



**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

oleh:

**Silvi Anita Uslatu Rodyah
NIM 112310101035**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
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

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

oleh:

**Silvi Anita Uslatu Rodyah
NIM 112310101035**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Dewi Hantiti Ruita dan Ayahanda Radi tercinta yang tidak henti-hentinya mencurahkan kasih sayang, memberikan do'a, dukungan, kesabaran, perlindungan serta pengorbanan yang besar untuk saya, terimakasih telah melahirkan saya, aku bangga menjadi putrimu;
2. Kakak saya Edy Purnomo, S.P dan Linda Rahayu Purnomo, S.P tersayang yang selalu memberikan do'a, semangat dan dukungan pada saya selama ini;
3. Adikku Alfi Bachtiar Arifin tersayang, yang selalu memberikan keceriaan;
4. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang selalu saya banggakan beserta seluruh dosen saya yang telah membimbing, mendidik, memberikan dukungan dan motivasi untuk saya selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi;
5. Bapak dan Ibu guru di TK Aisyah Busthanul Athfal Kalibaru, SDN 4 Kalibaru Kulon, SMPN 1 Kalibaru, SMAN 1 Glenmore, terima kasih telah mengantarkan saya menuju masa depan yang lebih cerah atas dedikasi dan ilmunya;
6. Sahabat kesayangan Agil Syahrial, S.E., Dita Nanda, S.E., Faiqotul Himmah, S.E., Nendy Ramadhani, Santi Fatmawati dan Desi Fatimatus, yang selalu sabar mendengarkan keluh kesah dan memberikan dukungan, semangat serta motivasi kepada saya selama ini;

7. Numerator dalam penelitian ini Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep., terimakasih telah banyak memberikan bantuan, dukungan serta motivasi kepada saya;
8. Sahabat-sahabat seperjuangan yang tersayang keluarga besar angkatan 2011 yang telah menemani saya, terimakasih atas bantuan, dukungan, semangat serta motivasinya selama menjalani proses pendidikan di PSIK;
9. Keluarga besar kos Brantas 29A terimakasih telah mengisi hari-hari saya;
10. Sahabat-sahabat sejak SD, SMP, SMA dan Perguruan Tinggi.

MOTTO

Kesucian (kebersihan) itu sebagian dari iman.

(HR. Muslim)*)

Demi masa. Sesungguhnya manusia berada dalam kerugian, kecuali orang-orang yang beriman dan mengerjakan kebajikan serta saling menasehati untuk kebenaran dan saling menasehati untuk kesabaran.

(QS. Al-‘Asr: 1-3)**)

Bekerjalah untuk duniamu seolah-olah kamu akan hidup selama-lamanya dan bekerjalah untuk akhiratmu seakan-akan kamu akan mati esok hari.

(HR. Ibnu 'Asakir***)

* An-Nawawi, Al-‘id, Ibnu D., As-Sa’di, A., & Al-‘Utsaimin. 2009. *Syarah Hadits Arba'in*. Solo: Pustaka Arafah

** Departemen Agama Republik Indonesia. 1999. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: CV. Asy Syifa'

*** Muhammad, Ashaari & Aam, Khadijah. 1992. *Konsep Kesederhanaan Menurut Pandangan Islam*. Jakarta: Pustaka Jaya

PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Silvi Anita Uslatu Rodyah

NIM : 112310101035

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “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” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, 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 pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2015

Yang menyatakan,

Silvi Anita Uslatu Rodyah

NIM 112310101035

SKRIPSI

**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**

oleh:

Silvi Anita Uslatu Rodyah
NIM 112310101035

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “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” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

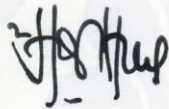
hari : Senin

tanggal : 15 Juni 2015

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Pembimbing I,



Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep.
NIP 19800112 200912 2 002

Pembimbing II,



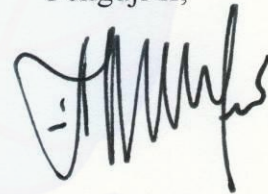
Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep.
NIP 19810811 201012 2 002

Penguji I,



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

Penguji II,



Ns. Dodi Wijaya, M.Kep.
NIP 19820622 201012 1 002

Mengesahkan
Ketua Program Studi,



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

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 (The Correlation Between Nurses' Work Environment and The Compliance of 5 Moments Hand Hygiene Practice in Inpatient Unit of General Hospital Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember).

Silvi Anita Uslatu Rodyah

School of Nursing, Jember University

ABSTRACT

The Healthcare-associated infections (HAIs) rates have been used as the basic for measuring the quality of hospital care. One of the most effective methods to prevent this infection is done by practicing hand hygiene. Nurses contribute much to this issue because of their interaction with the patient during 24 hours, and currently it has been found out that some nurses remained unwilling to perform hand hygiene practice. The purpose of this research was to analyze the correlation between nurses' work environment with the compliance of 5 moments hand hygiene practice. This research used observational analytic design with cross sectional approach. The sampling technique used were total sampling. This research involved 32 respondents as the sample. Data was analyzed using chi-square test. Univariate analysis showed that 56.2% respondents assessed the work environment as supportive and 65.5% respondents were non-compliant with 5 moments hand hygiene practice. Bivariate analysis showed that there was no significant correlation between nurses' work environment and the compliance of 5 moments hand hygiene practice in inpatient unit of General Hospital Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember (p value: $0.266 > \alpha = 0.05$). The work environment indirectly influences the behavior of individuals, but contribute to the internal factors of individuals who perform the behavior. The hospital is expected to conduct training and supervision to increase knowledge and awareness of nurses in complying the 5 moments of hand hygiene.

Key words: *work environment, compliance, 5 moments hand hygiene*

RINGKASAN

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; Silvi Anita Uslatu Rodyah, 112310101035; 2015; 199 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Angka kejadian infeksi nosokomial (*Healthcare-associated infections/HAIs*) telah dijadikan sebagai salah satu tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit. Upaya yang dapat dilakukan untuk menekan kejadian infeksi nosokomial adalah dengan menerapkan kewaspadaan universal (*universal precautions*). Komponen utama *universal precautions* yang merupakan salah satu metode paling efektif adalah dengan melakukan praktek kebersihan tangan (*hand hygiene*). Perawat bertanggung jawab sebagai pelaksana terdepan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis 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.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan metode observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *sampling jenuh (total sampling)* dengan sampel sebanyak 32 responden. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner dan lembar observasi, sehingga data yang diperoleh adalah data primer. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner menggunakan *Pearson Product Moment* dan uji *Alpha Cronbach*, sedangkan lembar observasi menggunakan uji interrater menggunakan kesepakatan *Kappa Cohen*. Analisis data menggunakan uji *Chi Square*.

Hasil analisis terhadap lingkungan kerja perawat didapatkan data sebesar 56,2% responden menilai lingkungan kerja termasuk dalam kategori suportif dan 43,8% responden menilai lingkungan kerja dalam kategori tidak suportif. Hasil

analisis terhadap tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* didapatkan data sebesar 34,4% responden dalam kategori patuh dan 65,6% dalam kategori tidak patuh. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,266$ ($p > \alpha = 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. Lingkungan kerja dalam penelitian ini tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* karena lingkungan kerja merupakan faktor eksternal terbentuknya perilaku.

Perilaku yang terbentuk pada seorang individu dipengaruhi oleh dua faktor utama yakni stimulus yang merupakan faktor luar dari individu (faktor eksternal) dan respons yang merupakan faktor dari dalam diri individu (faktor internal). Proses terjadinya perilaku diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor-faktor diluar orang tersebut (lingkungan) baik fisik maupun non fisik. Pengalaman dan lingkungan tersebut kemudian diketahui, dipersepsikan dan diyakini sehingga menimbulkan motivasi dan niat untuk bertindak yang akhirnya niat tersebut terwujud dalam bentuk perilaku. Pernyataan ini menegaskan bahwa lingkungan kerja memberikan pengaruh secara tidak langsung terhadap perilaku individu, namun berkontribusi terhadap faktor internal dari individu yang menjalankan perilaku tersebut.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada rumah sakit untuk mempertahankan dan meningkatkan lingkungan kerja yang telah terbentuk serta mempertahankan dan meningkatkan program-program pencegahan infeksi yang telah dilakukan selama ini dengan mengadakan pelatihan serta mengaktifkan fungsi pengawasan atau supervisi kepada perawat di ruangan. Rumah sakit juga dapat menerapkan *reward* dan *punishment* untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* ketika menjalankan tugas keperawatan.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah Swt. karena atas rahmat dan ridho-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “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”. Penyelesaian skripsi ini penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, saran, keterangan dan data-data baik secara tertulis maupun secara lisan, maka pada kesempatan ini dengan rasa tulus ikhlas penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
2. Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang telah memberikan bimbingan, motivasi, saran dan masukan kepada saya demi selama proses skripsi dan proses pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Retno Purwandari, M.Kep., selaku dosen penguji I dan Ns. Dodi Wijaya, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik (DPA) sekaligus dosen penguji II yang telah memberikan bimbingan, motivasi, saran dan masukan kepada saya selama proses skripsi dan proses pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;

4. Rumah Sakit Kaliwates dan Rumah Sakit Kalisat yang telah bersedia menjadi tempat penelitian ini;
5. serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak terdapat kekurangan dan kelemahan, baik dari teknik penulisan maupun materi. Penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun guna mendapatkan hasil yang lebih sempurna dan bermanfaat untuk masa yang akan datang. Akhir kata, besar harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat perkembangan ilmu pengetahuan keperawatan. Wassalamualaikum Wr. Wb.

Jember, Juni 2015

Penulis

DAFTAR ISI

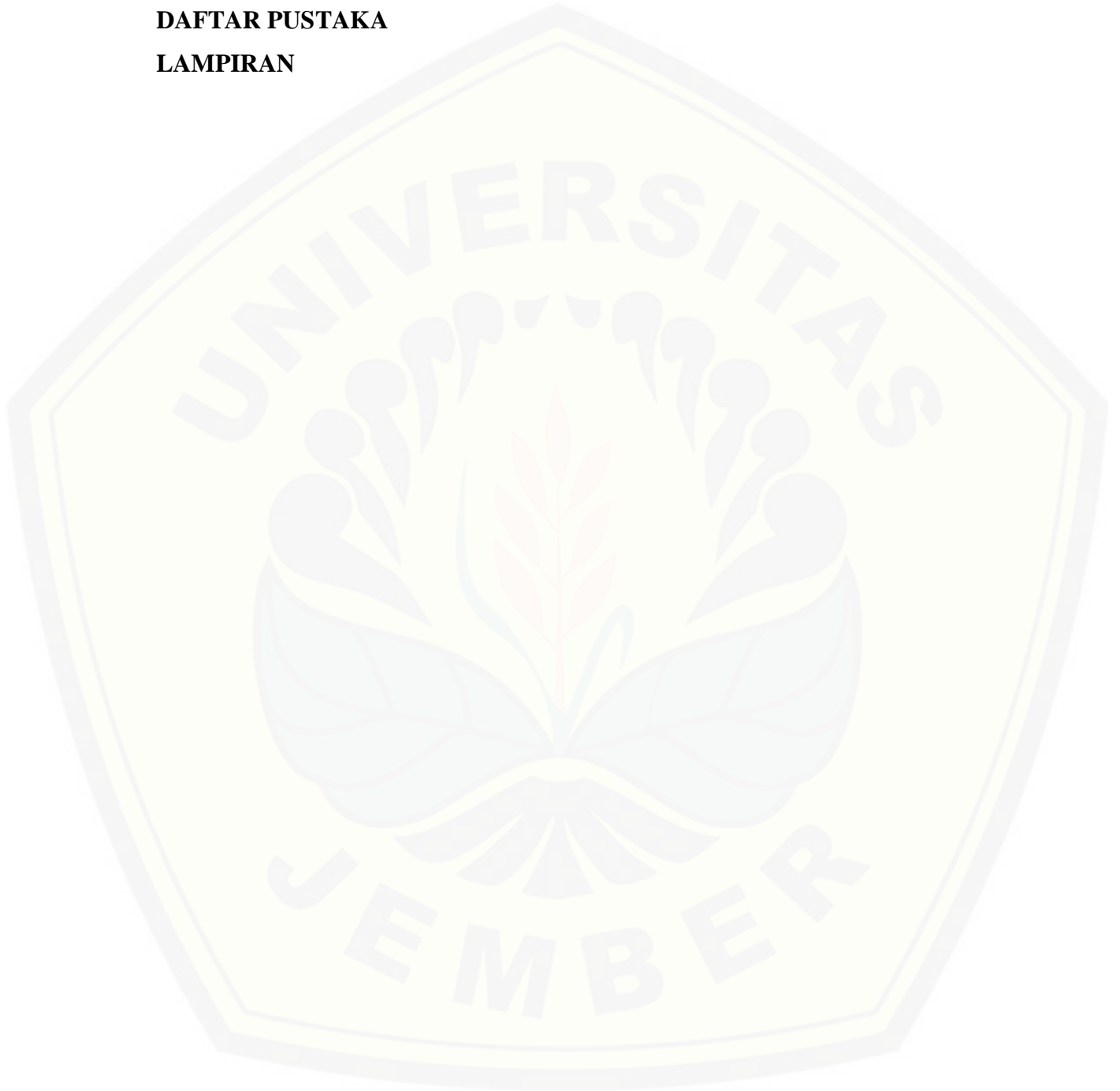
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vii
HALAMAN PENGESAHAN	viii
ABSTRACT	ix
RINGKASAN	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	12
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.3.1 Tujuan Umum	12
1.3.2 Tujuan Khusus	13
1.4 Manfaat Penelitian	13
1.4.1 Bagi Instansi Kesehatan.....	13
1.4.2 Bagi Keperawatan	14
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan	14
1.4.4 Bagi Masyarakat.....	14
1.4.5 Bagi Peneliti.....	15
1.5 Keaslian Penelitian	15

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	18
2.1 Konsep Infeksi Nosokomial.....	18
2.1.1 Pengertian Infeksi Nosokomial	18
2.1.2 Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi Nosokomial.....	20
2.1.3 Rantai Penularan Infeksi Nosokomial	24
2.1.4 Ciri-Ciri Infeksi Nosokomial	29
2.1.5 Strategi Pencegahan dan Penularan Infeksi Nosokomial.....	30
2.1.6 Peran Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial	32
2.2 Konsep Kewaspadaan Standar	34
2.2.1 Pengertian Kewaspadaan Standar	34
2.2.2 Unsur-Unsur Kewaspadaan Standar.....	35
2.3 Konsep Kebersihan Tangan.....	35
2.3.1 Pengertian Kebersihan Tangan	35
2.3.2 Tujuan Kebersihan Tangan.....	37
2.3.3 Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan dalam Kebersihan Tangan	39
2.3.4 Indikasi Kebersihan Tangan	40
2.3.5 Fasilitas Kebersihan Tangan.....	49
2.3.6 Prosedur Kebersihan Tangan	52
2.4 Konsep Kepatuhan	55
2.4.1 Pengertian Kepatuhan.....	55
2.4.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan	56
2.5 Konsep Perilaku Pekerja dalam Organisasi.....	60
2.5.1 Pengertian Perilaku Pekerja Dalam Organisasi	60
2.5.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Pekerja dalam Organisasi.....	60
2.6 Konsep Lingkungan Kerja.....	62
2.6.1 Pengertian Lingkungan Kerja	62
2.6.2 Jenis-Jenis Lingkungan Kerja	63

2.6.3 Skala Lingkungan Kerja (<i>Work Environment Scale</i>) ...	66
2.7 Kerangka Teori	74
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL	75
3.1 Kerangka Konseptual.....	75
3.2 Hipotesis Penelitian	76
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	77
4.1 Jenis Penelitian	77
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	77
4.2.1 Populasi Penelitian	77
4.2.2 Sampel Penelitian.....	78
4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian	78
4.3 Lokasi Penelitian	79
4.4 Waktu Penelitian	79
4.5 Definisi Operasional	80
4.6 Pengumpulan Data	83
4.6.1 Sumber Data.....	83
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	83
4.6.3 Alat Pengumpulan Data.....	86
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	88
4.7 Pengolahan Data.....	91
4.7.1 <i>Editing</i>	91
4.7.2 <i>Coding</i>	91
4.7.3 <i>Entry</i>	92
4.7.4 <i>Cleaning</i>	92
4.8 Analisis Data	93
4.8.1 Analisis Univariat.....	93
4.8.2 Analisis Bivariat	95
4.9 Etika Penelitian	96
4.9.1 <i>Informed Consent</i>	97
4.9.2 Kerahasiaan.....	98
4.9.3 Keanoniman	98

4.9.4 Keadilan dan Keterbukaan.....	99
4.9.5 Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Timbul	99
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	100
5.1 Hasil Penelitian.....	102
5.1.1 Karakteristik Responden Penelitian	102
5.1.2 Lingkungan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.....	103
5.1.3 Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.....	106
5.1.4 Hubungan Lingkungan Kerja Perawat Dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.....	108
5.2 Pembahasan	110
5.2.1 Karakteristik Responden Penelitian	110
5.2.2 Lingkungan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.....	113
5.2.3 Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.....	121
5.2.4 Hubungan Lingkungan Kerja Perawat Dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.....	135
5.3 Keterbatasan Penelitian	141
5.4 Implikasi Keperawatan	141

BAB 6. PENUTUP	143
6.1 Kesimpulan.....	143
6.2 Saran.....	144
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	Halaman
4.5 Definisi Operasional	81
4.6.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner Lingkungan Kerja Perawat	86
5.1 Rerata Responden Berdasarkan Usia dan Lama Kerja di Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015	102
5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015	102
5.3 Ditribusi Frekuensi Indikator Lingkungan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015.....	104
5.4 Distribusi Frekuensi Lingkungan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015.....	105
5.5 Distribusi Frekuensi Kegiatan <i>Hand Hygiene</i> di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015.....	106
5.6 Distribusi Frekuensi Kegiatan <i>Hand Hygiene</i> Menurut Indikator 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015	107
5.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember	108
5.8 Distribusi Frekuensi Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015	109

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1.2 Faktor-Faktor yang Berpengaruh dalam Proses Terjadinya Infeksi Nosokomial.....	22
2.1.3 Skema Rantai Penularan Penyakit Infeksi.....	29
2.3.4.a <i>Your 5 Moments for Hand Hygiene</i>	47
2.3.4.b <i>The Glove Pyramid</i>	49
2.3.6.a <i>How To Handrub</i>	53
2.3.6.b <i>How To Handwash</i>	54
2.5.2 Kerangka Perilaku Individu.....	61
2.7 Kerangka Teori.....	74
3.1 Kerangka Konsep.....	75

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	155
B. Lembar <i>Consent</i>	156
C. Karakteristik Responden	157
D. Kuesioner Lingkungan Kerja Perawat	158
E. Lembar Observasi Pelaksanaan <i>Hand Hygiene</i>	161
F. Lembar Analisis Observasi Pelaksanaan <i>Hand Hygiene</i>	164
G. Lampiran Hasil Uji Validitas	168
H. Lampiran Hasil Uji Interrater	173
I. Lampiran Hasil Penelitian	174
J. Lampiran Dokumentasi	182
K. Lampiran Surat Ijin dan Surat Keterangan Penelitian	184
L. Lampiran Lembar Konsultasi	195

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 menyatakan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sehingga memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta dituntut agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Depkes RI, 2008a). Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, sehingga dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan (KemenKes RI, 2004).

Penularan penyakit yang terjadi dapat disebabkan oleh adanya mikroba patogen yang berada di lingkungan rumah sakit seperti udara, air, lantai, makanan dan benda-benda medis maupun non medis. Keberadaan mikroba patogen dimungkinkan karena rumah sakit merupakan tempat perawatan segala macam jenis penyakit dan umumnya mikroba tersebut kebal terhadap antibiotik. Transmisi mikroba tersebut dapat menyebabkan suatu infeksi yang disebut dengan

infeksi nosokomial yang sebelumnya dikenal dengan istilah *Hospital Aquired Infections*, akan tetapi saat ini telah diganti dengan istilah baru yaitu *Healthcare-associated infections* (HAIs) (Darmadi, 2008; Depkes RI, 2008b).

Infeksi nosokomial merupakan suatu infeksi yang terjadi pada pasien selama proses perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya yang tidak muncul atau inkubasi pada saat pasien masuk. Infeksi ini termasuk infeksi yang didapat di rumah sakit, akan tetapi terlihat setelah pasien pulang atau keluar dari rumah sakit serta dapat berhubungan dengan petugas pelayanan kesehatan tersebut (Depkes RI, 2008b). Infeksi ini dapat terjadi semua pasien baik ruangan perawatan anak, perawatan penyakit dalam, perawatan intensif maupun perawatan isolasi. Infeksi ini juga merupakan salah satu penyebab meningkatnya angka kesakitan (*morbidity*) dan angka kematian (*mortality*) di rumah sakit, sehingga angka kejadian infeksi ini dijadikan salah satu tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit (Darmadi, 2008). Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa kejadian infeksi nosokomial menjadi perhatian yang serius dan prevalensi kejadian infeksi ini dapat diketahui melalui survei ataupun penelitian.

Hasil survei kejadian infeksi nosokomial oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2011 menyatakan bahwa prevalensi kejadian infeksi nosokomial pada pasien rawat inap di negara-negara berpenghasilan tinggi (Kanada, Perancis, Spanyol, Inggris, Belgia, Netherland, Norwegia, Finlandia, Jerman, Swiss, Italia, New Zealand, Greece, Slovenia) berkisar antara 3,5% sampai 12%. Prevalensi kejadian di negara-negara berkembang (Kuba, Morako, Brazilia, Mali, Ghana, Albania, Tunisia, Latvia, Lituania, Iran, Tanzania,

Mongolia, Serbia, Turki, Libanon, Thailand, malaysia, Indonesia) berkisar antara 5.7% and 19.1%, dan prevalensi kejadian di Indonesia sebesar 7,1% (WHO, 2011). Adapun kejadian infeksi nosokomial yang cukup tinggi maka diperlukan suatu upaya pencegahan dan upaya tersebut tertuang dalam bentuk kebijakan.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan kebijakan tentang pencegahan infeksi nosokomial di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 270/Menkes/III/2007 tentang Pedoman Manajerial Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan serta Keputusan Menteri kesehatan Nomor 381/Menkes/III/2007 tentang Pedoman Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan. Kebijakan tersebut sebagai upaya untuk memutus siklus penularan penyakit dan melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan lainnya (Depkes RI, 2008b). Upaya pencegahan infeksi nosokomial yang dapat dilakukan perawat adalah dengan meningkatkan kemampuan dalam menerapkan kewaspadaan standar (*standard precautions*) dengan komponen utamanya yang merupakan salah satu metode paling efektif untuk mencegah penularan patogen berkaitan dengan pelayanan kesehatan adalah dengan melakukan praktek kebersihan tangan (*hand hygiene*) (WHO, 2006).

Hand Hygiene adalah suatu upaya untuk mencegah infeksi yang ditularkan melalui tangan dengan menghilangkan semua kotoran dan debris serta menghambat atau membunuh mikroorganisme pada kulit yang dapat diperoleh dari kontak antara pasien dengan lingkungan (Depkes RI, 2008b). Tangan yang

terkontaminasi merupakan merupakan penyebab utama perpindahan infeksi (Perry & Potter, 2005). Kegagalan untuk melakukan kebersihan tangan dengan baik dan benar merupakan penyebab utama infeksi nosokomial dan penyebaran mikroorganisme multiresisten di fasilitas pelayanan kesehatan (Boyce & Pittet, 2002 dalam Depkes RI, 2008b).

Komponen utama dalam pelayanan kesehatan adalah pelayanan keperawatan (Potter & Perry, 2005). Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan, pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Perawat bertanggung jawab menyediakan lingkungan yang aman bagi klien dan perawat juga bertindak sebagai pelaksana terdepan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial (Potter & Perry, 2005). Tanggung jawab tersebut menjadikan perawat memiliki peran yang sangat besar dalam pencegahan infeksi nosokomial khususnya dalam pelaksanaan praktek *hand hygiene* serta upaya peningkatannya.

Program untuk meningkatkan *hand hygiene* petugas kesehatan telah dideklarasikan oleh WHO melalui program keselamatan pasien telah mencetuskan *Global Patient Safety Challenge "Clean Care Is Safe Care"* (WHO, 2005). WHO juga meluncurkan *SAVE LIVES: Clean Your Hands* dengan strategi 5 momen *hand hygiene (My Five Moments For Hand Hygiene)* yaitu sebelum bersentuhan dengan pasien, sebelum melakukan prosedur bersih dan atau steril, setelah

bersentuhan dengan cairan tubuh pasien, setelah bersentuhan dengan pasien, setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien (WHO, 2009).

Strategi 5 momen *hand hygiene* masih belum dilaksanakan secara optimal sekalipun kebijakan telah dicanangkan. Penelitian oleh Larson *et al.* (2007), yang dilakukan setelah dipromosikannya program WHO dalam pengendalian infeksi pada 40 rumah sakit anggota *The National Nosocomial Infections Surveillance* (NNIS) menunjukkan bahwa kepatuhan tenaga kesehatan yang melakukan cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien bervariasi antara 24% sampai 89% dengan rata-rata 56,6%. Penelitian lain oleh Ernawati *et al.* (2014), menunjukkan bahwa angka kepatuhan *hand hygiene* yang didapatkan adalah sebesar 35%. Kepatuhan tertinggi ditemukan pada mencuci tangan sesudah kontak dengan cairan tubuh pasien (67%), sedangkan kepatuhan terendah adalah sebelum kontak dengan pasien (4%).

Kepatuhan dalam kebersihan tangan sangat penting dilakukan oleh perawat, hal ini disebabkan karena kurangnya kepatuhan perawat dapat menimbulkan beberapa dampak. Sebuah penelitian oleh Zuhriyah (2004), menunjukkan bahwa terdapat bakteri *Staphylococcus epidermidis* dan *Enterobacter aerogenes* pada perawat dengan hasil kultur swab tangan positif. *Staphylococcus epidermidis* merupakan flora normal pada kulit, saluran pernafasan dan pencernaan yang perlu diwaspadai karena dapat mengkontaminasi alat dan menyebabkan infeksi yang lain. Infeksi tersebut seperti bakterimia, endokarditis, luka operasi, infeksi saluran kencing, infeksi kateter, *shunt*, alat prostetik dan dialisis peritoneal (Murray, 2001 dalam Zuhriyah, 2004). Kurangnya kepatuhan perawat dalam kebersihan tangan

diketahui juga dapat berkontribusi terhadap kejadian *ventilator associated pneumonia* (VAP) di RSUP Sanglah Denpasar tahun 2012 (Aziz *et al.*, 2012) serta berhubungan dengan kejadian *phlebitis* diruang rawat inap RSUD Cengkareng (Trianiza, 2013).

Kepatuhan merupakan istilah yang dipakai untuk menjelaskan ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditentukan (Bastable, 2002). Kepatuhan mengacu pada situasi ketika perilaku individu sesuai dengan tindakan yang disarankan atau yang diusulkan oleh praktisi kesehatan (Albery & Marcus, 2008). Berdasarkan uraian tentang pengertian kepatuhan tersebut dapat disimpulkan bahwa kepatuhan merupakan suatu perilaku, sehingga perilaku kepatuhan dapat berhubungan dengan faktor yang mungkin mendasarinya.

Perawat merupakan salah satu pekerja dalam suatu organisasi yaitu rumah sakit. Perilaku pekerja dalam suatu organisasi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor individual, faktor lingkungan, pengalaman serta kejadian. Faktor lingkungan terdiri dari lingkungan kerja dan non kerja yang mana lingkungan kerja tersebut dapat mempengaruhi individu dalam pembentukan perilaku dan mempengaruhi kinerja (hasil kerja) yang dihasilkan oleh individu dalam organisasi (Gibson *et al.*, 2000).

Hasil penelitian Saragih & Rumapea (2012), menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara karakteristik perawat (pendidikan, umur, lama bekerja) dengan tingkat kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan. Penelitian lain oleh Pittet (2001), menyatakan bahwa salah satu kendala dalam ketidakpatuhan terhadap *hand hygiene* adalah kurangnya

fasilitas *hand hygiene*. Berdasarkan hasil penelitian-penelitian tersebut membuktikan bahwa faktor individu (karakteristik individu) dan lingkungan kerja fisik (ketersediaan fasilitas atau sarana dan prasarana *hand hygiene*) telah terbukti dapat mempengaruhi kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*, oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui faktor lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene* yaitu lingkungan kerja non fisik.

Lingkungan kerja adalah segala sesuatu yang ada di sekitar tenaga kerja baik berbentuk fisik maupun non fisik, langsung ataupun tidak langsung yang dapat memberikan pengaruh pada individu dan pekerjaannya ketika bekerja. Lingkungan kerja yang nyaman dan komunikasi yang berjalan lancar juga akan menghasilkan kinerja yang maksimal (Sedarmayanti, 2009). Salah satu syarat untuk menunjang pelaksanaan praktek keperawatan secara profesional adalah dengan memperhatikan lingkungan kerja perawat (Brook & Andreson, 2004). Lingkungan kerja yang positif dapat mendukung praktik keperawatan dan perawatan pasien (Cherry & Jacob, 2014). Sebuah penelitian oleh Ghofar & Azzuhri (2012), membuktikan bahwa lingkungan kerja dapat meningkatkan kinerja perawat di ruangan Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Unisma Malang. Berdasarkan uraian tersebut menunjukkan bahwa kualitas lingkungan kerja perlu di ukur, oleh karena itu untuk mengukur kualitas lingkungan kerja diperlukan skala lingkungan kerja (*work environment scale* (WES))

WES merupakan skala yang dapat digunakan untuk mengetahui lingkungan kerja non fisik. WES menganggap bahwa lingkungan kerja merupakan pelaksanaan langsung dari lingkungan kerja sosial dan mengacu pada karakteristik

psikososial dari lingkungan kerja (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Sebuah penelitian oleh Cayabyab (1996), menyatakan bahwa terdapat hubungan antara WES (keterlibatan, kekompakan rekan kerja, kejelasan, dukungan supervisor, tekanan kerja, inovasi, dan kenyamanan fisik) dengan kepuasan kerja perawat. Menurut Wolf *et al.* (2011), kejadian stres kerja yang dirasakan oleh perawat berkaitan dengan tekanan kerja tinggi dan rendahnya otonomi, kekompakan rekan kerja dan dukungan atasan.

Rumah Sakit Umum Kaliwates merupakan rumah sakit yang berada di bawah naungan PT Rolas Nusantara Medika Jember. Rumah sakit ini menyediakan berbagai fasilitas pelayanan yang rawat jalan, rawat inap, ruang operasi, ruang pasca operasi serta berbagai fasilitas penunjang lainnya. Masyarakat yang menjalani pengobatan tidak hanya karyawan perkebunan saja melainkan juga masyarakat secara umum. Menurut Kemenkes RI (2004), sebagai sarana pelayanan kesehatan tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, rumah sakit dapat berpotensi terjadinya penularan penyakit yang disebut dengan infeksi nosokomial (Darmadi, 2008). Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak menutup kemungkinan kejadian infeksi nosokomial juga dapat terjadi pada rumah sakit ini.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di ruang perawatan A dan ruang perawatan B yang merupakan ruang rawat inap yang berada di Rumah Sakit Umum Kaliwates. Ruang perawatan A terdiri dari ruang ruang rawat utama A, Ruang rawat kelas I dan kelas II, sedangkan ruang perawatan B terdiri dari ruang rawat utama B, kelas II, kelas III serta ruang rawat anak. Beberapa diagnosa

penyakit terbanyak pada tahun 2014 meliputi *dengue haemorrhagic fever* (DHF), Typhoid, gastroenteritis, diabetes mellitus, stroke, nefritis, bronchitis, infeksi saluran kemih, bronkopneumonia. Tindakan keperawatan di ruang rawat inap semua dilakukan menyesuaikan dengan kebutuhan perawatan pasien, beberapa tindakan yang paling sering dilakukan diantaranya meliputi mengganti linen pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemasangan infus, injeksi, pemasangan kateter, *Naso gastric tube* (NGT), rawat luka.

Hasil wawancara terhadap Komite Keperawatan bagian Mutu Pelayanan Keperawatan menyatakan bahwa rumah sakit memiliki tim pencegahan dan pengendalian infeksi, akan tetapi kinerjanya kurang aktif. Rumah sakit telah memiliki pedoman pengendalian infeksi bagi petugas kesehatan dan berada di masing-masing ruang perawatan. Evaluasi angka kejadian infeksi telah dilaksanakan secara rutin dimana telah terdapat penanggung jawab masing-masing ruangan. Pelaporan kejadian infeksi secara menyeluruh biasanya dilakukan setiap 3 bulan sekali, namun saat ini pelaksanaannya mulai mengalami penurunan karena petugas yang tergabung dalam komite juga merangkap tugas di bagian pelayanan, sehingga evaluasi hanya di masing-masing ruangan saja. Terkait *hand hygiene*, tim PPI belum pernah melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* yang dilaksanakan oleh perawat.

Hasil wawancara terhadap penanggung jawab pencatatan kejadian infeksi pada masing-masing ruangan menyatakan bahwa kejadian infeksi nosokomial tertinggi adalah *phlebitis*. Penanggung jawab kejadian infeksi di ruang perawatan A menyatakan bahwa rata-rata angka kejadian *phlebitis* dalam satu bulan di ruang

perawatan A adalah 3 %, sedangkan di ruang perawatan B sekitar 2-3%. Angka kejadian ini melebihi standar yang ditetapkan oleh Kemenkes RI (2008) tentang standar pelayanan minimal rumah sakit yaitu sebesar $\leq 1,5$ % per bulan pada pelayanan rawat inap.

Hasil studi pendahuluan juga didapatkan hasil wawancara Asisten manajer bidang pelayanan keperawatan yang menyatakan bahwa pelaksanaan *hand hygiene* bahwa hasil evaluasi teknik cuci tangan dari waktu ke waktu sudah mengalami peningkatan, akan tetapi masih belum pernah dilakukan evaluasi terkait pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*. Selain itu, kesadaran perawat untuk mencuci tangan juga masih kurang yang ditandai dengan masih seringnya perawat menunda ataupun tidak melakukan *hand hygiene*.

Hasil wawancara terhadap 4 perawat di ruang perawatan B dan terhadap 4 perawat di ruang perawatan A didapatkan hasil bahwa perawat melakukan *hand hygiene* pada saat setelah kontak dengan pasien (seperti mengukur tanda-tanda vital pasien), setelah terpapar cairan tubuh pasien (seperti rawat luka, memasang kateter atau kontak dengan *urine bag*, injeksi) dan setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien (setelah visite pasien). Perawat mengetahui bahwa mencuci tangan sangat penting karena di rumah sakit terdapat banyak kuman penyakit yang dapat menginvasi tubuh melalui tangan. Perawat juga telah mengetahui bahwa seharusnya *hand hygiene* juga dilakukan pada saat sebelum kontak dengan pasien, namun selama ini masih sering tidak dilakukan karena memiliki beberapa kendala.

Beberapa kendala yang dirasakan oleh perawat yaitu keterbatasan waktu dengan jumlah perawat yang sedikit sedangkan jumlah pasien yang cukup banyak, sehingga perawat terburu-buru dan dikejar waktu. Salah seorang perawat di ruang perawatan B menyatakan bahwa jumlah pasien yang selalu banyak kadang membuat perawat merasa stress dengan pekerjaannya. Kendala lain yang dirasakan yaitu kurangnya fasilitas mencuci tangan seperti wastafel yang hanya tersedia di *nurse station*, apabila mencuci tangan terlebih dahulu maka *handscoon* akan lengket dan sulit untuk dipakai, sedangkan apabila menggunakan alkohol antiseptik tangan terasa kering dan tidak nyaman.

Mahasiswa Pendidikan Profesi Ners Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember telah melaksanakan stase manajemen keperawatan di RSU Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. Salah satu program yang dilaksanakan adalah pelatihan *hand hygiene* bagi petugas kesehatan. Beberapa petugas kesehatan telah mengikuti program tersebut. Salah seorang perawat di ruang perawatan A menyatakan bahwa meskipun telah mengikuti program tersebut, akan tetapi sampai saat ini dalam pelaksanaan cuci tangan petugas kesehatan masih belum ada perkembangan. Pihak manajemen rumah sakit saat ini sedang mengupayakan pembangunan wastafel umum serta akan mendelegasikan beberapa petugas kesehatan untuk mengikuti pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.

Model asuhan keperawatan yang diterapkan pada ruang rawat inap di Rumah Sakit Umum Kaliwates menggunakan model praktik keperawatan profesional (MPKP) dengan metode penugasan tim yaitu pengorganisasian

pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh sekelompok perawat sehingga terdapat interaksi kelompok dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien. Setiap tim keperawatan membawahi perawat pelaksana di setiap shift yang terbagi secara merata dan mendapat kode masing-masing pasien kelolaan, sehingga perawat pelaksana mendapatkan beban tugas secara adil dan merata.

