

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
PERAWAT DALAM PELAKSANAAN *HAND HYGIENE* DI
RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI SAMBOJA**

SKRIPSI



**NATALIA ARAKANG RAOLIKA
NIM : B21741119301**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
PERAWAT DALAM PELAKSANAAN *HAND HYGIENE* DI
RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI SAMBOJA**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi S.1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada
Samarinda



**NATALIA ARAKANG RAOLIKA
NIM : B21741119301**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

HALAMAN PENGESAHAN

FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT
DALAM PELAKSANAAN HAND HYGIENE DI RUMAH SAKIT
AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI SAMBOJA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

NATALIA ARAKANG RAOLIKA

NIM. B21741119301

Telah dipertahankan di depan dewan penguji

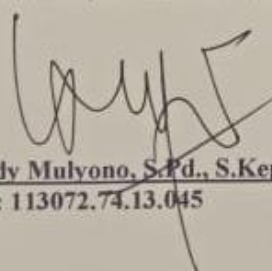
Pada Tanggal 29 Juli 2019

SUSUNAN DEWAN PENGUJI


1. Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.86.18.128
2. Ns. Chrisven Damanik, S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.83.11.023
3. Ns. Desy Ayu Wardani, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Mat (.....)
NIK. 113072.90.15.079
4. Ns. Sumiati Sinaga, s.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.82.06.009

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Natalia Arakang Raolika
NIM : B21741119301
Program Studi : Ilmu Keperawatan S1 Keperawatan STIKES
Wiyata Husada Samarinda
Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan
Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan *Hand
Hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa
Sakti Samboja

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 29 Juli 2019
Yang membuat pernyataan,

Natalia Arakang Raolika
NIM. B21741119301

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yesus Kristus atas berkat Kasih serta Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja”.

Penyusunan skripsi merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan S-I Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan berbagai pihak akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada :

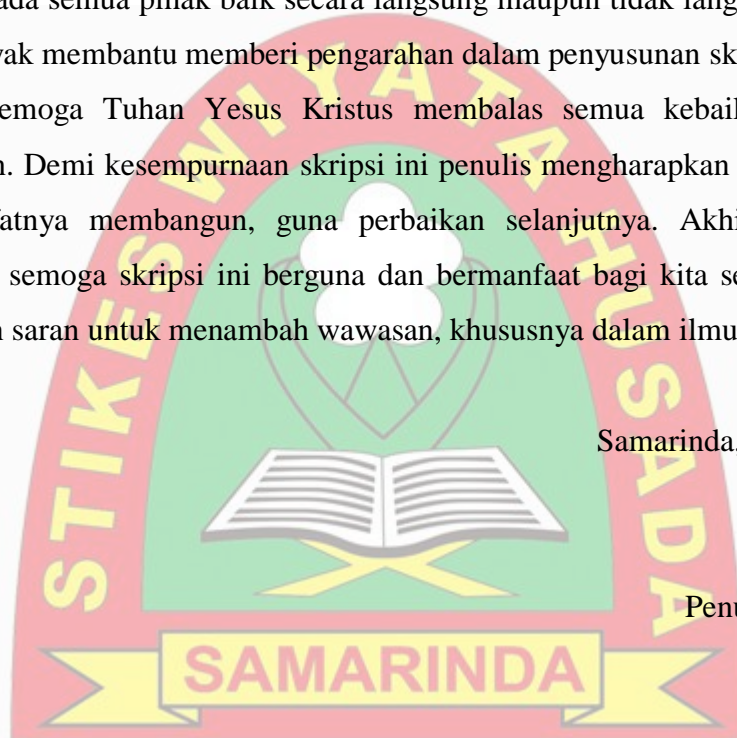
1. Bapak H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
4. Ibu Ns. Desy Ayu Wardani, M.Kep., SP.Kep.Mat selaku Pembimbing I yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Ns. Sumiati Sinaga, M.Kep selaku Pembimbing II yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
6. Penguji yang berkenan memberikan saran dalam perbaikan skripsi ini.
7. Kepala RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja, atas kesempatan yang telah diberikan untuk memberikan izin tempat penelitian.
8. Dosen dan Staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah mendidik dan memberikan ilmu serta membimbing penulis selama diperkuliahan.

9. Suami terkasih Vinsensius Simbolon dan anak terkasih Olivia Christa Simbolon atas doa dan motivasinya sehingga tetap semangat dalam menyelesaikan semua proses yang ada.
10. Keluarga yang telah banyak memberikan motivasi, dukungan moril maupun materil yang tak ternilai harganya serta do'a dan kasih sayangnya selama ini kepada penulis.
11. Seluruh rekan-rekan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan bantuan, dukungan dan saran serta kritiknya dalam penulisan skripsi ini.
12. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Tuhan Yesus Kristus membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Demi kesempurnaan skripsi ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, guna perbaikan selanjutnya. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini berguna dan bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan saran untuk menambah wawasan, khususnya dalam ilmu keperawatan.

Samarinda, 29 Juli 2019

Penulis



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Natalia Arakang Raolika
NIM : B21741119301
Program Studi : Ilmu Keperawatan S1 Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasi tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 29 Juli 2019
Yang membuat pernyataan,

Natalia Arakang Raolika
B21741119301

ABSTRAK

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM PELAKSANAAN *HAND HYGIENE* DI RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI SAMBOJA

Natalia Arakang Raolika¹, Desy Ayu Wardani², Sumiati Sinaga³

Latar Belakang : Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang didapat dalam waktu 3x24 jam sejak masuk rumah sakit. Kejadian infeksi nosokomial terus meningkat setiap tahunnya dan diperlukan kepatuhan dari seluruh petugas yang ada di Rumah Sakit, khususnya perawat dalam melakukan *hand hygiene*.

Tujuan Penelitian : Untuk menganalisa faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Metode : Penelitian kuantitatif dengan rancangan deskriptif analitik dan pendekatan *cross sectional*. Melibatkan 106 responden yang memenuhi kriteria inklusi melalui teknik *consecutive sampling* dan analisis data menggunakan *chi square*.

Hasil Penelitian : Tidak ada hubungan usia dengan kepatuhan pelaksanaan *hand hygiene*, dimana sebagian besar responden yang patuh pada usia antara 31-50 tahun. Tidak ada hubungan masa kerja dengan kepatuhan pelaksanaan *hand hygiene*, dimana sebagian besar responden yang patuh pada masa kerja > 3 tahun. Ada hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan pelaksanaan *hand hygiene*, dimana sebagian besar responden yang patuh memiliki pengetahuan baik. Ada hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan pelaksanaan *hand hygiene*, dimana sebagian besar responden yang patuh menyatakan pengawasan baik. Ada hubungan fasilitas *hand hygiene* dengan kepatuhan pelaksanaan *hand hygiene*, dimana sebagian besar responden yang patuh menyatakan fasilitas mendukung.

