari, keluarga tentunya menjalankan fungsi ekonominya dengan memberikan *financial* untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan kepentingan masyarakat.

5. Fungsi Fisik atau Perawatan Kesehatan

Keluarga disini berperan dalam menjaga dan merawat anggota keluarganya yang sakit serta mampu memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan dalam membantu pertumbuhan dan perkembangan yang dibutuhkan, serta penyediaan istirahat sebagai bentuk penyembuhan dari sakit. Jika keluarga mampu menjalankan tugas kesehatan dengan baik, berarti keluarga tersebut dipandang sanggup dan mampu menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi dalam keluarganya.

2.2.5 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Tugas keluarga dibidang kesehatan tercantum didalam UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 pasal 5 yang menjelaskan bahwa “setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungan”. UU Kesehatan itu kemudian berganti dan diperbarui pada tahun 2009 yang membahas mengenai kewajiban seseorang dalam bidang kesehatan tersebut tercantum dalam UU Kesehatan No. 36 tahun 2009 pasal 9 yang menyebutkan bahwa “Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya”. Dari pasal tersebut sudah jelas bahwa setiap individu termasuk anggota keluarga juga memiliki kewajiban dalam menjaga dan memelihara kesehatan bagi setiap anggotanya sebagai bentuk upaya dalam

meningkatkan derajat kesehatan bagi keluarganya secara optimal (Harnilawati, 2013).

Keluarga memiliki tugas penting terutama dalam menjaga kesehatan bagi anggotanya seperti mulai dari pencegahan, peningkatan kesehatan, pengobatan bahkan sampai dengan masa rehabilitasi demi mencapai perawatan kesehatan yang optimal bagi anggota keluarganya. Keluarga yang peduli akan kesehatan anggotanya, akan memperhatikan betul bagaimana merawat keluarga dengan baik hingga dapat sehat seperti semula (Efendi & Makhfudli, 2009). Untuk itu dalam menjaga pemeliharaan kesehatan dalam keluarga, perlu adanya tugas keluarga yang wajib dilakukan dalam bidang kesehatan, diantaranya (Harnilawati, 2013):

1. Mengetahui masalah kesehatan keluarganya

Sudah menjadi kewajiban bagi anggota keluarga untuk saling mengenal dan mengetahui masalah kesehatan yang sedang terjadi dalam keluarga. Sekecil apapun perubahan yang terjadi, harus menjadi perhatian dan sudah menjadi tanggung jawab bersama untuk segera mengatasinya. Untuk itu, apabila terjadi perubahan dalam keluarga, keluarga wajib mengetahui perubahan apa yang terjadi dan mulai kapan perubahan tersebut muncul, serta seberapa besar masalah itu dapat mengubah anggota keluarganya. Terutama orang tua, sangat penting sekali mengenal kondisi kesehatan bagi anggota keluarganya.

2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga

Dalam hal ini tugas utama keluarga yaitu mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada saat itu. Perlu seseorang yang memiliki kemampuan dalam memutuskan segala tindakan yang tepat misalnya seorang ayah sebagai pemimpin dalam keluarga, berhak memutuskan tindakan yang tepat bagi anggotanya agar masalah tersebut dapat segera teratasi.

3. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, seperti pada keluarga yang sakit dengan keterbatasan fisik (cacat) ataupun usia yang terlalu muda atau terlalu tua sehingga tidak mampu merawat dirinya sendiri secara mandiri.

4. Menjaga lingkungan keluarga serta mempertahankan suasana rumah dalam menjamin kesehatan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga sehingga dapat menjaga hubungan timbal balik antara lembaga kesehatan dan juga keluarga (Harnilawati, 2013).

Adapun komponen keterlibatan keluarga dalam peningkatan status kesehatan menurut Olding dkk (2015) dibedakan menjadi 5 bagian yaitu:

1. Kehadiran keluarga

Kehadiran keluarga disini sangat dibutuhkan terutama bagi pasien yang sedang menjalankan perawatan di rumah sakit dalam mengatasi gejala stress hospitalisasi yang mungkin terjadi terutama bagi anak-anak, mencegah depresi yang mungkin terjadi bila terlalu lama di rawat di rumah sakit seperti pada kasus pasien kritis yang berada di ruang ICU, mengurangi tingkat kecemasan pasien terkait kondisi penyakit yang dialaminya, serta yang terpenting yaitu dengan adanya keluarga disisi pasien dapat meningkatkan status kesehatan yang optimal karena pasien memiliki kualitas hidup yang baik dengan adanya orang-orang yang peduli di sekitarnya.

2. Kebutuhan yang didukung oleh keluarga

Dalam hal ini, keluarga memenuhi segala kebutuhan yang dibutuhkan oleh anggotanya yang sedang sakit. Kebutuhan tersebut bisa berupa finansial atau biaya pengobatan, kebutuhan pelayanan kesehatan yang memadai, kebutuhan akan nutrisi yang mencukupi, kebutuhan dalam pemenuhan ADL dll.

3. Komunikasi efektif

Keluarga juga perlu menjalin komunikasi yang baik sesama anggota keluarga. Dengan adanya interaksi yang terjalin baik antar sesama anggota keluarga, dapat menjadi dukungan moril bagi pasien dan penguat bagi pasien ketika pasien merasakan kegagalan atau keputusan dalam menghadapi penyakitnya

4. Pengambilan keputusan

Selain memberikan dukungan yang positif, keluarga juga berkontribusi dalam pengambilan keputusan dalam perawatan yang dijalani oleh pasien. Segala keputusan yang dibuat oleh keluarga diharapkan dapat membantu dan menjalin kerjasama yang baik antar nakes dan juga keluarga dalam peningkatan status kesehatan pasien. Dengan begitu, keluarga secara langsung dapat memberikan kontribusi terhadap perawatan yang diberikan kepada pasien.

5. Berkontribusi untuk perawatan pasien

Selain sebagai pengambilan keputusan, keluarga juga dapat berkontribusi dalam perawatan pasien. Misalnya saja dalam pemenuhan ADL pasien seperti makan, mandi, toileting, berpakaian dan segala sesuatu dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Dengan begitu pasien merasakan adanya kepedulian yang tulus dari anggota keluarganya. Dan dapat menjadi penyemangat bagi pasien untuk segera sembuh dari keadaannya saat ini (Olding dkk., 2015).

2.2.6 Alasan Keluarga Sebagai Unit Pelayanan (Asuhan Keperawatan)

Alasan keluarga sebagai unit pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan yaitu karena keluarga sangat besar pengaruhnya terhadap individu dan juga kelompok. Dalam buku Ali (2009) dijelaskan bahwa terdapat beberapa alasan keluarga sebagai unit asuhan keperawatan yaitu karena:

1. Keluarga sebagai unit utama atau lembaga dari masyarakat yang dapat mempengaruhi kehidupan masyarakat serta memiliki hubungan yang erat antar anggotanya.
2. Keluarga mempunyai peran utama dalam memelihara kesehatan bagi seluruh anggotanya. Keluarga dapat mencegah penyakit yang ada atau bahkan dapat menimbulkan dan mengabaikan masalah kesehatan keluarganya. Untuk itu keluarga perlu memperbaiki masalah kesehatan yang ada pada kelompoknya sendiri.
3. Masalah yang ada didalam keluarga akan saling berkaitan. Artinya penyakit yang dialami oleh satu orang saja dalam keluarga akan dapat mempengaruhi

seluruh anggotanya, serta akan berdampak pada perubahan peran dalam keluarga. Sementara itu, kondisi pasien disini juga sangat berpengaruh terhadap tingkat status kesehatan keluarganya.

4. Keluarga disini juga berperan dalam mengambil keputusan terkait perawatan kesehatan bagi anggotanya yang sakit. Keluarga sebagai orang terdekat pasien berhak memutuskan segala tindakan yang akan diberikan pada pasien termasuk dalam pemberian asuhan keperawatan yang akan diberikan serta biaya yang akan dikeluarkan untuk pengobatan pasien.
5. Keluarga dapat menjadi perantara yang efektif dan efisien dalam upaya peningkatan status kesehatan bagi anggotanya yang sakit. Karena dengan adanya keluarga, perawat dengan mudah mampu menjangkau kesehatan di masyarakat, karena kesehatan masyarakat juga dapat ditingkatkan melalui peningkatan kesehatan yang ada dalam keluarga.

2.3 Hand Hygiene

2.3.1 Definisi Hand Hygiene

Hand Hygiene merupakan cara membersihkan tangan menggunakan sabun dengan cara menggosok ke bagian permukaan kulit tangan secara kuat dan ringkas selanjutnya dibilas dibawah air mengalir dengan tujuan membersihkan serta melepaskan debris dan kotoran dari tangan (Kemenkes RI, 2014). Dengan melakukan *hand hygiene* menggunakan sabun, berarti kita telah menerapkan tindakan sanitasi sebagai upaya pencegahan penyakit karena dengan *hand hygiene* menggunakan sabun dapat membunuh dan memutuskan mata rantai kuman pada tangan. Hal itu terjadi karena saat mengaplikasikan sabun bersamaan dengan menggosok tangan, dapat melepaskan lemak dan kotoran yang menempel pada kulit, dimana lemak dan kotoran tersebutlah kuman penyakit hidup.

Hand hygiene menjadi hal yang penting dilakukan karena melalui tangan (agen pembawa kuman), patogen dapat berpindah dari orang satu ke orang lainnya atau melalui alam ke orang lain baik melalui kontak langsung maupun tidak (Mustikawati, 2017). Pelaksanaan *Hand hygiene* tersebut juga harus sesuai

dengan standar prosedur yang sudah ditentukan dan menjadi ketetapan WHO (2009) dalam mencegah perkembangbiakan mikroorganisme kuman, yaitu sesuai dengan enam langkah dan 5 momen cuci tangan yang benar. Selain itu ketepatan dalam melakukan *hand hygiene* dapat dilihat melalui penggunaan sabun dan air mengalir kurang lebih selama 40-60 detik, dan jika menggunakan *handrub* maka cukup 20 hingga 30 detik. Kegiatan mencuci tangan dengan benar tersebut terbukti mampu menurunkan kejadian infeksi hingga 20%-40% di rumah sakit (Iskandar dkk, 2018).

2.3.2 Tujuan Hand Hygiene

Tujuan dilakukannya *hand hygiene* yaitu membersihkan tangan dari mikroorganisme jahat yang dapat menempel pada kulit yang dapat diperoleh baik melalui kontak langsung dengan patogen (cairan tubuh manusia, tangan manusia yang telah terkontaminasi, maupun kotoran binatang) (Mustikawati, 2017). Selain itu *hand hygiene* juga dapat mencegah berbagai penyakit yang dapat terjadi. Menurut Depkes RI (2009) dalam Mustikawati (2017) penyakit yang bisa dicegah dengan melakukan *hand hygiene* diantaranya:

1. Infeksi saluran pernafasan

Karena secara tidak langsung, kuman pernapasan yang melekat pada tangan akan segera hilang dan terlepas saat kita melakukan *hand hygiene* menggunakan sabun.

2. Diare

Karena penularan penyakit diare yaitu melalui jalur *fecal-oral*, dengan melakukan *hand hygiene* menggunakan sabun sebelum makan, maka kuman yang ada ditangan akan hilang, sehingga kuman atau bakteri tidak akan masuk kedalam tubuh kita.

3. Infeksi cacing mata dan penyakit kulit

Hand Hygiene menggunakan sabun selain dapat mengurangi kejadian diare dan infeksi saluran pernapasan, ternyata juga mampu mengurangi kejadian penyakit kulit, cacingan (*ascariasis* dan *trichuriasis*), serta infeksi pada mata seperti trakoma (Mustikawati, 2017).