Paparan diatas melatarbelakangi peneliti untuk melakukan penelitian tentang hubungan lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.

1. 2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimanakah hubungan lingkungan kerja perawat tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 Momen *Hand Hygiene* di Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember?

1. 3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian dirumuskan dalam tujuan umum dan tujuan khusus seperti yang diuraikan berikut ini.

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember
- b. Mengidentifikasi lingkungan kerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember;
- c. Mengidentifikasi tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember;
- d. Mengidentifikasi 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.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Instansi Pendidikan

Manfaat bagi instansi pendidikan adalah hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan dalam referensi dan pengembangan penelitian mengenai lingkungan kerja dan pelaksanaan *hand hygiene* perawat sehingga dapat dijadikan sebagai sumber rujukan dalam penelitian selanjutnya untuk meningkatkan perkembangan penelitian tentang 5 momen *hand hygiene* dan lingkungan kerja perawat. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan kualitas pendidikan bagi generasi perawat baru dengan menanamkan kebiasaan mematuhi 5 momen *hand hygiene* dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi.

1.4.2 Bagi Instansi Kesehatan

Manfaat yang diperoleh bagi instansi kesehatan adalah hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien khususnya keselamatan pasien (*patient safety*) dengan meningkatkan upaya pencegahan infeksi nosokomial salah satunya melalui penerapan 5 momen *hand hygiene* dengan tepat.

1.4.3 Bagi keperawatan

Sebagai bahan pertimbangan dan masukan untuk mengetahui pentingnya pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* dengan tepat yang dapat menurunkan angka kejadian infeksi nosokomial serta meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang berdampak pada mutu pelayanan rumah sakit dan kepuasan pasien, selain itu dapat menjadi masukan bagi rumah sakit untuk meningkatkan kinerja perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*.

1.4.4 Bagi masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat tentang pentingnya *hand hygiene* oleh perawat untuk mencegah terjadinya infeksi. Sehingga masyarakat dapat mengetahui serta mengingatkan tenaga kesehatan untuk melakukan *hand hygiene* dalam memberikan perawatan kepada pasien. Selain itu masyarakat juga ikut andil dengan menjaga kebersihan tangan dengan mentaati peraturan di rumah sakit.

1.4.5 Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah menambah ilmu pengetahuan dan wawasan khususnya tentang hubungan lingkungan kerja dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* perawat.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendukung penelitian sekarang yaitu penelitian yang dilakukan oleh Putra, *et al.* (2006) dengan judul “Pengaruh Lingkungan Kerja Perawat Terhadap Pelaksanaan Praktek Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Tahun 2006”. Penelitian tersebut bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara lingkungan kerja perawat (kepemimpinan, manajemen dan budaya, kendali terhadap beban kerja, kendali terhadap praktek, dan sumber daya yang memadai) dengan pelaksanaan praktek keperawatan (pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi).

Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah pada variabel independen yaitu pada penelitian sebelumnya menggunakan pelaksanaan praktek keperawatan sedangkan penelitian sekarang menggunakan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*. Pada variabel dependen yaitu penelitian sebelumnya menggunakan lingkungan kerja yang meliputi kepemimpinan, manajemen dan budaya, kendali terhadap beban kerja, kendali terhadap praktek, dan sumber daya yang memadai, sedangkan penelitian saat ini menggunakan keterlibatan,

kekompakan rekan kerja, dukungan supervisor, otonomi, orientasi tugas, tekanan kerja, kejelasan, kontrol manajerial, inovasi dan kenyamanan fisik.

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian sebelumnya yaitu deskriptif korelasional dengan menggunakan desain *cross sectional*. Teknik pengambilan sampling yaitu total sampling dengan sampel sebanyak 196 perawat di IRNA I dan II RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Sedangkan penelitian saat ini menggunakan metode observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampling total sampling dengan sampel sebanyak 32 perawat di ruang perawatan A dan B RSUD Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.

Penelitian lain yang mendukung penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Setiawati (2009) dengan judul “Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi ketaatan petugas kesehatan melakukan *hand hygiene* dalam mencegah infeksi nosokomial di Ruang Perinatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ketaatan petugas kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Desain penelitian yang digunakan yaitu deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik sampling yang digunakan yaitu *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 84 orang (18 orang dokter dan 66 perawat). Faktor-faktor yang mempengaruhi ketaatan dalam penelitian tersebut meliputi faktor internal (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, sensitifitas kulit, pengetahuan, pernyataan terhadap rekomendasi *hand hygiene*) dan faktor eksternal (ketersediaan fasilitas, kekurangan tenaga kerja, *role model*). Hasil dari penelitian tersebut yaitu terdapat

hubungan antara pengetahuan dan ketersediaan tenaga kerja dengan ketaatan petugas kesehatan melakukan *hand hygiene*.

Penelitian lain yang mendukung penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Suryoputri (2011) tentang perbedaan angka kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di RSUP dr. Kariadi studi di bangsal bedah, anak, interna, dan ICU. Hasil dari penelitian tersebut adalah kepatuhan cuci tangan masih rendah di 4 bangsal RSDK. Angka kepatuhan cuci tangan berdasarkan bangsal tidak berbeda secara statistik, akan tetapi terdapat perbedaan angka kepatuhan pada pengelompokkan profesi yaitu antara kelompok residen-perawat dan perawat-coass.

Perbedaan dengan penelitian saat ini yaitu pada teknik pengumpulan data. Penelitian sebelumnya melakukan observasi langsung selama 1 jam pada satu subjek sedangkan pada penelitian saat ini peneliti melakukan observasi selama 3 jam (pukul 08.00 – 11.00 WIB) pada satu subjek penelitian. Penelitian sebelumnya kuesioner dibagikan kepada petugas kesehatan tersebut untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi praktek cuci tangan meliputi prosedur yang ada membuat semakin lama cuci tangan, ketersediaan fasilitas masih kurang memadai, kemungkinan iritasi tangan dan persepsi bahwa cuci tangan sebaiknya setelah kontak dengan pasien, sedangkan pada penelitian saat ini kuesioner untuk mengetahui lingkungan kerja perawat. Penelitian sebelumnya menggunakan dilakukan uji *Kruskal Wallis* dan *Mann – Whitney U* untuk mengetahui perbedaan, sedangkan penelitian saat ini menggunakan uji *Chi square* untuk mengetahui hubungan.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Infeksi Nosokomial

2.1.1 Definisi Infeksi Nosokomial

Infeksi adalah invasi tubuh oleh patogen atau mikroorganisme yang dapat menyebabkan sakit. Apabila mikroorganisme tidak menyebabkan cedera yang serius terhadap sel atau jaringan maka infeksi tersebut bersifat asimtomatik dan sebaliknya penyakit akan timbul jika patogen berkembang biak dan menyebabkan perubahan pada jaringan normal (Potter & Perry, 2005).

Infeksi nosokomial pertama kali dikenal oleh Semmelweis pada tahun 1847 dan hingga saat ini masih menjadi masalah yang cukup menyita perhatian. Nosokomial berasal dari bahasa Yunani yaitu *nosos* yang artinya penyakit dan *komion* yang artinya merawat. Nosokomion berarti tempat untuk merawat atau rumah sakit, sehingga infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit (Darmadi, 2008).

Infeksi nosokomial sebelumnya dikenal dengan istilah *Hospital Acquired Infections*, namun saat ini telah diganti dengan istilah baru yaitu *Healthcare-associated infections* (HAIs). Infeksi nosokomial merupakan suatu infeksi yang terjadi pada pasien selama proses perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya dan tidak muncul atau inkubasi pada saat pasien masuk. Infeksi ini termasuk infeksi yang didapat di rumah sakit namun terlihat setelah pasien

pulang atau keluar dari rumah sakit serta berhubungan dengan petugas pelayanan kesehatan tersebut (Depkes RI, 2008b; Berman, *et al.*, 2008).

Infeksi nosokomial dapat disebabkan oleh pemberian pelayanan kesehatan dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang paling memungkinkan untuk mendapat infeksi karena mengandung populasi mikroorganisme yang tinggi yang berada di lingkungan rumah sakit seperti udara, air, lantai, makanan dan benda-benda medis maupun non medis dengan jenis virulen yang mungkin resisten terhadap antibiotik (Darmadi, 2008; Potter & Perry, 2005).

Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian infeksi nosokomial. Infeksi iatrogenik merupakan jenis infeksi nosokomial yang diakibatkan oleh prosedur diagnostik dan terapeutik (Berman *et al.*, 2008; Potter & Perry, 2005). Salah satu contoh infeksi iatrogenik yaitu bacteremia yang disebabkan oleh *intravascular line* (IV line). Tidak semua infeksi nosokomial termasuk infeksi iatrogenik, akan tetapi semua infeksi nosokomial dapat dicegah (Berman *et al.*, 2008). Kejadian infeksi nosokomial dapat diturunkan apabila perawat menggunakan pemikiran yang kritis pada saat mempraktikkan teknik aseptik. Perawat harus selalu mempertimbangkan resiko klien terkena infeksi dan mengantisipasi bagaimana pendekatan perawatan dapat meningkatkan atau menurunkan penularan infeksi (Potter & Perry, 2005).

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi Nosokomial

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

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

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

b. faktor keperawatan

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

c. faktor mikroba patogen

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

d. faktor-faktor luar (*extrinsic factors*)

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

1) petugas pelayanan medis

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

2) peralatan atau material medis

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

3) lingkungan

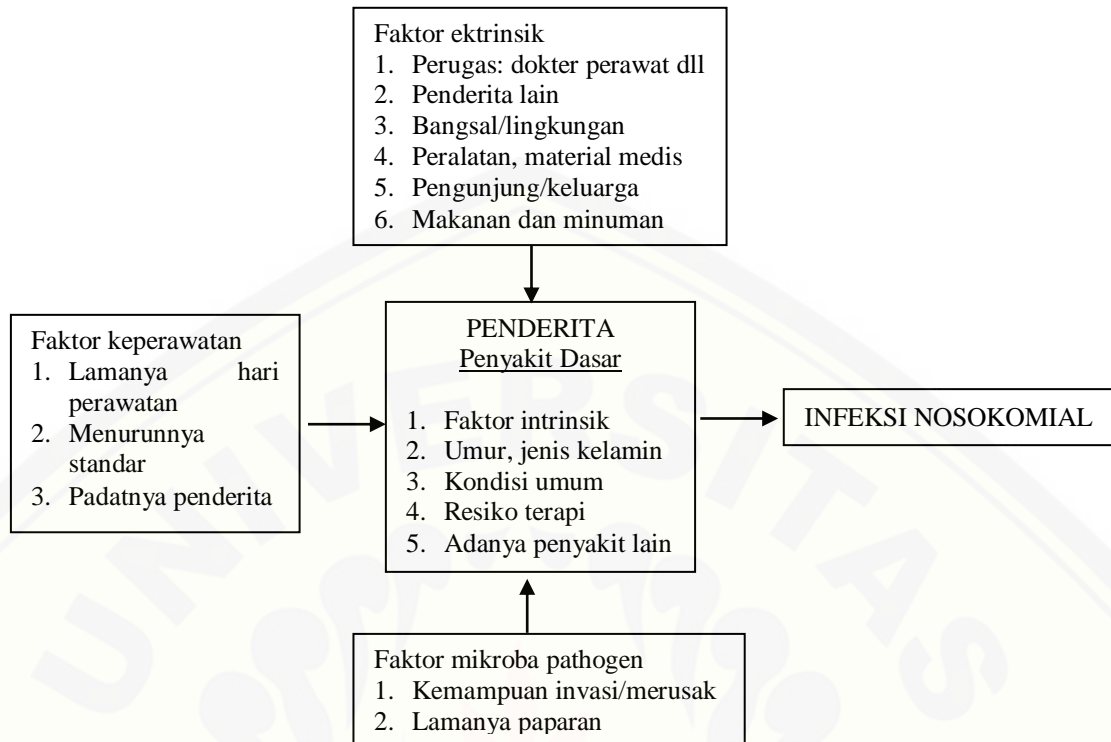
Lingkungan meliputi lingkungan internal seperti ruangan atau bangsal perawatan, kamar bersalin, dan kamar bedah, sedangkan lingkungan eksternal adalah halaman rumah sakit dan tempat pembuangan sampah atau pengolahan limbah.

4) pasien lain

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

5) pengunjung atau keluarga

Keberadaan tamu atau keluarga dapat merupakan sumber penularan.



Gambar 2.1.2 Faktor-Faktor yang Berpengaruh dalam Proses Terjadinya Infeksi Nosokomial
Sumber: Darmadi (2008)

Faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap kejadian infeksi nosokomial adalah kurangnya kepatuhan perawat dalam *hand hygiene*. Berdasarkan hasil penelitian Aziz *et al.* (2012) menyatakan bahwa kurangnya kepatuhan perawat dalam kebersihan tangan diketahui juga dapat berkontribusi terhadap kejadian *ventilator associated pneumonia* (VAP) di RSUP Sanglah Denpasar tahun 2012 serta berhubungan dengan kejadian *phlebitis* diruang rawat inap RSUD Cengkareng (Trianiza, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian oleh Yelda (2003), faktor resiko yang berpengaruh terhadap kejadian infeksi nosokomial pada beberapa rumah sakit di DKI Jakarta adalah sebagai berikut:

a. lama hari rawat pasien

Pasien yang memiliki hari rawat ≥ 10 hari lebih banyak (70%) dibanding pasien yang tidak mengalami infeksi (30%), sehingga pasien yang memiliki hari rawat lebih lama memiliki resiko mengalami infeksi nosokomial 5,19 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang memiliki lama hari rawat yang singkat.

b. pemasangan kateter dalam waktu lama

Pemasangan kateter dalam jangka waktu lama antara pasien yang mengalami infeksi dan tidak infeksi menunjukkan bahwa pada kelompok infeksi lebih tinggi dibanding yang tidak infeksi, sehingga pemakaian kateter dalam waktu yang lama memiliki resiko untuk terkena infeksi nosokomial sebesar 5,95 kali dibanding yang tidak memakai kateter.

c. pemasangan infus dalam waktu lama

Hubungan lama pemasangan infus dengan kejadian infeksi nosokomial memiliki hasil yang bermakna, akan tetapi pemasangan infus yang sebentar atau tidak memasang sama sekali tidak memiliki hubungan yang bermakna. Pasien yang memasang infus dalam waktu yang lama memiliki resiko 4,97 kali lebih besar dibanding pasien yang tidak memasang infus.

d. tindakan invasif lain

Pasien yang menerima tindakan invasif lain memiliki resiko 3,2 kali lebih besar dibanding responden yang tidak menerima tindakan invasif lain.

e. penggunaan antibiotika

Pasien yang menggunakan lebih dari satu jenis antibiotik memiliki resiko terkena infeksi nosokomial 10 kali lebih besar dibanding responden yang menggunakan satu atau tidak menggunakan antibiotik.

2.1.3 Rantai Penularan Infeksi Nosokomial

Rantai penularan infeksi perlu diketahui sebelum pelaksanaan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi. Rantai penularan tersebut menurut Depkes RI (2008b) adalah sebagai berikut:

a. agen infeksi (*infectious agent*)

Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi yang dapat berupa bakteri, virus, *rickettsia*, jamur dan parasit. Terdapat tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis atau “load”) (Depkes RI, 2008b). Mikroorganisme yang berada di kulit manusia meliputi flora transien dan flora residen. Kemungkinan bagi mikroorganisme untuk menyebabkan penyakit menurut Potter & Perry (2005) bergantung pada faktor-faktor antara lain:

- 1) organisme dengan jumlah yang cukup;
- 2) virulensi atau kemampuan untuk menyebabkan sakit;
- 3) kemampuan untuk masuk dan bertahan hidup dalam pejamu;
- 4) pejamu yang rentan.

b. *reservoir*

Reservoir merupakan tempat dimana agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang biak dan siap ditularkan kepada orang. *Reservoir* yang paling umum adalah manusia, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air dan bahan-bahan organik lainnya. Permukaan kulit, selaput lendir saluran napas atas, usus dan vagina merupakan *reservoir* yang umum pada orang sehat (Depkes RI, 2008b). *Pseudomonas* dapat bertahan hidup dan berkembang biak dalam *reservoir* nebulizer yang digunakan dalam perawatan pasien dengan gangguan pernapasan (Potter & Perry, 2005).

c. pintu keluar (*portal of exit*)

Setelah mikroorganisme menemukan tempat untuk tumbuh dan berkembang biak, mereka harus menemukan jalan keluar jika mereka masuk ke pejamu lain dan menyebabkan penyakit (Potter & Perry, 2005). Pintu keluar (*portal of exit*) adalah jalan dimana agen infeksi meninggalkan *reservoir* meliputi saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, kulit dan membrane mukosa, transplasenta dan darah serta cairan tubuh lain (Depkes RI, 2008b).

Menurut Potter & Perry (2005), pintu keluar bagi mikroorganisme meliputi:

1) kulit dan membran mukosa

Kulit dapat menjadi portal masuk karena adanya kerusakan pada kulit dan membran mukosa dapat menimbulkan infeksi, namun respon tubuh terhadap patogenik dengan membentuk drainase purulen. Drainase purulen ini misalnya, *S. Aureus* menyebabkan drainase kuning, sedangkan *Pseudomonas aeruginosa* mengakibatkan drainase kehijauan.

2) traktus respiratorius

Patogen seperti *Mycobacterium Tuberculosis* yang ada traktus respiratorius dapat dilepas dari tubuh ketika individu yang terinfeksi bersin, batuk, bicara bahkan bernapas. Mikroorganisme keluar melalui mulut dan hidung pada klien normal, sedangkan pada klien yang menggunakan jalan napas artifisial seperti selang trakeostomi atau endotrakea, organisme dapat dengan mudah keluar dari traktus respiratorius melalui alat-alat ini.

3) traktus urinarius

Urin manusia normalnya bersifat steril, akan tetapi ketika terjadi infeksi saluran kemih maka mikroorganisme keluar pada saat berkemih atau melalui pengalih system urinarius seperti drain ileostom dan suprapubik

4) traktus gastrointestinal

Mulut adalah salah satu bagian tubuh yang paling terkontaminasi bakteri meskipun sebagian besar dari organisme tersebut adalah flora normal. Bakteri yang hidup dalam tubuh dan pertahanan terhadap infeksi, namun organisme yang merupakan flora normal pada satu orang akan menjadi patogen bagi orang lain. Organisme dapat keluar saat seseorang mengeluarkan saliva, drainase empedu melalui luka bedah atau selang drainase, serta pengeluaran isi lambung saat muntah.

5) traktus reproduktif

Organisme seperti *Neisseria Gonorrhoeae* dan virus *Human Immunodeficiency* (HIV) dapat keluar melalui meatus uretra pria melalui cairan semen atau kanal wanita melalui rabas dan cairan vagina.

6) darah

Darah dalam keadaan normal adalah steril, akan tetapi dalam kasus tertentu seperti hepatitis B dan C, darah menjadi reservoir organisme infeksius. Luka pada kulit kemungkinan patogen keluar dari tubuh. Pemberi layanan kesehatan dapat dengan mudah terpapar kecuali apabila dilakukan suatu pencegahan.

d. transmisi (cara penularan)

Transmisi adalah mekanisme bagaimana transport agen infeksi dari reservoir ke penderita yang suseptibel. Terdapat beberapa cara penularan yaitu kontak langsung dan tidak langsung, droplet, *airbone*, melalui venikulum (makanan, air/minuman, darah) dan vektor (serangga, binatang pengerat) (Depkes RI, 2008b). Cara utama penularan mikroorganisme adalah tangan pemberi pelayanan kesehatan, karena hampir semua objek dalam lingkungan (misalnya stetoskop atau termometer) dapat menjadi alat penularan patogen. Semua personel rumah sakit yang memberi asuhan langsung (misalnya perawat, terapis fisik dan dokter) dan pemberi diagnostik dan penunjang (misalnya teknisi laboratorium, terapis pernapasan dan ahli gizi) harus mengikuti praktik untuk meminimalkan penyebaran infeksi, sehingga harus mengikuti standar prosedur penanganan peralatan dan bahan yang digunakan oleh klien. Banyaknya faktor yang dapat meningkatkan penyebaran infeksi pada klien, mengharuskan semua pemberi pelayanan kesehatan agar hati-hati dalam melakukan praktik pengendalian infeksi, seperti mencuci tangan dengan benar dan memastikan

bahwa peralatan telah didesinfeksi atau disterilkan dengan adekuat (Potter & Perry, 2005).

e. pintu masuk (*portal of entry*)

Pintu masuk (*portal of entry*) adalah tempat dimana agen infeksi memasuki pejamu (*host yang susceptible*). Pintu masuk bisa melalui saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, selaput lendir serta kulit yang tidak utuh (luka) (Depkes RI, 2008b). Organisme dapat masuk ke dalam tubuh melalui rute yang sama dengan yang digunakan untuk keluar, misalnya saat jarum yang terkontaminasi mengenai tubuh klien kemudian organisme masuk ke dalam tubuh. Setiap obstruksi aliran urin dari kateter urin memungkinkan organisme berpindah ke uretra. Kesalahan pemakaian balutan steril pada luka yang terbuka memungkinkan patogen memasuki jaringan yang tidak terlindung. Faktor-faktor yang menurunkan daya tahan tubuh memperbesar kesempatan patogen masuk ke dalam tubuh (Potter & Perry, 2005).

f. pejamu (*host*) yang *susceptible*

Seseorang terkena infeksi bergantung pada kerentanan terhadap agen infeksius, sedangkan kerentanan bergantung pada derajat ketahanan individu terhadap patogen. Seseorang yang secara konstan kontak dengan mikroorganisme dalam jumlah besar, infeksi tidak akan terjadi sampai individu rentan terhadap kekuatan dan jumlah mikroorganisme tersebut (Potter & Perry, 2005). Pejamu (*host*) yang *susceptible* adalah orang yang tidak memiliki daya tahan tubuh yang cukup untuk melawan agen infeksi serta mencegah terjadinya infeksi atau penyakit. Faktor yang mempengaruhi diantaranya adalah umur, status gizi,

status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma atau pembedahan, pengobatan dengan imunosupresan. Faktor lain yang mungkin berpengaruh adalah jenis kelamin, ras atau etnis tertentu, status ekonomi, gaya hidup, pekerjaan dan herediter (Depkes RI, 2008b).



Gambar 2.1.3 Skema Rantai Penularan Penyakit Infeksi
Sumber: Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008b)

2.1.4 Ciri-Ciri Infeksi Nosokomial

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

- saat penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak didapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut;
- saat penderita mulai dirawat di rumah sakit, tidak sedang dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut;
- tanda-tanda klinik infeksi tersebut timbul sekurang-kurangnya setelah 3 x 24 jam sejak mulai perawatan;
- infeksi tersebut bukan merupakan sisa (*residual*) dari infeksi sebelumnya;

- e. apabila saat mulai dirawat di rumah sakit sudah ada tanda-tanda infeksi dan terbukti infeksi tersebut didapat oleh penderita ketika dirawat di rumah sakit yang sama pada waktu yang lalu, serta belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial.

Berdasarkan batasan ciri-ciri tersebut, Darmadi (2008) juga menyebutkan bahwa ada catatan khusus yang perlu diketahui antara lain:

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

2.1.5 Strategi Pencegahan dan Penularan Infeksi Nosokomial

Strategi pencegahan dan pengendalian infeksi menurut Depkes RI (2008b) adalah sebagai berikut:

- a. peningkatan daya tahan pejamu

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

b. inaktivasi agen penyebab infeksi

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

c. memutus rantai penularan

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

d. tindakan pencegahan paska pajanan ("*post exposure prophylaxis*" / PEP)

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

2.1.6 Peran Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

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

a. peran kepala ruang

- 1) berpartisipasi dalam komite pengendalian infeksi;
- 2) mempromosikan pengembangan dan peningkatan teknik keperawatan dalam pengendalian infeksi nosokomial dan melakukan pengawasan atau kajian secara berkala atas kebijakan keperawatan terkait teknik antiseptik dengan persetujuan komite pengendalian infeksi;
- 3) pengembangan program pelatihan bagi setiap tenaga keperawatan;
- 4) mengawasi pelaksanaan teknik pencegahan infeksi di ruang khusus seperti ruang operasi, unit perawatan intensif, unit bersalin dan bayi baru lahir;
- 5) monitoring kepatuhan tenaga keperawatan terhadap kebijakan yang dibuat oleh kepala ruang.

b. peran perawat yang bertugas di bangsal

- 1) menjaga kebersihan, konsisten dengan kebijakan rumah sakit dan praktek keperawatan;
- 2) pemantauan teknik aseptik, termasuk mencuci tangan dan penggunaan isolasi;

- 3) melaporkan kepada dokter dengan segera apabila terdapat gejala infeksi pada pasien saat pemberian pelayanan keperawatan;
 - 4) melakukan isolasi pada pasien apabila menunjukkan tanda-tanda penyakit menular ketika dokter tidak segera menanganinya;
 - 5) membatasi paparan pasien terhadap infeksi dari pengunjung, staf rumah sakit, pasien lain atau peralatan yang digunakan untuk diagnosis atau asuhan keperawatan;
 - 6) mempertahankan pasokan peralatan, obat-obatan dan perlengkapan perawatan pasien yang aman dan memadai di ruangan.
- c. peran tenaga keperawatan yang tergabung dalam anggota tim pengendalian infeksi
- 1) mengidentifikasi infeksi nosokomial;
 - 2) menyelidiki jenis infeksi dan organisme yang menginfeksi;
 - 3) berpartisipasi dalam pelatihan;
 - 4) melakukan surveillans kejadian infeksi di rumah sakit;
 - 5) pengembangan dan persetujuan kebijakan perawatan pasien yang relevan dengan pengendalian infeksi;
 - 6) memastikan kepatuhan tenaga keperawatan terhadap peraturan pengendalian infeksi lokal dan nasional;
 - 7) hubungan dengan kesehatan masyarakat dan fasilitas lain yang sesuai;
 - 8) menyediakan layanan konsultasi kepada staf program rumah sakit terkait kesehatan yang berhubungan dengan penularan infeksi.

2.2 Konsep Kewaspadaan Standar

2.2.1 Definisi Kewaspadaan standar

Kewaspadaan standar (*standar precaution*) adalah kewaspadaan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rutin dan harus diterapkan terhadap semua pasien di semua fasilitas kesehatan. Kewaspadaan ini merupakan yang terpenting dan dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien dalam rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik terdiagnosis infeksi maupun diduga terinfeksi atau kolonisasi. Kewaspadaan standar diciptakan untuk mengurangi resiko terinfeksi penyakit menular pada petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui. Strategi utama bagi pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) dalam kewaspadaan standar adalah dengan menyatukan *Universal Precautions* dan *Body Substance Isolation* (Depkes RI, 2008b).

Universal precaution adalah tindakan pengendalian infeksi sederhana yang digunakan seluruh petugas kesehatan, untuk semua pasien, setiap saat pada semua tempat pelayanan dalam rangka mengurangi resiko penyebaran infeksi (Nursalam, 2007). Menurut Nursalam (2007) *universal precaution* perlu ditetapkan dengan tujuan untuk:

- a. mengendalikan infeksi secara konsisten;
- b. memastikan agar standar adekuat bagi mereka yang tidak didiagnosis atau tidak terlihat seperti berisiko;
- c. mengurangi risiko bagi petugas kesehatan dan pasien;
- d. asumsi bahwa risiko atau infeksi berbahaya.

2.2.2 Unsur-Unsur Kewaspadaan Universal

Menurut Depkes RI (2008b), unsur-unsur kewaspadaan standar (*standar precaution*) untuk pelayanan semua pasien meliputi:

- a. kebersihan tangan (*hand hygiene*);
- b. alat pelindung diri (APD): sarung tangan, masker, *goggle* (kaca mata pelindung), *face shield* (pelindung wajah), gaun;
- c. peralatan perawatan pasien;
- d. pengendalian lingkungan;
- e. pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen;
- f. kesehatan karyawan / perlindungan petugas kesehatan;
- g. penempatan pasien;
- h. *hygiene* respirasi (etika batuk);
- i. praktek menyuntik yang aman;
- j. praktek untuk lumbal punksi.

2.3 Konsep Kebersihan tangan (*Hand Hygiene*)

2.3.1 Definisi Kebersihan Tangan

Praktek membersihkan tangan (*hand hygiene*) adalah suatu upaya untuk mencegah infeksi yang ditularkan melalui tangan (Depkes RI, 2008b). Praktek kebersihan tangan dibagi menjadi dua macam yaitu:

- a. cuci tangan (*handwash*)

Mencuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit kedua tangan dengan menggunakan sabun dan air (Depkes RI,

2008b). Mencuci tangan adalah menggosok dengan sabun secara bersama pada seluruh permukaan kulit tangan dengan kuat dan ringkas yang kemudian dibilas di bawah air mengalir (Larson dalam Potter & Perry, 2005). Kesehatan dan kebersihan tangan secara bermakna mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit pada kedua tangan dan lengan serta meminimalisasi kontaminasi silang (Tietjen *et al.*, 2004).

b. menggosok tangan (*handrub*)

Hand rub merupakan suatu perawatan tangan dengan antiseptik penggosok tangan untuk mengurangi flora transient tanpa berdampak pada flora kulit (WHO, 2009a). Penerapan *Handrub* berbahan antiseptik bertujuan untuk mengurangi atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme tanpa memerlukan air untuk pembilasan dan pengeringan dengan handuk atau perangkat lain (WHO, 2009b). Penggunaan penggosok antiseptik lebih efektif membunuh flora sementara dan tetap dari pada mencuci tangan dengan bahan antimikroba atau sabun biasa dan air, selain itu juga lebih cepat dan lebih mudah dilakukan serta mengurangi flora di tangan (Girou *et al.*, 2002 dalam Tietjen *et al.*, 2004). Prosedur *handrub* sama dengan prosedur mencuci tangan, yang membedakan adalah pada mencuci tangan menggunakan sabun dan air sedangkan *handrub* menggunakan larutan antiseptik (WHO, 2009b).

2.3.2 Tujuan Kebersihan Tangan

Tujuan kebersihan tangan adalah sebagai berikut:

- a. meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme yang ada di tangan

Tujuan kebersihan tangan adalah untuk menghilangkan semua kotoran dan debris, mengurangi pemindahan mikroba ke pasien serta menghambat atau membunuh mikroorganisme pada kulit, kuku, tangan dan lengan (Depkes RI, 2008b; Schaffer, *et al.*, 2000). Mikroorganisme ini dapat diperoleh dari kontak antara pasien dengan lingkungan. Sejumlah mikroorganisme permanen juga tinggal di lapisan terdalam permukaan kulit yaitu *staphylococcus epidermidis* (Depkes RI, 2008b). Mikroorganisme pada kulit manusia dapat diklasifikasikan dalam dua jenis yaitu:

- 1) flora transien

Flora transien normalnya ada dan jumlahnya stabil. Organisme tersebut bertahan hidup dan berkembang biak di kulit, sebagian besar ditemukan pada kulit superfisial namun 10% sampai 20% mendiami lapisan epidermal dalam (Garner & Favero, 1986 dalam Potter & Perry, 2005). Flora transien pada tangan diperoleh melalui kontak dengan pasien, petugas kesehatan lain dan permukaan lingkungannya (misalnya meja pemeriksaan, lantai atau toilet). Mikroorganisme ini tinggal di lapisan kulit dan terangkat dengan mencuci tangan menggunakan sabun biasa dan air mengalir (Depkes RI, 2008b).

- 2) flora residen

Flora residen berada di lapisan kulit yang lebih dalam serta di dalam folikel rambut dan tidak dapat dihilangkan dengan sabun dan air bersih. Pada

sebagian besar kasus, flora residen memiliki kemungkinan kecil berkaitan dengan infeksi penyakit menular melalui udara seperti flu burung. Tangan atau kuku dari petugas kesehatan dapat terkolonisasi pada lapisan dalam oleh organisme yang menyebabkan infeksi seperti *S. Aureus*, batang gram negatif atau ragi (Depkes RI, 2008b). Organisme residen tidak dengan mudah dapat dihilangkan melalui mencuci tangan dengan sabun dan detergen biasa kecuali apabila gosokan dilakukan secara seksama. Mikroorganisme pada lapisan kulit dalam biasanya dapat dibunuh dengan mencuci memakai produk yang mengandung bahan antimikroba (Potter & Perry, 2005).

- b. mencegah perpindahan mikroorganisme dari lingkungan ke pasien dan dari pasien ke petugas (infeksi silang)

Mencuci tangan merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan infeksi. Tangan yang terkontaminasi merupakan merupakan penyebab utama perpindahan infeksi (Potter & Perry, 2005). Kegagalan untuk melakukan kebersihan tangan dengan baik dan benar merupakan penyebab utama infeksi nosokomial dan penyebaran mikroorganisme multiresisten di fasilitas pelayanan kesehatan (Boyce & Pittet dalam Depkes RI, 2008b).

2.3.3 Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan dalam Kebersihan Tangan

Menurut Depkes RI (2008b), hal-hal yang perlu diperhatikan saat membersihkan tangan adalah sebagai berikut:

- a. apabila tangan jelas terlihat kotor atau terkontaminasi oleh bahan yang mengandung protein maka tangan harus dicuci dengan sabun dan air mengalir (Depkes RI, 2008b). Tangan yang terlihat kotor adalah tangan yang terlihat terkontaminasi dengan darah atau duh tubuh (urin, feses, dahak atau muntah) (Tietjen *et al.*, 2004);
- b. apabila tangan tidak jelas terlihat kotor atau terkontaminasi, harus digunakan antiseptik berbasis alkohol untuk dekontaminasi secara rutin;
- c. pastikan tangan kering sebelum memulai kegiatan;
- d. mikroorganisme tumbuh dan berkembang biak pada keadaan lembab dan air yang tidak mengalir, maka:
 - 1) dispenser sabun harus dibersihkan terlebih dahulu sebelum pengisian ulang;
 - 2) jangan menambahkan sabun cair kedalam tempatnya bila masih ada isinya, penambahan ini dapat menyebabkan kontaminasi bakteri pada sabun yang dimasukkan;
 - 3) jangan menggunakan baskom yang berisi air. Meskipun memakai tambahan antiseptik (seperti: Dettol atau Savlon), mikroorganisme dapat bertahan dan berkembangbiak dalam larutan ini (Rutala, 1996 dalam Depkes RI, 2008b);
 - 4) apabila tidak tersedia air mengalir sebaiknya menggunakan wadah air dengan kran atau gunakan ember dan gayung, tampung air yang telah digunakan dalam sebuah ember kemudian buanglah di toilet.

Menurut WHO (2009c), hal-hal yang perlu diperhatikan dalam kebersihan tangan (*hand hygiene*) adalah:

- a. rawatlah tangan secara teratur menggunakan krim tangan pelindung atau lotion, minimal satu kali per hari;
- b. jangan rutin mencuci tangan dengan sabun dan air segera sebelum atau setelah menggunakan pencuci tangan berbahan dasar alkohol;
- c. jangan gunakan air panas untuk membilas tangan;
- d. setelah *handrub* atau mencuci tangan (*hand wash*), biarkan tangan benar-benar kering sebelum memakai sarung tangan;
- e. jangan memakai kuku buatan atau ekstender ketika kontak langsung dengan pasien;
- f. sebaiknya menjaga kuku tetap pendek.

2.3.4 Indikasi Kebersihan Tangan

Indikasi kebersihan tangan (*hand hygiene*) adalah saat dimana petugas kesehatan harus melakukan kebersihan tangan (*hand hygiene*). Setiap petugas kesehatan, pengasuh atau orang yang terlibat dalam perawatan pasien secara langsung atau tidak langsung perlu khawatir tentang kebersihan tangan dan harus mampu melakukan dengan benar dan pada waktu yang tepat (WHO, 2009b).

Menurut WHO (2009b), indikasi kebersihan tangan (*hand hygiene*) meliputi 5 momen yaitu:

a. sebelum bersentuhan dengan pasien

Bertujuan untuk mencegah penularan kuman dari petugas kesehatan kepada pasien serta melindungi pasien terhadap kolonisasi dan infeksi eksogen oleh kuman berbahaya yang dibawa melalui tangan petugas kesehatan. Kebersihan tangan dilakukan saat sebelum menyentuh pasien. Indikasi ini ditentukan oleh kontak terakhir petugas kesehatan dengan area petugas kesehatan dan kontak selanjutnya dengan pasien. Situasi yang menggambarkan kontak langsung adalah sebagai berikut:

- 1) sebelum berjabat tangan, sebelum mengusap dahi anak;
- 2) sebelum membantu pasien dalam perawatan diri (*personal hygiene*): bergerak, mandi, makan, berpakaian, dan lain-lain;
- 3) sebelum memberikan perawatan dan pengobatan non-invasif lainnya: memasang masker oksigen, memberikan pijat;
- 4) sebelum melakukan pemeriksaan fisik non-invasif: menghitung nadi, mengukur tekanan darah, auskultasi dada, rekaman EKG.