Kesimpulan : Dalam pelaksanaan *hand hygiene*, faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat meliputi pengetahuan, pengawasan dan fasilitas. Prevalensi tertinggi pada pengetahuan karena perawat pengetahuan kurang akan 5,353 kali tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Kata Kunci : Kepatuhan Perawat, Pelaksanaan *Hand Hygiene*.

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

^{2,3} Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

ABSTRACT

FACTORS RELATED TO NURSING COMPLIANCE IN THE IMPLEMENTATION OF HYGIENE HANDS IN AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI SAMBOJA HOSPITAL

Natalia Arakang Raolika³, Desy Ayu Wardani⁴, Sumiati Sinaga³

Background: Nosocomial infection is an infection that is obtained within 3x24 hours of hospitalization. The incidence nosocomial infections continues increase every year and it requires compliance from all officers in hospital, especially nurses in doing hand hygiene.

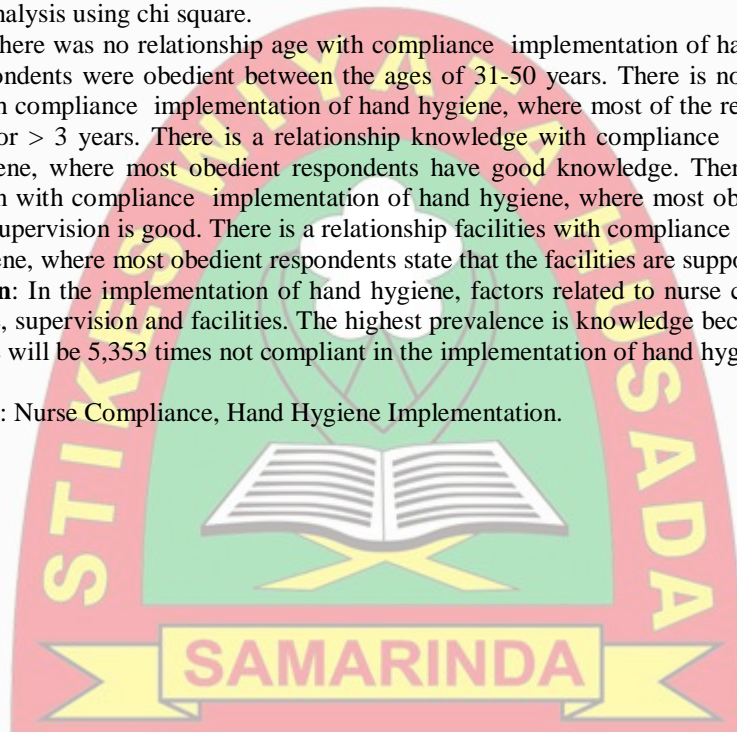
Research Objectives: To analyze factors related to nurse compliance in the implementation of hand hygiene.

Method: Quantitative research with descriptive analytic design and cross sectional approach. Involving 106 respondents who met the inclusion criteria through consecutive sampling techniques and data analysis using chi square.

Results: There was no relationship age with compliance implementation of hand hygiene, where most respondents were obedient between the ages of 31-50 years. There is no relationship work period with compliance implementation of hand hygiene, where most of the respondents who are obedient for > 3 years. There is a relationship knowledge with compliance implementation of hand hygiene, where most obedient respondents have good knowledge. There is a relationship supervision with compliance implementation of hand hygiene, where most obedient respondents state that supervision is good. There is a relationship facilities with compliance implementation of hand hygiene, where most obedient respondents state that the facilities are supportive.

Conclusion: In the implementation of hand hygiene, factors related to nurse compliance include knowledge, supervision and facilities. The highest prevalence is knowledge because nurses lack of knowledge will be 5,353 times not compliant in the implementation of hand hygiene.

Keywords: Nurse Compliance, Hand Hygiene Implementation.



³ Student of Nursing Program, Institute of Health Sciences Wiyata Husada Samarinda

^{4,3} Lecturer of Nursing Program, Institute of Health Sciences Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Penelitian Terkait	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	10
1. Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>)	10
2. Konsep Kepatuhan <i>Hand Hygiene</i>	16
3. Konsep <i>Hand Hygiene</i>	19
4. Konsep Keperawatan	25
B. Kerangka Teori Penelitian	30
C. Kerangka Konsep Penelitian	31
D. Hipotesis	32
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	34
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	34
C. Populasi dan Sampel	34
D. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional	36
E. Alat Pengumpulan	38
F. Uji Instrumen	38
G. Teknik Pengumpulan Data	40
H. Teknik Analisis Data	43
I. Etika Penelitian	51
J. Alur Penelitian	53

BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Hasil Penelitian.....	54
	B. Pembahasan.....	61
	C. Keterbatasan Penelitian.....	72
BAB V	PENUTUP	
	A. Kesimpulan.....	73
	B. Saran.....	74
	DAFTAR PUSTAKA	77
	LAMPIRAN	78



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional.....	37
Tabel 3.2. Uji Normalitas Variabel Penelitian.....	43
Tabel 4.1. Distribusi responden berdasarkan usia, jabatan, masa kerja, pengetahuan, pengawasan dan fasilitas <i>hand hygiene</i> di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.....	55
Tabel 4.2. Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.....	56
Tabel 4.3. Hubungan Usia Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.....	57
Tabel 4.4. Hubungan Masa Kerja Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.....	57
Tabel 4.5. Hubungan Pengetahuan Tentang <i>Hand Hygiene</i> Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.....	58
Tabel 4.6. Uji Hubungan Pengawasan <i>Hand Hygiene</i> Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.....	59
Tabel 4.7. Hubungan Fasilitas <i>Hand Hygiene</i> Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan <i>Hand Hygiene</i> di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.....	60

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. <i>Five Moment</i>	22
Skema 2.2. Kerangka konsep/model Keperawatan menurut Dorothy Johnson	27
Skema 2.3. Kerangka Teori Penelitian.....	30
Skema 2.4. Kerangka Konsep Penelitian.....	31
Skema 3.1. Alur Penelitian.....	53



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. <i>Handwash</i> menurut WHO	24
Gambar 2.2. Enam langkah cuci tangan menurut WHO	25



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2. Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden
- Lampiran 3. Kuesioner
- Lampiran 4. Lembar Observasi
- Lampiran 5. Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 6. Data Penelitian
- Lampiran 7. Hasil SPSS



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan di rumah sakit merupakan aspek penting dan prinsip dasar pelayanan kesehatan serta komponen kritis dari manajemen mutu dan salah satu indikator dalam penilaian akreditasi rumah sakit. Rumah sakit yang menerapkan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja dengan baik akan mencegah petugas kesehatan maupun pasien dari segala bentuk kecelakaan kerja yang mungkin bisa terjadi. Kecelakaan dan keselamatan kerja yang baik dimulai dengan menyadari bahwa kesehatan dan keselamatan kerja adalah hal yang utama. Bahaya biologik pada perawat dapat disebabkan oleh infeksi nosokomial dapat ditularkan melalui patogen di udara dan patogen di darah atau cairan tubuh manusia yang dapat ditularkan melalui jarum suntik atau luka dimukosa tubuh (Ayu, 2012 dalam Umboh, 2017).