Hand hygiene kini juga telah menjadi komponen utama dalam standar pencegahan dan pengendalian HAIs, karena *hand hygiene* mampu menghambat pertumbuhan mikroba melalui transmisi silang yang dapat diperoleh disekitar pasien yang sedang menjalani perawatan. Hal tersebut juga didukung pada beberapa penelitian bahwa dengan *hand hygiene* dapat menurunkan angka kejadian HAIs. Di beberapa negara berkembang dijelaskan oleh Fauzia dkk (2014) bahwa kejadian HAIs juga menurun seiring dengan meningkatnya kesadaran akan *hand hygiene*. Dalam penelitian lain oleh Abubakar dan Nilamsari juga menyebutkan bahwa tindakan mencuci tangan (*hand hygiene*) secara signifikan dapat menurunkan angka kejadian HAIs di ruang ICU (Abubakar dan Nilamsari, 2017). Untuk itu sangat penting kita menjaga kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene*, karena dengan *hand hygiene* maka dapat mengangkat sekaligus menghilangkan mikroorganisme yang menempel pada tangan sehingga dapat mencegah terjadinya *cross infection* atau infeksi silang, dapat melindungi pasien dan diri sendiri dari HAIs, serta yang paling penting yaitu mencegah terjadinya transmisi organisme patogen yang dapat ditularkan melalui perawat, pasien ataupun keluarga pasien.

2.3.3 Indikasi Hand Hygiene

Menurut Depkes RI (2009), secara umum ada 5 momen *hand hygiene* pakai sabun yang penting dilakukan yaitu sebelum makan, sesudah buang air besar, sebelum menyusui atau menyuapi bayi atau anak, sebelum memasak atau menyiapkan makanan, dan sesudah menceboki bayi atau anak (Mustikawati, 2017). Adapun 5 momen untuk pengunjung atau keluarga pasien yaitu: sebelum dan sesudah dari rumah sakit, sebelum dan sesudah menyentuh pasien, setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien, setelah dari kamar mandi, sebelum dan sesudah makan. Sedangkan 5 momen *hand hygiene* yang ditetapkan oleh WHO (2009) yaitu:

1. Sebelum bersentuhan dengan pasien
2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril
3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien

4. Setelah bersentuhan dengan pasien
5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien

2.3.4 Prosedur 6 Langkah *Hand Hygiene*

WHO (2009) telah menetapkan prosedur 6 langkah dalam melakukan *hand hygiene* yaitu: (1) basahi kedua telapak tangan menggunakan air mengalir dan sabun secukupnya lalu gosok telapak tangan secara bergantian, (2) usap dan gosok juga punggung tangan secara bergantian, (3) gosok sela-sela jari kedua tangan hingga bersih, (4) rapatkan jari tangan (saling mengunci) sambil digosok secara bergantian, (5) kemudian gosokkan ibu jari yang berada dalam secara berputar, begitupun sebaliknya, (6) bersihkan ujung jari dengan menggosokkan kuku kanan dengan memutar ke telapak tangan sebelah kiri, begitu sebaliknya, kemudian akhiri dengan membasuh telapak tangan dengan air mengalir dan lanjutkan dengan mengeringkan tangan menggunakan handuk ataupun tisu (Mustikawati, 2017).

2.4 Healthcare-Associated Infections (HAIs)

2.4.1 Definisi HAIs

HAIs merupakan infeksi yang dapat menyerang pasien saat di rumah sakit ketika dalam masa perawatan dan tidak dapat ditemukan serta tidak berada dalam masa inkubasi saat pasien tersebut masuk rumah sakit (Hapsari dkk, 2018). Sedangkan menurut Rajab dkk (2018) *Healthcare-Associated Infections* atau yang sering dikenal dengan istilah HAIs memiliki pengertian atau definisi yang lebih luas dimana HAIs tidak hanya dapat terjadi pada petugas kesehatan ataupun pasien saja melainkan juga dapat diperoleh dari pengunjung yang sudah terinfeksi sebelumnya saat berada di wilayah fasilitas kesehatan atau didapat saat melakukan perawatan pasien, selain itu HAIs juga tidak hanya diperoleh di rumah sakit tetapi dapat terjadi di fasilitas kesehatan yang lain (Rajab dkk, 2018). Sedangkan pendapat lain mengenai HAIs menurut Percival dkk (2015) mengatakan bahwa HAIs selain diperoleh di rumah sakit, ternyata HAIs juga dapat diperoleh di rumah pasien itu sendiri saat menjalani perawatan dirumah.

HAI terjadi akibat terinfeksi oleh sejumlah agen baik dari bakteri, jamur, parasit, maupun virus dan prion. Bakteri yang paling banyak menginfeksi dan banyak ditemukan di rumah sakit yaitu *S. aureus* (MRSA). Dimana HAI tersebut sangat rentan terjadi pada pasien yang tinggal lama di rumah sakit, pasien dengan keadaan defisiensi imun (*immunocompromised*), operasi invasif dan manajemen luka rumah (Percival dkk, 2015). Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa HAI merupakan infeksi yang dapat terjadi selama proses perawatan baik di rumah pasien itu sendiri, rumah sakit, serta pelayanan kesehatan lain yang dapat menyerang tidak hanya pada tenaga kesehatan melainkan juga dapat terjadi pada pasien itu sendiri, atau pengunjung yang tertular.

2.4.2 Faktor Penyebab Terjadinya HAI

Terdapat beberapa kelompok yang sangat berisiko terkena HAI yaitu baik dari petugas kesehatan, pasien, pengunjung, maupun penunggu pasien, karena HAI dapat menular baik dari pasien ke petugas kesehatan atau sebaliknya, serta bisa juga ditularkan dari pasien ke keluarga atau pengunjung lain (Fajriyah, 2015). Menurut Marfu'ah dan Sofiana (2018) terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab kejadian HAI di rumah sakit diantaranya:

1. kurangnya tingkat kepatuhan dalam mencuci tangan saat kontak dengan pasien
2. Penggunaan APD yang kurang atau tidak tepat
3. Kurangnya teknik aseptik dan antiseptik saat melakukan perawatan
4. Kurangnya pemahaman petugas terkait pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)

Faktor penyebab terjadinya HAI juga dijelaskan dalam beberapa jurnal diantaranya:

1. Adanya transmisi silang melalui tangan petugas kesehatan

Menurut Angga dkk (2015) sumber terjadinya HAI di rumah sakit yaitu didapatkan dari flora endogen pasien yang diperkirakan sekitar 20-40% diakibatkan oleh infeksi silang melalui tangan petugas kesehatan baik saat

kontak secara langsung maupun tidak langsung, dimana tangan petugas tersebut telah menyentuh lingkungan yang telah terkontaminasi oleh bakteri kontaminan udara seperti (*Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus epidermis* dan bakteri gram negative) yang kemudian dapat menempel di permukaan benda sekitar pasien atau bahkan menempel di permukaan kulit pasien. Dari data tersebut, dilaporkan bahwa bakteri penyebab HAIs yang paling sering menginfeksi manusia yaitu *Proteus*, *S. aureus*, *Escherichia coli*, dan *Pseudomonas sp* (Angga dkk, 2015).

2. Kontaminasi silang dari keluarga pasien

Faktor penyebab terjadinya HAIs tidak hanya diakibatkan karena petugas kesehatan, ternyata keluarga pasien juga ikut berperan aktif dalam penyebaran HAIs yang ada di rumah sakit karena banyak dari keluarga pasien yang masih mengabaikan *hand hygiene* saat keluar masuk ruangan saat akan melakukan kontak dengan pasien sementara perawat tidak mengetahui terkait status kesehatan dari keluarga pasien tersebut. Penyebab utama terjadinya transmisi silang di rumah sakit yaitu karena adanya kontak langsung dengan pasien sehingga dapat menyebabkan perpindahan mikroorganisme terutama pada telapak tangan. Sementara disisi lain keluarga juga akan melakukan kontak dengan lingkungan luar rumah sakit baik perlengkapan benda ataupun tempat yang sebelumnya sudah terkontaminasi. Dari situlah akan terjadi transmisi organisme sehingga dapat mengkontaminasi keluarga dan juga dapat meningkatkan resiko infeksi bagi pasien yang dirawat di rumah sakit (Meida, 2016).

3. Terinfeksi oleh bakteri, jamur, virus dan parasit

HAIs ditentukan dari seberapa banyak jumlah kuman yang masuk, virulensi kuman itu sendiri, lokasi yang sangat rentan oleh penderita, kekebalan tubuh seseorang, serta lamanya kontak dengan faktor penyebab terjadinya infeksi. Adapun perantara yang dapat menyebabkan infeksi pada seseorang yaitu faktor dari mikroorganisme itu sendiri, faktor pengobatan dan lingkungan, serta dari tuan rumah itu sendiri (Abubakar dkk, 2017).

2.4.3 Jenis dan Faktor Risiko HAIs

Jenis HAIs yang paling sering terjadi dan sering ditemukan di fasilitas pelayanan kesehatan terutama di rumah sakit menurut (Permenkes 2017) diantaranya:

1. VAP/*Ventilator associated pneumonia*
2. IAD/Infeksi Aliran Darah
3. ISK/Infeksi Saluran Kemih
4. IDO/Infeksi Daerah Operasi

Adapun faktor risiko terjadinya HAIs menurut (Permenkes RI 2017) yaitu:

1. Usia

HAIs lebih rentan terjadi pada neonatus dan orang yang telah lanjut usia. Hal itu terjadi karena rata-rata lansia mengalami multipatologi atau memiliki lebih dari 1 penyakit yang umumnya penyakit degeneratif, selain itu sistem organ juga menurun akibatnya lansia rentan terhadap terjadinya infeksi disebabkan oleh cadangan fungsional tubuh yang menurun serta adanya penurunan daya tahan tubuh. Sama halnya dengan neonatus karena daya tahan tubuh pada neonatus masih lemah sehingga rentan terjadi infeksi.

2. Keadaan imun menurun (*immuno-compromised*)

Pasien dengan *immuno-compromised* bisa kita dapatkan pada pasien yang mengalami penyakit kronis seperti kanker, tumor, serta pada pasien dengan konsumsi obat immunosupresan.

3. Gangguan atau interupsi barier anatomis

- a. Kateter urin: penggunaan kateter urin dalam jangka waktu lama juga dapat menimbulkan infeksi saluran kemih atau ISK
 - b. Prosedur operasi: bisa mengakibatkan kejadian infeksi daerah operasi/ IDO atau *surgical site infection (SSI)*
 - c. Intubasi dan pemakaian ventilator: mengakibatkan *Ventilator Associated Pneumonia* atau VAP
 - d. Kanula vena dan arteri: IAD dan plebitis
 - e. Luka bakar serta trauma
- #### 4. Implantasi benda asing

- a. Pemakaian mesh yang digunakan saat operasi hernia
- b. Pemakaian implant saat dilakukan operasi tulang, alat pacu jantung maupun kontrasepsi
- c. *Cerebrospinal fluid shunts*
- d. *Vascular prostheses* atau *Valvular*

5. Perubahan mikroflora normal

Penggunaan antibiotika yang tidak bijak atau tidak tepat sasaran akan dapat menimbulkan bakteri resisten terhadap antimikroba serta menimbulkan pertumbuhan jamur secara berlebihan

Faktor risiko lain juga dijelaskan dalam beberapa jurnal, diantaranya:

1. Faktor intrinsik (tuan rumah atau pada pasien itu sendiri)

Menurut Ta'adi, dkk (2019) mengatakan bahwa faktor risiko terjadinya HAIs berasal dari faktor intrinsik yaitu ada pada pasien itu sendiri yang meliputi (jenis kelamin, usia, kondisi umum penderita, penyakit penyerta lain atau komplikasi, serta risiko dari terapi).

2. Udara yang terkontaminasi oleh mikroorganisme

Bakteri yang ada pada sirkulasi udara di ruangan rumah sakit bisa berasal dari material biologis ataupun non biologis seperti debu. Bakteri tersebut kemudian akan menetap dan mengendap di udara dalam waktu lama yang kemudian akan bersifat infeksius (Santri dkk, 2018).

3. Suhu yang rendah dalam suatu ruangan

Suhu yang rendah dalam suatu ruangan memungkinkan beberapa bakteri tertentu akan dapat bertahan lebih lama (Santri dkk, 2018).

