

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU
CUCI TANGAN PERAWAT RUANG INTENSIVE
DI RSUD TAMAN HUSADA BONTANG**

SKRIPSI



Diajukan Oleh:
Endah Rundiati

NIM. 13.11308230832

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2015**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Endah Rundiati

Nim : 1311308230832

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku
Cuci Tangan Perawat Ruang Intensive Di RSUD
Taman Husada Bontang.

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No. 17, tahun 2010).

Samarinda, 12 Februari 2015

Endah Rundiati
NIM 13.11308230832

LEMBAR PERSETUJUAN
HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU
CUCI TANGAN PERAWAT RUANG INTENSIVE
DI RSUD TAMAN HUSADA BONTANG

SKRIPSI

Disusun Oleh :

ENDAH RUNDIYATI

NIM. 13. 11308230832

Disetujui untuk diujikan

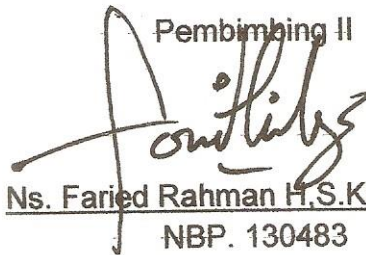
Pada tanggal, 13 FEBRUARI 2015

Pembimbing I



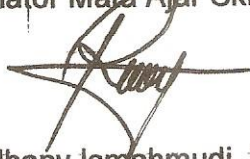
Ns. Siti Khoiroh M, M.Kep
NIDN. 1115017703

Pembimbing II



Ns. Faried Rahman H, S.Kep, M.Kes
NBP. 130483

Mengetahui,
Koordinator Mata Ajar Skripsi



NS. Ramdhany Ismahmudi, S.Kep.
NIDN.1110087901

LEMBAR PENGESAHAN
HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU
CUCI TANGAN PERAWAT RUANG INTENSIVE
DI RSUD TAMAN HUSADA BONTANG

SKRIPSI

Disusun Oleh :

ENDAH RUNDIYATI

NIM. 13. 11308230832

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 13 FEBRUARI 2015

Penguji I



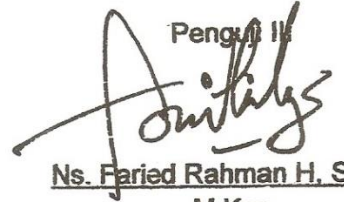
Dr. Andri Praja S. K.Kep. M.Sc
NIDN. 1104068405

Penguji II



Ns. Siti Khoiroh M. M.Kep
NIDN. 1115017703

Penguji III



Ns. Faried Rahman H. S.Kep.
M.Kes
NBP. 130483

Mengetahui,
Ketua

Program Studi S1 Keperawatan



Ns. Siti Khoiroh M. M.Kep
NIDN. 1115017703

Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Cuci Tangan Perawat Ruang *Intensive* di RSUD Taman Husada Bontang

Endah Rundiyati¹, Siti Khoiroh Muflihatin², Faried Rahman Hidayat²

INTISARI

Latar belakang: Saat ini perhatian terhadap infeksi nosokomial di sejumlah rumah sakit cukup tinggi tanpa terkecuali RSUD Taman Husada Bontang. Program pencegahan dan pengendalian infeksi serta sarana kesehatan di RSUD Taman Husada Bontang selain sebagai tolak ukur untuk menilai mutu pelayanan juga digunakan sebagai pelindung pasien, petugas rumah sakit dan keluarga pasien dari resiko infeksi nosokomial. Salah satu usaha pencegahan infeksi nosokomial yakni dengan melakukan cuci tangan yang baik dan benar.

Tujuan: Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang.

Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan rancangan *cross-sectional*. Pengambilan sampel menggunakan *total sampling* dengan total sampel 54 responden. Instrumen yang digunakan adalah instrumen pengetahuan dan perilaku yang bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan perilaku dalam bentuk kuesioner.

Hasil: Didapatkan hasil bahwa tingkat pengetahuan perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada dalam kategori cukup (53,7%) dan memiliki perilaku mencuci tangan kategori baik (87,0%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang ($p \text{ value} = 0,001$).

Kesimpulan: Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang

Kata Kunci: Infeksi nosokomial, pengetahuan, perilaku

¹ Mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

Relationship of Knowledge with The Behavior Of Hand Wash Room Nurses Intensive in the Taman Husada Hospital Bontang

Endah Rundiyati¹, Siti Khoiroh Muflihatin², Faried Rahman Hidayat²

ABSTRACT

Background: Currently attention to nosocomial infections in hospitals is high enough without exception Hospital Taman Husada Bontang. Infection prevention and control programs as well as health facilities in hospitals Taman Husada Bontang than as a benchmark for assessing the quality of service is also used as a protector of patients, hospital staff and relatives of patients from the risk of nosocomial infections. One of the nosocomial infection prevention efforts to do good hand washing and correct.

Objective: To determine the correlation between knowledge with handwashing nurse in the intensive care hospitals Taman Husada Bontang.

Methods: The study was a descriptive correlation with cross-sectional design. Sampling using total sampling with a total sample of 54 people. Digaunakan instrument is an instrument of knowledge and behavior that aims to determine the level of knowledge and behavior in the form of a questionnaire.

Results: It was found that the level of knowledge of the intensive care nurses in hospitals Taman Husada Bontang in enough categories (53.7%) and had a good handwashing behavior category (87.0%). Statistical analysis showed that there is a level of knowledge with handwashing nurse in the intensive care hospitals Taman Husada Bontang (p value = 0.001).