Keselamatan pasien atau yang biasa disebut dengan patient safety sudah lama menjadi prioritas penting dalam standar setiap rumah sakit. Dasar peningkatan keselamatan pasien adalah Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada pasal 43 ayat 1 disebutkan rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien, ayat 2 yaitu standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksudkan pada ayat 1 dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan. Mengingat pelayanan kesehatan sangat penting bagi setiap penduduk, oleh karena itu rumah sakit mempunyai peranan yang sangat penting dalam menjawab kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

World Health Organization (WHO) tahun 2009 mencetus *global patient safety challenge* dengan *clean is safer care*, yaitu pada pemberi pelayanan atau perawatan secara bersih untuk mewujudkan keselamatan pasien (*patient safety*). Salah satunya dengan cara merumuskan inovasi strategi penerapan hand hygiene untuk petugas kesehatan dengan *my five moments for hand hygiene* yaitu melakukan cuci tangan sebelum bersentuhan

dengan pasien, sebelum melakukan prosedur bersih dan steril, setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien, setelah bersentuhan dengan pasien, dan setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien (Ratnasari, 2016).

Hand hygiene yang dilakukan oleh perawat akan mengurangi prevalensi kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit. Dimana infeksi nosokomial merupakan infeksi yang didapat seseorang dalam waktu 3x24 jam sejak mereka masuk rumah sakit (Depkes RI, 2003). Laporan WHO tahun 2011 menyatakan bahwa prevalensi kejadian infeksi nosokomial pada pasien rawat inap terdapat di negara-negara berpenghasilan tinggi (Kanada, Perancis, Spanyol, Inggris, Belgia, Netherland, Norwegia, Finlandia, Jerman, Swiss, Italia, New Zealand, Greece dan Slovenia) berkisar antara 3,5 % sampai 12%. Prevalensi kejadian di negara-negara berkembang (Kuba, Morako, Brazilia, Mali, Ghana, Albania, Tunisia, Latvia, Iran, Tanzania, Mongolia, Serbia, Turki, Libanon, Thailand, Malaysia, Indonesia) berkisar antara 5,7% dan 19,1% dan prevalensi tingkat kejadian infeksi nosokomial di Indonesia sebesar 7,1% (Feiby J. Umboh, 2017).

Tahun 2017 didapatkan data di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja bahwa pada bulan Juli angka kejadian infeksi nosokomial dalam hal ini yaitu plebitis adalah sebanyak 19,05%, hasil ini merupakan perentasi tertinggi di tahun 2017 dimana hasil di bulan Januari 9,48%, Februari 5,48%, Maret 4,64%, April 8,12%, Mei 10,93%, Juni 13,40%, Agustus 8,06%, September 9,40%, Oktober 8,67%, November 8,06%, dan Desember 3,22%. Tahun 2018 angka kejadian infeksi nosokomial dalam hal ini yaitu plebitis rata-rata adalah sebanyak >12%. Terdapatnya kejadian infeksi nosokomial ini, menyebabkan pentingnya upaya keselamatan pasien dalam pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan salah satunya yaitu dengan *hand hygiene*.

Hand hygiene merupakan salah satu faktor yang mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan perawat dan pasien dalam pencegahan infeksi nosokomial (Elies, 2014). Kedisiplinan perawat terhadap kepatuhan untuk melakukan *hand hygiene* adalah tindakan yang paling penting dan sederhana yang menjadi kontribusi perawat dalam pencegahan penyebaran mikroorganisme (Doda, 2017). Oleh karena itulah prinsip keamanan yang

merupakan fokus utama dalam melakukan tindakan salah satunya dapat dilakukan oleh perawat dengan mencuci tangan dengan benar guna mencegah infeksi nosokomial

Hand hygiene dalam pelaksanaannya memerlukan tingkat kepatuhan yang tinggi, kepatuhan merupakan kondisi dimana seseorang melakukan sesuatu secara *continue* atau konsisten dimana kepatuhan *hand hygiene* bisa berlangsung kalau adanya faktor-faktor yang mendukung. Faktor-faktor yang dianggap berkontribusi dalam kebersihan tangan (*hand hygiene*) perawat yaitu karakteristik perawat itu sendiri. Karakteristik perawat merupakan ciri-ciri pribadi yang dimiliki seseorang yang memiliki pekerjaan merawat klien sehat maupun sakit. Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *hand hygiene* perawat meliputi usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, masa kerja, ketersediaan fasilitas untuk mencuci tangan, kondisi pasien dan kebijakan rumah sakit (Lankford, *et al*, 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja di peroleh data rata-rata tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat dari ruang ICU, Mahoni, Bengkirai, Ulin, Meranti, Cendana, HD, dan IGD pada bulan Januari-Maret 2017 yaitu sebelum kontak dengan pasien sebesar 43,9%, sebelum tindakan aseptik sebesar 53,1%, setelah kontak pasien sebesar 69,1%, setelah kontak dengan cairan tubuh pasien 64,4% dan setelah kontak dengan lingkungan pasien sebesar 58%. Data pada bulan Januari-September 2018 rata-rata tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat sebesar 70% masih jauh dari standar yang ditetapkan oleh PPI pusat yaitu 85% sebagai standar kepatuhan pada *hand hygiene*. Hal ini menunjukkan banyak perawat yang belum menerapkan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja berdasarkan *five moment* mencuci tangan (Data Rekap Audit RSUD Abadi Samboja, 2018).

Hasil wawancara dengan 10 perawat yang bertugas di ruang rawat inap Cendana di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja pada bulan Januari 2019 persentase yang didapat lebih sedikit yang melakukan *hand hygiene* sebelum tindakan keperawatan dibandingkan sesudah. Hasil yang paling dominan didapatkan adalah perawat tidak melakukan *hand hygiene* pada saat

sebelum bersentuhan dengan pasien sebanyak 7 perawat dan hanya 3 perawat saja yang sudah melakukannya dengan alasan bukan tidak mau melakukan cuci tangan, tetapi hanya saja terkadang sering lupa karena banyak tugas dan adanya beberapa pasien yang memerlukan penanganan segera sehingga *hand hygiene* terlupakan.