2.4.4 Pengendalian HAIs

HAIs di fasilitas pelayanan kesehatan kini menjadi masalah yang serius terutama bagi rumah sakit itu sendiri, karena bisa menyebabkan kerugian yang dapat membebani rumah sakit serta kerugian bagi pasien itu sendiri baik terkait biaya maupun penambahan waktu rawat inap bagi pasien tersebut. Untuk itu perlu adanya upaya pencegahan dan pengendalian HAIs dalam meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Salawati

(2012) terkait pengendalian HAIs di ruang *intensive care unit* rumah sakit dijelaskan bahwa terdapat 3 program dalam upaya pengendalian infeksi yaitu tindakan operasional, tindakan struktural, serta tindakan organisasi. Dari ketiga program tersebut, salah satu tindakan yang dapat mencegah terjadinya HAIs diantaranya yaitu dengan melakukan *hand hygiene* (Salawati, 2012). Dalam instrumen SNARS terkait pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang terdapat pada standar PPI 9 juga dijelaskan bahwa membersihkan tangan dengan sabun atau desinfektan merupakan cara paling efektif dalam upaya pengendalian infeksi. Sedangkan dalam standar PPI nomer 11, rumah sakit merupakan tempat edukasi terkait PPI baik edukasi kepada pasien, staf klinis maupun petugas nonklinis, keluarga pasien, serta petugas lain yang masih terlibat dalam melakukan pelayanan kepada pasien (Kemenkes RI, 2018).

Kebijakan terkait pengendalian HAIs juga telah diatur dalam beberapa rumah sakit, salah satu rumah sakit yang menerapkan kebijakan terkait *hand hygiene* pada keluarga pasien khususnya diruang ICU yaitu di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. Surat keputusan terkait kebijakan pelayanan ICU khususnya mengenai pengendalian infeksi itu sendiri dibagi menjadi 3 bagian, yakni kebijakan untuk pasien itu sendiri, petugas kesehatan dan terakhir untuk keluarga pasien yang mewajibkan keluarga pasien harus melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur (Ditasari, 2015). Adapun isi dari kebijakan pengendalian infeksi untuk keluarga pasien di ruang ICU tersebut diantaranya:

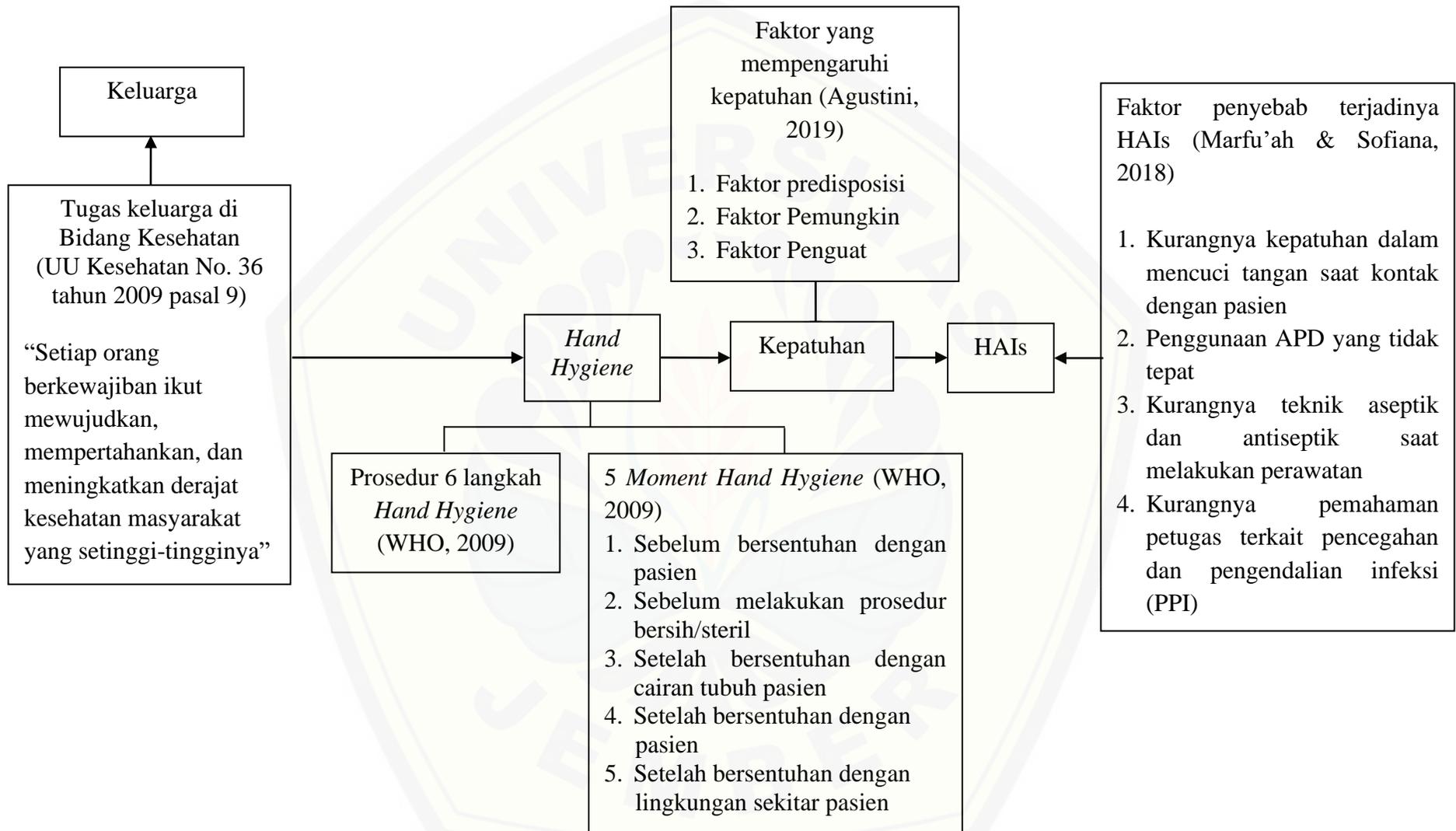
1. Keluarga pasien diijinkan masuk 1 orang apabila pasien dalam kondisi kritis/ sesuai kondisi pasien dengan memakai APD yang sudah disediakan dan harus melakukan cuci tangan sesuai prosedur
2. Jam Besuch keluarga pasien sesuai dengan jam Besuch RS Panti Waluya Sawahan Malang
3. Pembersihan tempat tidur dan alat – alat yang dipakai pasien dibersihkan dengan cairan presep

Kebijakan tersebut mengingatkan kepada kita bahwa kewajiban melakukan *hand hygiene* tidak hanya bagi tenaga kesehatan saja, melainkan juga penting bagi keluarga untuk turut andil dalam pencegahan kejadian infeksi di

rumah sakit. Namun pada kenyataannya kepatuhan keluarga terkait *hand hygiene* hingga kini masih tergolong rendah, terbukti pada studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Kraton terhadap 20 penunggu pasien, hanya 5 orang yang melakukan cuci tangan sementara 15 orang lainnya tidak melakukan *hand hygiene* dengan alasan karena tergesa-gesa dan tidak mengetahuinya (Ta'adi dkk, 2019). Padahal didalam jurnal Mumpuningtias (2017) dijelaskan bahwa pencegahan dan pengendalian infeksi itu mutlak dan wajib dilakukan oleh dokter, perawat, maupun seluruh orang yang turut terlibat dalam perawatan pasien, dengan begitu keluarga juga memiliki kewajiban dalam melakukan *hand hygiene* karena keluarga disini juga ikut andil dalam perawatan pasien. Dengan kepatuhan keluarga atau pengunjung dalam melakukan *hand hygiene* berarti keluarga telah turut andil dalam melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, dengan begitu secara tidak langsung juga dapat meminimalkan angka kejadian HAIs yang ada di rumah sakit.

Pentingnya *hand hygiene* dalam mencegah terjadinya HAIs juga dijelaskan oleh Fajriyah (2015) yang menjelaskan bahwa kegiatan *hand hygiene* penting untuk dilakukan di lingkungan klien dirawat, termasuk di rumah sakit. *Hand hygiene* merupakan suatu tindakan penting untuk dilakukan karena selain merupakan rutinitas yang murah dan mudah dilakukan, ternyata *hand hygiene* menjadi metode terbaik dalam mencegah transmisi mikroorganisme sehingga mampu mencegah terjadinya infeksi (Fajriyah, 2015). Namun pelaksanaan *Hand hygiene* tersebut harus sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh WHO (2009) dalam mencegah perkembangbiakan mikroorganisme kuman, yaitu sesuai dengan 5 momen dan enam langkah cuci tangan yang benar. Selain itu ketepatan *hand hygiene* harus menggunakan sabun dan air mengalir kurang lebih selama 40-60 detik, dan jika menggunakan handrub maka cukup 20 hingga 30 detik. Kegiatan mencuci tangan dengan benar tersebut terbukti mampu menurunkan 20%-40% kejadian HAIs di rumah sakit (Iskandar dkk, 2018).

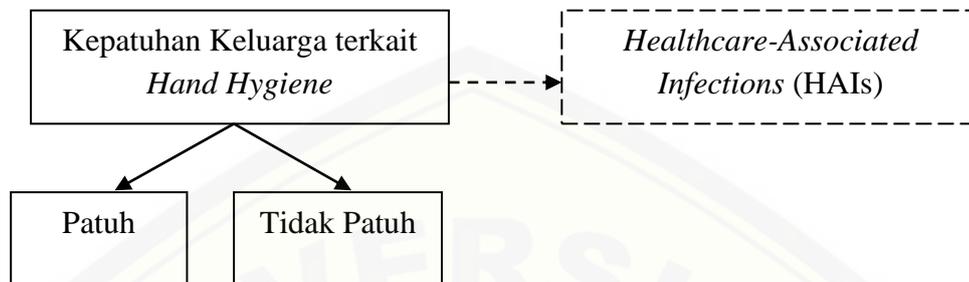
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

Keterangan :

 : Diteliti

 : Tidak Diteliti

 : yang diteliti

 : yang tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Tidak ada hipotesa yang tercantum pada penelitian ini

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian disini menggunakan kuantitatif dengan rancangan penelitian berupa deskriptif eksploratif. Penelitian deskriptif disini bertujuan dalam mendeskripsikan objek secara faktual, sistematis dan akurat dalam menggambarkan sifat populasi tertentu serta fenomena yang ada secara detail. Melalui penelitian deskriptif, kita akan menemukan jawaban-jawaban secara sistematis dari masalah yang ada serta dapat menemukan informasi yang lebih luas dan mendalam dari fenomena yang terjadi melalui tahapan-tahapan penelitian dengan pendekatan kuantitatif. Sedangkan eksploratif itu sendiri adalah studi pendahuluan sebagai sumber informasi dari penelitian deskriptif yang bertujuan dalam menggali pengetahuan baru dari permasalahan yang sedang atau yang akan terjadi (Yusuf, 2017).

Variabel dalam penelitian ini yaitu menggunakan variabel *independent* yaitu kepatuhan *hand hygiene* keluarga. Metode penelitian ini peneliti gunakan untuk menggali informasi serta mendapatkan gambaran mengenai kepatuhan keluarga pasien perawatan intensif dalam melakukan *hand hygiene*. Kemudian subjek dalam penelitian akan diobservasi melalui lembar observasi dalam menilai tingkat kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene* yang akan dinilai oleh peneliti. Penelitian disini bertujuan untuk mengetahui bagaimana gambaran kepatuhan *hand hygiene* keluarga pasien perawatan intensif dalam mencegah terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan objek secara menyeluruh yang ditetapkan oleh peneliti berdasarkan karakteristik tertentu yang sebelumnya sudah ditetapkan oleh peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2017). Sedangkan menurut Setiadi (2007) populasi merupakan seluruh objek yang dapat dilakukan untuk penelitian, baik terdiri dari orang, benda, gejala, atau wilayah dimana objek tersebut memiliki

karakteristik. Populasi yang peneliti gunakan dalam penelitian ini yaitu pada keluarga pasien yang sedang menjaga pasien yang berada di perawatan intensif (ICU dan ICCU) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Hasil studi literatur terakhir pada penelitian sebelumnya, dikatakan bahwa jumlah pasien di perawatan intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso pada bulan Agustus 2018 hingga bulan September 2018 yaitu terdapat 35 pasien di ICU dan terdapat 70 pasien di ICCU. Dari pernyataan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa jumlah pasien yang terdapat pada ruang perawatan intensif (ICU dan ICCU) selama sebulan kurang lebih yaitu sebesar 105 pasien (Dwimala, 2019).