Conclusion: There is a relationship between the level of knowledge with handwashing nurse in the intensive care hospitals Taman Husada Bontang

Keywords: Nosocomial infections, knowledge, behavior

Students STIKES Muhammadiyah 1 Samarinda
2 Lecturer STIKES Muhammadiyah Samarind

BAB III METODE PENELITIAN	42
A. Rancangan Penelitian	42
B. Populasi dan Sampel	42
C. Waktu dan Tempat Penelitian	44
D. Definisi Operasional	45
E. Instrumen Penelitian.....	46
F. Uji Validitas dan Reliabilitas	48
G. Teknik Pengumpulan Data	54
H. Teknik Analisa Data	55
I. Jalannya Penelitian	59
J. Etika Penelitian	61
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	64
A. Hasil penelitian	64
B. Pembahasan.....	72

KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UMKT SAMARINDA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hand hygiene merupakan istilah umum yang berlaku baik untuk mencuci tangan, cuci tangan dengan antiseptik, maupun *handrub* antiseptik. Pada tahun 1988 dan 1995, pedoman mencuci tangan dan antisepsis tangan diterbitkan oleh *Association for Professionals in Infection Controls (APIC)*. Pada tahun 2009, WHO mencetuskan *global patient safety challenge* dengan *clean care is safe care*, yaitu merumuskan inovasi strategi penerapan *hand hygiene* untuk petugas kesehatan dengan *my five moments for hand hygiene*.

Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan melalui upaya kesehatan dalam rangkaian pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu yang didukung oleh suatu sistem kesehatan nasional. Pemerintah telah menyusun kebijakan nasional dengan menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes RI) nomor 270 tahun 2007 tentang pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain. Pemerintah juga telah menerbitkan Kepmenkes 382 tahun 2007 tentang pedoman pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

Saat ini perhatian terhadap infeksi nosokomial di sejumlah rumah sakit cukup tinggi. Program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan sarana kesehatan sebagai tempat pelayanan kesehatan, disamping sebagai tolak ukur mutu pelayanan juga untuk melindungi pasien, petugas rumah sakit, pengunjung dan keluarga pasien dari resiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas atau berkunjung ke suatu rumah sakit atau sarana kesehatan yang lain. Rumah sakit merupakan tempat merawat pasien dengan berbagai kondisi. keadaan ini memungkinkan terjadinya infeksi nasokomial, salah satu usaha pencegahan infeksi nosokomial adalah dengan cara cuci tangan.

Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Rata-rata pendidikan perawat di RSUD Taman Husada Bontang minimal Diploma III dan Sarjana Keperawatan, sehingga bisa dikatakan tingkat pendidikannya tinggi. Pengetahuan cuci tangan dapat diperoleh dari poster-poster ataupun petunjuk cuci tangan sesuai standar pada tiap unit perawatan. Adanya pengetahuan akan cuci tangan yang benar bisa memberikan perlindungan terhadap

penularan atau kontaminasi silang penyakit dari satu pasien ke pasien lainnya.

Salah satu strategi yang sudah terbukti bermanfaat dalam pengendalian infeksi nosokomial adalah peningkatan kemampuan petugas kesehatan dalam metode *universal precautions* (kewaspadaan universal), yaitu suatu cara penanganan baru untuk meminimalkan pajanan darah dan cairan tubuh dari semua pasien, tanpa memperdulikan status infeksi.

Setiap tahun, ratusan juta pasien di seluruh dunia dipengaruhi oleh infeksi terkait perawatan kesehatan. Lebih dari setengah dari infeksi dapat dicegah dengan membersihkan tangan saat melakukan perawatan pasien. Infeksi yang terjadi akibat perawatan kesehatan ini biasanya terjadi ketika kuman yang ditransfer oleh tangan penyedia layanan kesehatan menyentuh pasien. Dari 100 pasien rawat inap, setidaknya 7 di Negara maju dan 10 di Negara-negara berkembang akan memperoleh infeksi terkait perawatan kesehatan. Diantara pasien sakit kritis dan rentan di unit perawatan intensive, angka itu meningkat menjadi sekitar 30/100 (WHO, 2013).

Prosedur perawatan pasien memungkinkan terkolonisasinya kuman di tangan petugas kesehatan, sehingga timbul indikasi cuci tangan. Kebiasaan pelaksanaan prosedur cuci tangan sesudah kontak, karena banyaknya petugas kesehatan yang kurang

menyadari pentingnya cuci tangan sebelum memulai pekerjaannya. Padahal, jika melakukan praktek cuci tangan, pasien mungkin terlindungi dari organisme *pathogen* yang dibawa petugas kesehatan. Kebersihan tangan merupakan salah satu tindakan penting dalam tata laksana pasien kritis yang dirawat di unit perawatan intensif (*intensive care unit / ICU*). Pasien kritis yang dirawat di ICU umumnya rentan terhadap infeksi nasokomial akibat daya tahan tubuh rendah dan pemasangan *kateter invasive multiple*. Salah satu tolok ukur keberhasilan pencegahan dan pengendalian infeksi di ICU adalah ada tidaknya transmisi oleh kuman *Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)* dengan melakukan salah satu tindakan yaitu kebersihan tangan.

Menjaga kebersihan tangan yang baik selama perawatan kesehatan dengan menggunakan antiseptik berbasis alkohol tangan atau mencuci tangan dengan sabun dan air jika terlihat kotor mengurangi resiko infeksi tersebut. Kebersihan tangan adalah solusi sederhana dan efektif untuk mengurangi penyebaran infeksi dan kuman *multiresisten*, dan untuk melindungi pasien dari infeksi terkait perawatan kesehatan.

Program pencegahan dan pengendalian infeksi di ICU tidak akan berhasil bila tidak memperhatikan kebersihan tangan. Meskipun kebersihan tangan merupakan suatu tindakan yang mudah, tapi dalam praktik sehari-hari masih jauh dari memuaskan

apalagi jika dikaitkan dengan *patient safety*. Perilaku cuci tangan perawat merupakan salah satu faktor yang mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan perawat dalam pencegahan terjadinya infeksi nasokomial. Perawat mempunyai andil yang sangat besar terhadap terjadinya infeksi nasokomial, karena perawat berinteraksi secara langsung dengan pasien selama 24 jam (RSPI Sulianti Saroso, 2005).