Berdasarkan hasil observasi, peneliti juga melihat bahwa perawat sering lupa melakukan *hand hygiene*, perawat yang melakukan cuci tangan dengan air mengalir tidak mengikuti bagaimana prosedur 6 langkah mencuci tangan yang benar seperti yang ditetapkan oleh WHO dengan alasan beberapa perawat beranggapan tangan sudah cukup bersih karena telah dicuci dengan sabun dan di bawah air mengalir. Banyaknya tindakan invasif yang dilakukan kepada pasien contohnya memasang infus, memasang oksigen, menyuntik dan lain-lain haruslah memperhatikan keamanan, kenyamanan dan privasi pasien. Prinsip keamanan yang merupakan fokus utama dalam melakukan tindakan salah satunya dapat dilakukan oleh perawat dengan mencuci tangan dengan benar guna mencegah infeksi nosokomial.

Wawancara yang dilakukan dengan Ketua PPI RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja pada Januari 2019 mengemukakan bahwa sudah sering melakukan sosialisasi mengenai cuci tangan sejak tahun 2016 namun masih adanya perawat yang belum patuh dalam melakukan cuci tangan terlebih dalam menerapkan *five moment* cuci tangan. Rumah sakit melakukan monitoring *five moment* cuci tangan dengan melakukan pengamatan yang dilakukan oleh setiap kepala ruangan di masing-masing bangsal dimana pengamatan tersebut dilakukan setiap tiga bulan sekali dan mendapatkan hasil bahwa angka kepatuhan perawat dalam melakukan *five moment* cuci tangan masih rendah. Kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* sangat penting, karena jika tidak patuh dapat menimbulkan dampak bagi pasien yaitu tertular pathogen dari pasien lainnya melalui tangan perawat, bagi pengunjung yaitu dapat tertular pathogen dari pasien yang dikunjungi, bagi perawat dapat terkena infeksi dari pasien yang dirawat dan bagi rumah sakit dapat meningkatkan kejadian infeksi nosokomial sehingga tingkat keselamatan pasien menurun. Kepatuhan perawat dapat dipengaruhi oleh perilaku perawat

yang kurang menyadari keharusan untuk mencuci tangan dan pentingnya untuk mencuci tangan.

Penelitian sebelumnya oleh Setiawan (2016) perilaku *hand hygiene* di ruang Ponica Rumah Sakit X Cisalak Depok, menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, masa kerja, pendidikan, dan sikap dengan perilaku cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan di ruang Ponica RS Sentra Medika Cisalak Depok. Hasil penelitian tersebut berbanding terbalik dari penelitian Ratnawati dan Sianturi (2018), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia, jenis kelamin, masa kerja, tingkat pengetahuan dan sikap positif terhadap kepatuhan menerapkan *hand hygiene* di Rumah Sakit X Cibubur. Berdasarkan latar belakang atau masalah yang ada perlu dilakukan penelitian lanjut mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* pada tindakan invasif.

B. Rumusan Masalah

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama yang ada di setiap rumah sakit, dampak dari keselamatan pasien yang tidak dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada adalah terjadinya infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial terjadi karena dalam pelaksanaannya masih terdapat perawat yang tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* terutama pada saat sebelum melakukan tindakan keperawatan. Hal ini menunjukkan masih banyak perawat yang belum menerapkan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja berdasarkan *five moment* mencuci tangan. Berdasarkan latar belakang masalah, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah : apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisa faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi usia, masa kerja, pengetahuan tentang *hand hygiene*, pengawasan *hand hygiene*, fasilitas dan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
- b. Menganalisa hubungan usia dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
- c. Menganalisa hubungan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
- d. Menganalisa hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
- e. Menganalisa hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
- f. Menganalisa hubungan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan sumbangan dalam hal perkembangan ilmu keperawatan bagi pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit, terutama dalam upaya pelaksanaan *patient safety* dan dapat

dijadikan sebagai informasi baru dibidang keperawatan baik bagi mahasiswa, pengajar, atau dosen maupun rekan perawat.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit Abadi Samboja

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan terkait dengan kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*, sehingga dapat meningkatkan kinerja perawat di rumah sakit, serta melindungi pasien dan tenaga kerja di rumah sakit terhadap terjadinya infeksi nosokomial.

b. Bagi Perawat

Diharapkan dapat lebih memperhatikan pelayanan dalam memberikan tindakan keperawatan pada pasien dan menjadi bahan masukan serta pertimbangan pada pengembangan prosedur cuci tangan selama tindakan keperawatan dalam upaya pencegahan infeksi.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam pengembangan penelitian terutama penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berkenaan dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di Rumah Sakit antara lain:

1. Penelitian Dahlia Ratnasari (2016) tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam pelaksanaan *hand hygiene* di Rumah Sakit Anna Medika Kota Bekasi. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan *hand hygiene* ($P=0,003$), ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan *hand hygiene* ($P=0,005$), ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan tenaga kerja dengan kepatuhan *hand hygiene* ($0,039$) di Rumah Sakit Anna Medika Kota

Bekasi memiliki tingkat kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam melakukan *hand hygiene* sebesar (37,1%).

Persamaan penelitian Dahlia Ratnasari (2016) dengan penelitian sekarang yaitu meneliti variabel dependen kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*. Perbedaannya yaitu variabel independen penelitian terdahulu meliputi usia, sikap dan ketersediaan tenaga kerja, sedangkan penelitian sekarang menggunakan usia, masa kerja, pengetahuan, pengawasan dan fasilitas, serta berbeda dari jumlah sampel, alat analisis dan lokasi penelitian.

2. Penelitian Yana Setiawan (2016) tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan Perawat dalam melakukan cuci tangan sebelum dan setelah tindakan Keperawatan di ruang Punic Rumah Sakit Sentra Medika Cilasak Depok. Berdasarkan hasil analisa uji statistik didapatkan hubungan antar pengetahuan dengan prilaku cuci tangan dengan nilai $P=0,000$, hubungan antara masa kerja dengan prilaku cuci tangan dengan nilai $p=0,000$, hubungan antara pendidikan dengan prilaku cuci tangan dengan nilai $p=0,006$, hubungan antara sikap dengan prilaku cuci tangan dengan nilai $p=0,014$.