4.2.2 Sampel Penelitian

Nursalam (2017) menjelaskan bahwa sampel ialah subjek yang telah dipilih oleh peneliti dari populasi terjangkau yang telah melalui proses seleksi sebelumnya sehingga dapat mewakili suatu populasi yang telah ada. Sampel yang diambil oleh peneliti melibatkan keluarga pasien perawatan intensif yang berada di ruang ICU dan ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan jumlah sampel sebesar 83 orang. Adapun perhitungan besar sampel yaitu memakai rumus slovin dengan menentukan jumlah sampel minimal dengan jumlah populasi yang telah diketahui (Endra, 2017). Adapun rumus slovin sebagai berikut:

$$\begin{aligned}n &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\ &= \frac{105}{1 + (105 \times 0,05^2)} \\ &= 83 \text{ Sampel/orang}\end{aligned}$$

Keterangan:

n : jumlah sampel

N : Populasi

E : toleransi kesalahan (0,05)

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ialah *non-probability sampling* yang digunakan untuk sampel bersifat homogen dan tidak memberikan peluang sama pada seluruh sampel karena tidak ada generalisasi (Donsu, 2016). Teknik sampling dalam penelitian ini yaitu menggunakan teknik *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel dengan memilih sampel sesuai dengan kriteria-kriteria tertentu baik melihat masalah atau tujuan yang telah ditetapkan oleh peneliti itu sendiri sehingga sudah dapat mewakili karakteristik populasi yang diinginkan (Pamungkas & Usman, 2017). Dalam penelitian ini, peneliti mengambil sampel sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan baik kriteria inklusi maupun eksklusi serta melihat dari jumlah sampel yang dibutuhkan oleh peneliti.

4.2.4 Kriteria Sampel

Kriteria sampel ditentukan oleh peneliti dengan tujuan untuk mengurangi dan menghindari terjadinya bias pada hasil penelitian. Kriteria sampel yang dipakai oleh peneliti yaitu pada keluarga pasien yang mempunyai kriteria-kriteria yang sudah menjadi ketetapan peneliti. Adapun kriteria sampel yang telah ditentukan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik secara umum dari subjek yang akan diteliti yang diperoleh dari suatu populasi target (Nursalam, 2014). Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu (Abubakar & Nilamsari, 2017):

1. Bersedia berpartisipasi dan menjadi responden dalam penelitian
2. Merupakan keluarga pasien yang sedang dirawat di ICU dan ICCU RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso yang terdiri dari (keluarga inti atau wali yang menjaga pasien dan telah mendapatkan informasi terkait *hand hygiene* sebelumnya)
3. Berusia 18-60 tahun

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi ialah mengeluarkan atau menghilangkan subjek yang sudah memenuhi kriteria sebelumnya namun tidak dapat menjadi sampel penelitian karena beberapa sebab (Nursalam, 2014). Sampel yang di eksklusikan disini ialah:

1. Anggota keluarga yang tidak bersedia dan tidak mau menjadi responden saat akan dilakukan observasi

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso yang merupakan rumah sakit tipe B dan menjadi rujukan di wilayah Bondowoso. Untuk tempat pengambilan data itu sendiri yaitu di Ruang ICU dan ICCU.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu pembuatan skripsi ini dimulai dari September 2019 sampai dengan Juli 2020. Penelitian ini dihitung mulai pada awal pembuatan proposal sampai dengan laporan akhir penelitian dan publikasi penelitian.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan definisi subjektif yang disusun oleh peneliti itu sendiri berdasarkan karakteristik atau subjek yang akan diteliti. Dalam hal ini karakteristik yang diamati yaitu subjek penelitian yang dapat diukur atau variabel dalam penelitian (Nursalam, 2014). Penelitian ini menggunakan 1 variabel yaitu kepatuhan *hand hygiene* keluarga. Untuk penjelasannya dapat dilihat dalam tabel dibawah ini.

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Kepatuhan <i>hand hygiene</i> keluarga	Suatu bentuk perilaku yang ditunjukkan oleh keluarga pasien dalam melakukan <i>hand hygiene</i> pada setiap momen dalam melakukan <i>hand hygiene</i> di Ruang ICU dan ICCU Dr. H. Koesnadi Bondowoso	momen <i>hand hygiene</i> (WHO, 2009) yang meliputi: 1. Sebelum bersentuhan dengan pasien 2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril 3. Setelah bersentuhan dengan cairan pasien 4. Setelah bersentuhan dengan pasien 5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien	Lembar observasi kepatuhan <i>hand hygiene</i> yang diadopsi dari WHO (2009)	Ordinal	Dikategorikan menjadi dua kategori menurut (Rodyah, 2015) yaitu: Patuh = $\geq 50\%$ Tidak patuh = $< 50\%$

4.6 Pengumpulan Data

Merupakan cara yang dipakai peneliti dalam mengumpulkan beberapa data sesuai dengan karakteristik subjek yang dibutuhkan dalam penelitian (Nursalam, 2014). Sumber data yang diperoleh peneliti yakni data primer dan sekunder.

4.6.1 Data Primer

Merupakan data yang didapatkan dari suatu objek atau subjek dari kuisioner atau lembar observasi secara langsung (Notoatmodjo, 2012). Data yang diperoleh dari penelitian ini yaitu dari lembar observasi kepatuhan keluarga yang akan peneliti nilai sendiri dari hasil pengamatan kepada keluarga pasien yang berada di ruang ICU dan ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

4.6.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data kedua yang didapatkan selain dari data utama, data tersebut bisa berasal atau didapat melalui dokumen atau sumber lain yang tidak berhubungan dengan individu (Notoatmodjo, 2012). Data yang didapatkan oleh peneliti disini yaitu berasal dari rekam medis pasien atau jumlah data pasien yang dirawat di ruang ICU dan ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

4.6.3 Teknik Pengumpulan Data

Data pada penelitian ini didapat dari hasil lembar observasi kepatuhan keluarga dalam melakukan *hand hygiene* yang diisi oleh peneliti sendiri. Teknik pengumpulan data tersebut hanya dilakukan satu kali dengan melewati beberapa tahapan diantaranya:

a. Proses Administrasi Penelitian

Pertama peneliti mengajukan surat ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, kemudian dilanjutkan kepada kepala BAKESBANGPOL yang ada di Kabupaten Bondowoso yang kemudian diteruskan ke Direktur RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dan Kepala Ruang ICU dan ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

b. Proses Penelitian

1. Melakukan koordinasi dengan Kepala Ruang ICU dan ICU RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso sekaligus menjelaskan maksud, tujuan dan prosedur penelitian
2. Melihat data jumlah pasien yang ada di ruang ICU dan ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso kemudian menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi

c. Pelaksanaan

1. Mencari informasi kepada perawat dengan melihat data anggota keluarga yang sedang menjaga di ruang ICU/ICCU.
2. Kemudian peneliti melakukan edukasi terkait *hand hygiene* serta mengingatkan kembali anjuran dari perawat dan poster terkait *hand hygiene* yang telah terpajang di sekitar ruang ICU kepada anggota keluarga lain yang turut menjaga klien diruang tunggu. Peneliti juga menyiapkan lembar berita acara pada hari tersebut sebagai bukti bahwa anggota keluarga tersebut sudah mendapatkan informasi terkait *hand hygiene* sebelum dilakukan penelitian
3. Melakukan pendekatan kepada keluarga pasien sebagai responden utama dalam penelitian kemudian menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.
4. Memberikan lembar *informed consent* dengan maksud meminta persetujuan penelitian untuk menjadi responden. Tidak ada faktor pemaksaan dalam penelitian ini dan peneliti memberikan hak sebasnya kepada responden
5. Sebelumnya peneliti memberikan lembar data demografi responden kepada responden yang telah menyetujui untuk dilakukan penelitian untuk diisi terlebih dahulu sesuai data demografi yang telah peneliti siapkan
6. Peneliti menunggu selama 24 jam hingga pada keesokan harinya, peneliti baru melakukan observasi
7. Peneliti melakukan observasi untuk menilai kepatuhan *hand hygiene* keluarga sesuai dengan pedoman observasi yang sudah terlampir.

8. Observasi ini hanya dilakukan satu kali, karena menurut Sunaryo (2004) perilaku seseorang pasti akan berbeda tergantung dari situasi yang ada dan tidak akan pernah berhenti. Sehingga perilaku manusia dimasa lalu akan menjadi kelanjutan dan persiapan untuk perilaku selanjutnya di masa yang akan datang.
9. Observasi dilakukan pada pukul (14.00-16.30) karena pada waktu tersebut merupakan waktu untuk pasien ICU dan ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso melakukan mandi sore yang dibantu oleh keluarga, sehingga keluarga akan sering melakukan kontak langsung dengan anggota keluarganya yang sakit (pasien).
10. Kemudian tahap terakhir peneliti menganalisis data yang didapatkan dari hasil observasi yang sudah dilakukan.

4.6.4 Alat Pengumpulan Data

Instrumen yang dipakai disini menggunakan lembar observasi kepatuhan *hand hygiene*. Dimana dalam pengumpulan data dilakukan melalui observasi langsung kepada responden dan menilai tingkat kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene* sesuai dengan pedoman lembar observasi yang digunakan oleh peneliti. Sebelum melakukan penelitian, peneliti akan memastikan terlebih dahulu bahawa responden tersebut sebelumnya telah menerima informasi terkait aturan2 di ICU termasuk kewajiban dalam melakukan *hand hygiene*. Untuk lembar observasi disini peneliti memakai dari penelitian yang dilakukan oleh Silvi Anita Uslatu Rodyah yang mengadopsi dari WHO (2009). Dimana lembar observasi tersebut mencakup 5 *moment* dalam melakukan *hand hygiene* yang meliputi:

1. BTP : *Before touching a patient*/ sebelum bersentuhan dengan pasien
2. BAP : *Before clean/aseptic procedure*/ sebelum melakukan prosedur bersih/steril
3. ABF : *After body fluid exposure risk*/ setelah bersentuhan dengan cairan pasien
4. ATP : *After touching a patient*/ setelah bersentuhan dengan pasien

5. ATPS : *After touching patient surrounding/* setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien

Tingkat pengetahuan tersebut nantinya akan peneliti peroleh dari rumus kepatuhan yang ditetapkan oleh WHO (2009) dengan rumus:

$$\text{Kepatuhan} = \frac{\text{Jumlah } hand \text{ hygiene yang dilakukan}}{\text{Kesempatan untuk melakukan } hand \text{ hygiene}} \times 100\%$$

Sedangkan penentuan tingkat kepatuhan keluarga pasien dalam melakukan *hand hygiene* terbagi menjadi 2 kategori yakni patuh dan tidak patuh. Patuh apabila responden setelah dilakukan observasi mendapat nilai $\geq 50\%$ dan dikatakan tidak patuh apabila nilai tersebut $< 50\%$. Standar penilaian kepatuhan yang digunakan oleh peneliti tersebut telah melalui pertimbangan beberapa penelitian, yakni salah satunya oleh Rodyah (2015) yang menyatakan bahwa tingkat kepatuhan dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* hampir mayoritas responden tidak patuh dalam melaksanakan *hand hygiene* dengan skor kepatuhan responden 38,39%. Hasil serupa juga dijelaskan dalam penelitian Damanik dkk (2012) yang menyatakan bahwa tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* masih sebesar 48,3%. Sedangkan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh McGuckin (2009) menyatakan bahwa kepatuhan *hand hygiene* di ruang ICU dan non-ICU masih dibawah 50%.