Data yang ada di RSUD Taman Husada Bontang pada tahun 2013, sesuai rekapitan hasil audit *hand hygiene scoring* yang didapatkan adalah terendah 0 % dan tertinggi 16 % pada tiap-tiap ruangan rawat inap. Resistensi kuman yang ada pada kultur pasien di ICU, seperti *acinobacter baumannii*, *enterobacter cloacae*, *staphylococcus haemolyticus*, *staphylococcus hominis*, *streptococcus viridians*, *Escherichia coli*, *pseudomonas aeruginosa*, *anterobacter cloacae*, *aeromonas hydrophilia*, *klebsiella pneumonia*.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan kepada 10 orang tenaga kesehatan dengan teknik wawancara, 7 orang mengatakan mereka mengetahui tentang pentingnya mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien, 2 orang mengatakan cuci tangan hanya dilakukan sesudah kontak dengan pasien, dan 1 orang mengatakan tidak perlu mencuci tangan bila tidak bersentuhan dengan cairan tubuh pasien.

Selain itu, berdasarkan pengamatan langsung ditemukan perilaku cuci tangan petugas kesehatan yang belum sesuai standar yaitu tidak menggunakan prinsip *Five Moments of Hand Hygiene*, padahal pengetahuan tentang cuci tangan sangat bermanfaat baik untuk petugas kesehatan dan untuk pasien juga. Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat ruang *intensive* RSUD Taman Husada Bontang.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui karakteristik responden perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang.

- b. Untuk menggambarkan tingkat pengetahuan cuci tangan perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang.
- c. Untuk mengetahui perilaku perawat ruang *intensive* dalam melakukan cuci tangan di RSUD Taman Husada Bontang.
- d. Untuk menganalisis hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat di ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pihak rumah sakit

Sebagai masukan dalam rangka upaya pelaksanaan *universal precaution* khususnya cuci tangan lebih diperhatikan lagi.

2. Bagi perawat

Sebagai masukan dalam menerapkan prosedur cuci tangan untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

3. Bagi pasien

Dapat menurunkan resiko kejadian infeksi nasokomial, sehingga dapat memperpendek hari rawat inap dan biaya perawatan rumah sakit.

4. Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan untuk menambah wawasan dan pedoman dalam upaya mencegah infeksi nasokomial yang berhubungan dengan perilaku cuci tangan.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Hasilnya dapat digunakan sebagai pedoman atau gambaran untuk melakukan penelitian selanjutnya.

E. Keaslian penelitian

Penelitian serupa dengan penelitian yang sedang dilakukan peneliti adalah :

1. Penelitian yang dilakukan oleh Jamaludin (2012) yang berjudul, "Kepatuhan Cuci Tangan 5 Momen di Unit Perawatan Intensif". Penelitian dilakukan dengan cara observasi menggunakan desain pretest dan posttest dengan menggunakan sosialisasi mencuci tangan 5 momen dalam bentuk kuliah dan diskusi sebagai bentuk intervensi. Pengukuran tingkat pengetahuan dilakukan sebanyak 2 kali, yaitu sebelum kuliah sosialisasi mencuci tangan 5 momen dan sesudah kuliah sosialisasi mencuci tangan 5 momen. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan adalah pada desain penelitian. Pada penelitian yang dilakukan oleh Jamaludin, desain penelitian menggunakan komparatif, yaitu untuk

membandingkan pengaruh sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, sedangkan pada penelitian yang dilakukan menggunakan desain penelitian korelasi, yaitu untuk melihat hubungan antara variabel independen (tingkat pengetahuan cuci tangan) dengan variabel dependen (perilaku cuci tangan). Selain itu, perbedaan terletak pada variabel yang diteliti. Pada penelitian yang dilakukan oleh Jamaludin, variabel yang diteliti adalah 5 momen cuci tangan, sedangkan pada penelitian yang dilakukan, variabel yang diteliti hanya melihat perilaku cuci tangan pada satu waktu saja. Selain itu, perbedaan terletak pada analisa data yang dilakukan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Jamaludin, analisa bivariat menggunakan Uji-t berpasangan, sedangkan pada penelitian yang dilakukan, analisa bivariat menggunakan *Kolmogorov-Smirnov*.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Rabbani (2013) dengan judul, "Hubungan Pengetahuan Terhadap Perilaku Cuci Tangan Petugas Kesehatan di Bagian Ilmu Kesehatan Anak BLU RSUP Prof DR RD Kandau Manado". Penelitian dilakukan dengan menggunakan desain observasi dengan studi korelasi. Analisa bivariat dilakukan dengan menggunakan *Chi Square*. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan adalah subjek penelitian dan metode penelitiannya menggunakan *Kolmogorov-Smirnov*. Pada penelitian yang

dilakukan oleh Rabbani, subjek penelitian adalah petugas kesehatan di ruang perawatam biasa, sedangkan pada penelitian yang dilakukan, subjek penelitian adalah petugas kesehatan di ruang *intensive*.

3. Penelitian yang dilakukan Endang (2013) dengan judul "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Siswa Sekolah Dasar". Penelitian Menggunakan Metode penelitian *quasi eksperiment* dengan desain yang digunakan adalah *pretest-posttest control group design*, analisis data menggunakan *uji paired t-test* *uji independent t-test*. Perbedaan dengan penelitian ini adalah menggunakan rancangan *deskriptif korelasi*, dengan analisis bivariatnya menggunakan *Kolmogorov-Smirnov*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengetahuan

a. Definisi pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu , dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar, pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmojo,2011). Pengetahuan (*knowledge*) juga diartikan sebagai hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, dan sebagainya), dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan. Hal tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek (Notoatmojo, 2007).Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya dan berbeda dengan kepercayaan (*believes*), takhayul (*superstition*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*mis information*) (Soekanto, 2003).

b. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda-beda. Pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yaitu: (Notoatmojo, 2010)

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu obyek bukan sekedar tahu terhadap obyek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang obyek yang diketahui tersebut.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila seseorang yang telah memahami obyek yang dimaksud dapat menggunakan

atau mengaplikasikan prinsip yang telah diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan dan mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau obyek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang telah sampai pada tingkat analisis adalah apabila seseorang tersebut telah dapat membedakan, atau mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas obyek tersebut.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Mubarak (2007) ada 7 faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang:

1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Begitupun sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi.