Momen ini terjadi sebelum kontak dengan kulit dan pakaian pasien. Kebersihan tangan dapat dilakukan baik saat memasuki zona pasien, ketika mendekati pasien, atau sesaat sebelum menyentuh pasien. Kontak dengan permukaan lingkungan pasien dapat terjadi dengan menyentuh item antara saat memasuki zona pasien dan kontak dengan pasien; kebersihan tangan tidak diperlukan sebelum menyentuh permukaan ini tapi dilakukan sebelum kontak dengan pasien. Apabila telah melakukan kebersihan tangan tapi sebelum

"awal" kontak dengan pasien kemudian terjadi kontak lain dari jenis yang sama atau dengan lingkungan pasien, maka kebersihan tangan tidak perlu diulang.

b. sebelum melakukan prosedur bersih dan atau steril

Bertujuan untuk mencegah penularan kuman kepada pasien dan dari satu bagian tubuh ke bagian tubuh lainnya pada pasien yang sama melalui suntikan. Kebersihan tangan dilakukan sebelum mengakses bagian yang berisiko infeksi bagi pasien. Indikasi ini ditentukan oleh terjadinya kontak terakhir dengan permukaan di area petugas kesehatan dan di zona pasien (termasuk pasien dan lingkungan sekelilingnya), dan prosedur yang melibatkan kontak langsung dan tidak langsung dengan membran mukosa, kulit yang tidak utuh (luka) atau perangkat medis invasif. Situasi yang menggambarkan prosedur bersih atau steril adalah sebagai berikut:

- 1) sebelum menyikat gigi pasien, memberikan tetes mata, melakukan pemeriksaan digital vagina atau anus, memeriksa mulut, hidung, telinga dengan atau tanpa alat, memasukkan supositoria atau alat pencegah kehamilan, penyedotan lendir (*suction*);
- 2) sebelum membalut luka dengan atau tanpa alat, memberikan salep pada vesikel, membuat injeksi perkutan atau tusukan;
- 3) sebelum memasang peralatan medis invasif (nasal kanul, selang nasogastrik, intubasi endotrakeal (*endotracheal tube*), pemeriksaan saluran kemih, kateter perkutan, drainase), memanipulasi atau membuka setiap rangkaian perangkat medis invasif (yang bertujuan untuk makanan, obat-obatan, drainase, penyedotan (*suction*), serta pemantauan/monitor);

4) sebelum menyiapkan makanan, obat-obatan, produk farmasi, serta bahan steril.

Apabila menggunakan sarung tangan untuk melakukan prosedur bersih dan atau steril, kebersihan tangan harus dilakukan sebelum menggunakannya. Indikasinya tidak didefinisikan oleh urutan tindakan kesehatan melainkan melalui kontak langsung atau tidak langsung dengan selaput lendir, kulit yang luka atau perangkat medis invasif.

c. setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien

Bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan dari kolonisasi atau infeksi kuman dari pasien dan untuk melindungi lingkungan pelayanan kesehatan dari kontaminasi kuman dan resiko penyebarannya. Kebersihan tangan dilakukan segera setelah melakukan kegiatan yang beresiko terkena paparan cairan tubuh pasien dan setelah melepas sarung tangan. Indikasi ini ditentukan oleh terjadinya kontak (bahkan jika minimal dan tidak terlihat jelas) dengan darah atau cairan tubuh lain dan kontak berikutnya dengan apapun, termasuk pasien, lingkungan pasien atau area pelayanan kesehatan. Situasi yang menggambarkan resiko paparan cairan tubuh adalah sebagai berikut:

- 1) ketika kontak dengan selaput lendir dan ujung kulit yang tidak utuh/luka;
- 2) setelah suntikan perkutan atau tusukan; setelah memasukkan perangkat medis invasif (akses vaskular, kateter, tabung (*tube*), drainase, dan lain-lain); setelah memanipulasi dan membuka rangkaian invasif;
- 3) setelah melepas perangkat medis invasif;

- 4) setelah melepas segala bentuk bahan perlindungan (lap, *drressing*, kassa, balutan, dan lain-lain);
- 5) setelah penanganan sampel yang mengandung bahan organik, setelah membersihkan kotoran dan cairan tubuh lainnya, setelah membersihkan setiap permukaan yang terkontaminasi dan bahan kotor (sprei kotor, gigi palsu, peralatan-peralatan, pot urinal, pispot, kamar mandi/WC, dan lain-lain).

Apabila petugas kesehatan memakai sarung tangan pada saat paparan cairan tubuh, setelah selesai maka harus segera melepas dan melakukan kebersihan tangan. Tindakan ini dapat ditunda sampai petugas kesehatan telah meninggalkan lingkungan pasien, jika petugas kesehatan harus melepas dan memproses peralatan (misalnya tabung drainase perut) di lokasi yang sesuai, dan selama hanya menyentuh peralatan sebelum melakukan kebersihan tangan.

d. setelah bersentuhan dengan pasien

Bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan dari kolonisasi dan resiko infeksi akibat kuman dari pasien dan untuk melindungi lingkungan di area pelayanan kesehatan dari kontaminasi kuman dan resiko penyebarannya. Kebersihan tangan dilakukan ketika meninggalkan pasien dan setelah menyentuh pasien. Indikasi ini ditentukan oleh terjadinya kontak terakhir dengan kulit utuh (kulit yang tidak mengalami luka) atau pakaian pasien dan permukaan sekitar pasien (setelah kontak dengan pasien), dan kontak berikutnya dengan permukaan di area pelayanan kesehatan. Situasi yang menggambarkan kontak langsung adalah sebagai berikut:

- 1) setelah berjabat tangan, mengusap dahi anak;
- 2) setelah membantu pasien dalam kegiatan perawatan pribadi (*personal hygiene*): bergerak, mandi, makan, berpakaian, dan lain-lain;
- 3) setelah memberikan perawatan dan pengobatan non-invasif lainnya: mengganti sprei dengan pasien masih berada di atas tempat tidur, memasang masker oksigen, memberikan pijat (*massage*);
- 4) setelah melakukan pemeriksaan fisik non-invasif: denyut nadi, tekanan darah, auskultasi dada, rekaman EKG.

Tindakan ini dapat ditunda sampai petugas kesehatan telah meninggalkan zona pasien, jika petugas kesehatan harus melepas dan peralatan proses di tempat yang sesuai, dan selama hanya menyentuh peralatan ini sebelum melakukan kebersihan tangan. Indikasi 4 tidak dapat dipisahkan dari indikasi 1. Ketika petugas kesehatan menyentuh pasien secara langsung dan kemudian menyentuh benda lain di sekitarnya pasien sebelum meninggalkan zona, indikasi 4 berlaku dan bukan indikasi 5.

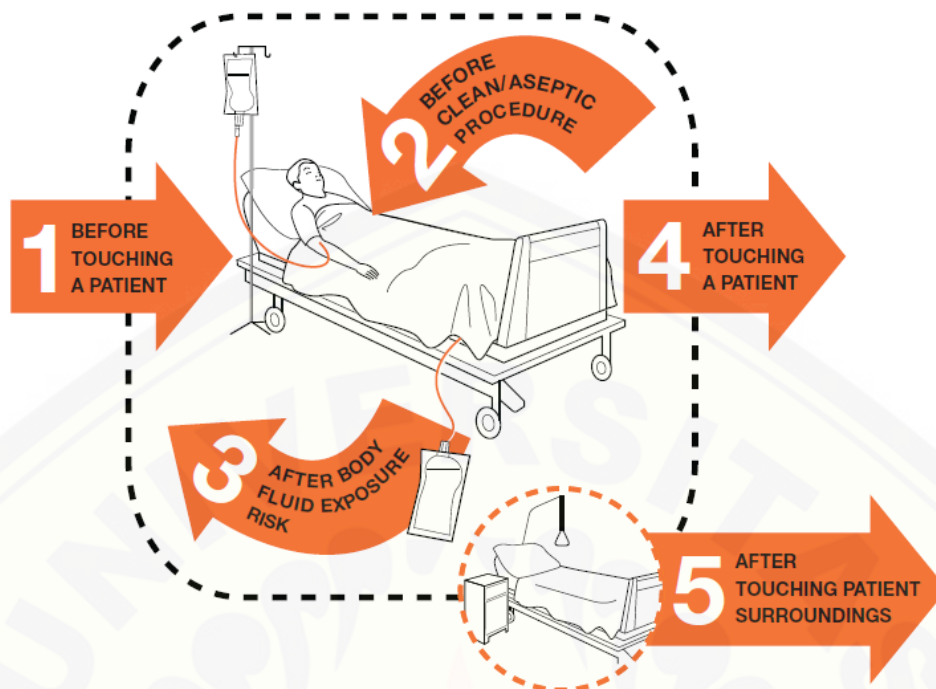
- e. setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien

Bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan terhadap kolonisasi kuman dari pasien yang mungkin ada pada permukaan atau benda di lingkungan sekitar pasien dan untuk melindungi lingkungan pelayanan kesehatan terhadap kontaminasi kuman dan potensi penyebarannya. Kebersihan tangan dilakukan setelah menyentuh benda atau *furniture* ketika meninggalkan lingkungan pasien, tanpa menyentuh pasien. Indikasi ini ditentukan oleh terjadinya kontak terakhir dengan benda-benda mati dan permukaan di sekitar pasien (tanpa

menyentuh pasien) dan kontak berikutnya dengan permukaan di area pelayanan kesehatan. Situasi yang menggambarkan kontak dengan lingkungan sekitar pasien adalah sebagai berikut:

- 1) setelah kegiatan yang melibatkan kontak fisik dengan lingkungan sekitar pasien: mengganti sprei dengan pasien keluar dari tempat tidur, memegang *bed trail*, membersihkan meja di samping tempat tidur;
- 2) setelah kegiatan perawatan: menyesuaikan kecepatan perfusi, membersihkan alarm monitor;
- 3) setelah kontak lainnya dengan permukaan atau benda mati (catatan: sebaiknya mencoba untuk menghindari kegiatan yang tidak perlu) seperti bersandar di tempat tidur, bersandar di meja samping tempat tidur.

Indikasi 4, "setelah menyentuh pasien" dan indikasi 5 "setelah menyentuh lingkungan pasien" mungkin tidak akan pernah digabungkan, karena indikasi 5 tidak termasuk kontak dengan pasien dan indikasi 4 hanya berlaku sesudah kontak dengan pasien.



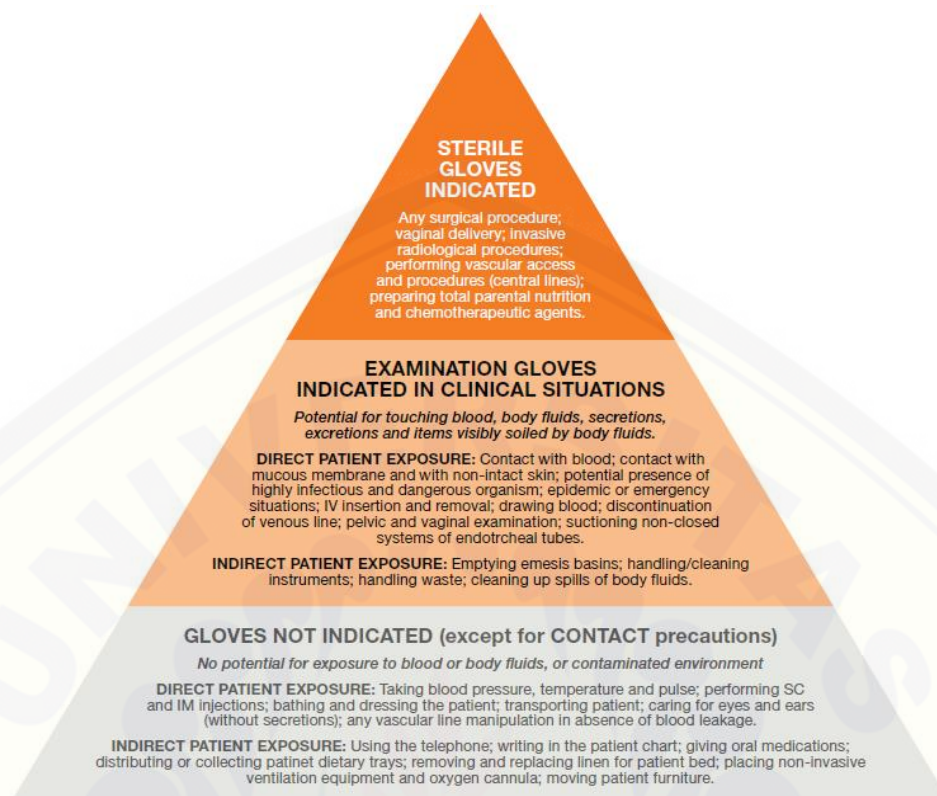
Gambar 2.3.4A *Your 5 Moments for Hand Hygiene*
Sumber: *World Health Organization* (2009a)

Kebersihan tangan harus dilakukan pada semua indikasi, baik menggunakan sarung tangan maupun tidak. Hal-hal yang perlu diperhatikan terkait pelaksanaan kebersihan tangan dan penggunaan sarung tangan menurut WHO (2009b) adalah sebagai berikut:

- penggunaan sarung tangan tidak menggantikan kebutuhan untuk membersihkan tangan;
- kebersihan tangan harus dilakukan pada saat yang tepat terlepas dari indikasi untuk pemakaian sarung tangan;
- lepaskan sarung tangan untuk membersihkan tangan, jika indikasi terjadi saat mengenakan sarung tangan;

- d. buang sarung tangan setiap setelah bertugas dan membersihkan tangan (sarung tangan dapat membawa kuman);
- e. pakailah sarung tangan hanya ketika ditunjukkan sesuai dengan standar dan kontak kewaspadaan (*contact precaution*) sesuai dengan piramida sarung tangan (*the glove pyramid*), jika tidak menggunakan maka akan menjadi risiko utama penularan kuman.

The Glove Pyramid dapat membantu dalam pengambilan keputusan untuk memakai atau tidak memakai sarung tangan. Sarung tangan harus digunakan sesuai dengan standar kewaspadaan (*standar precaution*) dan kontak kewaspadaan (*contact precaution*). Piramida tersebut menjelaskan beberapa contoh klinis dimana sarung tangan tidak diindikasikan, dan dimana sarung tangan bersih atau steril diindikasikan. Kebersihan tangan harus dilakukan ketika diperlukan tanpa memperhatikan indikasi untuk pemakaian sarung tangan (WHO, 2009a).



Gambar 2.3.4B *The Glove Pyramid*
Sumber: *World Health Organization (2009a)*

2.3.5 Fasilitas Kebersihan Tangan

Fasilitas kebersihan tangan harus tersedia untuk membantu petugas kesehatan dalam melaksanakan prosedur kebersihan tangan. Menurut Depkes RI (2008b) fasilitas tersebut meliputi:

a. air mengalir

Sarana utama untuk cuci tangan adalah air mengalir dengan saluran pembuangan atau bak penampung yang memadai. Guyuran air mengalir dapat melepaskan mikroorganisme karena gesekan mekanis atau kimiawi saat cuci tangan dan tidak menempel lagi dipermukaan kulit. Air mengalir dapat berupa kran atau dengan cara mengguyur menggunakan gayung, namun cara ini

memiliki risiko yang cukup besar untuk terjadinya pencemaran, baik melalui pegangan gayung ataupun percikan air bekas cucian yang kembali ke bak penampung air bersih. Air kran bukan berarti harus dari PAM, namun dapat diupayakan secara sederhana dengan tangki berkran di ruang pelayanan atau perawatan kesehatan agar mudah dijangkau oleh petugas kesehatan yang membutuhkan.

b. sabun

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

c. larutan antiseptik

Larutan antiseptik atau antimikroba topikal dipakai pada kulit atau jaringan hidup lainnya untuk menghambat aktivitas atau membunuh mikroorganisme pada kulit. Antiseptik memiliki bahan kimia yang memungkinkan untuk digunakan pada kulit dan selaput mukosa. Antiseptik memiliki keragaman efektivitas, aktivitas, akibat dan rasa pada kulit setelah dipakai sesuai dengan keragaman jenis antiseptik tersebut dan reaksi kulit masing-masing individu. Kulit manusia tidak dapat disterilkan, sehingga tujuan yang ingin dicapai adalah menurunkan jumlah mikroorganisme pada kulit secara maksimal

terutama kuman transien. Cuci tangan dengan sabun biasa dan air sama efektifnya dengan cuci tangan menggunakan sabun antimikrobial, selain itu iritasi kulit juga jauh lebih rendah apabila menggunakan sabun biasa (Pariera *et al.*, 1990 dalam Tietjen *et al.*, 2004). Kriteria memilih antiseptik menurut Depkes RI (2008b) adalah sebagai berikut:

- 1) memiliki efek yang luas, menghambat atau merusak mikroorganisme secara luas (gram positif dan gram negatif, virus lipofilik, *bacillus* dan tuberkulosis, fungi, endospora);
 - 2) efektivitas;
 - 3) kecepatan aktivitas awal;
 - 4) efek residu, aksi yang lama setelah pemakaian untuk meredam pertumbuhan;
 - 5) tidak mengakibatkan iritasi kulit;
 - 6) tidak menyebabkan alergi;
 - 7) efektif sekali pakai, tidak perlu diulang-ulang;
 - 8) dapat diterima secara visual maupun estetik.
- d. lap tangan yang bersih dan kering

Apabila kertas lap tidak tersedia, keringkan kedua tangan dengan lap bersih atau pengering. Lap yang digunakan secara bersama-sama dapat terkontaminasi sehingga sebaiknya tidak digunakan. Untuk menghindari penggunaan lap kotor, sebaiknya membawa lap kecil atau sapu tangan sendiri dan harus dicuci setiap hari (Tietjen *et al.*, 2004).

2.3.6 Prosedur Kebersihan Tangan

a. prosedur *Handrub*

- 1) tuangkan 3-5cc antiseptik berbasis alkohol ke dalam gambar seperti pada gambar ke seluruh permukaan tangan;
- 2) gosok kedua telapak tangan hingga merata;
- 3) gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya;
- 4) gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari;
- 5) jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci;
- 6) gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan sebaliknya;
- 7) gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya;
- 8) dan tangan anda sudah bersih.



Gambar 2.3.6A *How to handrub*
Sumber: World Health Organization (2009a)

b. Prosedur Cuci Tangan (*Hand Wash*)

- 1) basahi tangan dengan air;
- 2) tuangkan sabun 3-5cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan;
- 3) gosok kedua telapak tangan hingga merata;
- 4) gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya;
- 5) gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari;
- 6) jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci;

- 7) gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan sebaliknya;
- 8) godok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya;
- 9) bilas kedua tangan dengan air mengalir;
- 10) keringkan dengan handuk atau tissue towel sekali pakai sampai benar-benar kering;
- 11) gunakan handuk tersebut untuk menutup keran;
- 12) dan tangan anda sudah bersih.



Gambar 2.3.6B *How to handwash*
Sumber: *World Health Organizational (2009a)*

2.4 Konsep Kepatuhan

2.4.1 Pengertian

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang artinya disiplin dan taat (Niven, 2000). Kepatuhan adalah suka menurut perintah, taat pada perintah dan disiplin pada aturan (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2008). Kepatuhan merupakan istilah yang digunakan untuk menjelaskan ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditetapkan yang mengacu pada situasi ketika perilaku individu sesuai dengan tindakan yang disarankan atau yang diusulkan oleh praktisi kesehatan (Albery & Marcus, 2008; Bastable, 2002).

2.4.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Niven (2000) faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah sebagai berikut:

a. pemahaman tentang instruksi

Seseorang akan mematuhi instruksi apabila dia paham tentang instruksi yang diberikan kepadanya (Niven, 2000). Pemahaman dapat berasal dari pengetahuan hasil tangkapan empirik (menggunakan kelima indera) maupun hasil pengolahan rasional (menggunakan berbagai bentuk berpikir) (Semiawan *et al.*, 2007). Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil seseorang mencari tahu terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) yang dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan dan dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmojo, 2010b).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Sunaryo, 2004).

b. lingkungan sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan nilai dan keyakinan kesehatan individu. Keluarga memiliki peran dalam mengembangkan kebiasaan kesehatan dan pengajaran terhadap anak-anak mereka (Pratt, 1976 dalam Niven, 2000). Berkaitan dengan kepatuhan, jaringan kerja berperan penting dalam menentukan keputusan untuk mencari dan mematuhi anjuran pengobatan (Niven, 2000).

c. sikap

Sikap merupakan suatu keadaan mental yang dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman yang kemudian menghasilkan pengaruh spesifik pada respon seseorang terhadap orang lain, objek maupun situasi yang berhubungan. Sikap menjadi penentu perilaku karena keduanya berhubungan dengan persepsi, kepribadian, perasaan dan motivasi (Ivancevich *et al.*, 2007). Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Newcomb dalam Notoatmojo, 2010b). Sikap memiliki beberapa karakteristik yaitu (Notoatmojo, 2010b):

- 1) sikap merupakan kecenderungan berpikir, berpersepsi dan bertindak;
- 2) sikap mempunyai daya pendorong (motivasi);
- 3) sikap relatif lebih menetap dibanding emosi dan pikiran;

4) sikap mengandung aspek penilaian atau evaluatif terhadap objek yang meliputi komponen kognitif, afektif dan konatif.

d. keyakinan

Kepercayaan (*trust*) diartikan sebagai suatu komponen kognitif dari faktor sosio-psikologis dan tidak berhubungan dengan hal-hal yang gaib akan tetapi hanyalah keyakinan bahwa sesuatu itu benar atau salah. Kepercayaan dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan dan kepentingan (Notoatmojo, 2010b). Penilaian pertama adalah ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir penyakit atau kesakitan merupakan ancaman kepada dirinya. Asumsinya bahwa apabila ancaman yang dirasakan meningkat maka perilaku pencegahan juga akan meningkat (Machfoedz & Eko, 2009).

e. kepribadian

Perilaku juga dapat didasari oleh sifat khas individu yakni kepribadian, intelegensi dan bakat dimana pada individu satu dan lainnya berbeda. Tidak satupun orang yang memiliki kepribadian yang sama dengan orang lain. Oleh karena itu, Sigmund Freud (dalam Notoatmojo, 2010b) mengemukakan bahwa kepribadian manusia terdiri dari tiga system atau aspek yaitu:

1) *das es (the id)*

Das es merupakan aspek biologis kepribadian dan merupakan aspek yang orisinal. Fungsi *das es* berdasarkan pada prinsip kenikmatan (*preasure principle*) yakni mencari kenikmatan dan menghindarkan diri dari ketidakenakan atau ketidaknikmatan.

2) *das ich (the ego)*

Das ich merupakan aspek psikologi kepribadian yang timbul dari kebutuhan *organisme* untuk berhubungan dengan dunia luar secara realita (*reality principle*). Tujuannya masih dalam kepentingan *organisme* yakni mendapatkan kenikmatan atau menghindari ketidanknikmatan tetapi menggunakan cara yang sesuai dengan kondisi-kondisi psikologis dan sesuai dengan kondisi riil di sekitarnya.

3) *das uber ich (the super ego)*

Das uber ich adalah aspek sosiologis kepribadian yang merupakan wakil nilai-nilai tradisional serta cita-cita masyarakat menurut warisan orang tua kepada anak-anaknya yang diajarkan dengan berbagai perintah dan larangan. Fungsi utama dari *das uber ich* adalah menentukan apakah suatu hal itu susila atau asusila, benar atau salah menurut norma.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene* menurut Boyce & Pittet (2002 dalam *Center of Disease Control and Prevention*, 2002) terdiri dari:

- a. faktor yang diamati terkait ketidakpatuhan terhadap rekomendasi praktek kebersihan tangan

Faktor ini meliputi status sebagai dokter (bukan perawat), status sebagai asisten keperawatan (bukan perawat), jenis kelamin pria, bekerja di unit perawatan intensif, bekerja selama seminggu (akhir minggu/ *weekend*), menggunakan pelindung/sarung tangan, wastafel otomatis, kegiatan dengan risiko tinggi

transmisi silang, kesempatan untuk kebersihan tangan jumlahnya tinggi pada setiap perawatan pasien.

- b. faktor yang dilaporkan (*self report*) terkait ketidakpatuhan terhadap kebersihan tangan

Faktor ini meliputi bahan cuci tangan menyebabkan iritasi dan kekeringan, wastafel terletak di tempat yang tidak nyaman/ kekurangan wastafel, kurangnya sabun dan handuk kertas, terlalu sibuk/ tidak cukup waktu, kekurangan staf, memprioritaskan kebutuhan pasien, kebersihan tangan mengganggu hubungan petugas kesehatan dengan pasien, rendahnya risiko tertular infeksi dari pasien, keyakinan bahwa sarung tangan menyingkirkan kebutuhan untuk kebersihan tangan, kurangnya pengetahuan tentang pedoman, lupa, tidak ada panutan dari rekan atau atasan, keraguan tentang nilai kebersihan tangan, tidak setuju dengan rekomendasi, kurangnya informasi tentang dampak kebersihan tangan terhadap infeksi nosokomial.

- c. hambatan yang dirasakan tambahan untuk kebersihan tangan yang tepat

Hambatan yang dirasakan meliputi kurangnya partisipasi aktif dalam promosi tangan kebersihan di tingkat individu atau institusi, kurangnya *role model* untuk kebersihan tangan, kurangnya prioritas kelembagaan untuk kebersihan tangan, kurangnya sanksi terhadap ketidakpatuhan ataupun penghargaan terhadap kepatuhan, kurangnya iklim keselamatan dalam organisasi.

2.5 Konsep Perilaku Pekerja dalam Organisasi

2.5.1 Pengertian Perilaku Pekerja dalam Organisasi

Perilaku adalah aktivitas yang timbul karena stimulus dan respons yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung (Sunaryo, 2004). Perilaku manusia merupakan proses interaksi individu dengan lingkungannya sebagai manifestasi hayati sebagai makhluk hidup (Sri & Desminiarti, 1990 dalam Sunaryo, 2004). Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas seseorang baik dapat diamati maupun tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan meliputi mencegah, melindungi diri serta mencari penyembuhan apabila mengalami masalah kesehatan (Notoatmojo, 2010b).

Kelangsungan perilaku manusia artinya perilaku yang satu berkaitan dengan perilaku yang lain, perilaku sekarang merupakan kelanjutan perilaku yang lalu dan seterusnya. Perilaku manusia terjadi secara berkesinambungan, bukan serta merta (Sunaryo, 2004). Perilaku manusia tidak pernah berhenti pada suatu saat, sehingga perilaku pada masa lalu merupakan persiapan bagi perilaku kemudian dan perilaku kemudian merupakan kelanjutan perilaku sebelumnya (Sunaryo, 2004; Purwanto, 1998).

2.5.2 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pekerja dalam Organisasi

Perilaku individu tidak timbul dengan sendirinya, akan tetapi merupakan akibat dari adanya rangsangan (stimulus), baik dari dalam diri individu (internal) maupun diluar diri individu (eksternal) (Sunaryo, 2004). Pernyataan ini berkaitan

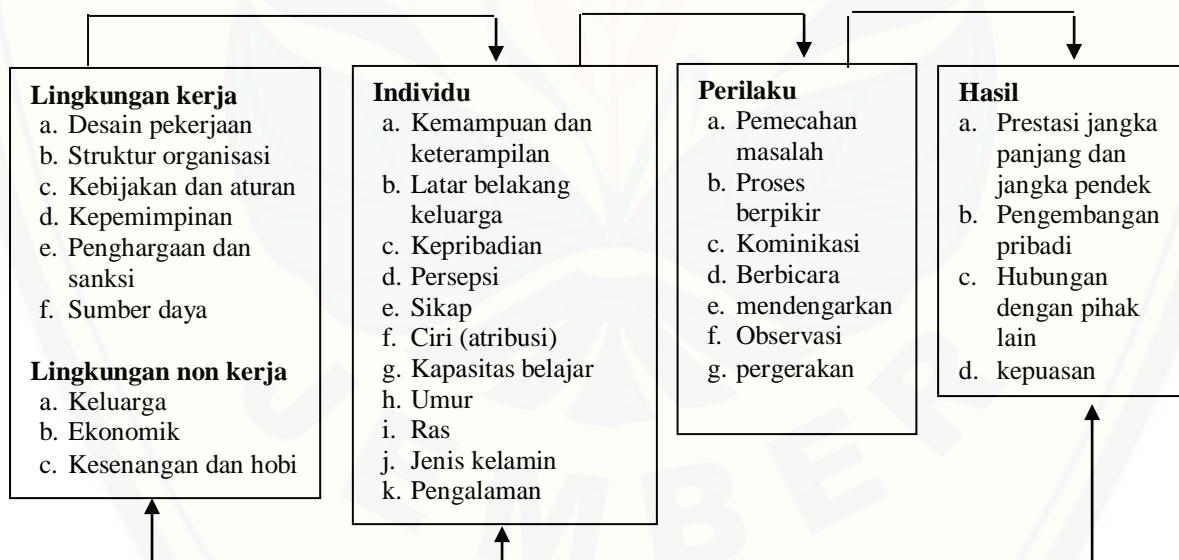
dengan pernyataan menurut Gibson *et al.* (1997) yaitu faktor yang berpengaruh terhadap perilaku pekerja dalam organisasi meliputi:

a. faktor individu

Faktor individu meliputi kemampuan dan keterampilan, latar belakang keluarga, kepribadian, persepsi, sikap, ciri (atribusi), kapasitas belajar, umur, ras, jenis kelamin, pengalaman kerja.

b. faktor lingkungan

Faktor Lingkungan meliputi lingkungan kerja (struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, kebijakan dan aturan, penghargaan dan sanksi, sumber daya) dan lingkungan non kerja (keluarga, ekonomi, kesenangan dan hobi).



Gambar 2.5.2 Kerangka Perilaku Individu

Sumber: Gibson *et al.* (1997)

2.6 Konsep Lingkungan Kerja

2.6.1 Pengertian Lingkungan Kerja

Lingkungan kerja adalah segala sesuatu yang ada disekitar pekerja yang dapat mempengaruhi dirinya dalam menjalankan tugas-tugas yang dibebankan (Nitisemito, 2001 dalam Kinanti 2012). Kondisi lingkungan kerja memberikan peranan penting terhadap baik buruknya kinerja yang dihasilkan. Apabila lingkungan kerja cukup nyaman dan komunikasi didalamnya berjalan dengan lancar maka kinerja yang dihasilkan juga maksimal (Sedarmayanti, 2009). Salah satu syarat untuk menunjang pelaksanaan praktek keperawatan secara profesional adalah dengan memperhatikan lingkungan kerja perawat (Brook & Anderson, 2004). Sehingga Lingkungan kerja yang positif mendukung praktik keperawatan dan perawatan pasien (Cherry & Jacob, 2005). Sehingga dapat bermanfaat bagi perawat serta dapat meningkatkan kualitas perawatan klien (*Registered nurse Association of British Columbia*, 2007).

Menurut Moos (1994 dalam Maqsood, 2011), lingkungan kerja dianggap sebagai pelaksanaan langsung dari lingkungan kerja sosial dan mengacu pada karakteristik psikososial dari lingkungan kerja yang ditandai dengan cara individu berhubungan satu sama lain (domain hubungan), orientasi pengaturan terhadap tujuan pertumbuhan pribadi (domain pertumbuhan pribadi atau orientasi tujuan), serta jumlah struktur dan keterbukaan dalam perubahannya (domain sistem pemeliharaan dan perubahan).

2.6.2 Jenis-Jenis Lingkungan Kerja

Sedarmayanti (2009) menyatakan bahwa lingkungan kerja dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

a. lingkungan kerja fisik

Lingkungan kerja fisik adalah semua keadaan berbentuk fisik yang terdapat di sekitar tempat kerja yang dapat mempengaruhi karyawan baik secara langsung maupun secara tidak langsung (Sedarmayanti, 2009). Faktor-faktor lingkungan kerja fisik adalah sebagai berikut.

1) penerangan atau cahaya

Penerangan atau cahaya sangat besar manfaatnya bagi pegawai guna mendapat keselamatan dan kelancaran kerja. Cahaya yang kurang jelas (kurang cukup) mengakibatkan penglihatan menjadi kurang jelas sehingga pekerjaan menjadi lambat, banyak mengalami kesalahan sehingga kurang efisien dalam menjalankan pekerjaan dan tujuan organisasi sulit dicapai (Sedarmayanti, 2009).

2) temperatur (suhu) dan kelembaban udara

Tubuh manusia selalu berusaha mempertahankan suhu tubuh normal dengan menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi di luar tubuh. Akan tetapi kemampuan untuk menyesuaikan diri tersebut ada batasnya yaitu tidak lebih dari 20% untuk kondisi panas dan 35% untuk kondisi dingin dari keadaan normal tubuh. Temperatur dapat berhubungan dengan kelembaban udara. Temperatur yang terlalu dingin akan menyebabkan gairah kerja menurun, sedangkan temperature yang terlalu panas menyebabkan cepat timbulnya

kelelahan tubuh dan cenderung membuat kesalahan dalam bekerja (Sedarmayanti, 2009).

3) sirkulasi udara

Udara dapat dikatakan kotor apabila tercampur dengan gas atau bau-bauan yang berbahaya bagi kesehatan tubuh. Udara yang kotor dapat menyebabkan sesak napas dan jika berlangsung lama akan menyebabkan gangguan kesehatan dan mempercepat proses kelelahan (Sedarmayanti, 2009).

4) kebisingan

Kebisingan dapat mengganggu ketenangan bekerja, merusak pendengaran dan menimbulkan kesalahan komunikasi. Setiap pekerjaan membutuhkan konsentrasi maka suara bising hendaknya dihindarkan agar pelaksanaan pekerjaan dapat dilakukan dengan efisien sehingga produktivitas kerja meningkat (Sedarmayanti, 2009).

5) tata warna dan dekorasi

Dekorasi berhubungan dengan tata warna yang baik dimana warna mempunyai pengaruh besar terhadap perasaan. Dekorasi tidak hanya berkaitan dengan cara menratur tata letak, tata warna, dan perlengkapan lain untuk bekerja (Sedarmayanti, 2009).

6) keamanan

Rasa aman bagi karyawan sangat berpengaruh terhadap semangat kerja dan kinerja karyawan. Guna menjaga tempat dan kondisi lingkungan kerja tetap dalam keadaan aman maka perlu diperhatikan adanya keamanan dalam

bekerja. Suatu upaya untuk menjaga keamanan ini dengan memanfaatkan tenaga satuan petugas pengaman (Sedarmayanti, 2009).

7) keadaan bangunan

Gedung tempat kerja yang menarik dan menjamin keselamatan kerja para pegawai, termasuk didalamnya ruang kerja yang nyaman dan mampu memberikan ruang gerak yang cukup bagi pegawai dalam menjalankan tugasnya, serta mengatur ventilasi yang baik sehingga para pegawai merasa betah bekerja (Wursanto, 2005);

8) tersedianya beberapa fasilitas

a) peralatan kerja yang cukup memadai sesuai dengan jenis pekerjaan masing-masing pegawai;

b) tersedianya tempat-tempat rekreasi, tempat istirahat, tempat olahraga berikut kelengkapannya, kantin atau kafetaria, tempat ibadah, tempat pertemuan dan sebagainya;

c) tersedianya sarana transportasi khusus antar jemput pegawai;

d) letak gedung atau tempat kerja yang strategis sehingga mudah dijangkau dari segala penjuru dengan kendaraan umum (Wursanto, 2005).

Apabila fasilitas tersebut terpenuhi diharapkan para pegawai dapat berperilaku sesuai dengan perilaku yang dikehendaki organisasi yang pada akhirnya dapat memberikan dorongan untuk bekerja dengan semangat, disiplin dan loyalitas yang tinggi (Wursanto, 2005).

b. lingkungan kerja non fisik

Lingkungan kerja non fisik adalah semua keadaan yang berkaitan dengan hubungan kerja, baik hubungan dengan atasan maupun hubungan dengan bawahan sesama rekan kerja, ataupun hubungan dengan bawahan (Sedarmayanti, 2009). Kondisi lingkungan non fisik dapat juga meliputi lingkungan kerja psikis. Kondisi lingkungan kerja psikis menurut Wursanto (2005) adalah sebagai berikut.

- 1) adanya perasaan aman dari pegawai dalam menjalankan tugasnya;
- 2) adanya loyalitas yang mana bersifat dua dimensi yaitu meliputi loyalitas yang bersifat vertikal merupakan loyalitas antara pimpinan dengan bawahan dan loyalitas antara bawahan dengan pimpinan, sedangkan loyalitas yang bersifat horizontal merupakan loyalitas antara pimpinan dengan pimpinan yang setingkat, antara bawahan dengan bawahan atau antar pegawai setingkat;
- 3) adanya perasaan puas di kalangan pegawai. Perasaan puas ini akan terwujud apabila pegawai merasa bahwa kebutuhannya dapat terpenuhi.