4.7 Pengolahan Data

Merupakan suatu tindakan dalam mengolah data yang masih mentah untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan dengan memakai rumus tertentu. Data yang diperoleh oleh peneliti masih berupa data mentah belum dapat memberikan informasi seutuhnya, untuk itu perlu dilakukan pengolahan data agar dapat memperoleh hasil serta kesimpulan dari hasil penelitian dengan baik (Notoadmojo, 2010). Terdapat 4 kegiatan pokok dalam melakukan pengolahan data menurut Dwiastuti (2017) yaitu diantaranya: *Editing, Coding, Data Entry,* dan *Cleaning*.

4.7.1 Editing

Editing berarti suatu proses mengedit atau pemeriksaan kembali terkait kebenaran data yang diperoleh atau yang sudah dikumpulkan peneliti, baik setelah tahap pengumpulan data maupun saat mengumpulkan data (Hidayat, 2014). Lembar observasi dalam penelitian ini langsung peneliti periksa kembali terkait kelengkapan data baik dari identitas responden ataupun dari penilaian pada lembar observasi yang belum terjawab begitu peneliti telah selesai mengisi lembar observasi.

4.7.2 Coding

Coding ialah proses dalam pemberian kode berupa angka (numerik) atau pengelompokan data menurut kategori masing-masing data. *Coding* disini bertujuan untuk memudahkan peneliti dalam memasukkan, mengelompokkan, serta menganalisa data (Hidayat, 2014). Berikut pengkodean yang diterapkan oleh peneliti pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4.2 *Coding Data*

No.	Karakteristik Data	Kode
1.	Jenis Kelamin	
	Laki-laki	1
	Perempuan	2
2.	Usia	
	18-32 tahun	1
	33-46 tahun	2
	47-60 tahun	3
3.	Tingkat Pendidikan	
	Tidak tamat SD	1
	SD	2
	SMP	3
	SMA	4
	Sarjana/Diploma	5
4.	Jenis Pekerjaan	

PNS	1
Wiraswasta	2
Petani	3
Pensiunan	4
Tidak bekerja/ibu rumah tangga	5
Lain-lain	6
<hr/>	
5. Hubungan dengan pasien	
Suami	1
Istri	2
Anak	3
Bapak	4
Ibu	5
Kakak	6
Adik	7
6. Tingkat Kepatuhan <i>Hand Hygiene</i>	
Patuh	1
Tidak Patuh	2
<hr/>	

4.7.3 Memasukkan Data/Data Entry

Data *entry* merupakan metode pemindahan data yang telah dilakukan pengkodean sebelumnya ke dalam tabel atau database komputer untuk selanjutnya dilakukan pemrosesan data sehingga dapat dianalisis (Hidayat, 2014). Data yang telah diperoleh peneliti kemudian dipindah ke dalam tabel yang telah tersedia sesuai dengan pengkodean kedalam komputer melalui aplikasi *software IBM SPSS Statistic*.

4.7.4 Cleaning

Cleaning adalah proses pemeriksaan kembali atau pengecekan ulang terkait data yang telah dimasukkan sebelumnya untuk menghindari terjadinya kesalahan data atau kesalahan hasil analisis (Dwiastuti, 2017). Peneliti disini selalu melakukan pemeriksaan kembali atau pengecekan ulang terhadap data yang sudah dimasukkan sebelumnya baik kemungkinan terjadinya kesalahan

kode maupun ketidaklengkapan data. Apabila terjadi kesalahan, maka peneliti menghapus dan memperbaiki data tersebut.

4.8 Analisis Data

Analisis data disini digunakan untuk mengetahui gambaran tingkat kepatuhan keluarga dalam melakukan *hand hygiene* di ruang ICU dan ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Analisis data yang dipakai dalam penelitian ini yaitu menggunakan analisis univariat.

a. Analisis univariat

Analisis univariat biasanya hanya dipakai pada satu variabel dengan tujuan untuk menjabarkan dari setiap variabel dalam penelitian dalam bentuk distribusi dan prosentase (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini, data kategorik yang berupa (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, serta hubungan dengan pasien) peneliti analisis dalam bentuk distribusi presentase dan frekuensi. Sementara pengkategorian tingkat kepatuhan *hand hygiene* itu sendiri yaitu menggunakan lembar observasi kepatuhan *hand hygiene* yang diadopsi melalui WHO (2009) dengan jenis data kategorik yang dibagi menjadi 2 yakni patuh dan tidak patuh. Penyajian data peneliti analisis menggunakan distribusi presentase dan frekuensi beserta interpretasinya dari tiap kategori data.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat ialah analisis yang digunakan dalam dua variabel yaitu (independen dan dependen) yang diduga memiliki hubungan erat antara kedua variabel tersebut (Notoatmodjo, 2012). Sedangkan pada penelitian ini, peneliti tidak menggunakan analisis bivariat karena penelitian ini tidak menghubungkan 2 variabel.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian yang menggunakan manusia sebagai subjek dalam penelitiannya harus memperhatikan betul terkait hak dasar dari setiap manusia dan sangat penting memperhatikan etika dalam suatu penelitian demi menjunjung tinggi

kehormatan dan kebebasan manusia (Hidayat, 2014). Dalam penelitian ini, prinsip dan etika yang diterapkan oleh peneliti menurut (WHO, 2011) diantaranya:

4.9.1 Scientific design and conduct of the study

Penelitian yang dilakukan harus bisa diterima secara etis dan menggunakan metode ilmiah yang tepat atau valid untuk mengurangi risiko bahaya yang mungkin terjadi dan mendapatkan manfaat dari penelitian. Peneliti disini dapat menjamin bahwa metode penelitian secara ilmiah dapat dikatakan sehat dan melalui pemeriksaan etis sebelum pelaksanaan penelitian dilakukan.

4.9.2 Risks and potential benefits

Pada dasarnya, dalam melakukan penelitian harus dapat memaksimalkan potensi manfaat dan dapat meminimalkan risiko yang bisa saja terjadi baik dampak negatif yang akan muncul ataupun potensi bahaya yang akan terjadi. Bahaya atau dampak risiko dapat terjadi dari dimensi yang berbeda baik dari segi fisik, keuangan, sosial, ataupun psikologis seseorang yang dapat terjadi baik di tingkat individu, keluarga, atau bahkan dalam satu populasi. Untuk itu, peneliti sangat memperhatikan betul terkait dampak risiko yang timbul dan sangat memperhatikan peluang rmanfaat bagi bannyak orang dan tidak menimbulkan kerugian apapun.

4.9.3 Selection of study population and recruitment of research participants

Dalam pemilihan populasi yang diterima secara etis harus dapat memastikan bahwa individu atau kelompok yang terpilih tidak boleh menanggung beban lebih dari kapasitas mereka dan harus memastikan keadilan dari setiap responden termasuk manfaat yang diperoleh dan menjaga hak-hak mereka. Selain itu proses rekrutmen harus seimbang dan objektif dapat menggambarkan tujuan dari penelitian, risiko, dan potensi manfaat dari berpartisipasi dalam penelitian. Dengan demikian, peneliti mempertimbangkan populasi yang dipilih sesuai dengan prinsip keadilan dan tujuan penelitian tanpa

meninggalkan atau merampas hak-hak mereka sebagai partisipan dalam penelitian.

4.9.4 *Inducements, financial benefits, and financial costs*

Dapat diterima secara etis apabila setiap biaya yang dikeluarkan oleh individu yang terkait dalam penelitian dapat diganti oleh peneliti baik dari segi biaya transportasi, perawatan anak, atau kehilangan upah dari pekerjaan yang ditinggalkan untuk sementara waktu. Secara etika juga dapat diterima apabila peneliti memberikan kompensasi kepada peserta namun dengan biaya yang tidak terlalu besar, atau juga bisa dengan menggantikan dengan perawatan medis gratis atau dengan bentuk kompensasi lain yang begitu luas. Hal tersebut bertujuan untuk mendorong partisipan untuk menyetujui dan mau berpartisipasi serta untuk mengkompromikan pemahaman mereka dalam penelitian. Bentuk kompensasi yang peneliti berikan kepada partisipan yaitu dalam bentuk konsumsi dan mengganti sabun atau *handrub* yang telah habis pakai dalam penelitian.

4.9.5 *Protection of research participants' privacy and confidentiality*

Dalam penelitian juga sangat penting untuk menjamin perlindungan privasi ataupun kerahasiaan dari setiap partisipan. Pelanggaran kerahasiaan dapat menyebabkan partisipan akan kehilangan kendali atau malu, serta kerugian nyata yang akan berdampak yaitu seperti stigma social terutama penolakan baik dari keluarga ataupun masyarakat, dan bahkan bisa menyebabkan kehilangan peluang pekerjaan atau perumahan. Untuk itu dalam menjaga privasi dan kerahasiaan dari partisipan, peneliti menerapkan *anonymity* pada lembar observasi yang akan diberikan untuk menjaga identitas dan kerahasiaan dari setiap partisipan.

4.9.6 *Informed consent process*

Fondasi etis dari *Informed consent* yaitu prinsip penghormatan bagi orang lain. Individu berhak untuk memilih secara bebas untuk berpartisipasi dan

membuat keputusan dalam penelitian. Sedangkan bagi partisipan seperti anak-anak atau orang yang sedang mengalami gangguan mental, keputusan atau persetujuan dalam *Informed consent* dapat digantikan oleh pembuat keputusan pengganti atau wali yang berwenang dari partisipan tersebut, dengan begitu penelitian dapat diterima secara etis. Pada penelitian ini, sebelum peneliti memberikan lembar *Informed Consent*, peneliti memberikan penjelasan terlebih dahulu terkait penelitian yang akan dilakukan, kemudian peneliti memberi kesempatan kepada responden untuk menentukan dan memutuskan pilihannya apakah responden tersebut bersedia menjadi responden atau tidak. Apabila responden menyetujui maka responden tersebut harus menandatangani pada lembar persetujuan, namun apabila responden itu menolak atau tidak bersedia, maka peneliti tidak dapat memaksa karena peneliti menghormati hak bagi setiap responden.

4.9.7 *Community considerations*

Dampak dari penelitian nantinya, tidak hanya akan berdampak pada individu yang berpartisipasi namun juga pada masyarakat yang ada dalam lingkungan tempat penelitian. Untuk itu sudah menjadi tugas peneliti dalam menghormati dan melindungi masyarakat dan meminimalkan segala hal negatif sebagai efek pada masyarakat yang mungkin terjadi seperti stigma, juga hal lain seperti dalam mempromosikan, termasuk efek bagi kesehatan pada komunitas tersebut. Disisi lain peneliti juga harus terlibat aktif dalam masyarakat terutama saat pengambilan keputusan seperti (*Informed consent*) dan peka terhadap lingkungan serta dapat menghormati budaya, tradisional masyarakat dan praktik keagamaan yang ada dalam lingkungan penelitian.

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Dari hasil dan pembahasan terhadap penelitian yang sudah dilaksanakan di *Intensive Care Unit* RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan sebanyak 83 sampel, dapat disimpulkan bahwa:

1. Gambaran karakteristik keluarga pasien ICU berdasarkan jenis kelamin terbanyak ialah perempuan dengan usia paling banyak berada pada rentang usia 47-60 tahun, berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak yaitu berada pada jenjang SD, sedangkan berdasarkan jenis pekerjaan terbanyak ialah tidak bekerja dan jika dilihat dari hubungan dengan pasien terbanyak ialah sebagai anak dari pasien.
2. Gambaran Tingkat Kepatuhan Keluarga Pasien *Intensive Care Unit* sebagian besar responden patuh dalam Melakukan *Hand Hygiene* karena adanya sumber pengetahuan yang diberikan, sikap positif seseorang, motivasi, serta peranan lingkungan seperti keberadaan orang lain ataupun ketersediaan *handrub* yang memadai dalam ruang *Intensive Care Unit*.

6.2 Saran

Saran yang bisa diberikan dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan
Diharapkan bagi institusi pendidikan keperawatan mampu menetapkan indikasi *hand hygiene* tidak hanya diberlakukan untuk perawat ataupun tenaga medis lainnya, melainkan juga dapat diterapkan pada keluarga pasien juga. Mengingat bahwa sumber infeksi tidak hanya dapat diperoleh dari petugas medis melainkan juga dapat diperoleh dari keluarga pasien ataupun pengunjung di rumah sakit yang telah terinfeksi.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk terus mengkaji lebih banyak lagi terkait sumber maupun referensi yang terkait dengan penelitian ini terutama terkait proses pengambilan ataupun pengumpulan data sehingga penelitian selanjutnya dapat dilaksanakan dengan lebih baik lagi. Selain itu peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan dan memperluas penelitian terutama terkait kepatuhan *hand hygiene* pada keluarga pasien dengan kejadian HAIs yang ada di rumah sakit ataupun fasilitas kesehatan lainnya.