2. Pekerjaan

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

3. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada 4 kategori perubahan, yaitu: perubahan ukuran, perubahan

proporsi, hilangnya cirri-ciri lama dan timbulnya cirri-ciri baru.

Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis dan mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.

4. Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih dalam.

5. Pengalaman

Adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap obyek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif.

6. Kebudayaan

Kebudayaan lingkungan sekitar, apabila dalam suatu wilayah memiliki budaya untuk menjaga kebersihan

lingkungan, maka masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.

7. Informasi

Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

d. Cara-cara memperoleh pengetahuan:

1) Cara kuno

a) Cara coba salah

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba. Kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan

b) Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal atau informal, ahli agama, pemegang pemerintah, dan berbagai prinsip orang lain yang menerima yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji

terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri

c) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

2) Cara modern

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer atau disebut metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh Deobold Van Daven. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah.

e. Pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan (Notoatmojo, 2003) dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Menurut Aswar (2010), pengkategorian tingkat pengetahuan digolongkan menjadi, yaitu:

1) Baik : jika skor 20-23

2) Cukup : jika skor 12-19

3) Kurang : jika skor 0-11

2. Perilaku

a. Konsep perilaku

Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu tindakan dari manusia itu sendiri. Perilaku manusia mempunyai bentangan sangat luas, mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan sebagainya. Jadi dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Skiner, seorang ahli psikologi seperti yang dikutip Notoatmojo (2003), menyatakan bahwa perilaku merupakan respon terhadap stimulus yang diterima dari luar. Oleh karena ada stimulus tersebut, maka akan terjadi perilaku pada organisme tersebut yang merupakan respon. Sehingga teori ini dinamakan "S-O-R" atau "*Stimulus-Organism-Respon*". Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi 2:

1) Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Seseorang dalam memberikan respon terhadap suatu stimulus masih terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan / kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2) Perilaku terbuka (*overt Behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Perilaku manusia itu didorong oleh motif tertentu sehingga manusia berperilaku. Dalam hal ini ada beberapa teori tentang perilaku (Machfoedz dan Suryani, 2007):

1) Teori naluri (*instinc theory*)

Menurut Mc Dougall perilaku ini disebabkan oleh naluri, dan Mc Dougall mengajukan suatu daftar naluri. Naluri merupakan perilaku yang *innate*, perilaku bawaan, dan naluri akan mengalami perubahan karena pengalaman. Pendapat Mc Dougall ini mendapat tanggapan yang cukup tajam dari F. Allport yang

menerbitkan buku psikologi sosial pada tahun 1924, yang berpendapat bahwa perilaku manusia itu disebabkan oleh banyak faktor, termasuk orang-orang yang ada disekitarnya dengan perilakunya.

2) Teori dorongan (*drive theory*)

Teori ini bertitik tolak pada pandangan bahwa organisme ini mempunyai dorongan-dorongan atau *drive* tertentu. Dorongan-dorongan ini berkaitan dengan kebutuhan-kebutuhan organisme yang mendorong organisme berperilaku. Bila organisme itu mempunyai kebutuhan, dan organisme ingin memenuhi kebutuhannya maka akan terjadi ketegangan dalam diri organisme itu. Bila organisme berperilaku dan dapat memenuhi kebutuhannya, maka akan terjadi pengurangan atau reduksi dari dorongan-dorongan tersebut. Oleh karena itu menurut Hull disebut juga teori *drive-reduction*.

3) Teori insentif (*incentive theory*)

Dengan insentif akan mendorong organisme berbuat dan berperilaku. Insentif atau disebut juga *reinforcement* ada yang positif dan negatif. *Reinforcement* positif adalah yang berkaitan dengan hadiah atau award, sedangkan *reinforcement* negatif adalah yang berkaitan dengan

sanksi sehingga dapat menghambat organisme dalam berperilaku. ini berarti bahwa perilaku tumbuh karena adanya *insentif* atau *reinforcement*.

4) Teori atribusi

Teori ini menjelaskan tentang sebab-sebab perilaku orang. Apakah perilaku tersebut disebabkan oleh *disposisi internal* (misal motif, sikap dan lain-lain) ataukah oleh keadaan eksternal. Teori ini dikemukakan oleh Fritz Heider dan teori ini menyangkut lapangan psikologi sosial. Pada dasarnya perilaku manusia itu dapat atribusi *internal*, tetapi juga dapat atribusi *eksternal*.

b. Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner pada pembahasan sebelumnya, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan (Notoatmojo, 2005). Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan

Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah tindakan atau usaha-usaha seseorang untuk menjaga serta meningkatkan kesehatannya agar terhindar dari penyakit.

2. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit serta pemulihan kesehatan bila telah sembuh dari sakit.

3. Perilaku peningkatan kesehatan apabila seseorang dalam keadaan sehat

4. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan (*Health seeking behavior*)

5. Perilaku kesehatan lingkungan.

Perilaku kesehatan lingkungan adalah bagaimana seseorang (organisme) merespon lingkungan terhadap stimulus yang diterima, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dapat disimpulkan bahwa perilaku kesehatan lingkungan adalah upaya-upaya yang dilakukan seseorang dalam mengelola lingkungannya sehingga tidak

menyebabkan sakit baik bagi dirinya sendiri maupun anggota keluarga yang lain serta masyarakat sekitar.

c. Faktor - faktor yang mempengaruhi perilaku :

Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmojo (2007), faktor perilaku dibentuk oleh 3 faktor utama:

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain : pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai dan tradisi.
- 2) Faktor pemungkin (*enabling factors*), yaitu faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan antara lain sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan.
- 3) Faktor penguat (*reinforcing factor*), faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku, misalnya meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya.