2.6.3 Skala Lingkungan Kerja (*Work Environment Scale*)

Work Environment Scale (WES) dikembangkan oleh Dr. Rudolf Moos seorang psikologis dan professor jiwa dan ilmu perilaku di *Stanford University School of Medicine*. WES memiliki beberapa manfaat yang membuatnya menarik untuk mengukur budaya organisasi dalam situasi pelayanan kesehatan (Wolf, 2011). WES dapat digunakan untuk mengukur lingkungan kerja, mengamati dan

meningkatkan pengaturan kerja (Jones *et al.*, 1991). Berikut ini merupakan penjelasan mengenai konsep *work environment scale* (WES) menurut Moos (1994, dalam Maqsood 2011).

a. dimensi hubungan

Dimensi hubungan (*Relationship dimension*) didefinisikan sebagai sifat dan intensitas hubungan pribadi di lingkungan kerja yang mengkaji seberapa jauh individu saling terlibat dan mendukung (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011; Moos dalam Niven, 2000). Dimensi hubungan ini meliputi:

1) keterlibatan

Keterlibatan (*Involvement*) adalah sejauh mana karyawan peduli dan berkomitmen terhadap pekerjaan mereka (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Keterlibatan karyawan merupakan keterlibatan, kepuasan dan antusiasme individu dengan pekerjaan yang mereka lakukan (Robbins & Judge, 2015). Keterlibatan pekerjaan mengukur sejauh mana individu secara psikologis memihak pekerjaan mereka dan menganggap penting tingkat kinerja yang dicapai sebagai bentuk penghargaan diri (Blau & Boal, 1987 dalam Robbins & Judge, 2015). Karyawan yang mempunyai tingkat keterlibatan pekerjaan yang tinggi sangat memihak dan benar-benar peduli dengan bidang pekerjaan yang mereka lakukan. Tingkat keterlibatan pekerjaan dan wewenang yang tinggi berhubungan dengan kewargaan organisasional dan kinerja pekerjaan (Diefendorf *et al.*, 2002 dalam Robbins & Judge, 2015).

2) kekompakan rekan kerja

Kekompakan rekan kerja (*coworker cohesion*) adalah berapa banyak karyawan yang ramah dan saling mendukung satu sama lain (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Semakin besar ketertarikan antar anggota dan makin sesuai tujuan-tujuan kelompok dengan tujuan-tujuan individu maka besarlah kekompakan kelompoknya (Muchlas, 2005). Menurut Robbins & Judge (2015), kelompok memiliki kekompakan yang berbeda-beda tergantung sejauh mana anggota kelompok tertarik satu sama lain dan termotivasi untuk tetap bertahan dalam kelompok tersebut.

Kekompakan mempengaruhi produktivitas kelompok. Beberapa studi memperlihatkan bahwa hubungan antara kekompakan dengan produktivitas tergantung pada norma yang berkaitan dengan kinerja kelompok tersebut. Apabila norma kualitas, *out put* tinggi, kerjasama dengan pihak luar tinggi maka suatu kelompok yang kompak akan lebih produktif dari pada kelompok yang kurang kompak. Akan tetapi apabila kekompakan tinggi dan norma kinerja rendah, maka produktivitas akan menjadi rendah sedangkan apabila kekompakan rendah dan norma kinerja tinggi maka produktivitas akan meningkat namun lebih rendah dibandingkan kelompok dengan norma kinerja dan kekompakan tinggi (Robbins & Judge, 2015).

Menurut Kreitner & Kinicki (2014), kekompakan dibagi menjadi dua jenis yaitu:

a) kepaduan sosio-emosional

Kepaduan sosio-emosional (*socio emotional cohesiveness*) merupakan rasa kebersamaan yang berkembang saat individu-individu memperoleh kepuasan emosional dari partisipasi kelompok.

b) kepaduan instrumental

Kepaduan instrumental (*instrumental cohesiveness*) merupakan rasa kebersamaan yang berkembang saat anggota kelompok saling bergantung satu sama lain karena percaya bahwa tujuan kelompok tidak dapat tercapai apabila dilakukan secara terpisah.

Upaya yang dapat mendorong kekompakan kelompok meliputi (Robbins & Judge, 2015):

- a) membuat kelompok menjadi lebih kecil (ukuran kelompok);
- b) mendorong untuk mengadakan perjanjian dengan tujuan-tujuan kelompok;
- c) meningkatkan waktu yang dihabiskan anggota secara bersama-sama;
- d) meningkatkan anggapan sulitnya menjadi anggota kelompok tersebut;
- e) mendorong persaingan dengan kelompok-kelompok lain;
- f) memberikan penghargaan kepada kelompok dan tidak kepada anggota secara individual;
- g) mengisolasi kelompok tersebut secara fisik.

3) dukungan supervisor

Dukungan supervisor (*supervisor support*) adalah sejauh mana sistem manajemen mendukung karyawan dan mendorong karyawan agar saling mendukung satu sama lain (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Seorang pemimpin yang baik memfokuskan dalam upaya mengajak berkomunikasi yang menciptakan, memperhatikan dan memprakarsai komitmen tindakan baru khususnya pada percakapan yang menjamin tindakan efektivitas kerjasama di dalam organisasi (Gibson *et al.*, 1997).

b. dimensi pertumbuhan pribadi

Dimensi pertumbuhan pribadi (*personal growth dimension*) merupakan peluang dalam lingkungan untuk pertumbuhan dan pengembangan pribadi yang mengkaji aktualisasi diri dan peningkatan diri (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011; Moos dalam Niven, 2000). Pertumbuhan pribadi seseorang merupakan suatu hal yang unik dimana seseorang yang mengalami pertumbuhan tersebut dapat merasakan pengembangan mereka dan melihat kemampuan mereka menjadi lebih besar. Beberapa pekerja menjadi tidak puas dengan pekerjaan mereka karena organisasi tidak memungkinkan atau mendorong pengembangan keterampilan (Gibson *et al.*, 1997).

1) otonomi

Otonomi (*autonomy*) adalah berapa banyak karyawan didorong untuk menjadi mandiri dan membuat keputusan sendiri (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Otonomi adalah kebebasan, inisiatif dan kemandirian dalam hal pekerjaan secara penuh dalam melaksanakan aktifitas rutin (Curtis, 2007

dalam Wuryanto, 2010). Otonomi adalah tingkat sampai mana suatu pekerjaan memberikan kebebasan, kemerdekaan serta keleluasaan yang substansial bagi individu dalam merencanakan pekerjaan dan menentukan prosedur-prosedur yang akan digunakan untuk menjalankan pekerjaan tersebut (Robbins & Judge, 2015).

2) orientasi tugas

Orientasi tugas (*task orientation*) adalah derajat penekanan pada perencanaan yang baik, efisiensi, dan menyelesaikan pekerjaan (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Perilaku yang berorientasi pada tugas diarahkan pada kinerja bawahan yang mencakup pemulaian pekerjaan, perorganisasian dan penetapan tenggat waktu dan standar. Pria cenderung berorientasi pada tugas karena maskulin sedangkan wanita lebih berorientasi pada orang karena feminin (Ivancevich *et al.*, 2007).

3) tekanan kerja

Tekanan kerja (*work pressure*) adalah derajat tuntutan kerja yang tinggi dan tekanan waktu yang mendominasi lingkungan kerja (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Kontributor utama tekanan tempat kerja mencakup kepemimpinan yang buruk, komunikasi internal yang buruk, terlalu banyak pekerjaan dan kurangnya dukungan manajemen (Ivancevich *et al.*, 2007).

c. dimensi sistem pertahanan dan perubahan

Dimensi sistem pemeliharaan dan sistem perubahan (*system maintenance and change dimension*) merupakan sejauh mana lingkungan kerja tertib dan jelas

dalam harapan-harapannya, mempertahankan control dan tanggap terhadap perubahan (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011).

1) kontrol manajerial

Kontrol manajerial (*managerial control*) adalah berapa banyak sistem manajemen menggunakan aturan dan prosedur untuk menjaga agar karyawan berada di bawah kontrol (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Program dan kebijakan ketenagaan adalah kebijakan-kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit dan administrasi keperawatan yang berhubungan dengan ketenagaan di masa yang akan datang (Wuryanto, 2010).

2) kejelasan

Kejelasan (*clarity*) adalah sejauh mana karyawan mengerti tentang apa yang diharapkan dalam pekerjaannya dan bagaimana secara tegas aturan dan kebijakan yang dikomunikasikan (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Komunikasi yang buruk merupakan salah satu penyebab utama tekanan bagi pekerja dimana apabila pekerja merasa bahwa manajer telah mengkomunikasikan semua informasi berkenaan dengan pekerjaan mereka dalam organisasi dan pekerja tidak mempersepsikan bahwa mereka memiliki suara dalam hasil organisasi maka pekerja akan mempersepsikan bahwa prosedur pengambilan keputusan sebagai tindakan yang tidak adil (Ivancevich *et al.*, 2007).

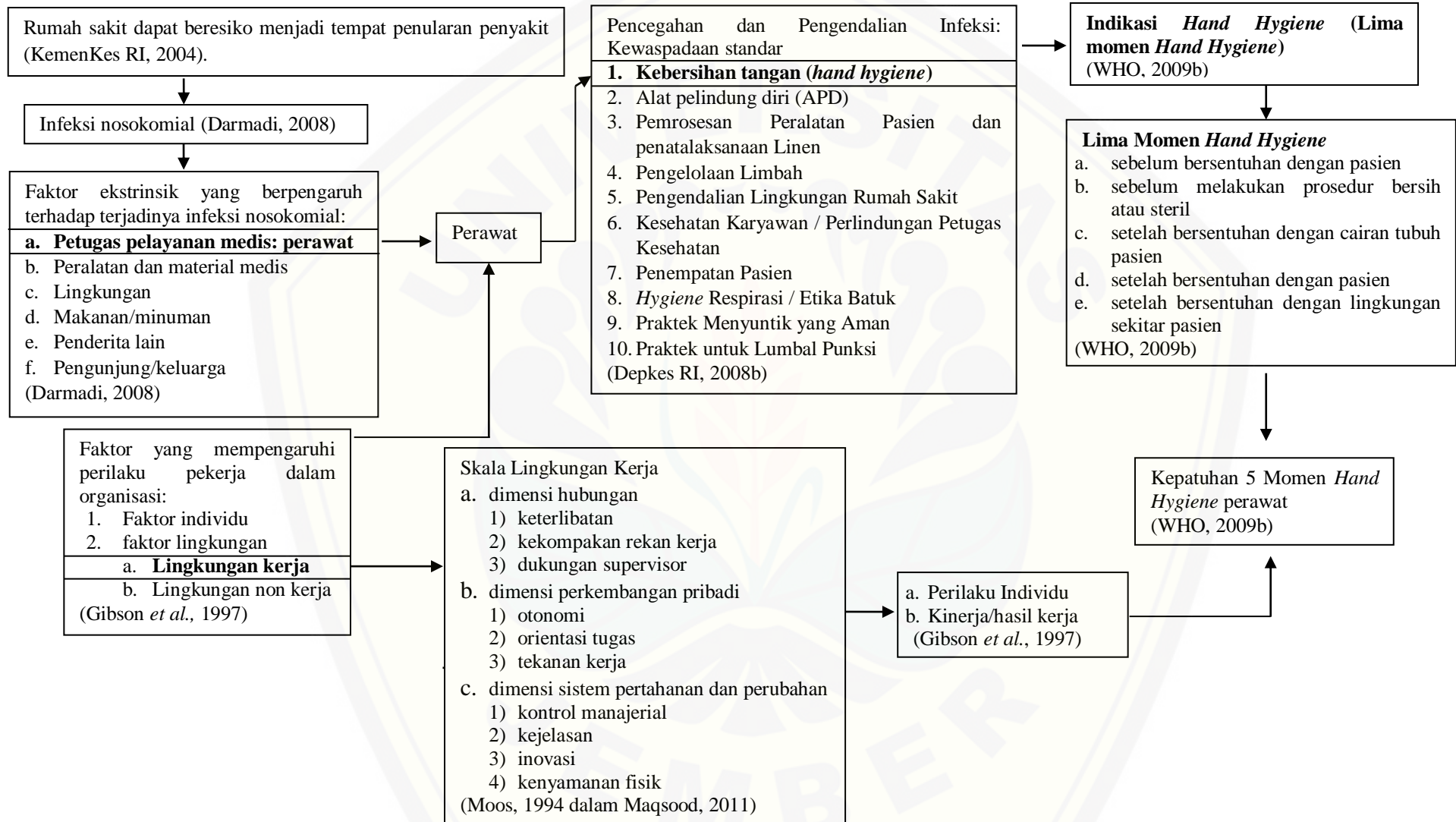
3) inovasi

Inovasi (*innovation*) menekankan pada variasi, perubahan, dan pendekatan baru (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Inovasi didefinisikan sebagai ide baru yang diaplikasikan untuk menginisiasi atau meningkatkan produk, proses atau pelayanan (Robbins, 1993 dalam Muchlas, 2005). Sikap inovatif akan mendorong seseorang untuk memikirkan cara menyelesaikan masalah (Gibson *et al.*, 1997).

4) kenyamanan fisik

Kenyamanan Fisik (*physical comfort*) adalah sejauh mana lingkungan fisik berpengaruh terhadap kenyamanan lingkungan kerja (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Terdapat beberapa gambaran tentang lingkungan rumah sakit yang langsung berhubungan dengan kenyamanan fisik yaitu kebisingan, penerangan, ergonomik dan bau-bauan (Niven, 2000). Lingkungan fisik lain yang dapat mempengaruhi pekerja adalah tersedianya peralatan kerja yang cukup memadai sesuai dengan jenis pekerjaan masing-masing pegawai. Apabila fasilitas tersebut terpenuhi diharapkan para pegawai dapat berperilaku sesuai dengan perilaku yang dikehendaki organisasi yang pada akhirnya dapat memberikan dorongan untuk bekerja dengan semangat, disiplin dan loyalitas yang tinggi (Wursanto, 2005).

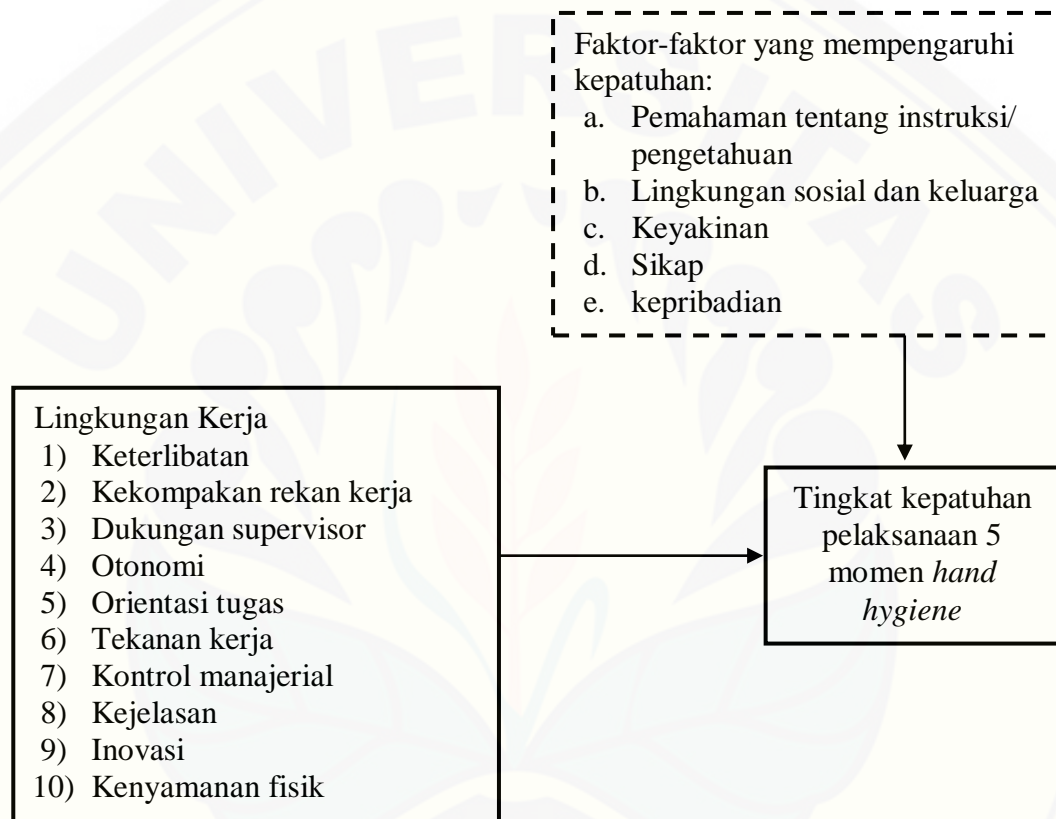
2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.7 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



: diteliti



: tidak diteliti

3.2 Hipotesis

Hipotesis penelitian (H_a) merupakan jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Setiadi, 2007). Hipotesis di dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, dugaan atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmojo, 2010). Hipotesis dalam penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif (H_a) yaitu ada hubungan lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti yaitu penelitian observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu desain penelitian yang digunakan untuk mempelajari korelasi atau hubungan antara variabel dependen dan variabel independen yang terjadi dalam objek dan diukur dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data secara simultan atau dalam kurun waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010a). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dan seberapa besar hubungan antar variabel yang akan diteliti. Variabel yang dimaksud dalam penelitian ini adalah lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap RSUD Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti dalam penelitian (Notoadmodjo, 2010a). Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat di Ruang Perawatan A dan Ruang Perawatan B Rumah

Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. Jumlah populasi dalam penelitian ini sebanyak 32 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian merupakan sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* yaitu pengambilan sampel yang tidak didasarkan atas kemungkinan yang diperhitungkan tetapi hanya berdasar pada segi kepraktisan saja (Notoatmodjo, 2010a). Sehingga setiap anggota populasi tidak memiliki kesempatan atau peluang yang sama untuk dipilih menjadi sampel penelitian. Pendekatan teknik *non probability sampling* yang digunakan adalah sampling jenuh yaitu teknik penentuan sampel dimana semua populasi dalam penelitian digunakan sebagai sampel (Setiadi, 2007). Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua perawat pelaksana dan ketua tim di Ruang Perawatan A dan Ruang Perawatan B RS Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember yaitu sebanyak 32 orang.

4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian

a. kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010a). Kriteria inklusi dalam penelitian ini antara lain:

- 1) bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*;

2) menjabat sebagai perawat pelaksana

3) menjabat sebagai ketua tim.

b. kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmojo, 2010a). Kriteria eksklusi dilakukan dengan cara menghilangkan atau mengeluarkan anggota populasi yang memenuhi kriteria inklusi karena terdapat penyakit yang mengganggu, keadaan yang mengganggu kemampuan pelaksanaan, hambatan etis dan menolak berpartisipasi (Nursalam & Patriani, 2001 dalam Setiadi, 2007). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini antara lain:

1) kepala ruangan;

2) perawat pelaksana dan ketua tim yang sedang cuti.

4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah dua ruang rawat inap di RSUD Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember yang meliputi Ruang Perawatan A dan Ruang Perawatan B.

4.4 Waktu Penelitian

Tahap pembuatan proposal penelitian ini dimulai pada bulan November 2014 sampai dengan bulan Maret 2015, kemudian dilanjutkan dengan tahap pelaksanaan penelitian hingga pembuatan laporan serta presentasi hasil yang dilaksanakan pada bulan April sampai dengan bulan Juni 2015.

4.5 Definisi operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Setiadi, 2007). Definisi operasional ini diperlukan agar pengukuran variabel atau pengumpulan data (variabel) tersebut konsisten antara sumber data (responden) yang satu dengan yang lain (Notoatmojo, 2010a). Variabel independen dalam penelitian ini adalah lingkungan kerja perawat sedangkan variabel dependennya adalah tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*. Penjelasan definisi operasional dapat dilihat di tabel 4.5.

Tabel 4.5 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Pengumpul Data	Skala	Hasil Ukur
1	Variabel Independen: Lingkungan kerja	Penilaian perawat terhadap kondisi eksternal yang berada disekitar tempat perawat bekerja yang bersifat karakteristik sosial yang dapat mempengaruhi perawat dalam menjalankan tugas keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keterlibatan 2. Kekompakan rekan kerja 3. Dukungan supervisor 4. Otonomi 5. Orientasi tugas 6. Tekanan kerja 7. Kontrol manajerial 8. Kejelasan 9. Inovasi 10. Kenyamanan fisik 	Kuesioner tentang lingkungan kerja yang diaadopsi dari Moos (1994, dalam Maqsood, 2011) kemudian dimodifikasi oleh peneliti. Kuesioner dibuat dalam bentuk skala likert, yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju	Ordinal	<p>Dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> data yaitu: Lingkungan kerja suportif ≥ 109 Lingkungan kerja tidak suportif < 109</p> <p>Kategori tersebut dengan <i>coding</i> yaitu: Lingkungan kerja suportif = 1 Lingkungan kerja tidak suportif = 0</p>
2	Variabel Dependen: Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 momen <i>hand hygiene</i>	Keaktifan perilaku yang ditunjukkan oleh perawat dengan melakukan kebersihan tangan pada setiap indikasi yaitu 5 momen secara keseluruhan dengan benar sesuai dengan rekomendasi dari <i>world health organizational</i> (WHO)	<p>Melakukan kebersihan tangan pada saat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sebelum bersentuhan dengan pasien 2. sebelum melakukan prosedur bersih atau steril 3. setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien 4. setelah bersentuhan dengan pasien 5. setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien 	Lembar observasi <i>hand hygiene</i> yang diadopsi dari WHO (2009b) kemudian dimodifikasi oleh peneliti.	Ordinal	<p>Dikategorikan menjadi dua kategori yaitu: Patuh = $\geq 50\%$ Tidak Patuh = $< 50\%$</p> <p>Kategori tersebut dengan <i>coding</i> yaitu: Patuh = 1 Tidak Patuh = 0</p>
3.	Karakteristik Responden: a. Usia	Lama hidup perawat terhitung sejak dilahirkan sampai pada waktu ulang		Kuesioner	Rasio	

	tahun terakhir			
b.	Jenis kelamin	Perbedaan seks antara laki-laki dan perempuan sejak lahir	Kuesioner	Nominal 1 = laki-laki 2 = perempuan
c.	Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh perawat	Kuesioner	Ordinal 1 = D3 2 = S1
d.	Lama bekerja	Lamanya bertugas menjadi seorang perawat di rumah sakit tempat saat ini bekerja	Kuesioner	rasio Lama bekerja perawat dalam tahun

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

a. data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain (Setiadi, 2007). Pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu menggunakan lembar kuesioner atau angket yang diisi oleh responden penelitian. Lembar kuesioner tersebut berisi 37 pertanyaan tertutup yang digunakan sebagai alat ukur untuk mengetahui lingkungan kerja perawat.

b. data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari pihak lain, badan/instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh melalui kepala ruangan yaitu data mengenai jumlah perawat dan ruang rawat inap di di RSUD Kaliwates PT. Rolas Nusantara Medika Jember.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan pengumpulan karakteristik subjek dalam penelitian (Nursalam, 2008). Teknik pengumpulan data untuk mengetahui lingkungan kerja perawat adalah dengan menggunakan teknik pengumpulan jawaban menggunakan kuesioner yang diberikan kepada responden. Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan cara peneliti membagikan kuesioner kepada perawat. Teknik pengumpulan data untuk

mengetahui tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*, peneliti melakukan observasi terhadap perawat. Tahapan pengumpulan data meliputi tahap persiapan dan tahap pelaksanaan penelitian yang akan dijelaskan sebagai berikut.

a. tahap persiapan

- 1) peneliti melakukan proses perijinan dengan mengajukan surat penelitian melalui akademik kepada Ketua Program studi ilmu keperawatan Universitas Jember, kemudian surat tersebut diserahkan kepada Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik.
- 2) surat ijin penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik diserahkan kepada direktur RSUD Kaliwates PT. Rolas Nusantara Medika Jember melalui bagian RENBANG RSUD Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.
- 3) Setelah mendapatkan izin dari pihak RSUD Kaliwates PT. Rolas Nusantara Medika Jember, peneliti kemudian berkoordinasi dengan asisten manajer pelayanan keperawatan RSUD Kaliwates PT. Rolas Nusantara Medika Jember untuk mendapatkan populasi penelitian.

b. tahap pelaksanaan

- 1) peneliti menentukan subjek penelitian dengan mempertimbangkan kriteria sampel penelitian yang telah ditetapkan;
- 2) peneliti menyusun jadwal observasi yang akan dilaksanakan di ruang perawatan A dan ruang perawatan B. Jadwal observasi ini menyesuaikan dengan jadwal dinas perawat di ruangan, kemudian peneliti memberikan kode pada masing-masing responden;

- 3) peneliti melakukan pengumpulan data untuk mengetahui lingkungan kerja perawat dengan menggunakan kuesioner;
- 4) peneliti menjelaskan kepada calon responden tentang tujuan, manfaat, dampak dari penelitian dan proses dari pengisian kuesioner;
- 5) peneliti meminta calon responden untuk membaca dan mengisi *informed consent* (surat persetujuan) sebagai tanda kesediaan untuk menjadi subjek penelitian;
- 6) peneliti memberikan Instrumen A tentang karakteristik perawat dan lingkungan kerja perawat di ruang rawat inap. Cara pengisian kuesioner yaitu diisi sendiri oleh responden. Peneliti mengumpulkan kembali kuesioner setelah diisi oleh responden untuk diperiksa kelengkapan pengisian kuesioner, sehingga apabila terdapat jawaban yang belum terisi lengkap maka peneliti melakukan pengumpulan data ulang;
- 7) responden yang telah mengisi kuesioner selanjutnya dilakukan observasi. Peneliti dibantu oleh seorang numerator dalam pengumpulan data observasi;
- 8) peneliti dan numerator melakukan observasi secara bersama-sama namun pada responden yang berbeda, observasi ini untuk mengetahui pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* pada responden dengan menggunakan pedoman observasi terlampir (Lampiran E: lembar observasi dan panduan observasi);
- 9) observasi dilakukan sebanyak satu kali observasi pada setiap responden, karena menurut Sunaryo (2004) dan Purwanto (1998) perilaku manusia tidak pernah berhenti pada suatu saat, sehingga perilaku pada masa lalu

merupakan persiapan bagi perilaku kemudian dan perilaku kemudian merupakan merupakan kelanjutan perilaku sebelumnya;

10) observasi dilakukan pada shift pagi selama 3 jam (pukul 08.00-11.00 WIB) pada setiap responden;

11) data kuesioner maupun observasi yang telah diperoleh kemudian dikumpulkan dan dilakukan pengolahan dan analisis data.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu:

a. instrumen A

Instrumen A berupa kuesioner yang merupakan alat untuk mengukur yang berisi daftar pertanyaan yang berupa formulir-formulir, diajukan secara tertulis kepada sejumlah subjek untuk mendapatkan tanggapan, informasi, jawaban, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010a). Kuesioner tersebut untuk mengetahui lingkungan kerja perawat. Kuesioner tersebut merujuk pada 10 indikator *Work Environment Scale* (WES) manual yang dikembangkan oleh Rudolf Moos pada tahun 1994, kemudian peneliti memodifikasi pernyataan tersebut dengan menyesuaikan dengan penelitian saat ini. Penilaian kuesioner tentang lingkungan kerja perawat menggunakan skala *Likert* yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Nilai yang diberikan pada pertanyaan variabel lingkungan kerja adalah 4, 3, 2, dan 1. Pertanyaan yang *favourable* jika jawaban sangat setuju bernilai 4, jawaban setuju bernilai 3, jawaban tidak

setuju bernilai 2, dan jawaban sangat tidak setuju bernilai 1, sedangkan pada pertanyaan yang *unfavourable* menunjukkan jawaban apabila sangat setuju bernilai 1, jawaban setuju bernilai 2, jawaban tidak setuju bernilai 3, dan jawaban sangat tidak setuju bernilai 4.

Tabel 4.6.3 *blue print* Kuesioner Lingkungan Kerja Perawat

Indikator	Sebelum		Jumlah	Setelah		Jumlah
	Nomor Pertanyaan			Nomor Pertanyaan		
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1. Keterlibatan	1, 2, 5	3, 4	5	1, 3	2	3
2. Kekompakan rekan kerja	6, 8, 9	7, 10	5	4, 5, 6	-	3
3. Dukungan supervisor	11, 12, 15	13, 14	5	7, 8	9, 10	4
4. Otonomi	16, 17, 19	18, 20	5	11, 12, 14	13	4
5. Orientasi tugas	22, 23, 24	21, 25	5	16, 17	15	3
6. Tekanan kerja	26, 27, 29	28, 30	5	18, 19	20, 21	4
7. Kontrol manajerial	31, 33, 34, 35	32	5	22, 23, 24	-	3
8. Kejelasan	36, 37, 38, 39	40	5	25, 26, 27, 28	29	5
9. Inovasi	41, 42, 44, 45	43	5	30 32, 33	31	4
10. Kenyamanan fisik	48, 49	46, 47, 50	5	36	34, 35, 37	4
Jumlah	32	18	50	25	12	37

b. instrumen B

Instrumen B berupa lembar observasi tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* perawat beserta dengan pedoman atau kerangka observasi yang akan digunakan oleh peneliti saat melakukan observasi secara langsung. Lembar observasi tersebut peneliti dapatkan dari *form* observasi yang disediakan oleh *World health organization* (WHO). Lembar observasi tersebut diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dan kemudian di modifikasi oleh peneliti. Teknik observasi yang digunakan adalah observasi sistematis yaitu mempunyai kerangka atau struktur yang jelas dimana didalamnya berisikan

faktor yang diperlukan dan sudah dikelompokkan ke dalam kategori-kategori (Notoatmojo, 2010a).

4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Uji validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan ketepatan suatu alat ukur untuk mengukur objek yang diukur, sedangkan uji reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat diandalkan atau dipercaya yang berarti menunjukkan hasil pengukuran tersebut tetap konsisten atau tetap asas (*ajeg*) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama. Uji validitas dan uji reliabilitas membutuhkan jumlah responden minimal 20 orang untuk mendapatkan distribusi nilai hasil pengukuran yang mendekati normal (Notoatmodjo, 2010a).

Instrumen kuesioner lingkungan kerja perawat yang digunakan dalam penelitian ini terlebih dahulu diuji validitas dan reliabilitasnya di RSD Kalisat Jember kepada 24 responden pada 4 ruang rawat inap. Alasan peneliti memilih rumah sakit tersebut adalah karena karakteristik rumah sakit yang sama yaitu tipe rumah sakit yang sama yaitu rumah sakit bertipe C dan karakteristik responden yang hampir sama dari responden penelitian, memiliki ruang rawat inap, model penugasan asuhan keperawatan yaitu metode tim, serta telah terpapar informasi mengenai 5 momen *hand hygiene*.

Pengumpulan data tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* dilakukan dengan teknik observasi dan dibantu oleh satu orang numerator (petugas pengumpul data). Instrumen lembar observasi terlebih dahulu dilakukan

uji interrater atau uji kappa. Uji interrater reliability merupakan jenis uji yang digunakan untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan petugas pengumpul data (Hastono, 2007).

a. uji validitas

Uji validitas untuk kuesioner menggunakan uji korelasi *pearson product moment* (r) yaitu membandingkan antara skor nilai masing-masing item pertanyaan dengan skor total kuesioner atau nilai tabel. Perbandingan nilai uji dengan nilai tabel digunakan untuk menentukan pertanyaan yang bermakna atau memiliki taraf signifikansi yang secara valid dapat mengukur variabel yang dikehendaki sehingga dapat digunakan dalam penelitian. Dasar pengambilan keputusan instrumen itu dikatakan valid jika r hitung lebih besar dari r tabel atau pertanyaan dikatakan valid jika skor variabel berkorelasi signifikan dengan skor total tersebut (Hastono, 2007).

Nilai korelasi pertanyaan signifikan dapat dilihat melalui perbandingan r hitung dengan r tabel pada tingkat kemaknaan 5%. Penelitian ini memiliki r tabel = 0,404. Peneliti memperoleh 36 pertanyaan valid dengan r hitung > 0,404 dan 14 pertanyaan tidak valid dengan r hitung < 0,404 setelah dilakukan uji validitas. Berdasarkan pertimbangan peneliti melakukan validitas internal menambahkan satu pertanyaan pada salah satu indikator yaitu indikator keterlibatan karena pertanyaan tersebut dianggap penting untuk menggambarkan indikator tersebut.

b. uji reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan setelah hasil uji validitas dinyatakan valid. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak valid, maka pertanyaan tersebut dibuang. Peneliti membandingkan nilai r hasil yang merupakan nilai *alpha cronbach* dengan r tabel. Dasar dari pengambilan keputusan dari uji tersebut yaitu pertanyaan dikatakan reliabel jika nilai r *alpha* lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007). Uji reliabilitas kuesioner lingkungan kerja perawat menunjukkan nilai r *alpha* (0,948) > nilai r tabel (0,404). Hal ini menunjukkan bahwa kuesioner lingkungan kerja perawat yang terdiri dari 36 pertanyaan adalah reliabel, sehingga dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian.

Pengambilan keputusan uji *interrater reliability* atau uji kappa yaitu bila p value < α (0,05), maka hasil uji kappa signifikan atau bermakna sehingga persepsi antara peneliti dengan numerator sama. Sebaliknya bila p value > α (0,05), maka hasil uji kappa tidak signifikan atau bermakna sehingga ada perbedaan persepsi antara peneliti. Hasil uji kappa pada penelitian ini didapatkan p value sebesar 0,000 dengan hasil tersebut p value < α berarti hasil uji kappa signifikan/ bermakna, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan persepsi mengenai aspek yang diteliti antara peneliti dengan numerator.

b. tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* memiliki kategori:

- 1) patuh diberi kode 1
- 2) tidak patuh diberi kode 0

c. jenis kelamin

- 1) laki-laki diberi kode 1
- 2) perempuan diberi kode 2

d. tingkat pendidikan

- 1) D3 diberi kode 1
- 2) S1 diberi kode 2

4.7.3 *Processing (Entry)*

Processing yaitu suatu tahap pengorganisasian data sehingga data dapat dengan mudah disusun dan ditata agar dapat disajikan dan dianalisis. Proses *entry* berarti memasukkan data yang telah di ubah sesuai kode tertentu dalam bentuk angka atau bilangan pada suatu software tertentu (Notoatmodjo, 2010a). Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan program *statistic package for social science* (SPSS) versi 16. *Entry* data dilakukan secara manual kemudian data diproses dengan program tersebut.

4.7.4 *Cleaning*

Cleaning merupakan teknik pembersihan data, data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan terhapus (Setiadi, 2007). Hasil yang diperoleh dari proses

cleaning didapatkan bahwa tidak ada kesalahan pada data sehingga seluruh data dapat digunakan (Notoatmodjo, 2010a).

4.8 Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk tujuan memperoleh gambaran dari hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian, membuktikan hipotesis penelitian yang telah dirumuskan, dan memperoleh kesimpulan secara umum dari penelitian yang merupakan kontribusi dalam pengembangan ilmu yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010a). Analisis data dilakukan dalam 2 jenis analisis yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010a). Penelitian ini terdiri dari karakteristik umum dan karakteristik khusus. Karakteristik umum dari penelitian ini terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama bekerja. Karakteristik khusus dari penelitian ini variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*). Bentuk analisis univariat tergantung jenis datanya, jika data numerik menggunakan nilai *mean* atau rata-rata, *median* dan standar deviasi. Umumnya analisis ini hanya menghasilkan di distribusi frekuensi dan persentase pada tiap variabelnya (Notoatmojo, 2010a).

Variabel bebas (*independent*) yaitu lingkungan kerja perawat dan variabel terikat (*dependent*) yaitu tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*.

Pengkategorian ditentukan berdasarkan *cut of point* data. Jika distribusi data normal maka *cut of point* menggunakan nilai *mean*, sedangkan jika distribusi data tidak normal maka *cut of point* menggunakan nilai *median*. Nilai dari setiap item pertanyaan dari lingkungan kerja perawat dijumlahkan kemudian dikategorikan menjadi dua kategori yakni lingkungan kerja suportif dan lingkungan kerja tidak suportif.

Hasil observasi tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* berbeda dengan teknik penilaian kuesioner lingkungan kerja perawat. Tingkat kepatuhan responden diukur dengan menggunakan rumus kepatuhan *hand hygiene* sebagai berikut (WHO, 2009b):

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

Peneliti melihat hasil observasi kepatuhan perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* yang dibagi menjadi 2 kategori yakni patuh jika responden mendapatkan skor $\geq 50\%$ dan tidak patuh jika responden mendapatkan skor $< 50\%$. Standar kepatuhan ini peneliti gunakan berdasarkan pertimbangan dari beberapa hasil penelitian.