Persamaan penelitian Yana Setiawan (2016) dengan penelitian sekarang yaitu meneliti variabel dependen kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*. Perbedaannya yaitu variabel independen penelitian terdahulu meliputi pengetahuan, masa kerja, pendidikan dan sikap, sedangkan penelitian sekarang menggunakan usia, masa kerja, pengetahuan, pengawasan dan fasilitas, serta berbeda dari jumlah sampel, alat analisis dan lokasi penelitian.

3. Penelitian Latifah Ratnawati dan Sondang Sianturi (2018) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan Perawat dalam menerapkan *hand hygiene* di Rumah Sakit X Cibubur. Hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan antara usia (p-value 0,720), jenis kelamin (p-value 0,208), masa kerja (p-value 0,074), pengetahuan (p-value 0,537), sikap (p-value 0,378) dengan kepatuhan perawat untuk menerapkan *hand hygiene* di Rumah Sakit X Cibubur. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan data

bahwa tingkat pengetahuan perawat sudah baik, sehingga perawat relatif patuh dalam menerapkan *hand hygiene* didalam pekerjaannya sehari-hari. Persamaan penelitian Latifah Ratnawati dan Sondang Sianturi (2018) dengan penelitian sekarang yaitu meneliti variabel dependen kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*. Perbedaannya yaitu variabel independen penelitian terdahulu meliputi usia, jenis kelamin, masa kerja, pengetahuan dan sikap, sedangkan penelitian sekarang menggunakan usia, masa kerja, pengetahuan, pengawasan dan ketersediaan fasilitas, serta berbeda dari jumlah sampel, alat analisis dan lokasi penelitian.

4. Penelitian Damanik (2012) tentang kepatuhan *hand hygiene* di Rumah Sakit Immanuel Bandung. Hasil penelitian ini diperoleh kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* sebesar 48,3% dan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja ($p = 0,026$), pengetahuan ($p = 0,000$), dan ketersediaan tenaga kerja ($p = 0,000$) dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene*. Ketersediaan tenaga kerja merupakan faktor paling dominan. Dari temuan tersebut rumah sakit perlu menyeimbangkan ketenagaan dan mengingatkan perawat melakukan *hand hygiene* melalui upaya pendidikan kesehatan.

Persamaan penelitian Damanik (2012) dengan penelitian sekarang yaitu meneliti variabel dependen kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*. Perbedaannya yaitu variabel independen penelitian terdahulu meliputi faktor usia, pendidikan, masa kerja, pengetahuan, pengawasan, kebijakan, tenaga kerja, dan ketersediaan fasilitas, sedangkan penelitian sekarang menggunakan usia, masa kerja, pengetahuan, pengawasan dan ketersediaan fasilitas, serta berbeda dari jumlah sampel, alat analisis dan lokasi penelitian.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

a. Definisi Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan keselamatan sebagai *freedom from accidental injury*. Keselamatan dinyatakan sebagai ranah pertama dari mutu dan definisi dari keselamatan ini merupakan pernyataan dari perspektif pasien (Khon, dkk, 2000 dalam Sutanto, 2014). Pengertian lain menurut Hughes (2008) dalam Sutanto (2014), menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan sebagai bebas dari bahaya yang terjadi dengan tidak sengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis. Praktek keselamatan pasien diartikan sebagai suatu proses untuk menurunkan risiko kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan paparan terhadap lingkup diagnosis atau kondisi perawatan medis.

b. Tujuan Keselamatan *Pasient Safety*

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit yaitu (Depkes RI, 2011) :

- 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- 2) Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- 3) Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
- 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (KTD).

c. Standar Keselamatan *Pasien Safety*

Pentingnya akan keselamatan pasien dirumah sakit, maka dibuatlah standar keselamatan pasien dirumah sakit. Standar keselamatan pasien dirumah sakit ini akan menjadi acuan setiap

asuhan yang akan diberikan kepada pasien. Menurut Depkes RI, (2011) ada tujuh standar keselamatan pasien yaitu:

1) Hak pasien

Standarnya adalah pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadi KTD (kejadian tidak diharapkan). Kriterianya adalah sebagai berikut :

- a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b) Dokter penanggung jawab wajib membuat rencana pelayanan.
- c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

2) Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah *partner* dalam proses pelayanan, karena itu rumah sakit harus ada system dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3) Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Standarnya adalah rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antara tenaga dan antar unit pelayanan dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Koordinasi pelayanan secara menyeluruh
- b) Koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
- c) Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
- d) Komunikasi dan transfer informasi antar profesi

- 4) Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standarnya adalah rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (*design*) yang baik, sesuai dengan “Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit
 - b) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
 - c) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi data intensif
 - d) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien standarnya adalah :
- a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit
 - b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi resiko keselamatan pasien dan program mengurangi kejadian tidak diharapkan
 - c) Pimpinan mendorong dan membutuhkan komunikasi dan koordinasi antarunit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
 - d) Pimpinan mengkolaborasi sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan mengingatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien
 - e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien
 - 2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi resiko keselamatan pasien dan program meminimalkan insiden
 - 3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
 - 4) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi resiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis
 - 5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden
 - 6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
 - 7) Terdapat kalaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antara unit dan antar pengelola pelayanan
 - 8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
 - 9) Tersedia sasaran terukur dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien
- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien dengan standarnya adalah:
- a) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan secara jelas
 - b) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien, dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang membuat topik keselamatan pasien
 - 2) Mengintegrasikan topic keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden
 - 3) Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung kegiatan internal
- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien, standarnya adalah :
- a) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
 - b) Tranmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat, dengan kriteria sebagai berikut :
 - 1) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien
 - 2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada
- d. Indikator *Patient Safety*

Indikator *patient safety* merupakan ukuran yang digunakan untuk mengetahui tingkat keselamatan pasien selama dirawat di rumah sakit. Indikator *patient safety* bermanfaat untuk menggambarkan besarnya masalah yang dialami pasien selama dirawat di rumah sakit, khususnya yang berkaitan dengan berbagai tindakan medik yang berpotensi menimbulkan resiko disisi pasien. Berdasarkan pada indikator *patient safety* ini maka rumah sakit dapat menetapkan upaya-upaya yang dapat mencegah timbulnya *outcome* klinik yang tidak diharapkan pasien (Dwiprahasto, 2018).

Secara umum indikator *patient safety* terdiri dari 2 jenis, yaitu indikator *patient safety* tingkat rumah sakit dan indikator *patient safety* tingkat area pelayanan.