3. Cuci tangan

a. Pengertian Cuci Tangan

Menurut Purohito (1995), mencuci tangan merupakan syarat utama yang harus dipenuhi sebelum melakukan tindakan keperawatan. Mencuci tangan adalah membasahi tangan dengan air mengalir untuk menghindari penyakit, agar kuman yang menempel pada tangan benar-benar hilang. Mencuci tangan juga mengurangi pemindahan mikroba ke pasien dan menghambat pertumbuhan mikroorganisme yang berada pada kuku, tangan, dan lengan (Schaffer, et. al., 2000).

Mencuci tangan adalah proses membuang kotoran dan debu secara mekanik dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun dan air (Tietjen, 2004).

Mencuci tangan adalah proses yang secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air (Depkes, 2007).

Mencuci tangan harus dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan dan alat pelindung diri lain. Tindakan ini penting untuk mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat

dikurangi dan lingkungan kerja terjaga dari infeksi (Nursalam dan Ninuk, 2007).

Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir bila tangan terlihat kotor atau terkontaminasi dengan bahan-bahan protein. Gunakan handrub berbasis alkohol secara rutin untuk dekontaminasi tangan, jika tangan tidak terlihat ternoda. Jangan gunakan produk berbasis alkohol setelah menyentuh kulit yang tidak utuh, darah atau cairan tubuh, pada kondisi ini cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan lap / handuk tisu sekali pakai.

b. Tujuan cuci tangan

Tujuan mencuci tangan menurut Depkes (2007) adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi.

c. Indikasi cuci tangan

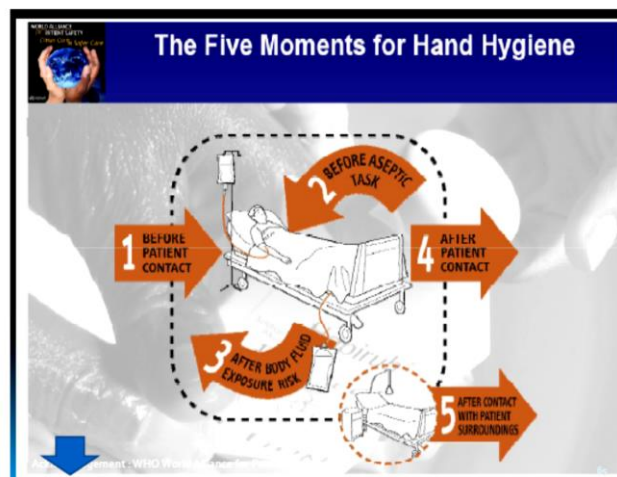
Menurut Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya:

- 1) Segera: setelah tiba di tempat kerja.
- 2) Sebelum:
 - a) kontak langsung dengan pasien.

- b) memakai sarung tangan sebelum pemeriksaan klinis dan tindakan *invasive* (pemberian suntikan *intra vaskuler*).
 - c) menyediakan / mempersiapkan obat-obatan.
 - d) mempersiapkan makanan.
 - e) memberi makan pasien.
 - f) meninggalkan rumah sakit.
- 3) Diantara: prosedur tertentu pada pasien yang sama dimana tangan terkontaminasi, untuk menghindari kontaminasi silang.
- 4) Setelah:
- a) kontak dengan pasien.
 - b) melepas sarung tangan.
 - c) melepas alat pelindung diri
 - d) kontak dengan darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi, eksudat luka dan peralatan yang diketahui atau kemungkinan terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh, ekskresi (bedpen, urinal), apakah menggunakan atau tidak menggunakan sarung tangan.
 - e) menggunakan toilet, menyentuh / melap hidung dengan tangan.

Menurut WHO 5 momen penting cuci tangan:

- 1) Sebelum bersentuhan dengan pasien
- 2) Sebelum melakukan prosedur bersih / steril
- 3) Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien resiko tinggi
- 4) Setelah bersentuhan dengan pasien
- 5) Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien



Gambar 2.1 *The Five Moment For Hand Hygiene* (WHO, 2009)

d. Cara mencuci tangan

Menurut Nursalam dan Ninuk (2007), ada 3 cara cuci tangan yang dilaksanakan sesuai kebutuhan, yaitu :

- 1) Cuci tangan higienik atau rutin

Yaitu mengurangi kotoran dan flora yang ada ditangan dengan menggunakan sabun atau detergen

2) Cuci tangan aseptik

Yaitu cuci tangan sebelum tindakan aseptik pada pasien dengan menggunakan antiseptic

3) Cuci tangan bedah

Yaitu sebelum melakukan tindakan bedah, cara aseptik dengan antiseptik dan sikat steril.

Disamping cara diatas ada alternative cuci tangan yaitu cuci berbasis alkohol, menurut Depkes, cuci tangan alternatif hanya menggantikan cuci tangan higienis/rutin, tidak dapat menggantikan cuci tangan bedah.

e. Persiapan membersihkan tangan

1) Air mengalir

Sarana utama untuk cuci tangan adalah air mengalir dengan saluran pembuangan atau bak penampung yang memadai. Dengan guyuran air mengalir tersebut maka mikroorganisme yang terlepas karena gesekan mekanis atau kimiawi saat cuci tangan akan terhalau dan tidak menempel lagi di permukaan kulit. Air mengalir tersebut dapat berupa kran atau dengan cara mengguyur dengan gayung, namun cara mengguyur dengan gayung memiliki risiko cukup besar untuk terjadinya pencemaran, baik

melalui gagang gayung ataupun percikan air bekas cucian kembali ke bak penampungan air bersih. Air kran bukan berarti harus dari PAM, namun dapat diupayakan secara sederhana dengan tangki berkran di ruang pelayanan / perawatan kesehatan agar mudah dijangkau oleh para petugas kesehatan yang memerlukannya. Selain air mengalir ada, ada dua jenis bahan pencuci tangan yang dibutuhkan, yaitu: sabun atau detergen dan larutan antiseptik.