3. Bagi Instansi Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso

Diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dari pihak instansi rumah sakit untuk lebih memantau keluarga dalam melakukan *hand hygiene* terutama pada momen ke 3 yakni setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien yang masih sering diabaikan atau ditinggalkan oleh keluarga, padahal momen tersebut sangat penting dilakukan karena dapat secara langsung menginfeksi seseorang melalui cairan yang keluar dari tubuh pasien.

4. Bagi Responden (Keluarga ICU)

Keluarga diharapkan dapat terus menerapkan perilaku patuh dalam melakukan *hand hygiene* sehingga dapat meningkatkan pencegahan terjadinya HAIs di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Abubakar, N., dan N. Nilamsari. 2017. Pengetahuan dan Sikap Keluarga Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Haji Surabaya Terhadap Pencegahan Infeksi Nosokomial. *Jurnal Manajemen Kesehatan*. 3(1): 49-61.
- Agustini, A. 2019. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Ali, H. Z. 2009. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Alsharari, A. F. 2019. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Preference and Adherence*. 13(1): 465-473.
- Badra, I. W., dan N. L. G. Susantie. 2018. Analisis Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan Pada Pasien yang Dirawat di Ruang Intensif Care Unit (ICU) RSUD Sele Be Solu Kota Sorong Tahun 2017. *Nursing Arts*. 10(1): 11-22.
- Bakti, R. P. S. 2016. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Cuci Tangan 6 Langkah di RSUD Kabupaten Kediri. *Skripsi*. Kediri: Program Studi S1 Keperawatan Stikes Karya Husada Kediri.
- Bastable, S. B. 2002. Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran & Pembelajaran. Jakarta: EGC.
- Birnbacha, D. J., L. F. Rosena, M. Fitzpatricka, K. L. Arheart, dan S. M. Pricec. An Evaluation of Hand Hygiene in an Intensive Care Unit: Are Visitors A Potential Vector For Pathogens?. *Journal of Infection and Public Health*. 8 (6): 570-574.
- Biswal, M., A. Angrup, S. Rajpoot, R. Kaur, K. Kaur, H. Kaur, N. Dhaliwal, P. Arora, A. K. Gupta. Hand hygiene compliance of patients' family members in India: importance of educating the unofficial 'fourth category' of healthcare personnel. *Journal of Hospital Infection*. 104 (4): 425-429.
- Damanik, S. M., F. S. Susilaningsih, dan A. A. Amrullah. 2012. Kepatuhan *Hand Hygiene* di Rumah Sakit Immanuel Bandung. *Students e-journals*. 1(1): 1-14.
- Ditasari, E. 2015. Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif Direktur Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang (dikutip pada tanggal 14 Januari 2020 pukul 20:42 melalui: https://www.academia.edu/18747016/Kebijakan_icu).

- Donsu, J. D. T. 2016. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Dwiastuti, R. 2017. *Metodologi Penelitian Sosial Ekonomi Pertanian: Dilengkapi Berbagai Pengenalan Berbagai Perspektif Pendekatan Metode Penelitian*. Malang: UB Press.
- Dwimala, T. 2019. Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Efendi dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Endra, F. 2017. *Pedoman Metodologi Penelitian (Statistika Praktis)*. Sidoarjo: Zifatama Jawa.
- Fajriyah, N. N. 2015. Pengetahuan Mencuci Tangan Penunggu Pasien Menggunakan *Lotion Antiseptic*. *University Research Coloquium*. 7 (2): 557-562.
- Friedman. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi Ke-5. Jakarta: EGC.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). 2016. *National and State Healthcare Associated Infections Progress Report* (dikutip pada tanggal 10 Oktober 2019 pukul 18:10 melalui: <https://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf>).
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). 2020. *Handwashing: Clean Hands Save Lives* (dikutip pada tanggal 10 Agustus pukul 12:00 melalui: <https://www.cdc.gov/handwashing/show-me-the-science-hand-sanitizer.html>).
- Hapsari, A. P., C. U. Wahyuni, dan D. Mudjiyanto. 2018. Pengetahuan Petugas Surveilans Tentang Identifikasi *Healthcare-Associated Infections* di Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 6(2): 130-138.
- Harnilawati. 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Hidayah, N., dan N. F. Ramadhani. 2019. Kepatuhan Tenaga Kesehatan Terhadap Implementasi *Hand Hygiene* di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Kota Makassar. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*. 5(2): 182-193.

- Hidayat, A. A. A. 2014. *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Teknis Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Iskandar, M. B., dan A. Yanto. 2018. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pelaksanaan Cuci Tangan 6 Langkah 5 Momen Keluarga Pasien di Ruang Rawat Inap RS Roemani Semarang. *Prosiding Seminar Nasional Mahasiswa Unimus*. 1: 120-128.
- Ismail, T. 2015. Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Perawatan ICU-ICCU Terhadap Kecemasan Keluarga Pasien di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. *Skripsi*. Surakarta: *Stikes Kusuma Husada*.
- Jiwantoro, Y. A. 2017. *Riset Keperawatan Analisis Data Statistik Menggunakan SPSS*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Kemenkes RI. 2014. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. *Perilaku Mencuci Tangan Pakai Sabun di Indonesia*. Jakarta Selatan (dikutip pada tanggal 5 Oktober 2019 pukul 20:50 melalui <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-ctps.pdf>).
- Kemenkes RI. 2018. Instrumen Survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 Tahun 2018 (dikutip pada tanggal 13 Januari pukul 22:16 melalui: <http://snars.web.id/2018/download/instrumen-survei-snars-2018/>).
- Kesehatan. 2015. Langkah Bugar (dikutip pada tanggal 14 Januari 2020 pukul 20:15 melalui: <https://www.olahragakesehatanjasmani.com/2015/10/kapan-penunggu-atau-pengunjung-rumah.html>).
- Kurniawati, A. F., P. Satyabakti, dan N. Arbianti. 2015. Perbedaan Risiko *Multidrug Resistance Organisms* (Mdros) Menurut Faktor Risiko dan Kepatuhan Hand Hygiene. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 3(3): 277–289.
- Lukmanulhakima, dan Firdaus, W. 2018. Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Dr. Dradjat Prawiranegara Serang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 9(1): 104-110.
- Marfu'ah, S., dan L. Sofiana. 2018. Analisis Tingkat Kepatuhan *Hand Hygiene* Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*. 12(1): 29-37.
- Maulana, H. D. J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mayastuti, N. K., P. W. K. Putra, dan I. A. A. Laksmi. 2019. Pengaruh Edukasi Terstruktur Dengan Media Video Terhadap Kepatuhan Enam Langkah

- Mencuci Tangan Pada Keluarga Pasien Ruang Icu. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. 15(2): 8-14.
- McGuckin, M., R. Waterman, dan J. Govednik. 2009. Hand Hygiene Compliance Rates in the United States—A One-Year Multicenter Collaboration Using Product/Volume Usage Measurement and Feedback. *American Journal of Medical Quality*. 24(3): 205-213.
- Meida, E. A. 2016. Pengaruh Pendidikan Kesehatan *Hand Hygiene* Terhadap Kepatuhan Prosedur 6 Langkah *Hand Hygiene* Pada Keluarga Pasien di ICU RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Skripsi*. Purwokerto: Fakultas Ilmu Kesehatan UMP.
- Mumpuningtias, E. D., S. Aliftitah, dan Illiyini. 2017. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Cuci Tangan Menggunakan Handrub pada Keluarga Pasien di Ruang Bedah RSUD Dr. H. Moh. Anwar Sumenep. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*. 12(2): 1-10.
- Murwani, A. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jogjakarta: Mitra Cendikia.
- Mustikawati, I. S. 2017. Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun Studi Kualitatif pada Ibu-Ibu di Kampung Nelayan Muara Angke Jakarta Utara. *ARKESMAS*. 2(1): 115-125.
- Notoatmojo, S. 2010. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2014. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Olding, M., S. E. McMillan, S. Reeves, M. H. Schmitt, K. Puntillo, dan S. Kitto. 2015. Patient and Family involvement in Adult Critical and Intensive Care Settings: a Scoping Review. *Health Expectations*. 19(6): 1183-1202.
- Pamungkas, R. A., dan Usman. 2017. *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Percival, S. L., L. Suleman, dan C. Vuotto. 2015. Healthcare-Associated Infections, Medical Devices and Biofilms: Risk, Tolerance and Control. *Journal of Medical Microbiology*. 64: 323–334.

- Permenkes RI No. 27 Tahun 2017. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan* (dikutip pada tanggal 6 Oktober 2019 pukul 12:24 melalui: <http://ditjenpp.kemenumham.go.id/arsip/bn/2017/bn857-2017.pdf>).
- Puspitasari, N., dan M. Tarigan. 2009. Gambaran Cuci Tangan Perawat di Ruang Ra, Rb, Icu, Cvcu, Rsup. H. Adam Malik Medan.
- Rahmawati, I., dan Maria, R. 2015. Kecemasan Keluarga Pasien yang dirawat di Ruang ICU. *Jurnal Keperawatan*. 1(1): 1-7.
- Rajab, W., Y. Fratidhina, dan Fauziah. 2018. *Konsep Dasar Keterampilan Kebidanan*. Malang: Wineka Media.
- Riyanti, S. P. 2019. Hubungan Persepsi Keluarga Tentang Perawatan di Ruang Intensif dengan Kecemasan Pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Rodyah, S. A. U. 2015. Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen Hand Hygiene di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Salawati, L. 2012. Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 12(1).
- Santri, P., Mulyadi, dan H. Taurina. 2018. Angka dan Pola Bakteri Penyebab Healthcare-Associated Infections (HAIs) pada Udara di Ruang Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. M. Yunus Bengkulu. *Jurnal Kedokteran Raflesia*. 4(1): 1-14.
- Sapardi, V. S., R. Machmud, dan R. P. Gusty. 2018. Analisis Pelaksanaan Manajemen Pencegahan dan Pengendalian *Healthcare Associated Infections* di Rsi Ibnu sina. *Jurnal Endurance*. 3(2): 358-366.
- Sari, T. A. 2007. Gambaran Pelaksanaan Sistem Surveilans Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Daerah Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. *Skripsi*. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.
- Satiti, A. B., P. A. Wigati, dan E.Y. Fatmasari. 2017. Analisis Penerapan *Standard Precautions* dalam Pencegahan dan Pengendalian *Hais (Healthcare Associated Infections)* di Rsud Raa Soewondo Pati. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 5(1): 40-49.

- Sentana, A. D. 2016. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien yang Dirawat di Ruang Intensive Care RSUD Provinsi NTB Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Prima*. 1(2): 1694–1708.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siulina, M., Sholichin, dan A. A'in. 2018. Hubungan Kepatuhan Perawat Mencuci Tangan dengan Kejadian *Hais* (Flebitis) di Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda. *Jurnal Medika*. 1(1): 1-14.
- Sugihastuti. 2019. *Wanita di Mata Wanita: Perspektif Sajak-Sajak Toeti Heraty*. Bandung: Nuansa Cendekia.
- Sugimin. 2017. Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sugiyono. 2015. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Susanti, M. L., dan T. Sulistyarini. 2013. Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus Di Ruang Rawat Inap Rs. Baptis Kediri. *Jurnal STIKES RS. Baptis Kediri*. 6(1): 1-10.
- Susanto, T. 2012. Buku Ajar Keperawatan Keluarga Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Syamsulastrri. 2017. Faktor Yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan *Hand Hygiene* (Studi Kasus di IGD, ICU dan IBS RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Tahun 2017). *Skripsi*. Pontianak: Program Studi Kesehatan Masyarakat K. Sintang Universitas Muhammadiyah Pontianak.
- Ta'adi, E. Setiyorini, dan M. R. Amalya. 2019. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Cuci Tangan 6 Langkah Momen Pertama pada Keluarga Pasien di Ruang Anak. *Jurnal Ners dan Kebidanan*. 6(2): 203–210.
- Tajeddina, E., M. Rashidana, M. Razaghi, S. S. S. Javadi, S. J. Sherafat, M. Alebouyeha, M. R. Sarbazi, N. Mansouri, dan M. R. Zali. 2016. The Role of The Intensive Care Unit Environment and Health-Care Workers in The

Transmission of Bacteria Associated With Hospital Acquired Infections. *Journal of Infection and Public Health*. 9 (1): 13-23.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan (dikutip pada tanggal 3 Oktober 2019 pukul 21:42 melalui: http://hukum.unsrat.ac.id/uu/uu_23_92.htm).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (dikutip pada tanggal 24 Januari 2019 pukul 13:10 melalui: <https://www.depkes.go.id/resources/download/general/UU%20Nomor%2036%20Tahun%202009%20tentang%20Kesehatan.pdf>).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (dikutip pada tanggal 10 Januari 2020 pukul 19:15 melalui: <http://www.bpkp.go.id/uu/filedownload/2/26/119.bpkp>).