Hasil penelitian Pittet (2001), Patarakul *et al.* (2005) dan *Institute for Healthcare Improvement* (2001) menyatakan bahwa secara umum rata-rata tingkat kepatuhan masih di bawah 50%. Hasil serupa penelitian oleh McGuckin *et al.* (2009) bahwa kepatuhan *hand hygiene* di ruang ICU dan non-ICU masih di bawah 50%, sedangkan berdasarkan hasil penelitian Larson *et al.* (2007) pada 40 rumah

sakit yang telah direkomendasikan pedoman *hand hygiene* oleh *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) rata-rata kepatuhan yaitu sebesar 56,6%. Data hasil audit *hand hygiene* secara nasional dari 828 rumah sakit di Australia tahun 2014 yaitu 81.9% (*Hand hygiene Australia, 2014*). Hasil penelitian di Indonesia oleh Setiawati (2009) menyatakan bahwa tingkat kepatuhan *hand hygiene* di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta yaitu 34,9%, menurut Ernawati (2014) rata-rata sebesar 35%. Berdasarkan beberapa hasil penelitian tersebut diketahui bahwa 6 dari 8 penelitian menyatakan bahwa rata-rata kepatuhan *hand hygiene* masih di bawah 50%.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel yaitu untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Jenis data pada variabel analisis bivariat antara variabel dependen dan independen adalah kategorik sehingga dilakukan analisis data menggunakan uji *chi-square*. Proses pengujian menggunakan *chi-square* yaitu membandingkan frekuensi yang terjadi ataupun observasi dengan nilai frekuensi harapan atau ekspektasi (Hastono, 2007). Interpretasi hasil uji *chi-square* dengan membandingkan nilai p-value (observasi) dengan nilai α (ekspektasi) yang berada pada tingkat kepercayaan CI (*confidence interval*) 95% atau taraf signifikansi α 0,05. Keputusan uji statistik ditetapkan setelah membandingkan nilai p (*p value*) dengan nilai alpha, dimana bila $p < \alpha$ (0,05) berarti H_0 ditolak / H_a gagal ditolak,

dan bila $p \geq \alpha$ (0,05) berarti H_0 gagal ditolak / H_a ditolak. Perbandingan tersebut diinterpretasikan menjadi:

- a. jika nilai $p\text{-value} < \alpha$, maka dikatakan H_a gagal ditolak. Penarikan kesimpulan yaitu ada hubungan lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*;
- b. jika nilai $p\text{-value} \geq \alpha$, maka dikatakan H_a ditolak. Penarikan kesimpulan yaitu tidak ada hubungan lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*.

Hasil uji *Chi Square* hanya dapat menyimpulkan ada/tidaknya perbedaan proporsi antar kelompok atau dengan kata lain hanya dapat menyimpulkan ada/tidaknya hubungan dua variabel kategorik. Pada bidang kesehatan, untuk mengetahui derajat peluang hubungan maka dilakukan analisis antara dua variabel tersebut dengan melihat nilai *odds ratio* (OR) atau nilai resiko relatif (RR). *Odds Rasio* (OR) membandingkan *Odds* pada kelompok ter-ekspose dengan *Odds* kelompok yang tidak ter-ekspose. Nilai OR biasanya digunakan pada desain kasus kontrol (*case control*) atau potong lintang (*cross sectional*) (Hastono, 2007).

4.9 Etika Penelitian

Etika penelitian terdiri dari *informed consent*, kerahasiaan, keanoniman, menghormati harkat dan martabat manusia, keadilan dan keterbukaan, memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (Notoatmojo, 2010a; Potter & Perry, 2005).

4.9.1 *Informed Consent*

Informed Consent artinya subjek peneliti (1) telah diberikan informasi yang penuh dan lengkap mengenai tujuan studi, prosedur, pengumpulan data, potensial bahaya dan keuntungan serta metode alternatif pengobatan; (2) mampu secara penuh memahami penelitian dan implikasi partisipasi; (3) memahami bahwa kerahasiaan dan keanoniman harus dipertahankan (Potter & Perry, 2005).

Lembar persetujuan diberikan oleh peneliti kepada responden sebelum penelitian dilakukan. Lembar persetujuan ini digunakan untuk memberikan informasi maupun gambaran terkait penelitian kepada responden penelitian. Subjek penelitian atau responden diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, prosedur, pengumpulan data, manfaat dan kerugian menjadi responden dalam penelitian ini dan diberi hak untuk bersedia atau tidak dalam penelitian ini dengan menjelaskan hak dan kewajiban responden serta peneliti.

Peneliti berupaya untuk menghargai hak responden dengan tidak memaksa responden untuk mengikuti penelitian. Peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk menolak maupun bersedia mengikuti penelitian. Apabila calon responden setuju dengan permintaan peneliti, maka calon responden dapat menggunakan haknya yaitu menandatangani *informed consent* sebagai bukti persetujuan oleh calon responden. Sehingga, hasil penelitian menunjukkan bahwa keseluruhan responden yang mengisi lembar *informed consent* menyatakan bersedia menjadi responden penelitian tanpa paksaan apapun.

4.9.2 Kerahasiaan

Kerahasiaan merupakan jaminan bahwa setiap informasi apapun yang diberikan oleh subjek tidak dilaporkan dengan cara apapun untuk mengidentifikasi subjek dan tidak mungkin diakses oleh orang selain tim penelitian (Polit dan Hungler, 1995 dalam Potter & Perry, 2005). Peneliti menyampaikan pada responden jika semua informasi yang disampaikan pada peneliti baik informasi yang terkait dengan penelitian atau diluar kepentingan penelitian dapat dijamin kerahasiaannya.

4.9.3 Keanoniman

Keanoniman merupakan suatu jaminan bagi subjek akan adanya pilihan bebas dalam memberikan ijin (*consent*), meliputi hak untuk menarik diri dari studi kapan saja (Polit dan Hungler, 1995; Talbot, 1995 dalam Potter & Perry, 2005). Jaminan yang diberikan kepada responden bahwa identitas responden akan dirahasiakan sebagaimana mestinya agar tidak mengakibatkan kerugian bagi responden penelitian. Nama responden saat penelitian tidak ditulis namun dirahasiakan dengan cara mengganti nama dengan inisial responden. Hal tersebut bertujuan agar responden merasa lebih aman dan nyaman saat memberikan informasi terkait data penelitian. Peneliti tidak dapat mencantumkan nama asli responden pada lembar alat ukur. Peneliti hanya diperbolehkan memberi kode pada lembar alat ukur atau hasil penelitian.

4.9.4 Keadilan dan Keterbukaan

Prinsip keterbukaan dan adil perlu di jaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan dan kehati-hatian sehingga perlu dikondisikan dengan prinsip keterbukaan yakni menjelaskan prosedur penelitian dan prinsip keadilan dengan menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan gender, agama, etnis dan sebagainya (Notoatmojo, 2010a). Peneliti menjelaskan secara terbuka kepada responden dengan jujur serta melaksanakan penelitian dengan penuh kehati-hatian agar tidak menimbulkan dampak yang merugikan bagi responden. Peneliti juga memberikan jaminan perlakuan yang sama kepada responden tanpa membedakan gender, agama, etnis, sehingga responden merasa diperlakukan secara adil oleh peneliti.

4.9.5 Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan

Peneliti hendaknya berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh karena itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, stress, maupun kematian subjek penelitian (Notoatmojo, 2010a). Peneliti melakukan penelitian secara hati-hati dan mencegah atau menghindari rasa sakit, cedera, stress, maupun kematian responden, sehingga tidak ada kerugian yang dialami oleh responden. Peneliti juga memperhitungkan manfaat penelitian ini dengan baik, sehingga pihak responden dan peneliti sama-sama mendapatkan manfaat dari hasil penelitian ini.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil dan pembahasan penelitian mengenai hubungan lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember merupakan rumah sakit yang berada di bawah naungan PT Rolas Nusantara Medika Jember. Rumah sakit ini berada di Jl. Diah Pitaloka No.4A Jember.

Kegiatan pelayanan di RSU Kaliwates meliputi fasilitas rawat jalan yang terdiri dari poliklinik umum 24 jam, poliklinik kesehatan ibu dan anak, poliklinik dokter spesialis, poliklinik gigi, poliklinik fisioterapi, poliklinik gizi, patologi klinik (laborat), radiologi, hemodialisa, *treadmill* dan echocardiografi dan layanan farmasi. Pelayanan rawat inap terdiri dari ruang perawatan A (ruang rawat utama A, ruang rawat kelas I dan kelas II), ruang perawatan B (ruang rawat utama B, kelas II, kelas III serta ruang rawat anak), ruang rawat kebidanan-kandungan dan ruang rawat intensif (ICU). Kamar operasi terdiri dari bedah umum, kebidanan, tulang, syaraf, *vertebro plasty*, trepanasi, *cranioplasty*, bedah mata, telinga hidung dan tenggorokan (THT), mulut, bedah *urology* (penghancur batu ginjal/saluran kencing/prostat), ruang rawat pasca operasi (RPO) dan pemasangan *pace maker*. Fasilitas lainnya yaitu layanan ambulan siap panggil 24 jam, layanan dokter jaga 24 jam, layanan *general check-up*, *cord life*, masjid dan kantin. Peneliti hanya

melakukan penelitian pada dua ruang rawat inap yaitu ruang perawatan A dan ruang perawatan B dengan alasan karakteristik ruangan dan situasi lingkungan kerja pada ruangan tersebut rata-rata hampir sama.

Bab ini akan menguraikan tentang pelaksanaan penelitian dan hasil penelitian serta pembahasan tentang hubungan lingkungan kerja dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. Penelitian ini dilakukan pada 32 perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. Adapun pengambilan data penelitian dimulai pada tanggal 12 April 2015 hingga 7 Mei 2015 yang dimulai pukul 08.00 – 11.00 WIB pada shift pagi dengan alasan rata-rata tingkat kepadatan aktivitas atau tindakan keperawatan banyak dilakukan pada shift tersebut.

Hasil penelitian ditampilkan dalam bentuk tabel dan narasi, sedangkan pada pembahasan ditampilkan dalam bentuk narasi. Data yang diperoleh oleh peneliti dianalisis univariat dan bivariat yang terdiri dari lingkungan kerja perawat dan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*. Analisis univariat berisi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan, dan lama kerja), variabel lingkungan kerja perawat dan variabel tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*. Analisis bivariat dilakukan untuk melihat 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. Analisis bivariat menggunakan uji *chi square*.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik responden penelitian adalah identitas responden di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama bekerja. Data selengkapnya mengenai karakteristik responden terangkum dalam tabel 5.1 dan 5.2 di bawah ini.

Tabel 5.1 Rerata Responden Berdasarkan Usia dan Lama Kerja di Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015

Karakteristik responden	Mean (th)	Median	SD	Min-Max	95% CI	
					Min	Max
Usia	29.09	27.00	5.561	23-42	27.09	31.10
Lama kerja	6.28	4.00	4.685	2-18	4.59	7.97

Sumber: Data Primer, April 2015

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia responden adalah 29,09 tahun, usia termuda adalah 23 tahun dan usia tertua adalah 42 tahun. Rata-rata lama kerja adalah 6,28 tahun, dengan lama kerja paling singkat adalah 2 tahun dan lama kerja paling lama adalah 18 tahun.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015

Karakteristik Responden	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Jenis kelamin	a. Laki-laki	13	43,6
	b. Perempuan	19	56,4
Total		32	100
Tingkat pendidikan	a. D3 Keperawatan	25	78,1
	b. S1 Keperawatan	7	21,9
Total		32	100

Sumber: Data Primer, April 2015

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden berjenis kelamin perempuan sebesar 56,4% dan 43,6% berjenis kelamin laki-laki. Responden dengan tingkat pendidikan D3 keperawatan sebesar 78,1% dan S1 keperawatan sebesar 21,9%.

5.1.2 Lingkungan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember

Hasil penelitian tentang lingkungan kerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember meliputi distribusi frekuensi variabel lingkungan kerja perawat serta distribusi frekuensi lingkungan kerja perawat pada setiap indikator. Data selengkapnya mengenai lingkungan kerja perawat terangkum dalam tabel 5.3 dan 5.4.

Pengkategorian kuesioner lingkungan kerja perawat didasarkan pada *cut of point* data dengan mengacu pada distribusi data. Hastono (2007) memaparkan cara mengidentifikasi distribusi data yaitu ditinjau dari grafik histogram dan kurva normal, penggunaan nilai *skewness* dan *standart error*, uji *kolmogorov smirnov*. Peneliti menggunakan nilai *skewness* dan *standart error* dalam menentukan distribusi data. Distribusi data normal jika hasil bagi nilai *skewness* dengan *standart error* ≤ 2 .

Setiap indikator pada variabel lingkungan kerja memiliki nilai *skewness* dengan *standart error* yang berbeda, oleh karena itu hasil bagi yang didapatkan juga berbeda pula. Indikator keterlibatan, kekompakan rekan kerja, dukungan supervisor, otonomi, orientasi tugas, tekanan kerja, inovasi, kenyamanan fisik

memiliki hasil bagi ≤ 2 , sehingga *cut of point* mengacu pada nilai *mean*. Sedangkan pada indikator kontrol manajerial dan kejelasan memiliki hasil bagi > 2 , sehingga *cut of point* mengacu pada nilai *median*. Berikut ini akan dipaparkan distribusi frekuensi indikator lingkungan kerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.

Tabel 5.3 Ditribusi Frekuensi Indikator Lingkungan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015

Indikator Lingkungan kerja Perawat	Frekuensi				Total	
	Suportif		Tidak Suportif		F	%
	f	%	f	%		
Keterlibatan	11	34,4	21	65,6	32	100
Kekompakan rekan kerja	11	34,4	21	65,6	32	100
Dukungan supervisor	18	56,2	14	43,8	32	100
Otonomi	14	43,8	18	56,2	32	100
Orientasi Tugas	10	31,2	22	68,8	32	100
Tekanan Kerja	19	59,4	13	40,6	32	100
Kontrol Manajerial	28	87,5	4	12,5	32	100
Kejelasan	27	84,4	5	15,6	32	100
Inovasi	19	59,4	13	40,6	32	100
Kenyamanan Fisik	18	56,2	14	43,8	32	100

Sumber: Data Primer, April 2015

Tabel 5.3 menunjukkan keberagaman data mengenai indikator lingkungan kerja perawat yang tidak merata pada setiap kategori. Lingkungan kerja perawat pada penelitian ini terdiri dari 10 indikator. Hasil penelitian menunjukkan bahwa indikator lingkungan kerja perawat secara berurutan dari yang paling suportif hingga tidak suportif yaitu kontrol manajerial (87,5%), kejelasan (84,4%), inovasi (59,4%), tekanan kerja (59,4), dukungan supervisor (56,2%), kenyamanan fisik (56,2), otonomi (43,8%), keterlibatan (34,4%), kekompakan rekan kerja (34,4%), orientasi tugas (31,2%). Indikator yang paling suportif adalah kontrol manajerial, sedangkan indikator yang paling tidak suportif adalah orientasi tugas.

Variabel lingkungan kerja perawat memiliki nilai *skewness* 1,051 dan *standart error of skewness* 0,414. Hasil bagi keduanya bernilai 2,539 yang berarti variabel lingkungan kerja perawat berdistribusi tidak normal. Analisis data menunjukkan persebaran data tidak merata, sehingga *cut of point* mengacu pada nilai *median*. Lingkungan kerja perawat termasuk dalam kategori suportif jika skor yang diperoleh ≥ 109 dan lingkungan kerja perawat suportif jika skor yang diperoleh < 109 . Berikut ini akan dipaparkan distribusi frekuensi responden menurut lingkungan kerja perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Lingkungan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015

Lingkungan kerja	Frekuensi	Persentase (%)
Suportif	18	56,2
Tidak Suportif	14	43,8
Total	32	100

Sumber: Data Primer, April 2015

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden menilai lingkungan kerja dengan kategori suportif yaitu sebesar 56,2% dan 43,8% responden menilai lingkungan kerja dengan kategori tidak suportif.

5.1.3 Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember

Hasil penelitian tentang tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember meliputi distribusi frekuensi kegiatan *hand hygiene*, distribusi frekuensi indikator 5 momen *hand hygiene*, serta distribusi frekuensi tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*. Data selengkapnya terangkum dalam tabel 5.5, 5.6, dan 5.7. Berikut ini akan ditampilkan data mengenai distribusi frekuensi kegiatan *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Kegiatan *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015

Kegiatan <i>Hand Hygiene</i>	Frekuensi	Persentase (%)
Cuci tangan (<i>Hand wash</i>)	96	27,04
<i>Handrub</i>	26	7,33
Tidak Melakukan (<i>Missing</i>)	233	65,63
Total	355	100

Sumber: Data Primer, April 2015

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa hasil observasi didapatkan 355 kesempatan yang mengindikasikan *hand hygiene*, hanya 122 prosedur *hand hygiene* yang dilakukan, sehingga tingkat kepatuhan responden secara keseluruhan yaitu 34,37%. Sebagian besar responden tidak melakukan *hand hygiene* yaitu sebanyak 233 kesempatan. Hasil tersebut juga menunjukkan bahwa responden lebih banyak melakukan *handwash* dibandingkan dengan *handrub*.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Kegiatan *Hand Hygiene* Menurut Indikator 5 Momen *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember Tahun 2015 (n=355)

Momen	Kegiatan <i>Hand Hygiene</i>				Total	Persentase Kepatuhan (%)	
	Melakukan		Tidak Melakukan				
	f	%	f	%			
Sebelum bersentuhan dengan pasien	7	11,47	54	88,53	61	100	11,47
Sebelum melakukan prosedur bersih dan atau steril	13	8,5	140	91,5	153	100	8,5
Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien	26	92,86	2	7,14	28	100	92,86
Setelah bersentuhan dengan pasien	36	73,47	13	26,53	49	100	74,5
Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien	40	62,5	24	37,5	64	100	62,5
Total	122	34,37	233	65,63	355	100	-

Sumber: Data Primer, April 2015

Tabel 5.6 menguraikan tentang distribusi frekuensi tingkat kepatuhan menurut indikator 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap rumah sakit umum kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. Kepatuhan tertinggi berada pada momen setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien yaitu sebesar 92,86%, sedangkan kepatuhan terendah berada pada momen sebelum melakukan prosedur bersih dan atau steril yaitu sebesar 8,5%.

Variabel tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember dikategorikan menjadi dua kategori yaitu patuh jika responden mendapat nilai $\geq 50\%$ dan tidak patuh jika responden mendapat nilai $< 50\%$. Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan hasil bahwa rata-rata angka kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* adalah sebesar 38,9%.

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember

Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen <i>Hand Hygiene</i>	Frekuensi	Persentase (%)
Patuh	11	34,4
Tidak Patuh	21	65,6
Total	32	100

Sumber: Data Primer, April 2015

Tabel 5.7 menguraikan tentang distribusi frekuensi tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. Responden dengan kategori patuh sebesar 34,4%, sedangkan responden dengan kategori tidak patuh sebesar 65,6%. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa sebagian besar responden tidak patuh dalam melaksanakan 5 momen *hand hygiene*.

5.1.4 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

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 telah di analisis dan tersaji dalam bentuk tabel. Berikut ini akan dipaparkan hasil analisis tersebut.

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi 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 Tahun 2015

Lingkungan Kerja Perawat	Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen <i>Hand Hygiene</i>				Total	P Value
	Patuh		Tidak Patuh			
	f	%	f	%		
Supportif	8	44,4	10	55,6	18	100
Tidak Supportif	3	21,4	11	78,6	14	100
Total	11	34,4	21	65,6	32	100

Sumber: Data Primer, April 2015

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa responden yang menilai lingkungan kerja supportif dan patuh terhadap pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* sebesar 44,4%, sedangkan yang tidak patuh sebesar 55,6%. Responden yang menilai lingkungan kerja tidak supportif dan patuh dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* sebesar 21,4%, sedangkan yang tidak patuh sebesar 78,6%. Sebagian besar responden menilai lingkungan kerja tidak supportif dan tidak patuh dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*.

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 dianalisis dengan menggunakan uji *chi square*. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat 1 *cells* (25%) yang memiliki nilai ekspektasi (E) kurang dari 5, nilai ekspektasi minimal adalah 4,81. Hasil ini menunjukkan bahwa uji *chi square* tidak layak untuk digunakan, sehingga sebagai alternatifnya menggunakan *fisher exact test*. Analisis statistik *fisher exact test* didapatkan nilai *p value* = 0,266, sehingga H_0 ditolak jika *p value* (0,266) > α (0,05). Berdasarkan hasil uji statistik tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak ada

hubungan antara lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember.

5.2 Pembahasan

Pembahasan pada penelitian ini disajikan dalam bentuk narasi berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh. Penjabaran dari pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian yang terdiri dari karakteristik responden, lingkungan kerja perawat, tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* dan hubungan lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*.

5.2.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diperoleh dalam penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama kerja. Karakteristik responden yang pertama yaitu usia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia responden adalah 29,09 tahun, usia termuda adalah 23 tahun dan usia tertua adalah 42 tahun. Usia mempengaruhi produktivitas individu, rata-rata usia responden tergolong dalam usia produktif sehingga berpeluang untuk mencapai produktivitas kinerja yang lebih baik. Notoatmojo (2010b), menyatakan bahwa bertambahnya usia akan mempengaruhi tingkat penglihatan, persepsi maupun kemampuan seseorang didalam menerima informasi, sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan. Pernyataan ini dipertegas oleh Robbins & Judge (2015), bahwa keahlian seperti kecepatan, ketangkasan, kekuatan dan koordinasi akan melemah seiring

berjalannya waktu dan kebosanan atas pekerjaan serta kurangnya stimulasi intelektual dapat berkontribusi terhadap penurunan produktivitas. Hasil penelitian Kanestren (2009), menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan skor penilaian kinerja perawat di rawat inap RS Pertamina Jaya, sehingga semakin bertambah umur maka semakin tinggi kinerja.

Karakteristik responden yang kedua yaitu jenis kelamin. Jenis kelamin umumnya digunakan untuk membedakan seksualitas seseorang yaitu laki-laki atau perempuan. Responden dengan jenis kelamin perempuan sebesar 56,4% dan 43,6% dengan jenis kelamin laki-laki. Hasil tersebut menunjukkan bahwa perawat perempuan lebih banyak dibandingkan dengan perawat laki-laki. Masih banyak orang yang meyakini bahwa beberapa pekerjaan adalah mutlak untuk wanita dan yang lainnya untuk pria, akan tetapi tidak terdapat perbedaan gender yang menyatakan bahwa perawat haruslah wanita. Penilaian tentang peran jenis kelamin menyatakan bahwa laki-laki lebih maskulin (misalnya yakin akan kemampuan sendiri, agresif, kompetitif dan pengambil keputusan), sedangkan perempuan lebih feminin (misalnya simpatik, lembut, pemalu, sensitif terhadap kebutuhan orang lain) (Ivancevich *et al.*, 2007). Sifat feminin yang dimiliki oleh perempuan dibutuhkan ketika memberikan pelayanan kepada pasien, karena perawat dituntut untuk simpati dan empati serta peduli terhadap kebutuhan pasien. Tidak hanya perawat wanita saja, akan tetapi perawat laki-laki juga perlu memiliki sifat tersebut dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien.

Karakteristik responden yang ketiga yaitu tingkat pendidikan. Responden dengan tingkat pendidikan D3 keperawatan sebesar 78,1% dan S1 keperawatan sebesar 21,9%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa perawat dengan tingkat pendidikan D3 keperawatan lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang memiliki tingkat pendidikan S1 keperawatan. Menurut Asmadi (2008), pendidikan berpengaruh pada pola pikir seseorang yang akhirnya berpengaruh pada perilaku professional. Pendidikan keperawatan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan kualitas pelayanan keperawatan. Peneliti berasumsi bahwa pendidikan tinggi yang didapat oleh seorang perawat menjadi bekal untuk memberikan pelayanan yang berkualitas bagi pasien. Sejalan dengan pendapat tersebut Notoatmodjo (2010b), mengungkapkan bahwa dengan pendidikan tinggi maka individu tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Perilaku yang didasarkan pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Sunaryo, 2004).

Karakteristik responden yang keempat yaitu lama kerja. Rata-rata lama kerja perawat adalah 6,28 tahun dengan lama kerja paling singkat adalah 2 tahun dan lama kerja paling lama adalah 18 tahun. Peneliti berpendapat bahwa seseorang yang telah bekerja dalam waktu yang lama akan mendapat pengalaman dan keterampilan yang lebih banyak pula. Robbins & Judge (2015), mengungkapkan bahwa terdapat suatu hubungan yang positif antara senioritas dengan produktifitas pekerjaan. Pernyataan ini didukung oleh Swanburg (2000), bahwa semakin bertambah masa kerja seseorang maka semakin bertambah pengalaman kliniknya,

selain itu semakin lama seseorang bekerja tingkat prestasi semakin tinggi, prestasi yang tinggi berasal dari perilaku yang baik (Gibson *et al.*, 1997).

Pendapat lain dikemukakan oleh Kreitner dan Kinichi (2014), menyatakan bahwa masa kerja yang lama akan cenderung membuat seseorang betah dalam sebuah organisasi hal ini disebabkan karena telah beradaptasi dengan lingkungan yang cukup lama sehingga akan merasa nyaman dalam pekerjaannya. Hasil penelitian Kanestren (2009), menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan skor penilaian kinerja perawat di rawat inap RS Pertamina Jaya, sehingga semakin bertambah masa kerja maka semakin tinggi tingkat kinerjanya.

5.2.2 Lingkungan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember

Lingkungan kerja perawat pada penelitian ini terdiri dari 10 indikator. Hasil penelitian menunjukkan bahwa indikator lingkungan kerja perawat secara berurutan dari yang paling suportif hingga tidak suportif yaitu kontrol manajerial (87,5%), kejelasan (84,4%), inovasi (59,4%), tekanan kerja (59,4), dukungan supervisor (56,2%), kenyamanan fisik (56,2), otonomi (43,8%), keterlibatan (34,4%), kekompakan rekan kerja (34,4%), orientasi tugas (31,2%).

Kontrol manajerial merupakan indikator yang memiliki nilai paling suportif. Jumlah responden yang menilai kontrol manajerial dalam kategori suportif sebesar 87,5% dan sebesar 12,5% menilai tidak suportif. Berdasarkan data yang diperoleh dari kuesioner didapatkan bahwa rumah sakit telah menetapkan peraturan tentang

keharusan perawat untuk melakukan 5 momen *hand hygiene* sesuai standar akan tetapi rumah sakit tidak menetapkan sanksi bagi perawat yang tidak mematuhi 5 momen *hand hygiene*, selain itu tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit juga telah melakukan pengawasan secara rutin terhadap pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* perawat. Hasil tersebut berkebalikan dengan hasil wawancara peneliti terhadap Komite Keperawatan bagian Mutu Pelayanan Keperawatan menyatakan bahwa rumah sakit memiliki tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), akan tetapi kinerjanya kurang aktif dan belum pernah melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* yang dilaksanakan oleh perawat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa instansi telah melakukan kontrol kepada perawat dengan menetapkan kebijakan dan peraturan, akan tetapi fungsi pengawasan masih belum optimal.

Kontrol manajerial mengacu pada seberapa banyak sistem manajemen menggunakan aturan dan prosedur untuk menjaga agar karyawan berada di bawah kontrol (Moos, 1994 dalam Maqsood 2011). Kebijakan dan peraturan diterapkan oleh suatu institusi untuk memberikan kontrol kepada pekerja dalam menjalankan tugas. Pernyataan ini didukung oleh Robbins & Judge (2015), bahwa organisasi membuat peraturan dan kebijakan untuk memprogram keputusan dan mengarahkan individu bertindak sesuai yang diharapkan. Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat *American Hospital Associations (AHA)*, *American Nurse Associations (ANA)* serta organisasi swasta seperti *Hastings Center* dan *Kennedy Institute of Bioethics* (dalam Bastable, 2002), bahwa penting untuk menyediakan

undang-undang, peraturan, standard dan pedoman untuk menjamin perlindungan hak asasi manusia yang berkaitan dengan masalah perawatan kesehatan.

Kejelasan merupakan indikator peringkat ke dua yang memiliki nilai suportif lebih banyak setelah kontrol manajerial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang menilai kejelasan dengan kategori suportif sebesar 84,4%. Berdasarkan data yang diperoleh dari kuesioner menunjukkan bahwa rumah sakit telah mensosialisasikan kebijakan tentang 5 momen *hand hygiene* dan informasi ini telah disampaikan dengan jelas kepada perawat di masing-masing ruangan. Sosialisasi atau penyampaian informasi yang dilakukan oleh rumah sakit merupakan suatu bentuk komunikasi. Komunikasi tersebut dilakukan agar perawat dapat memahami dengan jelas terkait tugas yang harus dijalankan serta peraturan yang harus dipatuhi. Pernyataan tersebut didukung oleh Robbins & Judge (2015), bahwa komunikasi berperan mengendalikan perilaku anggota dalam berbagai cara. Komunikasi membantu meningkatkan motivasi dengan menjelaskan kepada pekerja tentang apa yang harus mereka lakukan, seberapa baik mereka melakukannya dan bagaimana mereka dapat meningkatkan kinerja mereka.

Indikator yang selanjutnya adalah inovasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden menilai dalam kategori suportif lebih banyak yaitu sebesar 59,4%. Berdasarkan data yang diperoleh dari kuesioner menunjukkan bahwa rumah sakit menetapkan perubahan peraturan-peraturan baru agar perawat mematuhi 5 momen *hand hygiene*. Saat timbang terima, kepala ruangan dan rekan sejawat perawat juga saling mengingatkan untuk melakukan 5 momen *hand hygiene*. Moos (1994 dalam Maqsood, 2011), menyatakan bahwa

inovasi menekankan pada variasi, perubahan, dan pendekatan baru. Peneliti berpendapat bahwa perubahan dalam suatu organisasi sangat diperlukan untuk meningkatkan efektivitas pekerjaan dan kinerja seluruh anggota organisasi agar meningkatkan proses dan pelayanan yang diberikan. Pendapat ini didukung oleh Ivancevich *et al.* (2007), bahwa perubahan dan perkembangan organisasi menunjukkan usaha terencana untuk memperbaiki kinerja individu, kelompok dan organisasi secara keseluruhan, oleh karena itu manajer perlu mempertimbangkan kemungkinan bahwa organisasi dapat diperbaiki dengan membuat perubahan signifikan terhadap organisasi.

Dukungan supervisor dan kenyamanan fisik menunjukkan bahwa responden yang menilai dalam kategori suportif lebih banyak yaitu sebesar 56,2%. Pemimpin keperawatan atau supervisor yang ada di ruangan adalah kepala ruang. Gibson *et al.* (1997), menyatakan bahwa seorang pemimpin yang baik memfokuskan dalam upaya mengajak berkomunikasi yang menciptakan, memperhatikan dan memprakarsai komitmen tindakan baru khususnya pada percakapan yang menjamin tindakan efektivitas kerjasama di dalam organisasi. Komunikasi penting dilakukan oleh seorang pemimpin untuk memberikan dukungan dan motivasi kepada bawahan dalam menjalankan tugas. Bentuk dukungan kepala ruangan terhadap bawahan meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif. Berdasarkan data yang diperoleh dari kuesioner menunjukkan bahwa dukungan yang diberikan oleh kepala ruangan terkait pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* adalah dengan mensosialisasikan dan memberikan motivasi kepada bawahan untuk melakukan 5 momen *hand hygiene*.

Selain itu kepala ruangan juga memberikan teguran kepada perawat yang tidak melakukan *hand hygiene*. Hasil tersebut menunjukkan bahwa dukungan oleh kepala ruangan kepada bawahan telah diberikan dengan baik.

Indikator lingkungan kerja yang selanjutnya adalah kenyamanan fisik. Lingkungan fisik yang dapat mempengaruhi kenyamanan pekerja yaitu tersedianya peralatan kerja yang cukup memadai sesuai dengan jenis pekerjaan masing-masing pegawai. Sesuai dengan pendapat Wursanto (2005), bahwa apabila fasilitas tersebut terpenuhi diharapkan para pegawai dapat berperilaku sesuai dengan perilaku yang dikehendaki organisasi yang pada akhirnya dapat memberikan dorongan untuk bekerja dengan semangat, disiplin dan loyalitas yang tinggi. Berdasarkan data yang diperoleh melalui kuesioner menunjukkan bahwa sarana dan prasarana yang disediakan oleh rumah sakit sudah mencukupi dan perawat tidak merasa kesulitan untuk mengakses fasilitas *hand hygiene* yang disediakan oleh rumah sakit. Data juga menunjukkan perawat menilai bahwa terlalu sering melakukan *hand hygiene* tidak menyebabkan tangan menjadi kering, iritasi dan tidak nyaman, selain itu melakukan 5 momen *hand hygiene* juga tidak membuang waktu dan menghambat perawat untuk segera menyelesaikan perawat.

Indikator lingkungan kerja yang memiliki nilai paling tidak suportif adalah orientasi tugas, sedangkan indikator lain yang juga memiliki nilai tidak suportif lebih banyak yaitu otonomi, keterlibatan dan kekompakan rekan kerja. Sebagian besar responden menilai orientasi tugas dengan kategori tidak suportif yaitu sebesar 68,8%. Menurut Ivancevich *et al.* (2007), perilaku yang berorientasi pada tugas diarahkan pada kinerja bawahan yang mencakup pemulaian pekerjaan,

perorganisasian dan penetapan tenggat waktu dan standar. Peneliti berasumsi bahwa perawat yang berorientasi pada tugas akan menganggap penting pekerjaan yang dilakukan, sehingga akan memacu diri untuk melakukan pekerjaan dengan baik. Berdasarkan data yang diperoleh melalui kuesioner menunjukkan bahwa perawat menganggap bahwa 5 momen *hand hygiene* merupakan hal yang penting untuk dilakukan, akan tetapi perawat sering menunda-nunda untuk melakukan *hand hygiene*. Hasil tersebut menunjukkan bahwa orientasi perawat terhadap pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* masih kurang.

Indikator otonomi menunjukkan bahwa responden yang menilai otonomi dengan kategori tidak suportif lebih banyak yaitu sebesar 56,2% dibandingkan dengan kategori suportif. Berdasarkan data yang diperoleh melalui kuesioner menunjukkan bahwa pada saat pertemuan rutin, kepala ruangan jarang mengajak bawahan untuk berdiskusi bersama membahas standar 5 momen cuci tangan bagi perawat, selain itu perawat tidak memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan pada saat apa saja 5 momen *hand hygiene* harus dilakukan ketika memberikan pelayananan keperawatan kepada pasien. Peneliti berasumsi bahwa apabila perawat memiliki otonomi yang besar dalam menjalankan tugas keperawatan, maka perawat dapat menentukan tindakan terbaik yang dapat dilakukan.

Otonomi adalah tingkat sampai mana suatu pekerjaan memberikan kebebasan, kemerdekaan serta keleluasaan yang substansial bagi individu dalam merencanakan pekerjaan dan menentukan prosedur-prosedur yang akan digunakan untuk menjalankan pekerjaan tersebut (Robbins & Judge, 2015). Gibson *et al.*

(1997), menjelaskan bahwa perasaan mempunyai otonomi dapat menghasilkan suatu keleluasaan melaksanakan apa yang yang dianggap terbaik dalam situasi tertentu, akan tetapi dalam pekerjaan yang terstruktur dan dikendalikan oleh manajemen, menjadi sulit untuk menentukan tugas yang memerlukan hak otonomi.

Indikator keterlibatan menunjukkan bahwa responden yang menilai keterlibatan kategori tidak suportif lebih banyak yaitu sebesar 65,6%. Berdasarkan data kuesioner didapatkan bahwa beberapa responden menilai bahwa rekan sejawatnya tidak ikut serta melakukan 5 momen *hand hygiene* sesuai standar. Hasil tersebut menunjukkan bahwa keterlibatan perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* masih kurang. Moos (1994, dalam Maqsood 2011), menyatakan bahwa keterlibatan (*Involvement*) adalah sejauh mana karyawan peduli dan berkomitmen terhadap pekerjaan mereka. Keterlibatan pekerjaan mengukur sejauh mana individu secara psikologis memihak pekerjaan mereka dan menganggap penting tingkat kinerja yang dicapai sebagai bentuk penghargaan diri (Blau & Boal, 1987 dalam Robbins & Judge, 2015). Karyawan yang mempunyai tingkat keterlibatan pekerjaan yang tinggi sangat memihak dan benar-benar peduli dengan bidang pekerjaan yang mereka lakukan (Diefendorf et al., 2002 dalam Robbins & Judge, 2015).

Indikator kekompakan rekan kerja menunjukkan bahwa responden yang menilai kekompakan rekan kerja dengan kategori tidak suportif lebih banyak yaitu sebesar 65,6%. Berdasarkan data kuesioner didapatkan bahwa perawat tidak saling memberikan motivasi untuk melaksanakan 5 momen *hand hygiene*, selain

itu perawat tidak saling memberikan contoh untuk mematuhi 5 momen *hand hygiene* sesuai standar. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kekompakan rekan kerja terkait pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* masih kurang. Perawat dalam menjalankan tugas keperawatan membutuhkan interaksi dengan rekan kerja karena keperawatan merupakan sebuah tim. Interaksi antar anggota kelompok ini sangat diperlukan agar tujuan dapat tercapai dan dalam hal ini adalah kualitas pelayanan yang baik. Pencapaian tujuan tersebut tidak lepas dari kontribusi oleh masing-masing anggota tim, yang mana semakin besar ketertarikan antar anggota dan makin sesuai tujuan-tujuan kelompok dengan tujuan-tujuan individu maka besarlah kekompakan kelompoknya (Muchlas, 2005). Kekompakan mempengaruhi produktivitas kelompok, sehingga kelompok yang kompak akan lebih produktif dari pada kelompok yang kurang kompak (Robbins & Judge, 2015).