2) Sabun

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

3) Larutan antiseptik

Larutan antiseptik atau disebut juga antimikroba topical, 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 dalam hal efektivitas, aktifitas, akibat dan rasa pada kulit setelah dipakai sesuai dengan keragaman jenis antiseptik tersebut dan reaksi kulit masing-masing individu.

Kulit manusia tidak dapat disterilkan. Tujuan yang ingin dicapai adalah penurunan jumlah mikroorganisme pada kulit secara maksimal terutama kuman transien. Kriteria memilih antiseptik adalah sebagai berikut :

- a) Memiliki efek yang luas, menghambat atau merusak mikroorganisme secara luas (gram positif dan gram negatif, virus lipofilik, bacillus dan tuberculosis, fungi endospora).
- b) Efektifitas.
- c) Kecepatan aktifitas awal.
- d) Efek residu, aksi yang lama setelah pemakaian untuk meredam pertumbuhan.
- e) Tidak mengakibatkan iritasi kulit.
- f) Tidak menyebabkan alergi.

- g) Efektif sekali pakai, tidak perlu diulang-ulang.
 - h) Dapat diterima secara visual maupun estetik.
- 4) Lap tangan yang bersih dan kering atau tissue.

f. Prosedur mencuci tangan

1) Menggunakan sabun dan air

Tehnik cuci tangan dengan sabun dan air harus dilakukan seperti dibawah ini :

- a) Basahi tangan dengan air mengalir yang bersih
 - b) Tuangkan 3-5 cc sabun cair untuk menyabuni seluruh permukaan tangan
 - c) Ratakan dengan kedua telapak tangan
 - d) Gosok punggung dan sela-sela jari
 - e) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
 - f) Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya
 - g) Bilas kedua tangan dengan air mengalir
 - h) Keringkan dengan handuk sekali pakai atau tissue towel sampai benar-benar kering
 - i) Gunakan handuk sekali pakai atau tisu towel untuk menutup kran.
- 2) Menurut WHO cara cuci tangan 7 langkah pakai sabun yang baik dan benar, adalah sebagai berikut :

- a) Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memalui air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut.



- b) Usap dan juga gosok kedua punggung tangan secara bergantian.



- c) Jangan lupa jari-jari tangan, gosok sela-sela jari hingga bersih.



- d) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan mengatupkan.



- e) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian.



- f) Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan.



- g) Bersihkan kedua pergelangan tangan secara bergantian dengan cara memutar, kemudian diakhiri dengan membilas seluruh bagian tangan dengan air bersih yang mengalir, lalu keringkan memakai handuk atau tisu.



Gambar 2.2 langkah cuci tangan, WHO

Cara cuci tangan 7 langkah diatas umumnya membutuhkan waktu 15-20 detik.

2) Menggunakan *handrub*

Penggunaan *handrubantiseptic* untuk tangan yang bersih lebih efektif membunuh flora residen dan flora transien dari pada mencuci tangan dengan sabun antiseptik atau dengan sabun biasa dan air. Antiseptik ini mudah dan cepat digunakan serta menghasilkan penurunan jumlah flora tangan awal yang lebih besar (Girou et al. 2002). *Handrub antiseptic* juga berisi emolien seperti gliserin, glisol propelin, atau sorbitol yang melindungi dan melembutkan kulit. Teknik untuk menggosok tangan dengan antiseptic pada prinsipnya sama tehniknya dengan mencuci pakai sabun dengan 7 langkah.

Handrub antiseptic tidak menghilangkan kotoran atau zat organik, sehingga jika tangan sangat kotor atau terkontaminasi darah atau cairan tubuh harus mencuci tangan dengan sabun air terlebih dahulu. Selain itu, untuk mengurangi penumpukan emolien pada tangan setelah pemakaian *handrub antiseptic* berulang, tetap diperlukan mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali setelah 5-10 kali aplikasi *handrub*. Terakhir, *handrub* yang berisi alcohol sebagai bahan aktifnya, memiliki efek residual yang

terbatas dibandingkan dengan handrub yang berisi campuran alkohol dan antiseptik seperti *klorheksidine*.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menjaga kebersihan tangan:

1) Jari tangan

Penelitian membuktikan bahwa daerah di bawah kuku mengandung jumlah mikroba tertinggi (Mc Ginley, Larson dan leydon 1988). Beberapa penelitian baru-baru ini telah memperlihatkan kuku yang panjang dapat berperan sebagai reservoir untuk bakteri gram negative (*P. aeruginosa*), jamur dan pathogen lain (Hedderwick et al, 2000). Kuku panjang baik yang alami maupun buatan, lebih mudah melubangi sarung tangan (Olsen et al, 1993). Oleh karena itu kuku harus dijaga tetap pendek, tidak lebih dari 3 mm melebihi ujung jari.

2) Kuku buatan

Kuku buatan (pembungkus kuku, ujung kuku, pemanjang akrilik) yang dipakai oleh petugas kesehatan dapat berperan dalam infeksi nasokomial (Heddewick et. al,2000).

3) Cat kuku

Penggunaan cat kuku saat bertugas tidak diperkenankan. Cat kuku dapat terlepas dari kuku dan berpindah saat melakukan kontak dengan pasien, hal ini sangat berbahaya.

4) Perhiasan

Penggunaan perhiasan tidak diperkenankan pada area tangan, seperti cincin, karena adanya resiko akumulasi bakteri pathogen pada perhiasan yang dipakai.