- 1) Indikator tingkat rumah sakit (*hospital level indicator*) digunakan untuk mengukur potensi komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah saat pasien mendapatkan berbagai tindakan medis di rumah sakit. Indikator ini hanya mencakup kasus-kasus yang mencakup diagnosis sekunder akibat terjadinya risiko pasca tindakan medis.
- 2) Indikator tingkat area mencakup semua risiko komplikasi akibat tindakan medis yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (kabupaten/kota). Indikator ini mencakup diagnosis utama maupun diagnosis sekunder untuk komplikasi akibat tindakan medis. Indikator *patient safety* antara lain : komplikasi anestesi, angka kematian yang rendah, ulkus dekubitus, kematian oleh karena komplikasi pada pasien rawat inap, benda asing tertinggal selama prosedur, *pneumothorax iatrogenic*, infeksi akibat perawatan, patah tulang pasca operasi, perdarahan atau hematoma pasca operasi, gangguan fisiologi dan metabolik pasca operasi, *pulmonary embolism*, atau *deep vein thrombosis*, sepsis pasca operasi, luka pada pasien bedah abdominal pelvik, luka tusukan dan laserasi, reaksi transfusi, trauma lahir, cedera pada neonatus, trauma kebidanan oleh karena persalinan dengan instrument, trauma kelahiran sesaria. Elemen *patient safety* meliputi : kesalahan pengobatan yang merugikan, menggunakan *restraint*, infeksi nosokomial, kecelakaan bedah, luka karena tekanan (dekubitus), keamanan produk darah, resistensi *antimicrobial*, imunisasi, *falls* (jatuh), darah *strem* (aliran), perawatan kateter pembuluh darah serta tindak lanjut dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Akar penyebab kesalahan keselamatan pasien paling umum disebabkan antara lain : masalah komunikasi, kurangnya informasi, masalah manusia, pasien yang berhubungan dengan isu-isu, transfer pengetahuan dalam organisasi, *staffing* alur kerja, kegagalan teknis, kurangnya kebiakan prosedur. Tujuan umum keadaan pasien antara lain : mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat,

menghilangkan prosedur tindakan yang salah, mengurangi resiko infeksi terkait perawatan kesalahan dan mengurangi resiko bahaya pasien dari jatuh (AHRQ, 2010).

e. Sasaran Keselamatan Pasien (*Patient Safety Goals*)

Menurut *Joint Commission International* (2013) terdapat enam sasaran keselamatan pasien yaitu:

- 1) Identifikasi pasien dengan benar
- 2) Meningkatkan komunikasi yang efektif
- 3) Meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai
- 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
- 5) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 6) Pengurangan risiko pasien jatuh.

2. Konsep Kepatuhan *Hand Hygiene*

a. Pengertian kepatuhan

Patuh adalah sikap positif individu yang di tunjukkan dengan adanya perubahan yang sangat berarti sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Ketidak patuhan adalah suatu kondisi pada perawat yang sebenarnya mau melakukannya, akan tetapi ada faktor-faktor yang menghalangi ketaatan untuk melakukan suatu tindakan. Kepatuhan perawat adalah prilaku perawat terhadap suatu tindakan, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Arifianto, 2017). Menurut Sacket kepatuhan adalah sejauh mana prilaku perawat sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan. Prilaku yang disiplin merupakan prilaku yang taat dan patuh terhadap peraturan. Kepatuhan merupakan suatu tahap awal dalam prilaku, maka semua faktor yang mendukung atau mempengaruhi prilaku juga akan mempengaruhi kepatuhan.

b. Pengertian kepatuhan *hand hygiene*

Kepatuhan *hand hygiene* merupakan ketaatan dalam melaksanakan kebersihan tangan baik dengan mencuci tangan dengan air (*handwash*), ataupun dengan *handrub* berbasis alkohol. Banyak

faktor yang berkontribusi terhadap rendahnya kepatuhan *hand hygiene* di antara perawat dan dokter, termasuk kurangnya pengetahuan tentang pentingnya *hand hygiene* dalam mengurangi penyebaran infeksi, kurangnya pemahaman tentang teknik *hand hygiene* yang benar, kurangnya fasilitas cuci tangan, serta ketakutan petugas kesehatan akan terjadinya iritasi pada tangan jika sering terkena sabun (*Institute for Health Care Improvement*, 2003 dalam Ratnasari, 2016).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Pittet, D. (2001) dalam Ratnasari (2016) menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kurangnya kepatuhan *hand hygiene* antara lain: bahan yang digunakan untuk mencuci tangan dapat menyebabkan tangan kering dan iritasi, lokasi tempat mencuci tangan yang tidak strategis, kurang tersedianya bahan untuk mencuci tangan seperti sabun dan handuk untuk mengeringkan tangan, petugas kesehatan terlalu sibuk atau kurang waktu, rasio petugas kesehatan dan perawat yang tidak seimbang, serta anggapan bahwa kebutuhan pasien menjadi prioritas utama dan harus segera dilaksanakan. CDC (2002) dalam Ratnasari (2016) menambahkan faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan melakukan *hand hygiene* antara lain: kurangnya pengetahuan tentang protokol atau pedoman tentang *hand hygiene* dan tidak setujunya petugas kesehatan tentang pemberlakuan protokol *hand hygiene* tersebut.

Menurut Damanik (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene* tenaga kesehatan antara lain:

1) Usia

Rentang usia dewasa awal lebih banyak tidak patuh melakukan *hand hygiene* dibanding dengan rentang usia dewasa madya. Pada rentang usia dewasa awal dilihat dari sisi tugas tahap perkembangannya, yaitu mempunyai pola kooperatif, kompetitif dan pola persahabatan. Tahapan usia ini jika dihubungkan dengan pelaksanaan aktivitas *hand hygiene* dapat dilakukan dengan

memanfaatkan tahapan perkembangan petugas kesehatan tersebut. Pekerja usia 20-30 mempunyai motivasi kerja relatif tinggi dibanding pekerja usia tua, sehingga dewasa awal lebih semangat untuk melakukan *hand hygiene* dibandingkan pekerja usia tua.

Kategori Usia Menurut Depkes RI (2009):

- a) Masa balita = 0 – 5 tahun,
- b) Masa kanak-kanak = 5 – 11 tahun.
- c) Masa remaja Awal = 12 – 16 tahun.
- d) Masa remaja Akhir = 17 – 25 tahun.
- e) Masa dewasa Awal = 26- 35 tahun.
- f) Masa dewasa Akhir = 36- 45 tahun.
- g) Masa Lansia Awal = 46- 55 tahun.
- h) Masa Lansia Akhir = 56 – 65 tahun.
- i) Masa Manula = 65 – sampai atas

Penduduk usia kerja golongan usia menurut BPS (2015) yaitu :

- a) 18 – 25 tahun
- b) 26 – 45 tahun
- c) \geq 46 tahun

Menurut Hall, Lindzey & Campbell (1998) dalam Damanik (2012) usia dewasa awal dengan rentang usia 18 tahun sampai 40 tahun sedangkan usia dewasa madya >40-60 tahun.