Berdasarkan penjelasan pada setiap indikator lingkungan kerja di atas, hasil analisa keseluruhan data tentang lingkungan kerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember menunjukkan bahwa responden yang menilai lingkungan kerja dengan kategori suportif yaitu sebesar 56,2% dan sebesar 53,8% responden menilai lingkungan kerja termasuk dalam kategori tidak suportif. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden menilai lingkungan kerja termasuk dalam kategori suportif.

Kondisi lingkungan kerja memberikan peranan penting terhadap baik buruknya kinerja yang dihasilkan. Sejalan dengan pendapat Sedarmayanti (2009), bahwa lingkungan dan iklim kerja yang baik akan mendorong pegawai agar

senang bekerja dan meningkatkan rasa tanggung jawab melakukan pekerjaan dengan lebih baik menuju ke arah peningkatan produktivitas. Brook (2004), juga menyatakan bahwa salah satu syarat untuk menunjang pelaksanaan praktek keperawatan secara profesional adalah dengan memperhatikan lingkungan kerja perawat. Lingkungan kerja yang suportif bagi perawat dapat meningkatkan kinerja perawat sehingga kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien juga akan meningkat. Pernyataan ini didukung oleh Cherry & Jacob (2005), bahwa lingkungan kerja yang positif mendukung praktik keperawatan dan perawatan pasien. Sehingga dapat bermanfaat bagi perawat serta dapat meningkatkan kualitas perawatan klien (*Registered nurse Association of British Columbia*, 2007).

5.2.3 Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember

Praktek kebersihan tangan (*hand hygiene*) adalah suatu upaya untuk mencegah infeksi yang ditularkan melalui tangan (Depkes RI, 2008b). Sejalan dengan pendapat tersebut WHO (2006), menyatakan bahwa *hand hygiene* merupakan satu metode paling efektif untuk mencegah penularan patogen berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Kegagalan untuk melakukan *hand hygiene* dengan baik dan benar merupakan penyebab utama infeksi nosokomial dan penyebaran mikroorganisme multiresisten di fasilitas pelayanan kesehatan (Boyce & Pittet, 2002 dalam Depkes RI, 2008b). Berdasarkan pendapat tersebut peneliti berasumsi bahwa petugas kesehatan dituntut untuk patuh melakukan *hand hygiene*

dalam menjalankan tugas keperawatan karena kesehatan dan kebersihan tangan secara bermakna dapat mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit pada kedua tangan serta meminimalisasi kontaminasi silang.

Berdasarkan hasil observasi didapatkan 355 kesempatan yang mengindikasikan *hand hygiene*. Sebagian besar responden tidak melakukan *hand hygiene* yaitu sebanyak 233 kesempatan, hanya 122 prosedur *hand hygiene* yang dilakukan. Berdasarkan hasil observasi peneliti menemukan bahwa sebagian besar responden yang tidak melakukan *hand hygiene* adalah responden yang mendapat kesempatan *hand hygiene* yang lebih banyak ketika menjalankan tugas keperawatan. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Pittet (2001) bahwa salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan tenaga kesehatan dalam melaksanakan *hand hygiene* adalah kesempatan untuk kebersihan tangan yang jumlahnya tinggi pada setiap perawatan pasien.

Praktek *hand hygiene* dibagi menjadi dua jenis yaitu mencuci tangan (*handwash*) dan menggosok dengan antiseptik (*handrub*). Prosedur *handrub* sama dengan prosedur *handwash*, yang membedakan adalah pada *handwash* menggunakan sabun dan air sedangkan *handrub* menggunakan larutan antiseptik (WHO, 2009b). Prosedur *handrub* dan *hand wash* sama-sama penting untuk dilakukan oleh perawat yang disesuaikan oleh kondisi. Depkes RI (2008b), menyatakan bahwa apabila tangan jelas terlihat kotor atau terkontaminasi oleh bahan yang mengandung protein maka tangan harus di cuci dengan sabun dan air mengalir, sedangkan apabila tangan tidak jelas terlihat kotor atau terkontaminasi harus digunakan antiseptik berbasis alkohol untuk dekontaminasi secara rutin.

Tangan yang terlihat kotor adalah tangan yang terlihat terkontaminasi dengan darah atau duh tubuh (urin, feses, dahak atau muntah) (Tietjen *et al.*, 2004).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa jumlah responden yang melakukan *handwash* lebih banyak dibandingkan dengan yang melakukan *handrub*. Berdasarkan hasil observasi peneliti menemukan bahwa sebagian besar perawat melakukan *hand hygiene* setelah selesai melakukan serangkaian tindakan pada pasien. Perawat biasanya melakukan *hand hygiene* di *nurse station* dan jenis *hand hygiene* yang dilakukan adalah cuci tangan. Fasilitas *hand hygiene* yang disediakan pada masing-masing ruangan dilengkapi dengan wastafel, air bersih, sabun antimikroba dan antiseptik softa-man untuk *handrub*. Sabun tersedia dalam bentuk sabun cair antiseptik. Pengering cuci tangan tersedia dalam bentuk tissue kertas. Antiseptik untuk *handrub* juga tersedia di beberapa sudut dekat kamar pasien dan di depan ruangan perawat (*nurse station*) untuk mempermudah perawat dalam melakukan *hand hygiene*, akan tetapi pada salah satu ruangan, botol antiseptik banyak ditemukan dalam kondisi kosong sehingga fasilitas *handrub* yang dapat digunakan adalah yang berada di *nurse station*. Analisa peneliti berdasarkan hasil observasi ditemukan bahwa pada perawat di ruangan inilah *handrub* yang paling banyak tidak dilakukan.

Center for disease control and prevention (2014), menyatakan bahwa banyak penelitian menunjukkan pembersih tangan (*hand sanitizer* untuk *handrub*) efektif bila digunakan dalam kegiatan klinis seperti rumah sakit, dimana tangan bersentuhan dengan kuman tetapi umumnya tidak sangat kotor atau berminyak. Meskipun pembersih tangan berbasis alkohol (*handrub*) dapat menonaktifkan

berbagai jenis mikroba sangat efektif bila digunakan dengan benar, akan tetapi sabun dan air yang lebih efektif dari pada pembersih tangan untuk menghapus atau menonaktifkan beberapa jenis kuman, seperti *Cryptosporidium*, *norovirus*, dan *Clostridium difficile*. Berdasarkan pernyataan tersebut peneliti berasumsi bahwa keefektifan prosedur *handwash* dan *handrub* menyesuaikan dengan kondisi tindakan keperawatan yang dilakukan.

Hand hygiene terdiri dari 5 momen yaitu sebelum bersentuhan dengan pasien, sebelum melakukan prosedur bersih dan atau steril, setelah bersentuhan dengan pasien, setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien dan setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien. Momen *hand hygiene* yang pertama yaitu sebelum bersentuhan dengan pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan responden pada momen sebelum bersentuhan dengan pasien sebesar 11,47%. Hasil ini didukung oleh penelitian Ernawati *et al.* (2014), bahwa rata-rata tingkat kepatuhan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien hanya sebesar 4%. *Hand hygiene* perlu dilakukan pada momen ini karena momen ini bertujuan untuk mencegah penularan kuman dari petugas kesehatan kepada pasien serta melindungi pasien terhadap kolonisasi dan infeksi eksogen oleh kuman berbahaya yang dibawa melalui tangan petugas kesehatan (WHO, 2009b).

Momen sebelum bersentuhan dengan pasien dan setelah bersentuhan dengan pasien merupakan momen yang selalu terjadi secara berurutan, akan tetapi tingkat kepatuhan pada momen ini berbeda. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan responden pada momen setelah bersentuhan dengan pasien sebesar 74,47%. *Hand hygiene* juga perlu dilakukan pada momen ini karena

momen ini bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan dari kolonisasi dan resiko infeksi akibat kuman dari pasien dan untuk melindungi lingkungan di area pelayanan kesehatan dari kontaminasi kuman dan resiko penyebarannya (WHO, 2009b).

Hasil observasi ditemukan bahwa kegiatan yang mengindikasikan momen sebelum dan setelah bersentuhan dengan pasien meliputi membantu pasien dalam bergerak, memberikan perawatan dan pengobatan non-invasif seperti memasang masker oksigen, melakukan pemeriksaan fisik non-invasif seperti pemeriksaan tanda-tanda vital (menghitung nadi, mengukur tekanan darah, auskultasi dada), dan melakukan rekaman EKG. Momen sebelum bersentuhan dengan pasien dan setelah bersentuhan dengan pasien merupakan momen yang selalu berurutan, akan tetapi jumlah kesempatan yang terjadi pada momen ini tidak selalu sama. Perawat sebagai tenaga kesehatan terpapar dengan banyak kesempatan *hand hygiene*, ada kalanya kesempatan ini terjadi secara bersamaan antar beberapa momen, sehingga hal inilah yang menyebabkan perbedaan jumlah kesempatan pada momen ini.

Momen sebelum melakukan prosedur bersih dan atau steril menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan responden pada momen ini yaitu sebesar 8,5% dan hasil ini merupakan yang terendah. Hasil ini didukung oleh hasil penelitian Ernawati *et al.* (2014) bahwa rata-rata kepatuhan *hand hygiene* perawat tindakan aseptik atau invasif masih rendah yaitu sebesar 27%. Penelitian lain oleh Suryoputri (2011), juga menunjukkan rendahnya kepatuhan sebelum melakukan tindakan medis yaitu sebesar 14,44%. Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti ditemukan bahwa rutinitas tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat adalah injeksi,

memasang dan melepas infus, memasang dan melepas kateter, rawat luka dan pemeriksaan gula darah. Tindakan terbanyak yang dilakukan adalah injeksi. Berdasarkan jenis tindakan yang dilakukan oleh perawat, sebagian besar tindakan tersebut termasuk dalam kategori tindakan invasif, sehingga momen yang paling banyak muncul adalah sebelum melakukan prosedur bersih dan atau steril.

Hasil observasi juga ditemukan bahwa saat melaksanakan tindakan keperawatan dari satu pasien ke pasien yang lain, perawat sering tidak melakukan *hand hygiene*. Menurut pendapat peneliti kejadian inilah yang menyebabkan rendahnya angka kepatuhan pada momen sebelum bersentuhan dengan pasien dan sebelum melakukan prosedur bersih dan atau steril. Perawat tidak melakukan *hand hygiene* sebelum bersentuhan dengan pasien dan sebelum melakukan prosedur bersih dan atau steril, akan tetapi perawat menggunakan sarung tangan.

Penggunaan sarung tangan dapat menimbulkan persepsi yang salah pada petugas kesehatan yang mana dampaknya dapat mengurangi kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*, hal ini dilakukan karena perawat menganggap bahwa dengan memakai sarung tangan maka tangan perawat tersebut telah tebebas dari bakteri yang berasal dari pasien. Pernyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Pittet (2001), bahwa salah satu faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan *hand hygiene* adalah keyakinan bahwa sarung tangan menyingkirkan kebutuhan untuk *hand hygiene*.

Depkes RI (2008b), menyatakan bahwa sarung tangan berguna untuk melindungi tangan dari bahan yang dapat menularkan penyakit dan melindungi pasien dari mikroorganisme yang berada di tangan petugas kesehatan, akan tetapi

penggunaan sarung tangan tidak dapat menggantikan tindakan *hand hygiene*. *Hand hygiene* perlu dilakukan sebelum memakai dan setelah melepas sarung tangan. *Hand hygiene* harus dilakukan pada saat yang tepat terlepas dari indikasi untuk pemakaian sarung tangan, apabila kesempatan *hand hygiene* terjadi saat mengenakan sarung tangan maka petugas kesehatan harus melepas sarung tangan tersebut kemudian melakukan *hand hygiene* (mencuci tangan atau pemakaian antiseptik yang digosokkan pada tangan (*Handrub*)) (WHO, 2009b).

Momen *hand hygiene* yang selanjutnya yaitu setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan responden terhadap momen ini yaitu sebesar 92,86%, hasil ini termasuk tingkat kepatuhan yang tertinggi. Hasil ini didukung oleh penelitian Ernawati *et al.* (2014), bahwa kepatuhan tertinggi ditemukan pada mencuci tangan sesudah kontak dengan cairan tubuh pasien yaitu sebesar 67%. Penelitian lain oleh Suryoputri (2011), bahwa angka kepatuhan cuci tangan tertinggi adalah sebesar 59,38% setelah kontak dengan sumber mikroorganisme. WHO (2009b), menyatakan bahwa momen ini bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan dari kolonisasi atau infeksi kuman dari pasien dan untuk melindungi lingkungan pelayanan kesehatan dari kontaminasi kuman dan resiko penyebarannya. Kebersihan tangan harus dilakukan segera setelah melakukan kegiatan yang beresiko terkena paparan cairan tubuh pasien dan setelah melepas sarung tangan.

Momen *hand hygiene* terakhir yaitu setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan perawat terhadap momen ini sebesar 62,5%. Hasil ini didukung oleh Ernawati *et al.*

(2014), bahwa kepatuhan sesudah kontak dengan benda lingkungan sekitar pasien sebesar 56%. Menurut WHO (2009b), pada momen ini kebersihan tangan dilakukan setelah menyentuh benda atau *furniture* ketika meninggalkan lingkungan pasien, tanpa menyentuh pasien. Hasil observasi ditemukan bahwa kegiatan yang mengindikasikan momen ini meliputi mengganti sprei tempat tidur pasien, memegang tempat tidur dan meja pasien, mengubah kecepatan infus dan mengganti cairan infus.

Berdasarkan pembahasan pada setiap momen dapat disimpulkan bahwa tingkat kepatuhan perawat dalam melaksanakan *hand hygiene* pada setiap momen berbeda-beda. Hasil observasi ditemukan bahwa perawat melakukan *hand hygiene* setelah melakukan serangkaian tindakan pada pasien. Secara keseluruhan perbandingan antara momen “sebelum” dan “setelah” ditemukan bahwa angka kepatuhan *hand hygiene* pada momen “setelah” lebih tinggi. Pernyataan tersebut didukung oleh hasil penelitian (Suryoputri, 2011), bahwa angka kepatuhan yang lebih tinggi pada momen setelah kontak dengan pasien karena mereka menyadari bahwa dengan cuci tangan setelah kontak pasien dapat melindungi diri sendiri dan sekitar dari bakteri berbahaya yang ada di permukaan tubuh pasien.

Hasil analisis tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* menunjukkan bahwa sebagian besar responden belum patuh dalam melaksanakan 5 momen *hand hygiene* yaitu 65,6%. Rata-rata tingkat kepatuhan responden adalah 38,39%. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Pittet (2001), Patarakul *et al.* (2005) dan *Institute for Healthcare Improvement* (2001) dan McGuckin *et al.* (2009) yang menunjukkan bahwa tingkat ketaatan melakukan *hand hygiene* masih

< 50%. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Setiawati (2009) menyatakan bahwa tingkat kepatuhan *hand hygiene* di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta yaitu 34,9%, sedangkan menurut hasil penelitian Ernawati *et al.* (2014) rata-rata tingkat kepatuhan sebesar 35%.

Kurangnya kepatuhan *hand hygiene* perawat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Salah satu faktor intrinsik yang dapat mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene* adalah karakteristik individu. Karakteristik yang pertama adalah umur. Hasil penelitian Saragih & Rumapea (2012), menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan tingkat kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan ($p = 0,02$). Hasil penelitian menunjukkan tingkat kepatuhan paling tinggi adalah pada perawat berusia antara 25 tahun sampai 35 tahun (80,00%). Rentang ini termasuk dalam rentang umur dewasa muda.

Karakteristik individu yang ke dua adalah tingkat pendidikan. Hasil penelitian Saragih & Rumapea (2012), menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan tingkat kepatuhan melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan ($p = 0,04$). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan perawat yang paling tinggi adalah pada perawat yang berpendidikan Diploma 3 (72,97%). Kejadian ini mungkin karena tidak ada kemauan atau kesadaran untuk melakukannya, meskipun tingkat pengetahuannya baik oleh karena tingkat pendidikan yang tinggi, tetapi apabila tidak ada kemauan maka tidak akan patuh melakukan prosedur cuci tangan tersebut.

Karakteristik yang ketiga adalah masa kerja. Penelitian lain oleh Damanik *et al.* (2012), bahwa ada hubungan yang bermakna antara masa kerja ($p = 0,026$) dimana perawat yang sudah bekerja lebih dari dua tahun lebih banyak patuh dibandingkan dengan perawat yang masih bekerja kurang dari dua tahun. Hasil penelitian lain oleh Saragih & Rumapea (2012), ada hubungan yang bermakna antara lama bekerja dengan tingkat kepatuhan melakukan cuci tangan ($p = 0,04$) di Rumah Sakit Columbia Asia Medan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa, perawat dengan masa kerja kurang dari lima tahun memiliki tingkat kepatuhan yang paling tinggi (77,78%). Hasil penelitian tersebut berkebalikan dengan pendapat Gibson *et al.* (1997) bahwa semakin lama seseorang bekerja tingkat prestasi semakin tinggi, prestasi yang tinggi berasal dari perilaku yang baik.

Menurut Niven (2000), salah satu faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan seseorang dalam melakukan tindakan yaitu pemahaman tentang instruksi (pengetahuan). Peneliti berpendapat bahwa seseorang tidak akan mematuhi suatu instruksi apabila tidak mengetahui dan tidak memahami instruksi yang harus dilakukan. Pendapat ini didukung oleh pernyataan Semiawan *et al.* (2007), bahwa pemahaman dapat berasal dari pengetahuan hasil tangkapan empirik (menggunakan kelima indera) maupun hasil pengolahan rasional (menggunakan berbagai bentuk berpikir). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Sunaryo, 2004).

WHO (2002), menyatakan bahwa kurang pengetahuan tentang *hand hygiene* merupakan salah satu hambatan untuk melakukan *hand hygiene* sesuai dengan rekomendasi. Pernyataan ini dibuktikan oleh hasil penelitian Setiawati (2009), menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan *hand hygiene* ($p = 0,000$). Sejalan dengan hasil penelitian tersebut, hasil penelitian Damanik *et. al.* (2012), juga membuktikan bahwa ada hubungan pengetahuan dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene* di Rumah Sakit Immanuel Bandung ($p = 0,000$). Hasil penelitian lain oleh Saragih & Rumapea (2012), menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan mengenai cuci tangan dengan tingkat kepatuhan melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan ($p = 0,02$).

Motivasi juga dapat mempengaruhi kepatuhan. Motivasi merupakan suatu dorongan dalam diri seseorang yang menyebabkan orang tersebut melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan (Notoatmojo, 2010). Seseorang yang memiliki motivasi yang rendah akan cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Pendapat ini didukung oleh pernyataan Pradiansyah (2010), mengungkapkan bahwa motivasi merupakan dasar kedisiplinan. Hasil penelitian Aziza (2012), menunjukkan bahwa ada hubungan antara motivasi dengan ketaatan cuci tangan Sesuai Dengan SOP di IRNA C. RS Fatmawati ($p \text{ value} = 0,002$).

Faktor lain yang mempengaruhi *hand hygiene* yaitu kebiasaan. *Hand hygiene* merupakan kegiatan rutinitas perawat yang setiap hari pasti dilakukan oleh perawat ketika menjalankan tugas keperawatan. Rutinitas ini akan

membentuk suatu kebiasaan yang terpolat dalam kehidupan sehari-hari perawat ketika bekerja. Peneliti berpendapat bahwa faktor kebiasaan juga dapat mempengaruhi kepatuhan perawat dalam melakukan 5 momen *hand hygiene*. Pendapat ini didukung oleh Notoatmojo (2010b), bahwa kebiasaan merupakan hasil pelaziman yang berlangsung dalam waktu yang cukup lama atau sebagai reaksi khas yang diulangi berkali-kali. Kebiasaan merupakan aspek perilaku manusia yang menetap, berlangsung secara otomatis dan tidak direncanakan. Kebiasaan umumnya sudah melekat pada diri seseorang, sehingga kebiasaan yang kurang menguntungkan bagi kesehatan akan sulit untuk diubah.

Selain faktor intrinsik juga terdapat faktor ekstrinsik yang dapat mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene*. Pembahasan sebelumnya telah menyebutkan bahwa kelengkapan fasilitas *hand hygiene* yang disediakan oleh instansi sudah cukup, akan tetapi tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* masih rendah (38,39%). Hasil ini bertentangan dengan hasil penelitian oleh Pittet (2001), yang menyatakan bahwa salah satu kendala dalam ketidakpatuhan *hand hygiene* adalah sulitnya mengakses tempat cuci tangan atau persediaan alat lainnya yang digunakan untuk melakukan *hand hygiene*. Kemudahan dalam mengakses persediaan alat-alat untuk melakukan *hand hygiene* seperti bak cuci tangan, sabun atau alkohol antiseptik untuk *handrub* sangat penting agar kepatuhan perawat menjadi lebih optimal sesuai standar. Hasil penelitian Sofyani (2012), tentang persepsi perawat mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan *hand hygiene* di ICU Rumah Sakit MH. Thamrin

Salemba adalah masih kurangnya jumlah wastafel dan letaknya yang jauh, air yang mati atau kran yang rusak.

Berdasarkan hasil observasi ditemukan bahwa institusi telah berupaya untuk memberikan pengingat *hand hygiene* dengan menampilkan poster dan petunjuk yang benar untuk melakukan 5 momen *hand hygiene* di setiap wastafel untuk cuci tangan yang ada di *nurse station* serta di setiap ruang rawat inap, selain itu terdapat pedoman pengendalian infeksi yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI yang berada di masing-masing ruangan. Institusi juga telah mengadakan pertemuan untuk sosialisasi terkait *hand hygiene* bagi petugas kesehatan. Upaya ini juga didukung oleh kepala ruang dimana pada saat timbang terima, kepala ruangan mengingatkan perawat tentang 5 momen *hand hygiene*, dan prosedur *hand hygiene*. Hasil ini bertentangan dengan hasil penelitian Ernawati *et al.* (2014), bahwa salah satu penyebab ketidakpatuhan perawat terhadap *hand hygiene* yaitu kurangnya peralatan pengingat untuk *hand hygiene*.

Beban kerja, menangani kondisi darurat dan ketersediaan tenaga kerja juga dapat berpengaruh terhadap kepatuhan *hand hygiene*. Hasil wawancara terhadap 4 perawat di ruang perawatan B dan terhadap 4 perawat di ruang perawatan A tentang pelaksanaan *hand hygiene* didapatkan hasil bahwa beberapa kendala yang dirasakan oleh perawat yaitu keterbatasan waktu dengan jumlah perawat yang kurang sedangkan jumlah pasien yang cukup banyak sehingga perawat terburu-buru dan dikejar waktu terlebih saat kondisi pasien yang gawat.

Hasil tersebut didukung oleh penelitian Pittet (2001), bahwa faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan *hand hygiene* yaitu terlalu sibuk (tidak cukup waktu) dan kekurangan staf. Hasil penelitian Damanik *et. al.* (2012), bahwa terdapat hubungan antara ketersediaan tenaga kerja dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene* di Rumah Sakit Immanuel Bandung ($p = 0,000$), yang mana ketersediaan tenaga kerja merupakan faktor paling dominan. Penelitian lain oleh Sofyani (2012), menunjukkan bahwa beban kerja perawat yang lebih tinggi, saat menangani kondisi darurat, kekurangan tenaga kerja, perawat merasa prosedur *hand hygiene* merepotkan dan faktor malas juga merupakan faktor yang mempengaruhi pemenuhan *hand hygiene* di ICU Rumah Sakit MH. Thamrin Salemba.

Penelitian Ernawati *et al.* (2014), menganalisis faktor yang mempengaruhi kepatuhan dengan penentuan akar masalah menggunakan diagram *fishbone*. Pemilihan solusi dilakukan melalui pendekatan *Urgency Seriousness Growth*. Akar masalah rendahnya tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat ruang rawat inap adalah belum terlaksananya audit *hand hygiene* dalam dua tahun terakhir, tidak ada penghargaan atau sanksi bagi pelaksana *hand hygiene*, kurangnya pengetahuan perawat tentang *hand hygiene* dan kurangnya peralatan pengingat untuk melakukan *hand hygiene*. Faktor yang berpotensi mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene* yaitu tidak adanya supervisi kepala ruangan di ruang rawat inap rumah sakit.

5.2.4 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

Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, sehingga dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan (KemenKes RI, 2004). Penularan penyakit yang terjadi dapat disebabkan oleh adanya mikroba patogen yang berada di lingkungan rumah sakit. Transmisi mikroba tersebut dapat menyebabkan suatu infeksi yang disebut dengan infeksi nosokomial (Darmadi, 2008).

Infeksi nosokomial merupakan salah satu indikator keselamatan pasien di rumah sakit, karena infeksi ini juga merupakan salah satu penyebab meningkatnya angka kesakitan (*morbidity*) dan angka kematian (*mortality*) di rumah sakit. Angka kejadian infeksi ini telah dijadikan sebagai salah satu tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit (Darmadi, 2008). Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian infeksi ini adalah dengan menerapkan kewaspadaan universal (*universal precautions*). Menurut Nursalam (2007), *universal precaution* adalah tindakan pengendalian infeksi sederhana yang digunakan seluruh petugas kesehatan, untuk semua pasien, setiap saat pada semua tempat pelayanan dalam rangka mengurangi resiko penyebaran infeksi. Komponen utama *universal precautions* yang merupakan salah satu metode paling efektif untuk mencegah penularan patogen berkaitan dengan pelayanan kesehatan adalah dengan melakukan praktek kebersihan tangan (*hand hygiene*) (WHO, 2006).

Perawat bertanggung jawab menyediakan lingkungan yang aman bagi klien dan perawat juga bertindak sebagai pelaksana terdepan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial (Potter & Perry, 2005). Sebagai tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan pasien dalam proses perawatan di rumah sakit, perawat memiliki peran yang sangat penting dalam pencegahan infeksi nosokomial dengan mematuhi *hand hygiene*.

Perawat merupakan pekerja dalam suatu organisasi, dalam hal ini yaitu rumah sakit. Perilaku pekerja dalam suatu organisasi dapat dipengaruhi faktor lingkungan yang meliputi lingkungan fisik dan non fisik. Perawat ketika bekerja di rumah sakit selalu berinteraksi dengan orang lain, tidak hanya dengan pasien melainkan mereka juga berinteraksi dengan keluarga pasien, rekan kerja dan lingkungan tempat bekerja. Kualitas interaksi inilah yang akan menentukan kualitas lingkungan kerja yang terbentuk. Jenis lingkungan kerja tersebut disebut dengan lingkungan non fisik yaitu lingkungan yang muncul akibat adanya interaksi manusia yang berkaitan dengan hubungan kerja, baik hubungan dengan atasan maupun hubungan dengan bawahan sesama rekan kerja, ataupun hubungan dengan bawahan (Asmadi, 2008; Sedarmayanti, 2009).

Salah satu syarat untuk menunjang pelaksanaan praktek keperawatan secara profesional adalah dengan memperhatikan lingkungan kerja perawat (Brook & Andreson, 2004). Lingkungan kerja yang baik dan suportif bermanfaat bagi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Sesuai dengan pendapat Cherry & Jacob (2005) bahwa lingkungan kerja yang positif mendukung praktik keperawatan dan perawatan pasien. Sehingga dapat bermanfaat bagi

perawat serta dapat meningkatkan kualitas perawatan klien (*Registered nurse Association of British Columbia, 2007*).

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 dianalisis dengan menggunakan uji *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lingkungan kerja suportif akan menjadikan responden patuh terhadap pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* yaitu sebesar 44,4%, akan tetapi terdapat responden yang tidak patuh meskipun lingkungan kerjanya telah suportif yaitu sebesar 55,6%. Responden yang menilai lingkungan kerja tidak suportif dan patuh dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* yaitu sebesar 21,4%, sedangkan responden yang menilai lingkungan kerja tidak suportif dan tidak patuh pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* sebanyak 78,6%. Sebagian besar responden menilai lingkungan kerja tidak suportif dan tidak patuh dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa $p\text{ value} = 0,266$, sehingga H_0 ditolak karena $p\text{ value} (0,266) > \alpha (0,05)$. Berdasarkan hasil uji statistik tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember. Lingkungan kerja dalam penelitian ini tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* karena lingkungan kerja merupakan faktor eksternal terbentuknya perilaku.

Lingkungan kerja dalam penelitian ini tidak berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*, akan tetapi lingkungan kerja berpengaruh terhadap faktor lain. Kondisi lingkungan kerja non fisik disebut juga lingkungan kerja psikis, seperti yang diungkapkan oleh Wursanto (2005), bahwa lingkungan non fisik adalah sesuatu yang menyangkut segi psikis dari lingkungan kerja. Lingkungan kerja ini tidak dapat ditangkap secara langsung dengan panca indera manusia, namun dapat dirasakan keberadaannya. Salah satu perwujudan dari lingkungan non fisik adalah adanya perasaan puas di kalangan pegawai. Teori tersebut dibuktikan dengan hasil penelitian Ghofar & Azzuhri (2012), menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung antara lingkungan kerja terhadap kepuasan kerja, lingkungan kerja terhadap kinerja dan kepuasan kerja terhadap kinerja perawat, serta terdapat pengaruh tidak langsung antara lingkungan kerja terhadap kinerja perawat melalui kepuasan kerja pada perawat ruangan instalasi rawat inap kelas I, II, III-A, dan III-B Rumah Sakit Islam Unisma Malang.

Kondisi lain yang disebabkan oleh lingkungan kerja adalah stress kerja. Sesuai dengan hasil penelitian Noordiansah (2013), diketahui bahwa ada pengaruh yang signifikan dari lingkungan kerja fisik dan non fisik terhadap stres kerja perawat Rumah Sakit Muhammadiyah Jombang. Besarnya kontribusi atau pengaruh lingkungan kerja fisik dan non fisik terhadap stres kerja perawat di Rumah Sakit Muhammadiyah Jombang sebesar 35,3 %. Lingkungan kerja juga berpengaruh terhadap pelaksanaan praktek keperawatan, sesuai dengan hasil penelitian oleh Putra *et al.* (2006), menunjukkan bahwa lingkungan kerja perawat

berpengaruh terhadap pelaksanaan praktek keperawatan di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang tahun 2006.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 3 indikator lingkungan kerja yang memiliki nilai suportif yang cukup tinggi adalah kontrol manajerial, kejelasan dan inovasi, yang mana rumah sakit telah menetapkan peraturan tentang keharusan perawat untuk melakukan 5 momen *hand hygiene* sesuai standar, memberikan informasi dengan jelas dan melakukan sosialisasi terkait *hand hygiene*. Peraturan dan kebijakan telah diberikan, informasi juga telah disampaikan dengan jelas, akan tetapi kepatuhan perawat terhadap pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* masih rendah. Kejadian ini mungkin disebabkan karena rumah sakit tidak memberikan *reward* bagi perawat yang mematuhi 5 momen *hand hygiene*, menetapkan sanksi bagi perawat yang tidak mematuhi 5 momen *hand hygiene* dan tidak melakukan pengawasan atau supervisi kepada perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*.

Sejalan dengan hasil tersebut Gibson *et al.* (1997), imbalan (*reward*) dapat memotivasi karyawan mencapai prestasi yang tinggi, sedangkan sanksi (*punishment*) dan tindak disiplin digunakan untuk menghilangkan perilaku yang tidak diinginkan dari karyawan meskipun tidak menyenangkan. Pendapat ini didukung oleh hasil penelitian Ernawati *et al.* (2014), bahwa salah satu penyebab rendahnya tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat ruang rawat inap adalah tidak ada penghargaan atau sanksi bagi pelaksana *hand hygiene*. Selain itu, faktor yang berpotensi mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene* yaitu tidak adanya supervisi kepala ruangan terhadap pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*.

Lingkungan kerja dalam penelitian ini tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* karena lingkungan kerja merupakan faktor eksternal terbentuknya perilaku. Notoatmojo (2010b), menyatakan bahwa perilaku yang terbentuk pada seorang individu dipengaruhi oleh dua faktor utama yakni stimulus yang merupakan faktor luar dari individu (faktor eksternal) dan respons yang merupakan faktor dari dalam diri individu (faktor internal). Proses terjadinya perilaku diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor-faktor diluar orang tersebut (lingkungan) baik fisik maupun non fisik. Pengalaman dan lingkungan tersebut kemudian diketahui, dipersepsikan dan diyakini sehingga menimbulkan motivasi dan niat untuk bertindak yang akhirnya niat tersebut terwujud dalam bentuk perilaku. Pernyataan ini menegaskan bahwa lingkungan kerja memberikan pengaruh secara tidak langsung terhadap perilaku individu, namun berkontribusi terhadap faktor internal individu yang menjalankan perilaku tersebut.

Hasil observasi menunjukkan bahwa saat melaksanakan tindakan keperawatan dari satu pasien ke pasien yang lain, perawat sering tidak melakukan *hand hygiene*, selain itu sebagian besar perawat melakukan *hand hygiene* setelah selesai melakukan serangkaian tindakan pada pasien. Perawat biasanya melakukan *hand hygiene* di *nurse station* dan jenis *hand hygiene* yang dilakukan adalah cuci tangan, sedangkan instansi telah menyediakan fasilitas *handrub* yang berada di beberapa sudut dekat ruangan pasien akan tetapi fasilitas tersebut jarang digunakan. Kejadian inilah yang menyebabkan rendahnya angka kepatuhan perawat.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian terletak pada pengumpulan data dimana peneliti menggunakan dua alat pengumpul data yaitu kuesioner dan lembar observasi. Pengumpulan data menggunakan kuesioner cenderung bersifat subyektif sehingga kejujuran responden sangat menentukan keakuratan data yang diberikan. Peneliti merasa sedikit kesulitan ketika melakukan pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi karena peneliti harus melakukan secara teliti pada masing-masing responden, selain itu observasi pada setiap shift hanya mendapat satu sampai dua responden sehingga banyak waktu yang tidak efisien. Observasi hanya dilakukan satu kali pada setiap responden, sehingga teknik ini memiliki kekurangan yaitu apabila responden mengetahui bahwa mereka sedang diamati, maka bukan tidak mungkin responden akan dengan sengaja menimbulkan kesan yang dibuat-buat. Observasi kepatuhan *hand hygiene* hanya mengetahui momen yang muncul serta *hand hygiene* yang dilakukan tanpa memperhatikan apakah teknik *hand hygiene* sesuai dengan standar operasional prosedur atau tidak.

5.4 Implikasi Keperawatan

Penelitian tentang lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* menggambarkan bahwa lingkungan kerja yang suportif tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kepatuhan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* perawat. Penelitian ini memiliki implikasi bahwa perawat sebagai suatu tim dalam menjalankan tugas keperawatan harus tetap memperhatikan iklim lingkungan kerja yang suportif, sehingga dalam

menjalankan tugas keperawatan dapat saling mendukung satu sama lain dalam menjalankan tugas keperawatan khususnya untuk mematuhi pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*. Manajemen rumah sakit juga memberikan pengaruh yang besar terhadap lingkungan kerja dalam menetapkan kebijakan dan mengontrol perawat, khususnya dalam menjalankan tugas keperawatan untuk mematuhi pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*. Faktor lain yang lebih penting untuk diperhatikan adalah faktor internal dari individu seperti pengetahuan, beban kerja persepsi dan motivasi perawat untuk mematuhi 5 momen *hand hygiene*.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang telah dilakukan di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Lingkungan kerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember didapatkan data sebesar 56,2% responden menilai lingkungan kerja termasuk dalam kategori suportif dan sebesar 43,8% responden menilai lingkungan kerja tidak suportif.
- b. Tingkat kepatuhan perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember didapatkan data sebesar 34,4% responden dalam kategori patuh dan sebesar 65.6% responden dalam kategori tidak patuh
- c. Tidak ada hubungan antara lingkungan kerja perawat dengan tingkat kepatuhan perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember ($p\ value= 0,266 > \alpha = 0,05$).