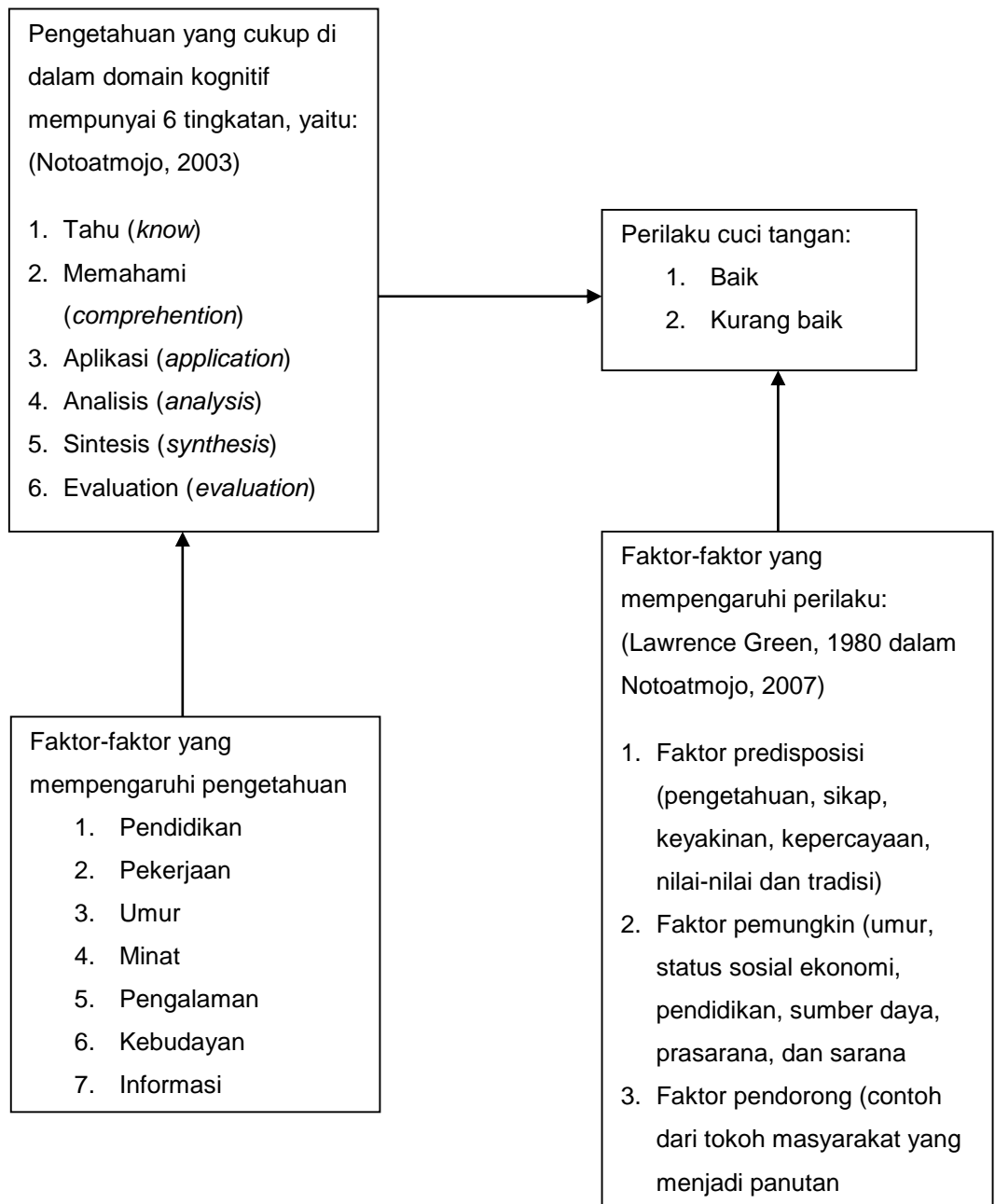
B. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Jamaludin (2012) yang berjudul, "Kepatuhan Cuci Tangan 5 Momen di Unit Perawatan Intensif" dengan hasil terdapat perbedaan kepatuhan mencuci tangan sebelum dan sesudah intervensi (48,14% vs 60,74%), sehingga dapat ditarik kesimpulan program sosialisasi dapat meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan cuci tangan 5 momen.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Rabbani (2013) dengan judul, "Hubungan Pengetahuan Terhadap Perilaku Cuci Tangan Petugas Kesehatan di Bagian Ilmu Kesehatan Anak BLU RSUP Prof DR RD Kandau Manado" dengan hasil terdapat hubungan antara

pengetahuan dengan perilaku cuci tangan petugas kesehatan (p value=0,037)

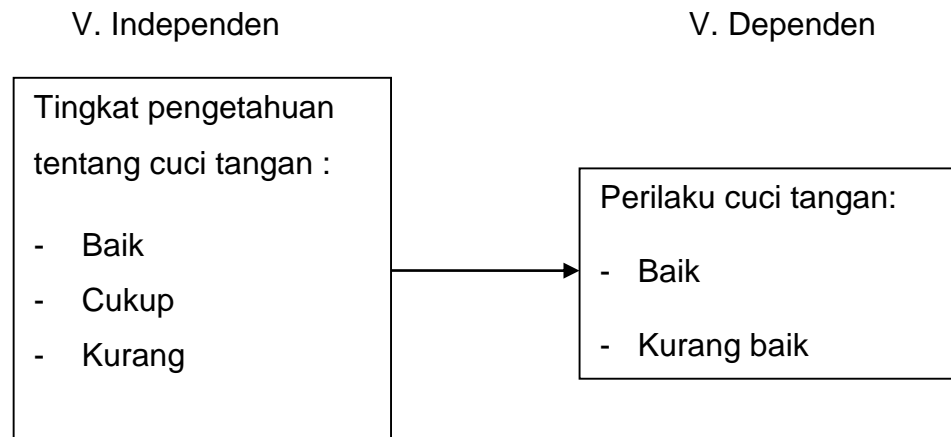
3. Penelitian yang dilakukan oleh Endang Z (2013) dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Siswa Sekolah Dasar” dengan hasil adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa, untuk pengetahuan diperoleh nilai $p = 0,001$, sedangkan perilaku diperoleh nilai $p = 0,039$.

C. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.3 : Kerangka Teori Penelitian

D. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.4 : Kerangka konsep penelitian

Keterangan :

→ : menunjukkan arah hubungan

E. Hipotesis/Pertanyaan Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya. Untuk menguji kebenaran sebuah hipotesis digunakan pengujian yang disebut pengujian hipotesis. Pengujian hipotesis ada 2, yaitu :

1. Hipotesis nol (H_0)

Adalah hipotesis yang menyatakan tidak ada perbedaan sesuatu kejadian antara kedua kelompok. Atau hipotesis yang

menyatakan tidak ada hubungan antara variabel satu dengan yang lain.

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H0 : tidak ada hubungan antara pengetahuan dan perilaku cuci tangan perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang.

2. Hipotesis alternative (Ha)

Adalah Hipotesis yang menyatakan ada perbedaan suatu kejadian antara kedua kelompok. Atau hipotesis yang menyatakan ada hubungan variabel satu dengan variabel yang lain.

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha : ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat ruang *intensive* di RSUD Taman Husada Bontang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian “Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Cuci Tangan Perawat Ruang *Intensive* di RSUD Taman Husada Bontang” dapat ditarik kesimpulan bahwa :

- 1) Mayoritas perawat di ruang *intensive* RSUD Taman Husada Bontang berjenis kelamin perempuan, rata-rata berusia 30-35 tahun dengan masa kerja antara 1-5 tahun dan berpendidikan D3 keperawatan.
- 2) Mayoritas tingkat pengetahuan perawat di ruang *intensive* RSUD Taman Husada Bontang mempunyai tingkat pengetahuan yang cukup baik.
- 3) Mayoritas perawat di ruang *intensive* RSUD Taman Husada Bontang mempunyai perilaku cuci tangan yang baik.
- 4) Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat ruang *intensive* RSUD Taman Husada Bontang.

B. Saran

Berdasarkan hasil studi dan kesimpulan di atas, peneliti mencoba memberikan saran sebagai berikut:

1) Bagi Perawat

Dapat dijadikan masukan kepada perawat khususnya perawat ruang *intensive* RSUD Taman Husada Bontang agar selalu menerapkan prosedur cuci tangan dengan baik dan benar untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial.

2) Bagi Pihak Rumah Sakit

Dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam rangka peningkatan *universal precaution* khususnya cuci tangan untuk semua perawat yang bekerja di RSUD Taman Husada Bontang dengan tujuan peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

3) Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai bahan untuk menambah wawasan dan pedoman dalam upaya mencegah infeksi nasokomial yang berhubungan dengan perilaku cuci tangan dan mengajarkan anak didik bagaimana cara melakukan cuci tangan yang baik dan benar.

4) Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dan pedoman untuk melakukan penelitian lanjutan yang berhubungan dengan perilaku cuci tangan.

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto (2006). *Prosedur Penelitian; suatu pendekatan praktek*. Jakarta; Rineka Cipta.

Arikunto (2010) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Azwar, Saifuddin.(2010). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Dahlan M.S (2013). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta:nSalemba Medika, cetakan ketiga.

Darma (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta : Trans Info Medika.

Depkes RI (2003). *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi di ICU*.

Endang (2013). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Cuci Tangan Siswa Sekolah Dasar*. portalgaruda.org/article.php?article=98526&val=426.

Fajar (2011). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun pada Masyarakat DI Desa Senuro Timur*. Palembang: *Jurnal Pembangunan Manusia* vol 5 No 2

Handhygiene. <https://www.scrib.com/doc/226085989/Handhygiene>.

Innayatur (2014). *Hubungan pengetahuan terhadap perilaku cuci tangan petugas kesehatan*. ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/download/3661/3187.

IPC Technical Guideline, 2008

Jamaluddin (2012). *Kepatuhan cuci tangan 5 momen di unit perawatan intensif*. *Majalah Kedokteran* Volume 2 Nomor 3 juli 2012.

Notoatmojo (2003). *Ilmu dan Aplikasi Pendidikan*. Jakarta; Rineka Cipta.

Notoatmojo (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmojo (2011). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmojo (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta; Rineka Cipta.

Nursalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya (2011). cetakan ketiga

Prasenohadi. (2012). *Indonesian Journal of Intensive Care Medicine*, *Kebersihan Tangan di Unit Intensif*.

Priyo Dan Sabri (2013). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.

Purwanti. (2014). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan dengan Penerapan Teknik Mencuci Tangan Secara Benar. Skripsi. Universitas Riau.

Rikayanti (2014). Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Mencuci Tangan Petugas Kesehatan di Rumah Sakit Umum Bndung tahun 2013. Bali: Community Health vol. II No. 1

Robbani, S. (2013). Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Cuci Tangan Petugas Kesehatan di Bagian Ilmu Kesehatan ANak BLU RSUP Prof RD Kandou Manado. Manado: Universitas Sam Ratulangi Manado.

Rumapia, N. (2011). Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Columbia Medan. Medan: Universitas Darma Agung Medan.

Sugiyono (2014). Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D. Bandung: Alfabeta

Tim Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) (2013). *Audit Hand Hygiene* RSUD Taman Husada Bontang.

Tjietjen, Linda (2004). Panduan pencegahan infeksi untuk pelayanan kesehatan dengan sumber daya terbatas. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

Wawan dan Dewi (2010). Teori Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia. Yogyakarta: Nuha Medika.

WHO. *Five Moments For Hand Hygiene*. www.who.int/9psc/tools/five_moment/en/ . Diperoleh pada 12 Juni 2014.

WHO. *Good Hand Hygiene By Health workers Protects Patient From Drug Resistant Infection*. www.who.int/mediacentre/news/release/2014/hand-hygiene/en/. Diperoleh pada 12 Juni 2014.

World Health Organization (2009). *WHO Guideline on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. Diperoleh pada 15 Juni 2014.

Yulianti (2011). Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Penerapan *Universal Precaution* pada Perawat di Bangsal Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. SKripsi. Universitas Ahmad Dahlan.

Zuraidah (2013). Hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku mencuci tangan dengan benar. Poltekkespalembang.ac.id/userfiles/files/hubungan_pengetahuan_dan_sikap_dengan_perilaku.pdf. Diperoleh pada 26 Juli 2014.