World Health Organization (WHO). 2009. Hand Hygiene Technical Reference Manual: To be used by healthcare workers, trainers and observers of hand hygiene practices (dikutip pada tanggal 10 Desember 2019 pukul 18:10 melalui: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44196/9789241598606_eng.pdf;jsessionid=1C08856E4C8B3F17F14A0FD4AD0A5515?sequence=1).

Yusuf, M. 2017. *Metode Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif, dan Penelitian Gabungan*. Edisi 4. Jakarta: Kencana.



LAMPIRAN

Lampiran 2. Lembar *Informed*

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Program Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, maka saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Reka Wage Puspitasari
Nim : 162310101103
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl.Perikanan darat, tenggarang RT 20 RW 07 Bondowoso
No. Telp : 085853842373

Bermaksud ingin melakukan penelitian yang berjudul “**Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif Dalam Mencegah Terjadinya Hais Di Rsu Dr. H. Koesnadi Bondowoso**”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana gambaran kepatuhan *hand hygiene* keluarga pasien perawatan intensif dalam mencegah terjadinya HAIs di RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi anda sebagai responden. Manfaat dari penelitian ini adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini menjamin keamanan dan kenyamanan bagi anda sebagai responden. Responden penelitian hanya akan dinilai oleh peneliti terkait kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene*. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda dan maupun keluarga anda. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan. Atas perhatian dan kesediaan anda menjadi responden, saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Reka Wage Puspitasari
NIM 162310101103

Lampiran 3. Lembar *Consent***PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Responden :

Usia :

Menyatakan turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, yaitu :

Nama : Reka Wage Puspitasari

Nim : 162310101103

Judul Penelitian : “Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif Dalam Mencegah Terjadinya Hais Di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso”

Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban dari pertanyaan yang sudah diberikan. Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan tidak merugikan saya dan saya memahami manfaat yang dihasilkan dari penelitian ini. Peneliti akan menjaga kerahasiaan saya sebagai responden.

Saya menyatakan secara sadar dan sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia untuk dilakukan penilaian terkait kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene* oleh peniliti. Demikian pernyataan ini saya buat. Semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bondowoso, Februari 2020

Responden

(.....)

Lampiran 4. Lembar Data Demografi Responden

Kode responden:

KUESIONER KARAKTERISTIK KELUARGA PASIEN

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan yang tersedia sebelum saudara/saudari menjawabnya
2. Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat dan sesuai menurut saudara/saudari dengan memberi tanda *checklist* (✓) pada kolom yang telah tersedia
3. Dimohon kepada saudara/saudari untuk tidak mengosongkan jawaban pada pertanyaan yang sudah tersedia

Data Demografi Responden

1. Jenis kelamin

 Laki-laki Perempuan

2. Usia

 18-32 tahun 47-60 tahun 33-46 tahun

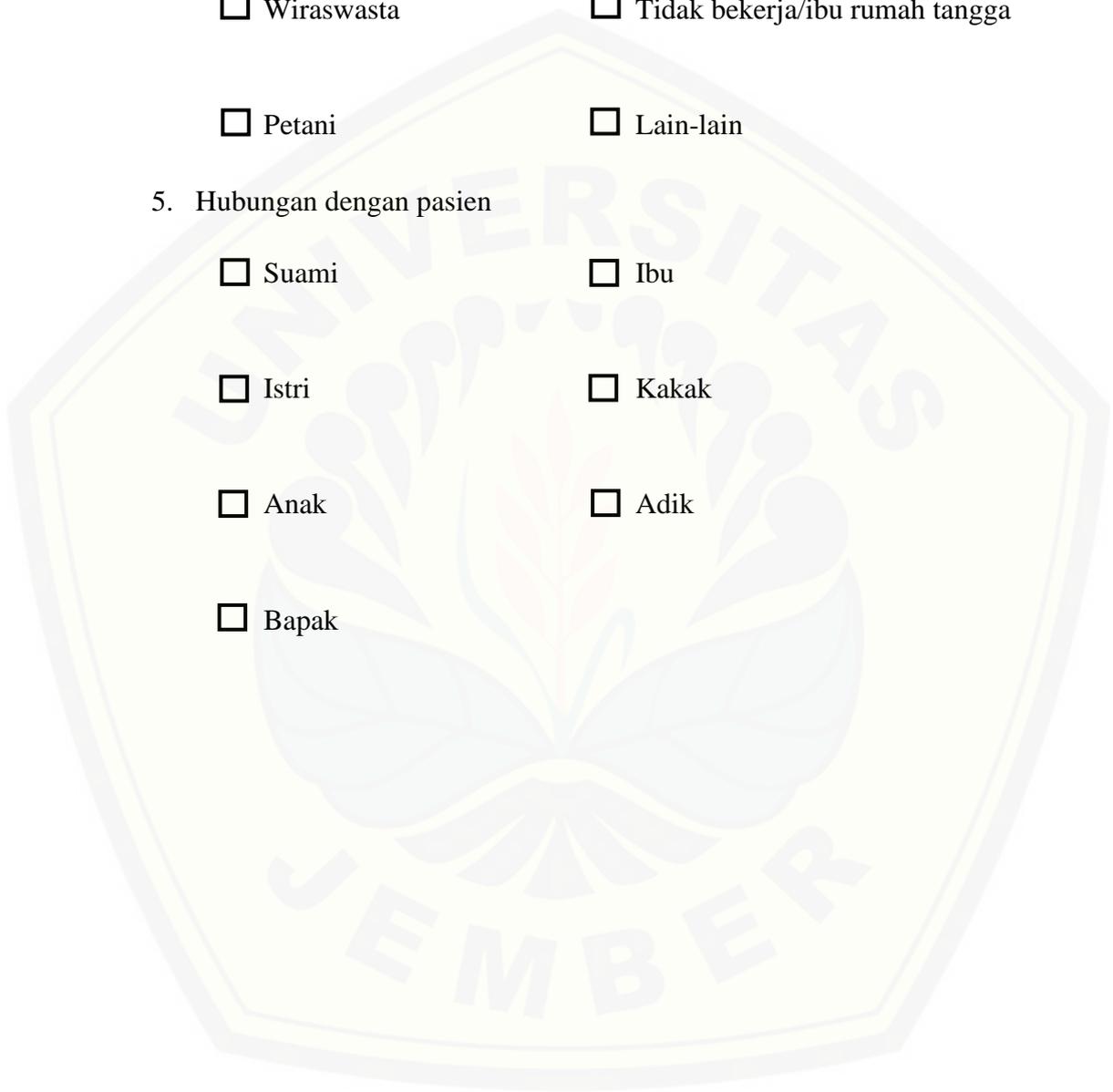
3. Tingkat pendidikan

 Tidak tamat SD SMA SD Sarjana/Diploma SMP

4. Jenis pekerjaan

 PNS Pensiunan Wiraswasta Tidak bekerja/ibu rumah tangga Petani Lain-lain

5. Hubungan dengan pasien

 Suami Ibu Istri Kakak Anak Adik Bapak

Keterangan :

BTP : sebelum bersentuhan dengan pasien (*Before touching a patient*)

BAP : sebelum melakukan prosedur bersih/steril (*Before clean/aseptic procedure*)

ABF : setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien (*After body fluid exposure risk*)

ATP : setelah bersentuhan dengan pasien (*After touching a patient*)

ATPS : setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien (*After touching patient surrounding*)

W= mencuci tangan (*handwash*)

R = menggosok tangan dengan alkohol antiseptik (*Handrub*)

M= *Missing* (tidak melakukan)

$$\text{Kepatuhan} = \frac{\text{Jumlah } hand \text{ hygiene yang dilakukan}}{\text{Kesempatan untuk melakukan } hand \text{ hygiene}} \times 100\%$$

Lampiran 6. Analisis Data

Statistics

	Jenis_kelamin	Usia	Tingkat_pendidikan	Jenis_pekerjaan	Hubungan_dengan_pasien	Kepatuhan_Hand_Hygiene
N Valid	83	83	83	83	83	83
Missing	0	0	0	0	0	0

a. Demografi Responden

Jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	11	13,3	13,3	13,3
	Perempuan	72	86,7	86,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-32 tahun	13	15,7	15,7	15,7
	33-46 tahun	33	39,8	39,8	55,4
	47-60 tahun	37	44,6	44,6	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Tingkat_pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak tamat SD	9	10,8	10,8	10,8
	SD	25	30,1	30,1	41,0
	SMP	12	14,5	14,5	55,4
	SMA	21	25,3	25,3	80,7
	Sarjana/Diploma	16	19,3	19,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Jenis pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	9	10,8	10,8	10,8
	Wiraswasta	19	22,9	22,9	33,7
	Petani	15	18,1	18,1	51,8
	Tidak bekerja/Ibu rumah tangga	35	42,2	42,2	94,0
	Lain-lain	5	6,0	6,0	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Hubungan dengan pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Suami	8	9,6	9,6	9,6
	Istri	21	25,3	25,3	34,9
	Anak	35	42,2	42,2	77,1
	Bapak	1	1,2	1,2	78,3
	Ibu	9	10,8	10,8	89,2
	Kakak	5	6,0	6,0	95,2
	Adik	4	4,8	4,8	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

b. Indikator 5 momen *hand hygiene***BTP**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	R = Handrub	57	68,7	68,7	68,7
	W = Handwash	1	1,2	1,2	69,9
	M = Missing	25	30,1	30,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

BAP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	R = Handrub	57	68,7	68,7	68,7
	W = Handwash	1	1,2	1,2	69,9
	M = Missing	25	30,1	30,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

ABF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	R = Handrub	14	16,9	16,9	16,9
	W = Handwash	14	16,9	16,9	33,7
	M = Missing	55	66,3	66,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

ATP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	R = Handrub	38	45,8	45,8	45,8
	W = Handwash	10	12,0	12,0	57,8
	M = Missing	35	42,2	42,2	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

ATPS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid R = Handrub	35	42,2	42,2	42,2
M = Missing	48	57,8	57,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	

c. Kepatuhan *hand hygiene*

Kepatuhan_Hand_Hygiene

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Patuh	53	63,9	63,9	63,9
Tidak patuh	30	36,1	36,1	100,0
Total	83	100,0	100,0	

Lampiran 7. Uji Etik

	<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)</p>
<p>ETHIC COMMITTEE APPROVAL <u>No.842/UN25.8/KEPK/DL/2020</u></p>	
<p>Title of research protocol : "Description of Compliance Hand Patient Family Hygiene intensive Care in Preventing the Occurance at RSU Dr.H.Koesnandi Bondowoso"</p>	
Document Approved	: Research Protocol
Pincipal investigator	: Reka Wage Puspitasari
Member of research	: 1. Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep 2. Ns. Mulia Hakam, M.KepSp.KMB 3. Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep 4. Ns. Akhmad Zainur Ridla S.Kep., MAdvN
Responsible Physician	: Reka Wage Puspitasari
Date of approval	: Februari- Maret 2020
Place of research	: Rumah Sakit Umum Dr.H. Koesnandi Bondowoso
<p>The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.</p>	
<p>Jember, January 28th 2020</p>	
<p>Dean of Faculty of Dentistry Universitas Jember</p>  <p>(drg. R. Rahardyan P. M. Kes, Sp. Pros.)</p>	<p>Chairman of Research Ethics Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember</p>  <p>(drg. Ayu Ratna Dewanti, M.Si.)</p>