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan ajar agar dapat menghasilkan generasi-generasi perawat dengan kinerja yang baik. Kepatuhan perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* tidak hanya dipengaruhi oleh lingkungan kerja, akan tetapi juga dari individu sendiri. Individu dapat patuh dengan standar pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* apabila sudah memiliki kebiasaan dalam melaksanakannya, sehingga diharapkan institusi pendidikan lebih meningkatkan pemahaman dan menanamkan kepada mahasiswa mengenai pentingnya patuh melaksanakan 5 momen *hand hygiene* dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Hasil penelitian ini juga sebagai bahan pembelajaran bagi mahasiswa dan diharapkan sebagai bekal bagi mahasiswa agar bekerja sesuai dengan standar operasional prosedur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

6.2.2 Bagi Instansi Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi rumah sakit sehingga dapat terus menerus melakukan perbaikan guna meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit dengan melakukan inovasi agar kepatuhan tenaga keperawatan dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* semakin meningkat. Rumah sakit diharapkan dapat lebih aktif kembali melakukan evaluasi secara berkala, tidak hanya evaluasi kejadian infeksi saja melainkan evaluasi terhadap upaya yang dijalankan dalam pencegahan dan pengendaliannya, salah satunya dengan mengaktifkan fungsi

pengawasan atau supervisi kepada perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*, mengadakan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran perawat akan pentingnya melakukan 5 momen *hand hygiene* dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, selain itu juga dapat menerapkan *reward* dan *punishment* untuk meningkatkan kepatuhan perawat.

6.2.3 Bagi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan motivasi bagi perawat untuk terus meningkatkan pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kepada pasien, terutama terkait keselamatan pasien di rumah sakit agar terhindar dari kejadian infeksi nosokomial. Diharapkan perawat dapat mematuhi 5 momen *hand hygiene*, sebisa mungkin melakukan *hand hygiene* dengan menggunakan fasilitas alkohol *handrub* apabila wastafel untuk mencuci tangan sulit untuk di jangkau.

6.2.4 Bagi Peneliti

Saran bagi peneliti selanjutnya adalah melakukan penelitian dengan teknik observasi partisipatif yaitu ikut langsung dalam kegiatan yang dilakukan oleh subjek penelitian dengan berlaku sungguh-sungguh seperti anggota dari kelompok yang diobservasi. Saran lain bagi peneliti selanjutnya adalah menganalisis faktor lain yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan perawat dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*, analisis multivariat faktor-faktor yang mempengaruhi *hand hygiene* (faktor internal dan eksternal), serta penelitian metode kualitatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Albery & Marcus. 2008. *Key Concept in Health Psychology*. London: Sage Publication.
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Aziza, Amatul. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketaatan Perawat Melakukan Cuci Tangan Sesuai dengan SOP di IRNA C. RS Fatmawati. [serial online]. http://www.library.psik-umj.ac.id/index.php?p=show_detail&id=1464. [diakses pada tanggal 26 Mei 2015].
- Aziz, A., Sawitri & Parwati, T. 2012. Cuci Tangan Sebagai Faktor Risiko Kejadian *Ventilator Associated Pneumonia* Di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2012. [serial online]. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/phpma/article/viewFile/7867/5954>. [diakses pada tanggal 12 Februari 2015].
- Bastable, Susan B. 2002. *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC.
- Berman, Synder, Kozier dan Erb. 2008. *Fundamental of Nursing: Concept, Process And Practice*. 8 Edition. New Jersey: Pearson education Inc.
- Budhi, P., Junaedi & Novriyana B. M. 2013. Efektivitas *Hand Washing* Dan *Hand Rubbing* Menurunkan Populasi Stafilokokus Pada Prosedur Penegakan *Hand Hygiene* Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Salatiga. [serial online]. <http://repository.uksw.edu/handle/123456789/3846>. [diakses pada tanggal 20 Mei 2015].
- Brooks, B. A. & Anderson, M. A. 2004. Nursing Work Life in Acute Care. *J Nurs Care Qual*, 19 (3): 269–275.
- Centers of disease control and prevention (CDC). 2002. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. [serial online]. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>. [diakses pada tanggal 13 Desember 2014].

- _____. 2014. Handwashing: Clean Hands Save Lives. [serial online]. <http://www.cdc.gov/handwashing/show-me-the-science-hand-sanitizer.html>. [diakses pada tanggal 20 Mei 2015].
- Cherry B. & Jacob S. R. 2014. *Contemporary nursing: issues, trends and management*. 6 edition. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Cayabyab, Almazan Cecilia. 1996. The relationship of the work environment and job satisfaction of staff nurses. [serial online]. http://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2205&context=etd_theses. [diakses pada tanggal 19 Maret 2015].
- Damanik, S. M., Susilaningsih, F. S., dan Amrullah, A. A. 2012. Kepatuhan *Hand Hygiene* di Rumah Sakit Immanuel Bandung. [serial online]. <http://journals.unpad.ac.id/ejournal/article/download/683/729>. [diakses pada tanggal 9 Desember 2014].
- Darmadi. 2008. *Infeksi Nosokomial, Problematika Dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Departemen Pendidikan Nasional. 2008. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2008a. *Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya*. Cetakan kedua. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- _____. 2008b. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya: Kesiapan Menghadapi Emerging Infectious disease*. Cetakan kedua. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Ernawati, E., Asih, T. R., dan Wiyanto, S. 2014. Penerapan *Hand Hygiene* Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28 (1).
- Gibson, James L., Ivancevich, John M., dan Donnelly, James H. 1997. *Organization: Behavior, structure, process*. Edition 10. Boston: USA.
- Ghofar, A. & Azzuhri, M. 2012. Pengaruh Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Perawat Melalui Kepuasan Kerja Sebagai Variabel Intervening (Studi Pada Perawat Ruangan Instalasi Rawat Inap Kelas I, Ii, Iii-A, Dan Iii-B Rumah Sakit Islam Unisma Malang). [Serial Online]. <http://jimfeb.ub.ac.id/index.php/jimfeb/article/download/529/472>. [diakses pada tanggal 27 desember 2014].

- Hand Hygiene Australia (HHA). 2014. National Data Period Three, 2014. [Serial Online]. <http://www.hha.org.au/LatestNationalData.aspx>. [diakses pada tanggal 17 Mei 2015].
- Hastono, Susanto Priyo. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2001. How-to Guide: Improving Hand Hygiene (A Guide for Improving Practices among Health Care Workers). [Serial Online]. http://www.shea-online.org/Assets/files/IHI_Hand_Hygiene.pdf. [diakses pada tanggal 17 Mei 2015].
- Ivancevich, John M., Konopaske, R., dan Matteson, Michael T. 2007. *Perilaku dan manajemen organisasi*. Jilid 1. Jakarta: Erlangga.
- Jones, J. W., Steffy, Brian D., dan Bray, Douglas W. 1991. *Applying Psychology in business: the handbook for managers and human resource professional*. Canada: Lexington Book.
- Kanestren, Dyah Ratih. 2009. Analisis hubungan karakteristik individu dan lingkungan kerja dengan kinerja perawat di unit rawat inap RS Pertamina Jaya. [Serial Online]. <http://lib.ui.ac.id/opac/ui/detail.jsp?id=125568&lokasi=lokal>. [diakses pada tanggal 26 Mei 2015].
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2004. Keputusan menteri kesehatan Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI.
- _____. 2008. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/2008 Tentang Standar pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: kemenkes RI.
- Kinanti, Annisa Queentarina. 2012. Hubungan Lingkungan Kerja Dengan Kepuasan Kerja Pada Divisi Sumber Daya Manusia PT Surveyor Indonesia. [serial online]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20358140-TAAnnisa%20Queentarina%20Kinanti.pdf>. [diakses pada tanggal 26 Desember 2014].
- Kreitner, Robert & Kinicki, Angelo. 2014. *Perilaku Organisasi (Organization Behavior)*. Jakarta: Salemba Empat.
- Larson, E. L., Quiros, D., dan Lin, S. X. 2007. Dissemination of the CDC's Hand Hygiene Guideline and impact on infection rates. [serial online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2137889/pdf/nihms-35318.pdf>. [diakses pada tanggal 17 Januari 2015].

- Lovgren, G., Rasmussen & Engstrom.2002. Working conditions and the possibility of providing good care. *Journal of Nursing Management*, 10 (4): 201–209.
- Machfoedz & Eko, S. 2009. *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan*. Jakarta: Fitramaya.
- McGuckin, M., Waterman, R., & Govednik, J. 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.
- Muchlas, Makmuri. 2005. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Maqsood, Aneela. 2011. Work Environment, Burnout, Organizational Commitment, And Role Of Personal Variables As Moderators. [serial online]. <http://pr.hec.gov.pk/Thesis/1572S.pdf>. [diakses pada tanggal 29 Desember 2014].
- Niven, Neil. 2000. *Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain*. Jakarta: EGC.
- Noordiansah, Pasih. 2013. Pengaruh Lingkungan Kerja Terhadap Stres Kerja Perawat (Studi Pada Rumah Sakit Muhammadiyah Jombang). [serial online]. <http://jimfeb.ub.ac.id/index.php/jimfeb/article/view/644/587>. [diakses pada tanggal 3 Mei 2015].
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010a. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. 2010b. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV-AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2014. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam keperawatan profesional*. Edisi 4. Jakarta: salemba Medika.
- Patarakul, K., Tan-Kum, A., Kanha, S., Pandungpean, D. dan Jaychaiyapum, O. O. 2005. Cross-sectional survey of hand-hygiene compliance and attitudes of health care workers and visitors in the intensive care units at King

- Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal Of Medicine Association Thailand*, 88 (4): 287-93.
- Pittet, Didier. 2001. Improving Adherence to Hand Hygiene Hospital in Mali, Africa Infection Control and Hospital Practice: A Multidisciplinary Approach. *Emerging Infectious Diseases*, 7 (2): 234-240.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Pradiansyah, Arvan. 2012. *You are a leader!: Menjadi pemimpin dengan memanfaatkan potensi terbesar yang anda miliki: kekuatan memilih*. Bandung: Kaifa.
- Purwanto, Heri. 1998. *Pengantar Perilaku Manusia Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Putra, K. R., Hamid, A. Y. S., dan Mustikasari. 2007. Pengaruh Lingkungan Kerja Perawat Terhadap Pelaksanaan Praktek Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Tahun 2006. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, XXIII (1).
- Registered Nurses Association of British Columbia. 2007. Guidelines for a high quality practice environment for registered psychiatric nurses. [serial online]. http://www.crpnb.ca/wp-content/uploads/2011/02/guidelines_high_quality.pdf. [diakses pada tanggal 2 Desember 2014].
- Rikayanti, K. H., & Arta, S. K. 2014. Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Mencuci Tangan Petugas Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Badung Tahun 2013. *Community Health*, 2 (1): 21-31.
- Robbins, Stephen P. & Judge, Timothy A., 2015. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Saragih, Rosita & Rumapea, Natalina. 2012. Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan. [serial online]. <http://uda.ac.id/jurnal/files/7.pdf>. [diakses pada tanggal 1 desember 2014].
- Sedarmayanti. 2009. *Tata Kerja Dan Produktivitas Kerja*. Bandung: Mandar Maju.
- Schaffer, Garzon, Heroux, dan Korniewicz. 2000. *Pencegahan Infeksi dan Praktik Yang Aman*. Jakarta: EGC.

- Semiawan, *et al.* 2007. *Panorama Filsafat Ilmu Landasan Perkembangan Ilmu Sepanjang Jaman*. Jakarta: Teraju.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawati. 2009. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketaatan Petugas Kesehatan Melakukan *Hand Hygiene* Dalam Mencegah Infeksi Nosokomial. [Serial Online]. <http://lib.ui.ac.id/opac/ui/detail.jsp?id=125399&lokasi=lokal>. [diakses pada tanggal 20 Februari 2015].
- Sofyani, Ardita. 2012. Persepsi Perawat Tentang Pemenuhan Pelaksanaan *Hand Hygiene* Perawat Di Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit MH Thamrin Salemba Tahun 2012. [Serial Online]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20354806-S-Ardita%20Sofyani.pdf>. [diakses pada tanggal 8 Mei 2015].
- Sunaryo. 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Suryoputri, A. D. 2011. Perbedaan Angka Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Kesehatan Di RSUP Dr. Kariadi (Studi di Bangsal Bedah, Anak, Interna, dan ICU). [Serial Online]. http://eprints.undip.ac.id/32876/1/Atrika_Desi.pdf. [diakses pada tanggal 8 Mei 2015].
- Swanburg, R. C. 2000. *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*. Jakarta. EGC.
- Trianiza, Efi. 2013. Faktor-Faktor Penyebab Kejadian *Phlebitis* di Ruang Rawat Inap RSUD Cengkareng. [serial online]. http://digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-Master-2450-Efi_Trianiza.pdf. [diakses pada tanggal 1 desember 2015].
- Tietjen, L., Bossemeyer, D., dan Intosh, N. Mc.2004. *Panduan pencegahan infeksi untuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan sumber daya terbatas*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka, JNPKKR.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. [Serial Online]. <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2012/07/UU-No.-44-Th-2009-ttg-Rumah-Sakit.pdf>. [diakses pada tanggal 9 desember 2014].
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. [Serial Online].

http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_uu/UU%20No.%2038%20Th%202014%20ttg%20Keperawatan.pdf. [diakses pada tanggal 9 desember 2014].

World Health Organization (WHO). 2002. Prevention of Hospital-Acquired Infections A Practical Guide 2nd Edition. [Serial Online]. <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whocdscsreph200212.pdf?ua=1>. [diakses pada tanggal 9 desember 2014].

_____. 2005. Global patient safety challenge 2005–2006: Clean care is safer care. [Serial Online]. http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FIN_AL.pdf. [diakses pada tanggal 31 desember 2014].

_____. 2006. Infection Control Standard Precautions In Health Care. [Serial Online]. http://www.who.int/csr/resources/publications/4EPR_AM2.pdf. [diakses pada tanggal 31 desember 2014].

_____. 2009a. WHO Guidelines on Hand Hygiene In Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. [Serial Online]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf?ua=1. [diakses pada tanggal 2 desember 2014].

_____. 2009b. Hand Hygiene Technical Reference Manual: To be used by health-care workers, trainers and observers of hand hygiene practices. [Serial Online]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598606_eng.pdf. [diakses pada tanggal 13 Januari 2015].

_____. 2009c. Hand Hygiene: Why, How & When?. [Serial Online]. http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf. [diakses pada tanggal 2 Desember 2014].

_____. 2011. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: Clean Care is Safer Care. [Serial Online]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf. [diakses pada tanggal 23 Maret 2015].

Wolf, *et al.* 2011. *Development In Healthcare: Conversation In Research And Strategies*. UK: Emerald Group Publishing Limited.

Wursanto, Ignasius. 2005. *Dasar-Dasar Ilmu Organisasi*. Edisi 2. Yogyakarta: Andi.

Wuryanto, Edy. 2010. Hubungan Lingkungan Kerja dan Karakteristik Individu Dengan Kepuasan Kerja Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo

Semarang. [Serial Online]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282660-T%20Edy%20Wuryanto.pdf>. [diakses pada tanggal 26 Januari 2015].

Yelda, Fitra. 2003. Faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Infeksi Nosokomial di Beberapa Rumah Sakit di DKI Jakarta Tahun 2003. [Serial Online]. <http://core.ac.uk/download/pdf/12141267.pdf>. [diakses pada tanggal 23 Maret 2015].

Zuhriyah, Lili. 2004. Gambaran Bakteriologis Tangan Perawat. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, XX (1).





LAMPIRAN

LAMPIRAN A. LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Silvi Anita Uslatu Rodyah
NIM : 112310101035
Pekerjaan : Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas
Jember
Alamat : Jl.Suadi RT 05/ RW 04 No 84 Dusun Terongan, Desa
Kebonrejo, Kec. Kalibaru, Kab. Banyuwangi

Bermaksud akan mengadakan kegiatan penelitian. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui “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”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Saudara/i. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian akademis. Jika Saudara/i tidak bersedia menjadi responden, saudara/i memiliki hak untuk mundur dan tidak ada ancaman bagi Saudara/i. Jika Saudara/i bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Demikian permohonan dari saya, atas bantuan dan peran Saudara/i, saya ucapkan terima kasih.

Jember, April 2015
Peneliti,

Silvi Anita Uslatu Rodyah
NIM 112310101035

LAMPIRAN B. LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

menyatakan bersedia bahwa saya akan menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari :

Nama : Silvi Anita Uslatu Rodyah

NIM : 112310101035

Pekerjaan : Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : 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

Penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada saya selaku responden. Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitiannya itu untuk mengetahui 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. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban yang sudah saya berikan. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela menjadi responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember, April 2015

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

LAMPIRAN C. KUESIONER KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode responden:

KUESIONER A KARAKTERISTIK PERAWAT

Petunjuk pengisian:

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

No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Nama	
2.	Usia (Tahun)	
3.	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan
4.	Pendidikan	<input type="checkbox"/> Sarjana (S1)	<input type="checkbox"/> D3
5.	Jabatan	<input type="checkbox"/> Ketua tim	<input type="checkbox"/> Perawat pelaksana
6.	Lama Kerja (Bulan/tahun)* *coret salah satu	

LAMPIRAN D. KUESIONER LINGKUNGAN KERJA PERAWAT**KUESIONER B LINGKUNGAN KERJA PERAWAT****Petunjuk pengisian:**

1. Bacalah pernyataan dan pilihan jawaban dengan cermat dan teliti;
2. Pernyataan berikut berkaitan dengan kondisi lingkungan kerja di ruang rawat inap tempat anda bekerja saat ini;
3. Jawaban Anda dalam pertanyaan dijamin kerahasiaannya;
4. Pertimbangkan setiap *item*, kemudian berilah tanda (√) pada salah satu kolom yang Anda anggap dapat menilai keadaan sebenarnya sampai dengan pada saat ini yaitu:
 - a. Sangat Setuju, apabila Anda merasa pernyataan tersebut sangat sesuai dengan keadaan di tempat kerja Anda saat ini.
 - b. Setuju, apabila Anda merasa pernyataan tersebut sesuai dengan keadaan yang di tempat kerja Anda saat ini.
 - c. Tidak Setuju, apabila Anda merasa pernyataan tersebut tidak sesuai dengan keadaan di tempat kerja Anda saat ini.
 - d. Sangat Tidak Setuju, apabila Anda merasa pernyataan tersebut sangat tidak sesuai dengan keadaan di tempat kerja Anda saat ini.
5. Dimohon kepada bapak/ibu, saudara/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pernyataan

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat tidak setuju
1.	Rekan sejawat di ruangan saya ikut serta mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial				
2.	Rekan sejawat di ruangan saya tidak terlibat dalam pembuatan peraturan tentang 5 momen cuci tangan				
3.	Rekan sejawat di ruangan saya melakukan 5 momen cuci tangan sesuai standar				
4.	Rekan sejawat di ruangan saya saling memotivasi untuk mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
5.	Rekan sejawat di ruangan saya mengingatkan rekan sejawat lain untuk mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
6.	Rekan sejawat di ruangan saya memberikan contoh kepada rekan sejawat lain untuk mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
7.	Kepala ruangan saya mensosialisasikan kepada bawahan tentang standar 5 momen cuci tangan				
8.	Kepala ruangan saya memberikan motivasi kepada bawahan untuk mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				

9.	Kepala ruangan saya tidak memberikan teguran kepada bawahan yang tidak mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
10.	Kepala ruangan saya tidak memberikan penghargaan bagi bawahan yang mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
11.	Rekan sejawat di ruangan saya memiliki tanggung jawab penting untuk mematuhi standar 5 momen cuci tangan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien				
12.	Rekan sejawat di ruangan saya memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan pada saat apa saja 5 momen cuci tangan dilakukan				
13.	Pada saat pertemuan rutin, kepala ruangan saya tidak mengajak bawahan untuk berdiskusi bersama membahas standar 5 momen cuci tangan bagi perawat				
14.	Semua keputusan 5 momen cuci tangan yang akan dilakukan oleh rekan sejawat di ruangan saya adalah kewenangan pribadi masing-masing rekan sejawat tersebut				
15.	Rekan sejawat di ruangan saya menunda-nunda waktu untuk melakukan 5 momen cuci tangan sesuai standar				
16.	Bagi rekan sejawat di ruangan saya, mematuhi 5 momen cuci tangan adalah hal yang penting				
17.	Rekan sejawat di ruangan saya dapat mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar karena setiap pekerjaan direncanakan dengan baik				
18.	Resiko kejadian infeksi nosokomial yang tinggi membuat rekan sejawat di ruangan saya mematuhi 5 momen cuci tangan				
19.	Peraturan rumah sakit yang ketat menuntut rekan sejawat di ruangan saya untuk mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
20.	Kesibukan yang tinggi membuat rekan sejawat di ruangan saya tidak sempat untuk melakukan 5 momen cuci tangan sesuai standar				
21.	Rekan sejawat di ruangan saya menganggap bahwa mematuhi 5 momen cuci tangan dapat beresiko tertular infeksi dari pasien				
22.	Rumah sakit menetapkan peraturan tentang keharusan perawat melakukan 5 momen cuci tangan sesuai standar				
23.	Tim Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit melakukan pengawasan secara rutin				

	terhadap pelaksanaan 5 momen cuci tangan perawat				
24.	Rumah sakit menetapkan sanksi bagi perawat yang tidak mematuhi 5 momen cuci tangan				
25.	Kebijakan 5 momen cuci tangan yang ditetapkan oleh rumah sakit disosialisasikan kepada perawat di ruangan saya				
26.	Tim Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit menginformasikan kepada perawat untuk mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
27.	Peraturan yang ada di ruangan saya telah menjelaskan tentang standar prosedur 5 momen cuci tangan				
28.	Informasi 5 momen cuci tangan yang diberikan oleh rumah sakit kepada perawat di ruangan disampaikan dengan jelas				
29.	Rekan sejawat di ruangan saya ada yang belum mengetahui tentang standar 5 momen cuci tangan				
30.	Rumah sakit menetapkan inovasi peraturan-peraturan baru agar perawat mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
31.	Pada saat timbang terima, rekan sejawat di ruangan jarang mengingatkan untuk mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
32.	Kepala ruangan saya membuat perubahan-perubahan untuk mengingatkan bawahan agar mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
33.	Rekan sejawat di ruangan saya berusaha menyesuaikan diri dengan kondisi pekerjaan agar dapat mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar				
34.	Mematuhi 5 momen cuci tangan sesuai standar dapat membuang waktu dan menghambat rekan sejawat di ruangan saya untuk segera menyelesaikan pekerjaan				
35.	Rekan sejawat di ruangan saya merawa bahwa jika terlalu sering melakukan 5 momen cuci tangan sesuai standar dapat membuat tangan menjadi kering, iritasi dan tidak nyaman				
36.	Sarana dan prasarana cuci tangan yang disediakan oleh rumah sakit sudah mencukupi				
37.	Rekan sejawat di ruangan saya merasa kesulitan menjangkau fasilitas untuk mencuci tangan seperti wastafel dan alkohol antiseptik, karena berada di tempat yang tidak strategis				

Sumber: Moos (1994 dalam Maqsood, 2011) yang telah dimodifikasi oleh peneliti

PANDUAN PENGGUNAAN LEMBAR OBSERVASI

1. Lembar observasi dapat diisi oleh peneliti dan numerator;
2. Observer datang ke lokasi penelitian 30 menit sebelum observasi dimulai;
3. Perlengkapan yang diperlukan meliputi lembar observasi dan alat tulis;
4. Observasi dilakukan satu kali pada setiap perawat selama 3 jam yaitu mulai pukul 08.00 s/d 11.00 WIB;
5. Observasi ini dilakukan berdasarkan kronologis waktu ketika perawat melaksanakan asuhan keperawatan;
6. Observer memberikan kode pasien yang sedang diberi asuhan keperawatan oleh perawat, berikan kode tersebut pada kolom “inisial pasien”;
7. Observer mengamati setiap momen *hand hygiene* yang terjadi pada perawat ketika melaksanakan asuhan keperawatan;
8. Apabila terdapat momen yang muncul, maka kemudian observer memberikan kode pada kolom momen yang sesuai;
9. Momen *hand hygiene* meliputi:
 - a. sebelum bersentuhan dengan pasien (*Before touching a patient (BTP)*)
 - 1) Sebelum berjabat tangan, sebelum mengusap dahi anak;
 - 2) Sebelum membantu pasien dalam perawatan diri (*personal hygiene*): bergerak, mandi, makan, berpakaian, dan lain-lain;
 - 3) Sebelum memberikan perawatan dan pengobatan non-invasif lainnya: memasang masker oksigen, memberikan pijat;
 - 4) Sebelum melakukan pemeriksaan fisik non-invasif: menghitung nadi, mengukur tekanan darah, auskultasi dada, rekaman EKG.
 - b. setelah bersentuhan dengan pasien (*After touching a patient (ATP)*)
 - 1) Setelah berjabat tangan, mengusap dahi anak;
 - 2) Setelah membantu pasien dalam kegiatan perawatan pribadi (*personal hygiene*): bergerak, mandi, makan, berpakaian, dan lain-lain;
 - 3) Setelah memberikan perawatan dan pengobatan non-invasif lainnya: mengganti sprei dengan pasien masih berada di atas tempat tidur, memasang masker oksigen, memberikan pijat (*massage*);
 - 4) Setelah melakukan pemeriksaan fisik non-invasif: denyut nadi, tekanan darah, auskultasi dada, rekaman EKG.
 - c. sebelum melakukan prosedur bersih atau steril (*Before clean/aseptic procedure (BAP)*)
 - 1) Sebelum menyikat gigi pasien, memberikan tetes mata, melakukan pemeriksaan digital vagina atau anus, memeriksa mulut, hidung, telinga dengan atau tanpa alat, memasukkan supositoria atau alat pencegah kehamilan, penyedotan lendir (*suction*);
 - 2) Sebelum membalut luka dengan atau tanpa alat, memberikan salep pada vesikel, membuat injeksi perkutan atau tusukan;
 - 3) Sebelum memasang peralatan medis invasif (nasal kanul, selang nasogastrik, intubasi endotrakeal (*endotracheal tube*), pemeriksaan saluran kemih, kateter perkutan, drainase), memanipulasi atau membuka setiap rangkaian perangkat medis invasif (yang bertujuan untuk makanan, obat-obatan, drainase, penyedotan (*suction*), serta pemantauan/monitor);
 - 4) Sebelum menyiapkan makanan, obat-obatan, produk farmasi, serta bahan steril.

- d. setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien (*After body fluid exposure risk (ABF)*)
 - 1) Ketika kontak dengan selaput lendir dan ujung kulit yang tidak utuh/luka;
 - 2) Setelah suntikan perkutan atau tusukan; setelah memasukkan perangkat medis invasif (akses vaskular, kateter, tabung (*tube*), drainase, dan lain-lain); setelah memanipulasi dan membuka rangkaian invasif;
 - 3) Setelah melepas perangkat medis invasif;
 - 4) Setelah melepas segala bentuk bahan perlindungan (lap, *dressing*, kassa, balutan, dan lain-lain);
 - 5) Setelah penanganan sampel yang mengandung bahan organik, setelah membersihkan kotoran dan cairan tubuh lainnya, setelah membersihkan setiap permukaan yang terkontaminasi dan bahan kotor (sprei kotor, gigi palsu, peralatan-peralatan, pot urinal, pispot, kamar mandi/WC, dan lain-lain).
- e. setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien (*After touching patient surrounding (ATPS)*)
 - 1) Setelah kegiatan yang melibatkan kontak fisik dengan lingkungan sekitar pasien: mengganti sprei dengan pasien keluar dari tempat tidur, memegang *bed trail*, membersihkan meja di samping tempat tidur;
 - 2) Setelah kegiatan perawatan: menyesuaikan kecepatan perfusi, membersihkan alarm monitor;
 - 3) Setelah kontak lainnya dengan permukaan atau benda mati (catatan: sebaiknya mencoba untuk menghindari kegiatan yang tidak perlu): bersandar di tempat tidur, bersandar di meja malam / meja samping tempat tidur.
10. Amati kegiatan *hand hygiene* yang dilakukan oleh perawat pada setiap momen yang terjadi, kemudian:
 - a. Berikan kode W (*Hand wash*) apabila perawat melakukan cuci tangan (*hand wash*);
 - b. Berikan kode R (*Handrub*) apabila perawat melakukan *handrub*;
 - c. Berikan kode M (*Missing*) apabila perawat tidak melakukan *hand hygiene*.
11. Setiap baris momen hanya boleh di isi oleh salah satu momen saja, sehingga momen-momen yang terjadi berikutnya diisikan pada baris bawahnya;
12. Apabila perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berbeda maka berikan inisial yang sesuai pada kolom “inisial pasien”, kemudian lanjutkan dengan tahap poin 7 hingga poin 10
13. Apabila perawat telah selesai melakukan tindakan keperawatan dan kembali ke *nurse station* untuk melakukan aktivitas lain, maka berikan tanda garis merah secara horizontal mulai dari baris “inisial pasien” sampai dengan momen. Kecuali apabila perawat kembali ke *nurse station* karena mempersiapkan alat untuk tindakan selanjutnya, maka tidak perlu diberikan garis merah
14. Sarung tangan tidak dapat menggantikan *hand hygiene*, oleh karena itu apabila tenaga kesehatan menggunakan sarung tangan maka harus tetap melakukan *hand hygiene* pada saat sebelum dan setelah menggunakannya
15. Apabila indikasi terjadi pada saat perawat menggunakan sarung tangan, maka perawat tersebut seharusnya melepasnya. Akan tetapi apabila perawat tidak melepasnya maka perawat tersebut dinilai tidak melakukan *hand hygiene* atau *Missing (M)*.

LAMPIRAN F. LEMBAR ANALISIS OBSERVASI PELAKSANAAN *HAND*

Kode responden:

DI ISI OLEH PENELITI

LEMBAR ANALISIS OBSERVASI PELAKSANAAN *HAND HYGIENE*

Kes.	Momen					<i>Hand Hygiene</i>		
	BTP	ATP	BAP	ABF	ATPS	W	R	M
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
BTP : sebelum bersentuhan dengan pasien (<i>Before touching a patient</i>) ATP : setelah bersentuhan dengan pasien (<i>After touching a patient</i>) BAP : sebelum melakukan prosedur bersih/steril (<i>Before clean/aseptic procedure</i>) ABF : setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien (<i>After body fluid exposure risk</i>) ATPS : setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien (<i>After touching patient surrounding</i>) Kes. : Kesempatan						W= mencuci tangan (<i>handwash</i>) R = menggosok tangan dengan alkohol antiseptik (<i>Handrub</i>) M= <i>Missing</i> (tidak melakukan)		
$\text{Kepatuhan} = \frac{\text{Jumlah } hand\ hygiene\ \text{yang dilakukan}}{\text{Kesempatan untuk melakukan } hand\ hygiene} \times 100\%$						Angka kepatuhan:		
Catatan:								

Sumber: WHO (2009) yang sudah dimodifikasi oleh peneliti

PANDUAN ANALISIS OBSERVASI PELAKSANAAN *HAND HYGIENE*

Berikut ini merupakan pedoman analisis observasi pelaksanaan *hand hygiene* beserta petunjuk pengisiannya yaitu:

1. Lembar analisis hanya di isi oleh peneliti;
2. Lembar analisis di isi setelah observasi selesai dilakukan, sehingga peneliti memindahkan hasil observasi yang dilakukan dengan menggunakan lembar observasi ke dalam lembar analisis;
3. Kesempatan adalah kegiatan *hand hygiene* (*handwash* dan *handrub*) yang seharusnya dilakukan oleh perawat pada setiap momen;
4. Momen adalah alasan mengapa *hand hygiene* perlu untuk dilakukan, momen tersebut terdiri dari:
 - a. sebelum bersentuhan dengan pasien (*Before touching a patient (BTP)*)
 - 1) Sebelum berjabat tangan, sebelum mengusap dahi anak;
 - 2) Sebelum membantu pasien dalam perawatan diri (*personal hygiene*): bergerak, mandi, makan, berpakaian, dan lain-lain;
 - 3) Sebelum memberikan perawatan dan pengobatan non-invasif lainnya: memasang masker oksigen, memberikan pijat;
 - 4) Sebelum melakukan pemeriksaan fisik non-invasif: menghitung nadi, mengukur tekanan darah, auskultasi dada, rekaman EKG.
 - b. setelah bersentuhan dengan pasien (*After touching a patient (ATP)*)
 - 1) Setelah berjabat tangan, mengusap dahi anak;
 - 2) Setelah membantu pasien dalam kegiatan perawatan pribadi (*personal hygiene*): bergerak, mandi, makan, berpakaian, dan lain-lain;
 - 3) Setelah memberikan perawatan dan pengobatan non-invasif lainnya: mengganti sprei dengan pasien masih berada di atas tempat tidur, memasang masker oksigen, memberikan pijat (*massage*);
 - 4) Setelah melakukan pemeriksaan fisik non-invasif: denyut nadi, tekanan darah, auskultasi dada, rekaman EKG.
 - c. sebelum melakukan prosedur bersih atau steril (*Before clean/aseptic procedure (BAP)*)
 - 1) Sebelum menyikat gigi pasien, memberikan tetes mata, melakukan pemeriksaan digital vagina atau anus, memeriksa mulut, hidung, telinga dengan atau tanpa alat, memasukkan supositoria atau alat pencegah kehamilan, penyedotan lendir (*suction*);
 - 2) Sebelum membalut luka dengan atau tanpa alat, memberikan salep pada vesikel, membuat injeksi perkutan atau tusukan;
 - 3) Sebelum memasang peralatan medis invasif (nasal kanul, selang nasogastrik, intubasi endotrakeal (*endotracheal tube*), pemeriksaan saluran kemih, kateter perkutan, drainase), memanipulasi atau membuka setiap rangkaian perangkat medis invasif (yang bertujuan untuk makanan, obat-obatan, drainase, penyedotan (*suction*), serta pemantauan/monitor);
 - 4) Sebelum menyiapkan makanan, obat-obatan, produk farmasi, serta bahan steril.
 - d. setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien (*After body fluid exposure risk (ABF)*)
 - 1) Ketika kontak dengan selaput lendir dan ujung kulit yang tidak utuh/luka;
 - 2) Setelah suntikan perkutan atau tusukan; setelah memasukkan perangkat medis invasif (akses vaskular, kateter, tabung (*tube*), drainase, dan lain-lain); setelah memanipulasi dan membuka rangkaian invasif;

- 3) Setelah melepas perangkat medis invasif;
- 4) Setelah melepas segala bentuk bahan perlindungan (lap, *dressing*, kassa, balutan, dan lain-lain);
- 5) Setelah penanganan sampel yang mengandung bahan organik, setelah membersihkan kotoran dan cairan tubuh lainnya, setelah membersihkan setiap permukaan yang terkontaminasi dan bahan kotor (sprei kotor, gigi palsu, peralatan-peralatan, pot urinal, pispot, kamar mandi/WC, dan lain-lain).
- e. setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien (*After touching patient surrounding* (ATPS))
 - 1) Setelah kegiatan yang melibatkan kontak fisik dengan lingkungan sekitar pasien: mengganti sprei dengan pasien keluar dari tempat tidur, memegang *bed trail*, membersihkan meja di samping tempat tidur;
 - 2) Setelah kegiatan perawatan: menyesuaikan kecepatan perfusi, membersihkan alarm monitor;
 - 3) Setelah kontak lainnya dengan permukaan atau benda mati (catatan: sebaiknya mencoba untuk menghindari kegiatan yang tidak perlu): bersandar di tempat tidur, bersandar di meja malam / meja samping tempat tidur.
5. Momen dijabarkan secara keseluruhan pada lembar observasi, oleh karena itu peneliti perlu memilah-milah momen tersebut ke dalam kesempatan;
6. Setiap kesempatan dibutuhkan satu kali melakukan *hand hygiene*;
7. Satu kesempatan dapat berisi satu atau dua momen
 - a. Kesempatan yang berisi satu momen meliputi:
 - 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.
 - b. Kesempatan yang berisi dua momen dapat berada diantara momen:
 - 1) Setelah bersentuhan dengan pasien A dan sebelum melakukan prosedur bersih/steril pada pasien A;
 - 2) Setelah bersentuhan cairan tubuh pasien A dan sebelum bersentuhan dengan pasien A;
 - 3) Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien A dan sebelum melakukan prosedur bersih/steril pasien A;
 - 4) Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien A dan sebelum bersentuhan pasien A;
 - 5) Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien A dan sebelum melakukan prosedur bersih/steril pasien A;
 - 6) Setelah bersentuhan dengan pasien A dan sebelum bersentuhan dengan pasien B;
 - 7) Setelah bersentuhan dengan pasien A dan sebelum melakukan prosedur bersih/steril pasien B;
 - 8) Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien A dan sebelum bersentuhan dengan pasien B;
 - 9) Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien A dan sebelum melakukan prosedur bersih/steril pasien B
 - 10) Setelah bersentuhan lingkungan sekitar pasien A dan sebelum bersentuhan dengan pasien B;
 - 11) Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien A dan sebelum melakukan prosedur aseptik pasien B.

8. Setelah mengetahui kesempatan, peneliti dapat memberikan cek list (√) momen mana saja yang termasuk dalam kesempatan tersebut apabila kesempatan berisi satu momen, namun apabila kesempatan yang berisi 2 momen, maka momen “setelah” akan dihilangkan dan yang dihitung hanya momen “sebelum” saja, sehingga *checklist* (√) hanya pada momen sebelum.
9. Peneliti mengamati kolom *hand hygiene*, untuk memberikan check list (√) yang sesuai pada kolom *hand wash* (W), *handrub* (R) atau *Missing* (M)
10. Pada kesempatan yang berisi dua momen, maka:
 - a. Apabila melakukan pada kedua momen, pilih salah satu kegiatan *hand hygiene* yang dilakukan yaitu *hand wash* (W) atau *handrub* (R), kemudian berikan check list yang sesuai;
 - b. apabila melakukan pada salah satu momen, maka pilih kegiatan *hand hygiene* yang dilakukan saja yaitu *hand wash* (W) atau *handrub* (R), kemudian berikan check list yang sesuai;
 - c. apabila perawat tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* pada kedua momen, maka berikan check list (√) pada kolom *Missing* (M)

CONTOH ILUSTRASI KASUS

Kasus 1

Ns. Johan merupakan perawat di ruang rawat inap RS Nusa Dua. Pagi ini Ns. Teguh akan memeriksa tanda-tanda vital pasien-pasiennya. Pak Rahmat adalah pasien pertama yang dikunjungi. Ns. Johan mendatangi pak rahmat dengan membawa peralatan-peralatan yang diperlukan. Dari ilustrasi tersebut maka:

- a. Momen yang terjadi yaitu momen 1 (sebelum bersentuhan dengan pasien);
- b. Sehingga kesempatan yang muncul adalah kesempatan yang berisi satu momen;
- c. Peneliti memberikan tanda (√) pada kolom momen BTP (sebelum bersentuhan dengan pasien);
- d. Kemudian peneliti mengamati *hand hygiene* yang dilakukan oleh Ns. Johan:
 1. Apabila Ns. Johan melakukan cuci tangan (*handwash*) maka berikan tanda (√) pada kolom W;
 2. Apabila Ns. Johan melakukan *handrub* maka berikan tanda (√) pada kolom R;
 3. Apabila Ns. Johan tidak melakukan maka berikan tanda (√) pada kolom M.

Kasus 2

Ns. Johan telah selesai memeriksa tanda-tanda vital pak Rahmat. Selanjutnya ia akan memeriksa Bu Susi. Ns. Johan mendatangi Bu susi dengan membawa peralatan-peralatan yang diperlukan. Dari ilustrasi tersebut maka:

- a. Momen yang terjadi yaitu momen 4 (setelah bersentuhan dengan pak rahmat);
- b. Peneliti memberikan tanda (√) pada kolom momen ATP;
- c. Momen selanjutnya yang terjadi yaitu momen 1 (Sebelum bersentuhan dengan Bu Susi);
- d. Peneliti memberikan tanda (√) pada kolom momen BTP (sebelum bersentuhan dengan pasien);
- e. Sehingga kesempatan yang muncul adalah kesempatan yang berisi dua satu momen;
- f. Kemudian peneliti mengamati *hand hygiene* yang dilakukan oleh Ns. Johan:
 1. Apabila Ns. Johan melakukan cuci tangan (*handwash*) maka berikan tanda (√) pada kolom W;
 2. Apabila Ns. Johan melakukan *handrub* maka berikan tanda (√) pada kolom R;
 3. Apabila Ns. Johan tidak melakukan maka berikan tanda (√) pada kolom M.

LAMPIRAN G. HASIL UJI VALIDITAS

HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	24	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	24	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.932	50

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Pertanyaan 1	3.54	.509	24
Pertanyaan 2	3.58	.504	24
Pertanyaan 3	2.75	.608	24
Pertanyaan 4	3.42	.504	24
Pertanyaan 5	3.38	.647	24
Pertanyaan 6	3.21	.509	24
Pertanyaan 7	2.88	.680	24
Pertanyaan 8	3.08	.504	24
Pertanyaan 9	3.17	.565	24
Pertanyaan 10	2.96	.359	24
Pertanyaan 11	3.25	.532	24
Pertanyaan 12	3.25	.442	24
Pertanyaan 13	2.71	.550	24
Pertanyaan 14	2.71	.464	24
Pertanyaan 15	3.29	.550	24
Pertanyaan 16	3.29	.550	24
Pertanyaan 17	3.17	.482	24
Pertanyaan 18	2.92	.408	24
Pertanyaan 19	2.38	.576	24
Pertanyaan 20	2.92	.282	24
Pertanyaan 21	3.17	.381	24
Pertanyaan 22	3.38	.495	24
Pertanyaan 23	2.96	.359	24
Pertanyaan 24	3.25	.532	24
Pertanyaan 25	3.00	.511	24
Pertanyaan 26	3.25	.608	24
Pertanyaan 27	3.00	.590	24
Pertanyaan 28	2.96	.464	24
Pertanyaan 29	2.88	.448	24

Pertanyaan 30	3.50	.590	24
Pertanyaan 31	3.21	.721	24
Pertanyaan 32	2.62	.647	24
Pertanyaan 33	2.88	.448	24
Pertanyaan 34	3.08	.830	24
Pertanyaan 35	2.54	.588	24
Pertanyaan 36	3.21	.588	24
Pertanyaan 37	3.08	.584	24
Pertanyaan 38	3.12	.448	24
Pertanyaan 39	3.17	.637	24
Pertanyaan 40	2.96	.751	24
Pertanyaan 41	2.54	.658	24
Pertanyaan 42	3.08	.654	24
Pertanyaan 43	2.88	.741	24
Pertanyaan 44	2.92	.584	24
Pertanyaan 45	3.08	.408	24
Pertanyaan 46	3.17	.565	24
Pertanyaan 47	3.04	.624	24
Pertanyaan 48	2.62	.647	24
Pertanyaan 49	2.75	.676	24
Pertanyaan 50	2.46	.588	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pertanyaan 1	148.04	177.607	.349	.931
Pertanyaan 2	148.00	175.565	.508	.930
Pertanyaan 3	148.83	175.449	.421	.931
Pertanyaan 4	148.17	177.362	.372	.931
Pertanyaan 5	148.21	177.042	.299	.932
Pertanyaan 6	148.37	176.071	.464	.931
Pertanyaan 7	148.71	180.042	.115	.934
Pertanyaan 8	148.50	173.304	.682	.929
Pertanyaan 9	148.42	171.123	.755	.928
Pertanyaan 10	148.62	179.027	.359	.931
Pertanyaan 11	148.33	176.058	.444	.931
Pertanyaan 12	148.33	174.580	.670	.930
Pertanyaan 13	148.87	175.679	.454	.931
Pertanyaan 14	148.87	177.071	.430	.931
Pertanyaan 15	148.29	180.650	.111	.933
Pertanyaan 16	148.29	176.042	.429	.931
Pertanyaan 17	148.42	175.558	.534	.930
Pertanyaan 18	148.67	177.362	.466	.931
Pertanyaan 19	149.21	175.563	.440	.931
Pertanyaan 20	148.67	181.536	.130	.932
Pertanyaan 21	148.42	177.993	.439	.931
Pertanyaan 22	148.21	173.650	.668	.929
Pertanyaan 23	148.62	181.375	.114	.933

Pertanyaan 24	148.33	173.101	.659	.929
Pertanyaan 25	148.58	178.080	.313	.932
Pertanyaan 26	148.33	170.058	.768	.928
Pertanyaan 27	148.58	172.949	.600	.930
Pertanyaan 28	148.62	177.288	.412	.931
Pertanyaan 29	148.71	179.433	.247	.932
Pertanyaan 30	148.08	174.514	.497	.930
Pertanyaan 31	148.37	169.984	.643	.929
Pertanyaan 32	148.96	186.129	-.224	.936
Pertanyaan 33	148.71	176.476	.497	.931
Pertanyaan 34	148.50	168.783	.609	.929
Pertanyaan 35	149.04	179.346	.185	.933
Pertanyaan 36	148.37	169.114	.859	.927
Pertanyaan 37	148.50	171.565	.700	.929
Pertanyaan 38	148.46	174.868	.635	.930
Pertanyaan 39	148.42	171.036	.670	.929
Pertanyaan 40	148.62	171.114	.556	.930
Pertanyaan 41	149.04	188.737	-.363	.938
Pertanyaan 42	148.50	168.522	.804	.928
Pertanyaan 43	148.71	170.216	.612	.929
Pertanyaan 44	148.67	174.406	.510	.930
Pertanyaan 45	148.50	178.000	.407	.931
Pertanyaan 46	148.42	175.906	.426	.931
Pertanyaan 47	148.54	173.998	.499	.930
Pertanyaan 48	148.96	175.694	.378	.931
Pertanyaan 49	148.83	170.754	.645	.929
Pertanyaan 50	149.12	174.897	.473	.931

Interpretasi:

- Nilai r tabel
 $df = n - 2 = 24 - 2 = 22$
pada tingkat kemaknaan 5%, didapat r tabel = 0,404
- Nilai r hasil dapat dilihat pada kolom *corrected item-total correlation*
Bila r hasil > r tabel maka pertanyaan tersebut valid

Kesimpulan:

Tabel statistik menunjukkan bahwa dari 50 pertanyaan terdapat 14 pertanyaan yaitu P1, P4, P5, P7, P10, P15, P20, P23, P25, P29, P32, P35, P41 dan P48 yang memiliki nilai lebih rendah dari r tabel, sehingga 14 pertanyaan tersebut tidak valid.

Berikut ini adalah analisis ulang dengan mengeluarkan pertanyaan yang tidak valid dan didapatkan hasil sebagai berikut:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	24	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	24	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.948	36

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Pertanyaan 2	3.58	.504	24
Pertanyaan 3	2.75	.608	24
Pertanyaan 6	3.21	.509	24
Pertanyaan 8	3.08	.504	24
Pertanyaan 9	3.17	.565	24
Pertanyaan 11	3.25	.532	24
Pertanyaan 12	3.25	.442	24
Pertanyaan 13	2.71	.550	24
Pertanyaan 14	2.71	.464	24
Pertanyaan 16	3.29	.550	24
Pertanyaan 17	3.17	.482	24
Pertanyaan 18	2.92	.408	24
Pertanyaan 19	2.38	.576	24
Pertanyaan 21	3.17	.381	24
Pertanyaan 22	3.38	.495	24
Pertanyaan 24	3.25	.532	24
Pertanyaan 26	3.25	.608	24
Pertanyaan 27	3.00	.590	24
Pertanyaan 28	2.96	.464	24
Pertanyaan 30	3.50	.590	24
Pertanyaan 31	3.21	.721	24
Pertanyaan 33	2.88	.448	24
Pertanyaan 34	3.08	.830	24
Pertanyaan 36	3.21	.588	24
Pertanyaan 37	3.08	.584	24
Pertanyaan 38	3.12	.448	24
Pertanyaan 39	3.17	.637	24
Pertanyaan 40	2.96	.751	24
Pertanyaan 42	3.08	.654	24
Pertanyaan 43	2.88	.741	24
Pertanyaan 44	2.92	.584	24
Pertanyaan 45	3.08	.408	24
Pertanyaan 46	3.17	.565	24
Pertanyaan 47	3.04	.624	24
Pertanyaan 49	2.75	.676	24
Pertanyaan 50	2.46	.588	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pertanyaan 2	106.46	142.520	.503	.947
Pertanyaan 3	107.29	142.216	.430	.947
Pertanyaan 6	106.83	142.580	.492	.947
Pertanyaan 8	106.96	140.389	.686	.945
Pertanyaan 9	106.87	138.375	.763	.945
Pertanyaan 11	106.79	142.868	.446	.947
Pertanyaan 12	106.79	141.563	.671	.946
Pertanyaan 13	107.33	142.754	.439	.947
Pertanyaan 14	107.33	143.710	.440	.947
Pertanyaan 16	106.75	142.891	.428	.947
Pertanyaan 17	106.87	142.114	.564	.946
Pertanyaan 18	107.12	144.201	.455	.947
Pertanyaan 19	107.67	142.406	.443	.947
Pertanyaan 21	106.87	144.723	.432	.947
Pertanyaan 22	106.67	140.580	.682	.946
Pertanyaan 24	106.79	139.911	.686	.945
Pertanyaan 26	106.79	137.824	.745	.945
Pertanyaan 27	107.04	140.042	.604	.946
Pertanyaan 28	107.08	143.906	.422	.947
Pertanyaan 30	106.54	141.650	.486	.947
Pertanyaan 31	106.83	137.188	.658	.946
Pertanyaan 33	107.17	143.362	.490	.947
Pertanyaan 34	106.96	135.694	.644	.946
Pertanyaan 36	106.83	136.493	.872	.944
Pertanyaan 37	106.96	138.563	.722	.945
Pertanyaan 38	106.92	141.384	.679	.946
Pertanyaan 39	106.87	138.288	.676	.945
Pertanyaan 40	107.08	139.210	.511	.947
Pertanyaan 42	106.96	135.955	.816	.944
Pertanyaan 43	107.17	137.014	.649	.946
Pertanyaan 44	107.12	141.505	.503	.947
Pertanyaan 45	106.96	144.389	.435	.947
Pertanyaan 46	106.87	142.897	.415	.947
Pertanyaan 47	107.00	141.478	.469	.947
Pertanyaan 49	107.29	138.476	.622	.946
Pertanyaan 50	107.58	142.601	.418	.947

Interpretasi:

Berdasarkan analisis ulang dari 36 pertanyaan yang valid didapatkan hasil bahwa nilai r hasil (*corrected item-total correlation*) berada di atas r tabel (r tabel = 0,404) sehingga dapat disimpulkan bahwa 36 pertanyaan tersebut adalah valid. Hasil statistik juga menunjukkan bahwa nilai r alpha (*cronbach's alpha*) adalah sebesar 0,948 lebih besar dari nilai r tabel (r tabel = 0,404), sehingga 36 pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel.

LAMPIRAN H. HASIL UJI INTERRATER

HASIL UJI INTERRATER

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
peneliti * numerator	91	100.0%	0	.0%	91	100.0%

peneliti * numerator Crosstabulation

Count		numerator		Total
		Ya	Tidak	
peneliti	Ya	31	1	32
	Tidak	1	58	59
Total		32	59	91

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.952	.034	9.080	.000
N of Valid Cases		91			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Interpretasi:

Hasil uji didapatkan *p value* sebesar 0,000 dengan hasil tersebut *p value* < alpha berarti hasil uji kappa signifikan/ bermakna, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan persepsi mengenai aspek yang diteliti antara peneliti dengan numerator. Nilai koefisien kappa sebesar 0,952, berdasarkan kappa cohen dapat simpulkan bahwa nilai tersebut termasuk kategori baik (nilai berkisar antara 0,76-1.00).

LAMPIRAN I. HASIL PENELITIAN

I.1 Analisis Univariat

I.1.1 Data Deskriptif Karakteristik Responden

Usia Responden

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%

Usia

		Statistic	Std. Error
Usia	Mean	29.09	.983
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	27.09	
	Upper Bound	31.10	
	5% Trimmed Mean	28.76	
	Median	27.00	
	Variance	30.926	
	Std. Deviation	5.561	
	Minimum	23	
	Maximum	42	
	Range	19	
	Interquartile Range	9	
	Skewness	.877	.414
	Kurtosis	-.272	.809

Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan

		Jenis Kelamin	Tingkat Pendidikan
N	Valid	32	32
	Missing	0	0
	Mean	1.59	1.78
	Median	2.00	2.00
	Mode	2	2
	Std. Deviation	.499	.420
	Minimum	1	1
	Maximum	2	2
	Sum	51	57

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	13	40.6	40.6	40.6
	Perempuan	19	59.4	59.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ners	7	21.9	21.9	21.9
Diploma	25	78.1	78.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Lama Kerja

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lama Kerja	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%

Lama Kerja

		Statistic	Std. Error
Lama Kerja	Mean	6.28	.828
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	4.59	
	Upper Bound	7.97	
	5% Trimmed Mean	5.89	
	Median	4.00	
	Variance	21.951	
	Std. Deviation	4.685	
	Minimum	2	
	Maximum	18	
	Range	16	
	Interquartile Range	6	
	Skewness	1.268	.414
	Kurtosis	.589	.809

I.2.1 Data Deskriptif Lingkungan Kerja

Lingkungan Kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak suportif	14	43.8	43.8	43.8
suportif	18	56.2	56.2	100.0
Total	32	100.0	100.0	

keterlibatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak suportif	21	65.6	65.6	65.6
suportif	11	34.4	34.4	100.0
Total	32	100.0	100.0	

kekompakan rekan kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak suportif	21	65.6	65.6	65.6
	suportif	11	34.4	34.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

dukungan supervisor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak suportif	14	43.8	43.8	43.8
	suportif	18	56.2	56.2	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

otonomi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak suportif	18	56.2	56.2	56.2
	suportif	14	43.8	43.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

orientasi tugas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak suportif	22	68.8	68.8	68.8
	suportif	10	31.2	31.2	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

tekanan kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak suportif	13	40.6	40.6	40.6
	suportif	19	59.4	59.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

kontrol manajerial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak suportif	4	12.5	12.5	12.5
	suportif	28	87.5	87.5	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

kejelasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak suportif	5	15.6	15.6	15.6
	suportif	27	84.4	84.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

inovasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak suportif	13	40.6	40.6	40.6
suportif	19	59.4	59.4	100.0
Total	32	100.0	100.0	

kenyamanan fisik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak suportif	14	43.8	43.8	43.8
suportif	18	56.2	56.2	100.0
Total	32	100.0	100.0	

I.3.1 Data Deskriptif Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen *Hand Hygiene*

Kepatuhan Hand Hygiene

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak patuh	21	65.6	65.6	65.6
patuh	11	34.4	34.4	100.0
Total	32	100.0	100.0	

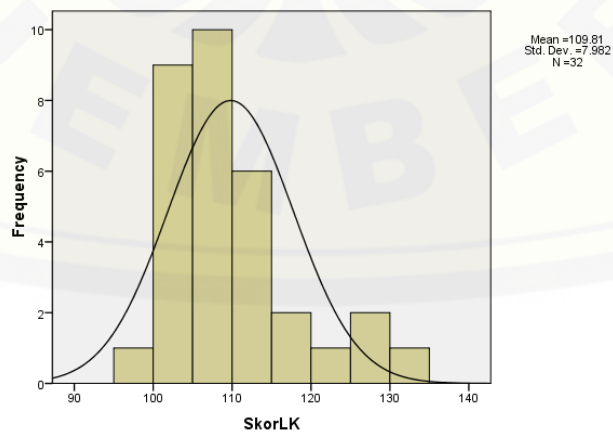
I.4.1 Penentuan Cut Of Point Lingkungan Kerja

Lingkungan Kerja

Lingkungan Kerja

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		109.81
Median		109.00
Std. Deviation		7.982
Skewness		1.051
Std. Error of Skewness		.414

Histogram



Lingkungan Kerja

	keterlibatan	kekompakan rekan kerja	dukungan supervisor	otonomi	orientasi tugas	tekanan kerja	kontrol manajerial	kejelasan	inovasi	kenyamanan fisik
N Valid	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	9.28	9.47	11.81	11.59	9.31	11.59	8.53	15.44	11.50	11.28
Median	9.00	9.00	12.00	11.00	9.00	12.00	8.00	15.00	12.00	12.00
Mode	9	9	11	11	9	12	8	15	12	12
Std. Deviation	1.373	1.244	1.424	1.266	.931	1.266	1.077	1.645	.950	1.442
Skewness	-.386	.290	-.076	.741	.589	-.072	.905	1.417	-.722	-.047
Std. Error of Skewness	.414	.414	.414	.414	.414	.414	.414	.414	.414	.414
Minimum	5	7	8	9	7	9	7	13	9	8
Maximum	12	12	15	15	12	14	11	20	13	15

keterlibatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	1	3.1	3.1	3.1
8	6	18.8	18.8	21.9
9	14	43.8	43.8	65.6
10	5	15.6	15.6	81.2
11	4	12.5	12.5	93.8
12	2	6.2	6.2	100.0
Total	32	100.0	100.0	

kekompakan rekan kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7	2	6.2	6.2	6.2
8	2	6.2	6.2	12.5
9	17	53.1	53.1	65.6
10	3	9.4	9.4	75.0
11	6	18.8	18.8	93.8
12	2	6.2	6.2	100.0
Total	32	100.0	100.0	

dukungan supervisor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8	1	3.1	3.1	3.1
	10	3	9.4	9.4	12.5
	11	10	31.2	31.2	43.8
	12	9	28.1	28.1	71.9
	13	5	15.6	15.6	87.5
	14	3	9.4	9.4	96.9
	15	1	3.1	3.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

otonomi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9	1	3.1	3.1	3.1
	10	3	9.4	9.4	12.5
	11	14	43.8	43.8	56.2
	12	8	25.0	25.0	81.2
	13	3	9.4	9.4	90.6
	14	2	6.2	6.2	96.9
	15	1	3.1	3.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

orientasi tugas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	1	3.1	3.1	3.1
	8	2	6.2	6.2	9.4
	9	19	59.4	59.4	68.8
	10	7	21.9	21.9	90.6
	11	2	6.2	6.2	96.9
	12	1	3.1	3.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

tekanan kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9	1	3.1	3.1	3.1
	10	7	21.9	21.9	25.0
	11	5	15.6	15.6	40.6
	12	12	37.5	37.5	78.1
	13	5	15.6	15.6	93.8
	14	2	6.2	6.2	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

kontrol manajerial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	4	12.5	12.5	12.5
	8	14	43.8	43.8	56.2
	9	10	31.2	31.2	87.5
	10	1	3.1	3.1	90.6
	11	3	9.4	9.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

kejelasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13	2	6.2	6.2	6.2
	14	3	9.4	9.4	15.6
	15	21	65.6	65.6	81.2
	17	1	3.1	3.1	84.4
	18	2	6.2	6.2	90.6
	19	2	6.2	6.2	96.9
	20	1	3.1	3.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

inovasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9	1	3.1	3.1	3.1
	10	4	12.5	12.5	15.6
	11	8	25.0	25.0	40.6
	12	16	50.0	50.0	90.6
	13	3	9.4	9.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

kenyamanan fisik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8	1	3.1	3.1	3.1
	9	2	6.2	6.2	9.4
	10	8	25.0	25.0	34.4
	11	3	9.4	9.4	43.8
	12	14	43.8	43.8	87.5
	13	3	9.4	9.4	96.9
	15	1	3.1	3.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

I.2 Analisis Bivariat 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

Lingkungan Kerja * Kepatuhan Hand Hygiene Crosstabulation

			Kepatuhan Hand Hygiene		Total
			tidak patuh	patuh	
Lingkungan Kerja	tidak suportif	Count	11	3	14
		% within Lingkungan Kerja	78.6%	21.4%	100.0%
	suportif	Count	10	8	18
		% within Lingkungan Kerja	55.6%	44.4%	100.0%
Total		Count	21	11	32
		% within Lingkungan Kerja	65.6%	34.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.849 ^a	1	.174		
Continuity Correction ^b	.970	1	.325		
Likelihood Ratio	1.905	1	.168		
Fisher's Exact Test				.266	.163
Linear-by-Linear Association	1.791	1	.181		
N of Valid Cases ^b	32				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.81.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Lingkungan Kerja (tidak suportif / suportif)	2.933	.605	14.231
For cohort Kepatuhan Hand Hygiene = tidak patuh	1.414	.862	2.321
For cohort Kepatuhan Hand Hygiene = patuh	.482	.156	1.490
N of Valid Cases	32		

LAMPIRAN J. HASIL PENELITIAN

Gambar 1. Kegiatan pengisian lembar *inform consent* dan kuesioner kepada responden di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember oleh Silvi Anita Uslatu Rodyah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 2. Kegiatan observasi kepada responden di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember oleh Silvi Anita Uslatu Rodyah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 3. Kegiatan observasi kepada responden di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember oleh Silvi Anita Uslatu Rodyah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 4. Kegiatan observasi kepada responden di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember oleh Silvi Anita Uslatu Rodyah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

LAMPIRAN K. SURAT IJIN DAN SURAT KETERANGAN PENELITIAN

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 166 /UN25.1.14/SP/2015 Jember, 19 Januari 2015
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan
Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Silvi Anita Uslatu Rodyah
N I M : 112310101035
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul : Hubungan Lingkungan Kerja dengan Pelaksanaan 5 Momen Hand Hygiene
lokasi : 1. Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember
2. Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



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



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. 1. Direktur RS. Paru Kab. Jember
 2. Direktur RSU. Kaliwates Kab. Jember
 di -

J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/80/314/2015

Tentang

STUDI PENDAHULUAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
 2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember
- Memperhatikan : Surat dari Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Universitas Jember tanggal 19 Januari 2015 Nomor : 166/UN25.1.14/SP/2015 perihal Permohonan Melaksanakan Studi Pendahuluan

MEREKOMENDASIKAN

Nama /NIM : Silvi Anita Uslatu Rodyah 112310101035
 Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan studi pendahuluan dengan judul :
 "Hubungan Lingkungan Kerja dengan Pelaksanaan 5 Momen Hand Hygiene"
 Lokasi : RS. Paru dan RSU. Kaliwates Jember
 Tanggal : 19-01-2015 s/d 19-02-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 19-01-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris



Drs. MOH. HASYIM, M.Si.
 Pembina Tingkat I
 195902131982111001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
 2. Arsip ybs.



PT. ROLAS NUSANTARA MEDIKA
RUMAH SAKIT UMUM KALIWATES

Alamat Kantor : Diah Pitaloka 1 Jember
Telepon : (0331) 485967
Fax : (0331) 483805

E-mail : rskaliwates@ptpn12.com
Website :-

SURAT KETERANGAN

No. : 6 / KET / X / 2015

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : drg Bambang Satriadi
Jabatan : Kepala RSU Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika - Jember
Alamat : Jl. Diah Pitaloka No. 4 A Jember

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : Silvi Anita Uslatu Rodyah
Instansi : Universitas Jember
Program Studi : Prodi Ilmu Keperawatan
NIM : 112310101035
Judul : "Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momenhand Hygiene di Ruang Rawat Inap RSU Kaliwates PT. Rolas Nusantara Medika Jember"

Yang bersangkutan telah melaksanakan Studi Pendahuluan dari tanggal 19 Januari 2015 s/d 19 February 2015.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.-

Jember, 23 Februari 2015
PT Rolas Nusantara Medika
Kaliwates



drg Bambang Satriadi



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

**PERNYATAAN UJI KOMPETENSI PENGGUNAAN
LEMBAR OBSERVASI *HAND HYGIENE***

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Nurfika Asmaningrum, M. Kep

NIP : 1980011 200912 2002

Sebagai penguji KOMPETENSI penggunaan lembar observasi

Telah melakukan uji simulasi penggunaan lembar observasi *hand hygiene*, yang dilakukan oleh:

Nama : Silvi Anita Uslatu Rodyah

NIM : 112310101035

Yang mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Lingkungan Kerja dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember”

Setelah dilakukan uji kemampuan observasi *hand hygiene*, maka dinyatakan memenuhi syarat untuk menggunakan lembar observasi tersebut dalam proses penelitian. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Jember, 31 Maret 2015

Penguji

Ns. Nurfika Asmaningrum, M. Kep

NIP 1980011 200912 2002 .



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 773 /UN25.1.14/SP/2015

Jember, 25 Maret 2015

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan
Uji Validitas

Yth. Direktur RSUD Kalisat
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Silvi Anita Uslatu Rodyah

N I M : 112310101035

keperluan : permohonan ijin melaksanakan uji validitas

judul penelitian : Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen Hand Hygiene di Ruang Rawat Inap RSUD Kaliwates PT Rolas Nusantara Medica Jember

lokasi : RSUD Kalisat Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon bantuan Saudara untuk memberi ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan uji validitas sesuai dengan judul di atas.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,
Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Direktur RSD. Kalisat Kab. Jember
di –
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/464/314/2015

Tentang

UJI VALIDITAS

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember

Memperhatikan : Surat Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 30 Maret 2015 Nomor : 801/UN25.1.14/SP/2015 perihal Ijin Melaksanakan Uji Validitas.

MEREKOMENDASIKAN

Nama /NIM. : Silvi Anita Uslatu Rodyah 112310101035
Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Keperluan : Melaksanakan Uji Validitas dengan judul :
"Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen Hand Hygiene di Ruang Rawat Inap RSU Kaliwates PT Rolas Nusantara Medica Jember".
Lokasi : RSD. Kalisat Kabupaten Jember
Tanggal : 31-03-2015 s/d 30-04-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 31-03-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris



Drs. MOH. HASYIM, M.Si.
Peminda Tingkat I
195002131982111001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
2. Ybs



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT**

Jln. MH. Thamrin No. 31 Telp. (0331) 591038 Fax (0331) 593997 Kalisat – Jember
Email : rskalisat@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 800/872 /35.09.612/2015

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : drg. KUNIN NASIHAH., M.Kes.
NIP : 19650502 199303 2 004
Pangkat/ Golongan : Pembina, IV/ A
Jabatan : Direktur

Menerangkan :

Nama : SILVI ANITA USLATU RODYAH
NIM : 112310101035
Program Studi : S1 Keperawatan

Telah melaksanakan Uji Validitas di Ruang Rawat Inap RSD Kalisat dengan judul penelitian “Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen Hand Hygiene di Ruang Rawat Inap RSU Kaliwates PT Rolas Nusantara Medica Jember”.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.



Jember, 6 Mei 2015

DIREKTUR

drg. KUNIN NASIHAH., M.Kes.
NIP. 19650502 199303 2 004



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 796 /UN25.1.14/LT/2015

Jember, 30 Maret 2015

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Silvi Anita Uslatu Rodyah

N I M : 112310101035

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : 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

lokasi : Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,

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



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818
e-Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : 416 /UN25.3.1/LT/2015 30 Maret 2015
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Direktur
Rumah Sakit Umum Kaliwates
di -

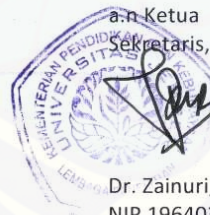
JEMBER

Memperhatikan surat Ketua dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 796/UN25.1.14/LT/2015 tanggal 30 Maret 2015, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Silvi Anita Uslatu Rodyah/112310101035
Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Alamat / HP : Jl. Brantas No. 29A Jember/HP.
Judul Penelitian : 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
Lokasi Penelitian : Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika Jember
Lama Penelitian : Dua bulan (30 Maret 2015 - 30 Mei 2015)

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

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.



Dr. Zainuri, M.Si
NIP 196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Ketua PSIK
Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



PT. ROLAS NUSANTARA MEDIKA
RUMAH SAKIT UMUM KALIWATES

Alamat Kantor : Diah Pitaloka 1 Jember
Telepon : (0331) 485967
Fax : (0331) 483805

E-mail : rskaliwates@ptpn12.com
Website : -

SURAT KETERANGAN

No. : 25 / KET / X / 2015

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : drg Bambang Satriadi
Jabatan : Kepala RSU Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika - Jember
Alamat : Jl. Diah Pitaloka No. 4 A Jember

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Silvi Anita Uslatu Rodyah
Instansi : Universitas Jember
Program Studi : Prodi Ilmu Keperawatan
NIM : 112310101035
Judul : “ Hubungan Lingkungan Kerja Perawat Dengan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan 5 Momen Hand Hygiene di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kaliwates PT Rolas Nusantara Medika”

Yang bersangkutan telah melakukan penelitian mulai tanggal 12 April sd 10 Mei 2015

Demikian Surat Keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.-

Jember, 30 Mei 2015
PT Rolas Nusantara Medika
Kaliwates











Bambang Satriadi
Bambang Satriadi

LAMPIRAN L. LEMBAR KONSULTASI





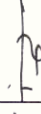
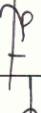
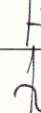

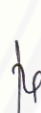


**KARTU BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep

NIP : 198001122009122002

Hari, Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Rabu, 27 Agustus 2014	Penetapan tema dan masalah penelitian	Cari lagu dan tarian cuci tangan yang relevan	
Rabu, 3 September 2014	Konsultasi tema dan judul penelitian	Pertimbangkan untuk pelaksanaan cuci tangan di remaja	
Rabu, 10 September 2014	Konsultasi tema dan judul penelitian	Analisis variabel dependen yang akan digunakan	
Senin, 15 September 2014	Konsultasi judul dan Bab I-II	Pertajam masalah dan perbaiki Bab I	
Senin, 23 September 2014	Konsultasi Bab I-III dan lokasi penelitian	Analisis lokasi penelitian dengan studi pendahuluan, perbaiki Bab I	
Jum'at, 26 September 2014	Konsultasi bab I-III dan studi pendahuluan	Pertajam studi pendahuluan	
Selasa, 30 September 2014	Konsultasi hasil studi pendahuluan	Perbaiki sesuai sistematika latar belakang	
Kamis, 27 November 2014	Tema dan judul masalah	Eksplorasi mendalam mengenai substansi	






		masalah	
Rabu, 3 Desember 2014	Penetapan tema dan judul	Justifikasi sebuah basis pendakatan teori yang digunakan	Et
Rabu, 24 Desember 2014	Konsultasi judul dan basis teori yang digunakan	Spesifikasi pada faktor yang mempengaruhi <i>hand hygiene</i> (Lingkungan)	Et
Senin, 29 Desember 2014	Konsultasi Bab I	Perbaiki latar belakang dan tujuan, lanjut bab II	Et
Jum'at, 16 Januari 2015	Konsultasi Bab I-III	Perbaiki Bab I, II, III (kerangka konsep)	Et
Selasa, 27 Januari 2015	Konsultasi Bab I-III, studi pendahuluan	Perbaiki studi pendahuluan, latar belakang dan Bab II	Et
Kamis, 5 Februari 2015	Konsultasi Bab I-III, studi pendahuluan	Perbaiki dan tambahkan dampak atau apakah pentingnya penelitian dilakukan dan mulai singgung Bab IV	Et
Selasa, 10 Februari 2015	Konsultasi Bab IV	Justifikasi hasil studi pendahuluan untuk instrumen	Et
Kamis, 12 Februari 2015	Konsultasi instrument penelitian	Pertajam indikator untuk WES	Et
Jum'at, 20 Februari 2015	Konsultasi Bab I-IV, instrument penelitian	Perbaikan Final, ACC Seminar Proposal	Et
Senin, 23 Maret 2015	Konsultasi revisi proposal skripsi	Perbaiki sampel penelitian	Et





Rabu, 25 Maret 2015	Konsultasi revisi proposal skripsi	Kaji pendukung untuk lingkungan kerja di unit perawatan intensif dan non intensif	
Kamis, 26 Maret 2015	Konsultasi sampel penelitian	ACC revisi, lanjut uji SOP dan uji validitas	
Selasa, 31 Maret 2015	Konsultasi uji simulasi lembar observasi <i>hand hygiene</i>	ACC Uji SOP, Lanjut analisis uji validitas dan reliabilitas	
Kamis, 09 April 2015	Konsultasi uji validitas kuesioner lingkungan kerja	ACC uji validitas, lanjut uji interrater	
Selasa, 14 April 2015	Konsultasi hasil uji interrater	Akumulasi hitung untuk 10 responden	
Selasa, 14 April 2015	Konsultasi hasil uji interrater	ACC untuk pengambilan data penelitian	
Selasa, 12 Mei 2015	Konsultasi hasil penelitian	Olah data dan sajikan sesuai dengan tujuan	
Senin, 18 Mei 2015	Konsultasi Bab V dan Bab VI	Perbaiki penyajian data, perdalam pembahasan	
Selasa, 19 Mei 2015	Konsultasi Bab V dan Bab VI	Perbaiki pembahasan dan pastikan OR	
Rabu, 27 Mei 2015	Konsultasi pembahasan, abstrak dan ringkasan	Perbaiki pembahasan, perbaiki ringkasan dan abstrak	
Senin, 1 Juni 2015	Revisi Bab V dan VI	Revisi oke, ACC persiapan ujian sidang	

**KARTU BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep

NIP : 198108112010122002

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Jum'at, 26 September 2015	Penetapan tema dan judul penelitian	<ul style="list-style-type: none"> - Sebaiknya jika pada remaja fokus ke kesehatan reproduksi - Perkuat tema yang akan di ambil 	
Senin, 12 Januari 2015	Konsultasi judul dan Bab I	<ul style="list-style-type: none"> - Analisis kuesioner yang akan di adopsi - Pertimbangkan pengukuran 5 momen <i>hand hygiene</i> - Perbaiki Bab I, lanjut Bab IV 	
Rabu, 4 Februari 2015	Konsultasi Bab I-IV	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki kerangka teori - Pertimbangkan pengukuran observasi <i>hand hygiene</i> 	
Senin, 23 Februari 2015	Konsultasi Bab I-IV	Perbaiki sesuai saran	
Jum'at, 27 Februari 2015	Konsultasi Bab IV	ACC seminar proposal	

Kamis, 9 April 2015	Konsultasi revisi proposal skripsi	Lanjut uji interrater	
Selasa, 14 April 2015	Konsultasi uji interrater	ACC uji interrater, lanjut ambil data penelitian	
Kamis, 21 Mei 2015	Konsultasi hasil dan pembahasan penelitian	Perbaiki sesuai saran	
Senin, 1 Juni 2015	Konsultasi Bab V	Perbaiki sistematika penulisan	
Rabu, 3 Juni 2015	Konsultasi Bab V dan Bab VI	ACC Sidang	