Lampiran 8. Surat Keterangan Studi Pendahuluan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN
TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

SURAT KETERANGAN

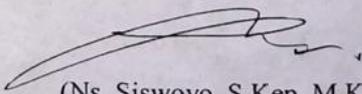
Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Dosen Pembimbing Utama, menerangkan bahwa mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember di bawah ini:

Nama : Reka Waga Puspitasari
NIM : 162310101103
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan

Telah melakukan studi pendahuluan literatur untuk menyusun skripsi dengan judul **“Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif Dalam Mencegah Terjadinya Hais Di Rsu Dr. H. Koesnadi Bondowoso”**

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 29 November 2019
Dosen Pembimbing Utama


(Ns. Siswoyo, S.Kep.,M.Kep)
NIP. 198004122006042002

Lampiran 9. Surat Izin Penelitian



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER**
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id - pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 373 /UN25.3.1/LT/2020 28 Januari 2020
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Bondowoso
Di
Bondowoso

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 500/UN25.1.14/LT/2020 tanggal 27 Januari 2020 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Reka Wage Puspitasari
NIM : 162310101103
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Alamat : Jl. Perikanan Darat Tenggarang RT/RW 20/07 Bondowoso
Judul Penelitian : "Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif Dalam Mencegah Terjadinya *HAIs* di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso"
Lokasi Penelitian: RSU dr. H. Koesnadi-Bondowoso
Lama Penelitian : Bulan Februari-Maret 2020

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.



a.n. Ketua
Sekretaris II,
Dr. Susanto, M.Pd.
NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth
1. Direktur RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso;
2. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Jember;
3. Mahasiswa ybs;
4. Arsip.



PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan KIS Mangunsarkoro Nomor : 136 B Telp. 431678/ Fax. 424495
 Email : bondowosobakesbangpol@gmail.com

BONDOWOSO

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

NOMOR : 070/ 119 /430.10.5/2020

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- a. Nama : **SUHARTO, S.Sos., M.M.**
 b. Jabatan : Sekretaris Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
 Kabupaten Bondowoso

Dengan ini menerangkan bahwa :

1. a. Nama : **REKA WAGE PUSPITASARI**
 b. NIM : 162310101103
 c. Alamat : Jl. Perikanan Darat RT.020 RW.007 Tenggarang Bondowoso
 d. Pekerjaan : Mahasiswi Universitas Jember
 e. Kebangsaan : Indonesia.
2. bahwa nama tersebut angka 1 telah kami berikan Surat Keterangan Penelitian, untuk RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan judul proposal : "**Gambaran Kepatuhan Hand Hygiene Keluarga Pasien Perawatan Intensif Dalam Mencegah Terjadinya HAIs di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso**" Dengan jangka waktu : 1 (satu) bulan terhitung mulai tanggal penandatanganan surat ini.
3. a. nama pada angka 1 tersebut di atas berkewajiban menghormati dan mantaati paraturan/tata tertib di lokasi setempat;
 b. pelaksanaan penelitian agar tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan, keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat maupun di tempat lain.

Sehubungan dengan hal tersebut untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dan/atau instansi/lembaga lainnya, maka demi kelancaran dan kemudahan dalam pelaksanaan kegiatan dimaksud, diharapkan Direktur RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso untuk memberikan bantuan berupa konsultasi, informasi dan data atau bentuk lainnya baik tertulis maupun tidak tertulis yang diperlukan sesuai Peraturan Perundang-undangan.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bondowoso, 7 Februari 2020
 A.n.KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN BONDOWOSO
 Sekretaris



SUHARTO, S.Sos., M.M.
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19670115 199203 1 010

Tembusan :

1. Bupati Bondowoso
2. Ketua LPPM Universitas Jember

Lampiran 10. Surat Keterangan Selesai Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep
NIP : 19800412 200604 1 002

Sebagai dosen pembimbing utama menerangkan bahwa mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember :

Nama : Reka Wage Puspitasari
N I M : 162310101103
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan

Telah melakukan penelitian tugas akhir dengan judul “Gambaran Kepatuhan *Hand Hygiene* Keluarga Pasien Perawatan Intensif dalam Mencegah Terjadinya HAIs di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso” pada tanggal 15 Februari 2020 – 15 Maret 2020.

Demikian surat keterangan ini kami buat agar sebagaimana mestinya.

Jember, Juni 2020

Dosen Pembimbing Utama,

(Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep)

NIP 19800412 200604 1 002

Lampiran 11. Dokumentasi

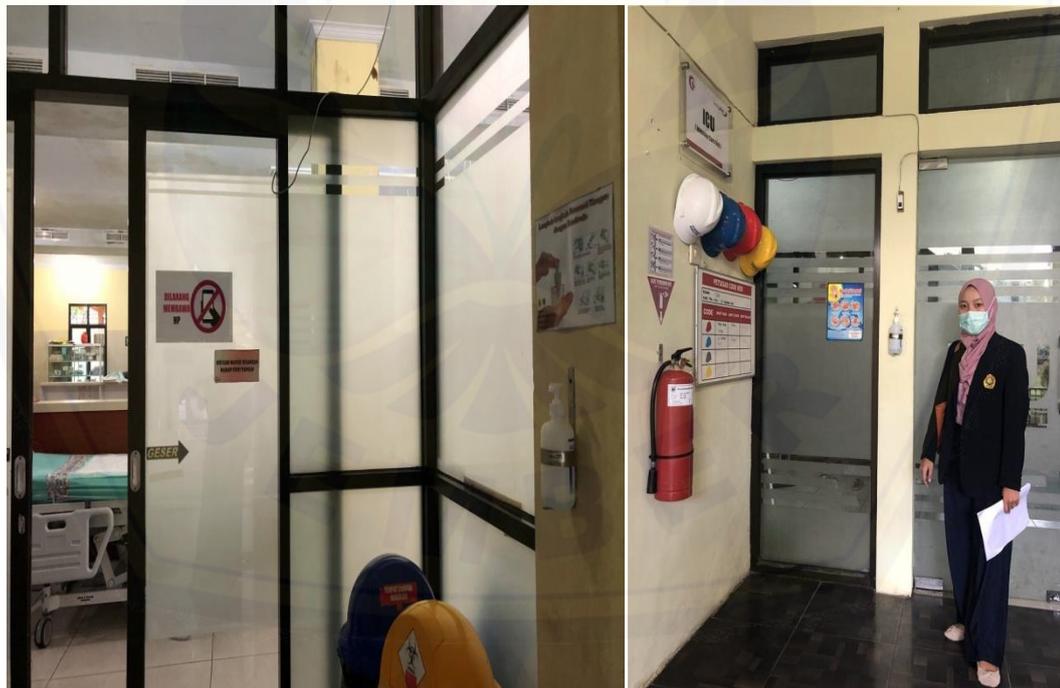


Gambar 1. Gambaran ruang ICCU Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso

Gambar 2. Lokasi *Hand Hygiene* di dalam ruang ICCU Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso



Gambar 3. Gambaran ruang ICU Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso



Gambar 4. Lokasi *Hand Hygiene* di ruang ICU Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso



Gambar 5. Kegiatan pemberian lembar *informed consent* sekaligus pemberian edukasi terkait *5 moment* dan 6 langkah *hand hygiene* pada keluarga pasien pada tanggal 15 Februari 2019 di tempat ruang tunggu keluarga pasien *intensive care unit* Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso oleh Reka Wage Puspitasari, Mahasiswa Fakultas Keperawatan



Gambar 5. Kegiatan pelaksanaan observasi pada keluarga pasien saat memandikan pasien di sore hari pukul 16:00 tanggal 20 Februari 2019 di ruang ICCU Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso oleh Reka Wage Puspitasari, Mahasiswa Fakultas Keperawatan



Gambar 6. Kegiatan pelaksanaan observasi pada keluarga pasien saat memandikan pasien di sore hari pukul 14:45 tanggal 17 Februari 2019 di ruang ICU Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso oleh Reka Wage Puspitasari, Mahasiswa Fakultas Keperawatan

Lampiran 12. Lembar Bukti Konsul

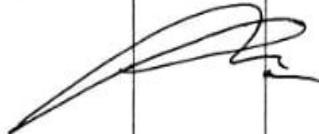
LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

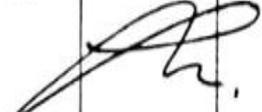
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Reka Wage Puspitasari

NIM : 162310101103

DPU : Ns. Siswoyo, M.Kep

NO	Hari Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	Senin / 16 September 2019	judul	acc. judul.	
2.	Senin / 23 September 2019	Bab I	- Update Bab I - perbaiki MPUS. - Synt. - kead. Berke.	
3.	Rabu / 25 September 2019	Bab II	- Dept Bab II - IV - kerangka - kead. Berke.	
4.	Senin / 7 Oktober 2019	Bab II - IV	- Dept Bab IV - Synt.	

		<p>- BL I-IV</p>	<p>- Quorum. - DO. - Analisa Data. - BB III. - Skrt.</p>	
		<p>- BL I-IV</p>	<p>- Acc. Smpo - Perseph. - Skrt - Smpo</p>	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Reka Wage Puspitasari

NIM : 162310101103

DPU : Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep

NO	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	Rabu/ 29 April 2020	Hasil SPSS dan BAB 5	<ul style="list-style-type: none"> - Menambahkan literatur (jurnal dalam dan luar negeri) - Memperkuat dasar teori 	
2.	Selasa/ 2 Juni 2020	Hasil dan Pembahasan, serta simpulan dan saran	Memperjelas pembahasan pada gambaran tingkat kepatuhan <i>hand hygiene</i> terkait (kolonisasi bakteri, cairan pasien, setelah bersentuhan dengan pasien dan setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien)	
3.	Kamis/ 18 Juni 2020	Melengkapi data keseluruhan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengganti tahun pada cover - Melengkapi <i>abstract</i>, ringkasan, motto dll 	
4.	Jumat/ 19 Juni 2020	Kelengkapan data keseluruhan	ACC Sidang	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Reka Wage Puspitasari

NIM : 162310101103

DPA : Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB

NO	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
1.	Selasa / 5 November 2019	BAB I - IV	- Mura HA 1 (Lp. M ₂) - Inter → Kewas / ciba - Uni Vr Bi	
2	Kamis / 14 Nov 2019	BAB I - IV	DO : di sekolah dg momente (Jgn terbalik mpt lampah) Rumur Epitela Hand Hygiene kur fiter dg Instrum & DO	
3	Jumat / 15 Nov 2019	BAB I - IV	- Cuk of Pemb - teleme pengambila data - Turnitin	
4	Kamis 28 Nov 2019	BAB I - IV	Ace Sempu	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Reka Wage Puspitasari
NIM : 162310101103
DPA : Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB

NO	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
1.	Jumat/ 3 Juli 2020	Hasil dan pembahasan pada bab 5, serta kesimpulan dan saran pada bab 6	<ul style="list-style-type: none"> - Mengubah konsistensi penulisan (penulis menjadi peneliti) - Mengubah font judul tabel menjadi 1 spasi dan memberi jarak setelah tabel 	
2.	Selasa/ 7 Juli 2020	<i>Abstract</i> dan Ringkasan	<ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki <i>abstract</i> dan ringkasan sesuai kaidah PPKI - menambahkan variabel dan pembahasan pada <i>abstract</i> dan ringkasan - memastikan jumlah suku kata tidak melebihi dari 250 untuk <i>abstract</i> dan maksimal 600 untuk ringkasan 	
3.	Rabu/ 8 Juli 2020	Turnitin	Perbaiki turnitin	
4.	Jumat/ 10 Juli 2020	Kelengkapan data secara keseluruhan	ACC Sidang	