2) Faktor jabatan

Penilaian status jabatan berkaitan dengan persepsi perawat terhadap keterampilan, kemampuan, pengetahuan dan profesionalitas di rumah sakit. Legitimasi figur otoritas (*Legitimacy of authority figure*) berkaitan dengan tanggapan seseorang dalam menerima dan mengakui kewenangan, keputusan, atau kebijakan yang ditetapkan oleh seorang pimpinan atau figure otoritas. Penilaian *legitimacy of authority figure* berkaitan dengan persepsi perawat terhadap kepala ruangan yang dianggap sesuai dengan jabatan yang dimiliki sehingga legal dan berhak untuk mengatur dan memberikan perintah kepada perawat.

3) Faktor pengetahuan

Perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan dalam diri orang tersebut. Kurangnya pengetahuan perawat akan pentingnya melakukan *hand hygiene* dalam mengurangi penyebaran bakteri dan terjadinya kontaminasi pada tangan dan kurang mengerti tentang teknik melakukan *hand hygiene* yang benar akan mempengaruhi kepatuhan dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

4) Pengawasan

Pengawasan pelaksanaan *hand hygiene* membuat perawat lebih banyak patuh. Perawat yang mendapat dukungan dari pimpinannya berpeluang lebih patuh sebesar 21 kali dibandingkan dengan responden yang kurang mendapat dukungan dari pimpinannya.

5) Masa kerja

Perawat yang sudah bekerja lebih dari tiga tahun lebih banyak patuh dibandingkan dengan perawat yang masih bekerja kurang. Menurut Handoko (2007) lama kerja dikategorikan menjadi dua yaitu lama kerja kategori baru ≤ 3 tahun dan lama kerja kategori lama > 3 tahun.

6) Fasilitas

Salah satu kendala dalam ketidakpatuhan terhadap *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*, bak cuci tangan, sabun atau alkohol jell adalah sangat penting untuk membuat kepatuhan menjadi optimal sesuai standar.

3. Konsep *Hand Hygiene*

b. Definisi *hand hygiene*

Hand hygiene (kebersihan tangan) merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengendalian infeksi

(Potter & Perry, 2003 dalam Zulpahiyana, 2013). Menurut Van dan Enk (2006) dalam Zulpahiyana (2013), *hand hygiene* adalah cara yang paling efektif untuk mencegah infeksi nosokomial. Tujuan *hand hygiene* untuk membuang kotoran dan organisme yang menempel ditangan dan untuk mengurangi jumlah mikroba total pada saat itu. Mikroorganisme pada kulit manusia dapat diklasifikasikan dalam dua kelompok yaitu flora residen dan flora transient. Flora residen adalah mikroorganisme yang secara konsisten dapat diisolasi dari tangan manusia, tidak mudah dihilangkan dengan gesekan mekanis karena telah beradaptasi pada tangan manusia contohnya: *Staphylococcus*, *Corynebacterium*, dan *Klibsiella*. Flora transient yaitu flora transit atau flora kontaminasi yang jenisnya tergantung dari lingkungan tempat bekerja, kuman ini mudah dihilangkan dengan cuci tangan yang efektif. Contohnya; *Staphylococcus aureus*, *Streptococci*, *Pseudomonas*, *E.Coli*. Mikroorganisme ini dengan mudah dapat dihilangkan dari permukaan tangan dengan gesekan mekanis dan pencucian dengan sabun. *Hand hygiene* harus dilakukan dengan benar sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun menggunakan sarung tangan atau alat pelindung diri guna menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang ada ditangan sehingga penyebaran penyakit dapat dikurangi dan lingkungan terjaga dari infeksi.

c. Tujuan *hand hygiene*

Tujuan dilakukan *hand hygiene* adalah untuk menghilangkan mikroorganisme (Kozier, 2003 dalam Zulpahiyana, 2013). *Hand hygiene* dilakukan untuk menghilangkan kotoran bahan organik dan membunuh mikroorganisme yang terkontaminasi di tangan yang diperoleh karena kontak dengan pasien terinfeksi/kolonisasi dan kontak dengan permukaan lingkungan.

Menurut Susianti (2008) dalam Zulpahiyana (2013), tujuan dilakukannya *hand hygiene* yaitu;

- 1) Menekan atau mengurangi jumlah dan pertumbuhan bakteri pada tangan
- 2) Menurunkan jumlah kuman yang tumbuh dibawah sarung tangan
- 3) Mengurangi risiko transmisi mikroorganisme ke perawat dan pasien serta kontaminasi silang kepada pasien lain, anggota keluarga, dan tenaga kesehatan lain.
- 4) Memberikan perasaan segar dan bersih.

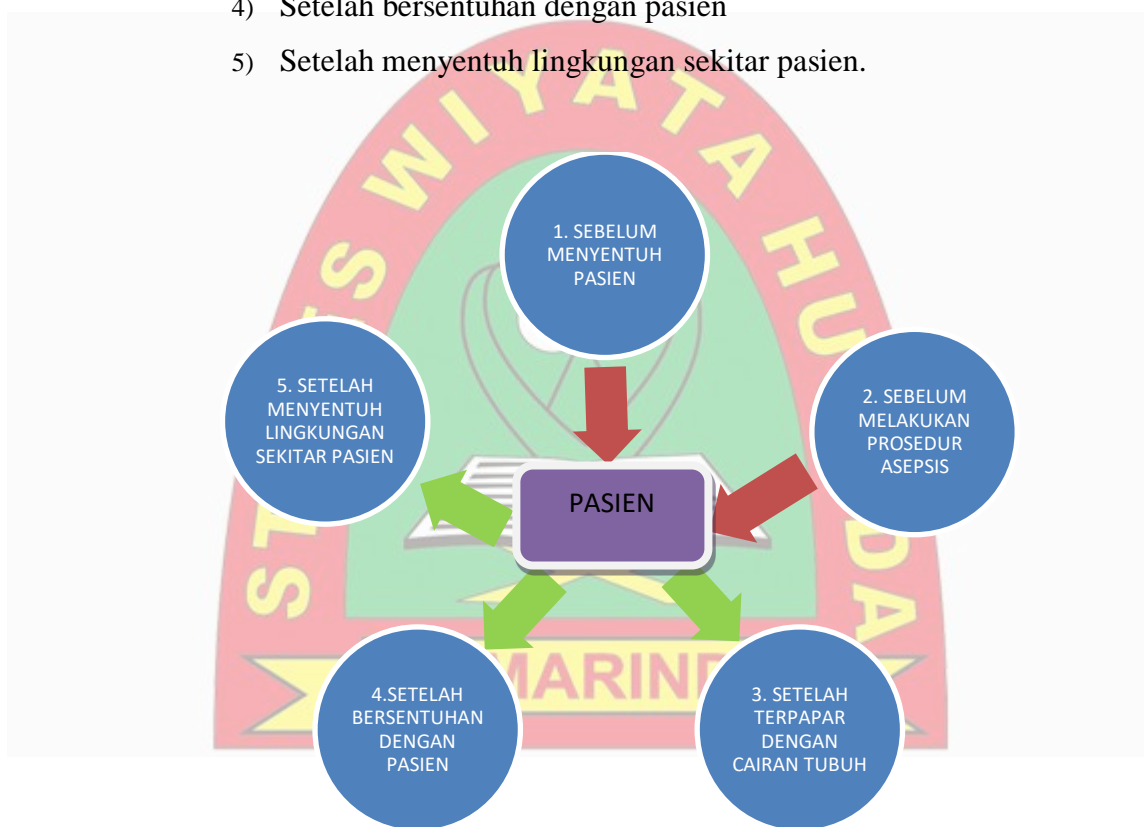
Menurut Hidayat, *et al* (2011) dalam Zulpahiyana (2013), tujuan *hand hygiene* antara lain:

- 1) Untuk memutus transmisi mikroba melalui tangan, diantaranya :
 - a) Diantara area perawatan dan zona pasien
 - b) Diantara zona pasien dan area perawatan.
 - c) Pada daerah tubuh pasien yang berisiko infeksi (contoh: membran mukosa, kulit non-intak, alat invasif).
 - d) Dari darah dan cairan tubuh.
 - 2) Untuk mencegah:
 - a) Kolonisasi patogen pada pasien (termasuk yang multiresisten)
 - b) Penyebaran patogen ke area perawatan
 - c) Infeksi yang disebabkan oleh mikroba endogen
 - d) Kolonisasi dan infeksi pada tenaga kesehatan.
- d. Indikasi *hand hygiene*

Menurut CDC (2002) dalam Zulpahiyana (2013), indikasi dilakukannya cuci tangan (*handwashing*) yaitu jika tangan terlihat kotor, sedangkan jika tangan tidak terlihat kotor namun sudah melakukan aktivitas yang dapat menyebabkan mikrobial pindah ketangan maka dilakukan *handrubbing* dengan bahan berbasis alkohol. Indikasi khusus untuk *hand hygiene* antara lain: sebelum: kontak dengan pasien, menggunakan sarung tangan pada pemasangan CVC, pemasangan kateter urin, atau semua tindakan invasif lainnya. Setelah: kontak dengan kulit pasien, kontak dengan cairan tubuh, perawatan luka, dan setelah melepas *hand scoon*.

WHO (2009), menyatakan bahwa *hand hygiene* yang efektif melibatkan kesadaran kesehatan pekerja, indikasi, dan kapan waktu melakukan *hand hygiene*. Aksi *hand hygiene* dapat dilakukan dengan *handrubbing* dengan produk berbasis alkohol atau dengan mencuci tangan dengan sabun dan air (*handwashing*). Terdapat “5 momen” dimana tenaga kesehatan harus melakukan *hand hygiene* yaitu:

- 1) Sebelum menyentuh pasien
- 2) Sebelum melakukan prosedur aseptis
- 3) Setelah terpapar dengan cairan tubuh
- 4) Setelah bersentuhan dengan pasien
- 5) Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien.



Skema 2.1. *Five Moment*
Sumber WHO (2009)

e. Teknik *hand hygiene*

Hand hygiene menjadi lebih efektif bila tangan bebas luka, kuku bersih, pendek dan tangan dan pergelangan bebas dari perhiasan

dan pakaian. CDC (2002) dalam Zulpahiyana (2013) merekomendasikan teknik *hand hygiene* antara lain:

- 1) Untuk *handrubbing*: berikan bahan berbasis alkohol pada telapak tangan, gosok seluruh permukaan telapak tangan sampai kering.
- 2) Untuk *handwashing*: basahkan tangan menggunakan air, berikan sabun dan gosokkan merata keseluruhan telapak tangan selama 15 detik, bilas, dan keringkan dengan menggunakan handuk. Gunakan handuk untuk menutup keran.

Menurut WHO (2009) 6 langkah *hand hygiene*, sebagai berikut:

- 1) Teknik *hand hygiene* dengan mencuci tangan (*handwashing*)
 - a) Basahkan tangan dengan air
 - b) Berikan sabun secukupnya, dan ratakan ke seluruh permukaan tangan
 - c) Gosok telapak tangan kiri dengan telapak tangan kanan
 - d) Telapak tangan kanan digosokkan ke punggung tangan kiri beserta ruas-ruas jari, begitu juga sebaliknya
 - e) Gosok telapak tangan kanan dengan telapak tangan kiri dengan jari-jari saling terkait
 - f) Letakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci
 - g) Jempol kanan digosok memutar oleh telapak tangan kiri, begitu sebaliknya
 - h) Jari kiri menguncup, gosok memutar kekanan dan kekiri pada telapak kanan dan sebaliknya
 - i) Keringkan tangan.
 - j) Mencuci tangan memerlukan waktu sekitar 40-60 detik, sedangkan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan langkah c sampai h sekitar 15-30 detik.



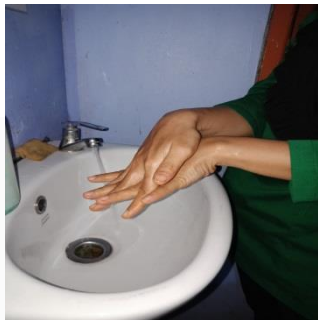
Basuh dengan air



Beri Sabun



Gosok telapak tangan



Gosok punggung tangan



Gosok sela-sela jari



Gosok gerakan mengunci



Gosok jempol tangan



Gosok ujung jari



Keringkan

Gambar 2.1. *Handwash* menurut WHO
Sumber dari koleksi pribadi

- 2) Teknik *hand hygiene* dengan *handrubbing* menggunakan bahan berbasis alcohol
 - a) Berikan alkohol secukupnya pada tangan
 - b) Ratakan alkohol keseluruh permukaan tangan
 - c) Gosok telapak tangan kiri dengan telapak tangan kanan
 - d) Telapak tangan kanan digosokkan kepongung tangan kiri beserta ruas-ruas jari, begitu juga sebaliknya

- e) Gosok telapak tangan kanan dengan telapak tangan kiri dengan jari-jari saling terkait
- f) Letakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci
- g) Jempol kanan digosok memutar oleh telapak tangan kiri, begitu sebaliknya
- h) Jari kiri menguncup, gosok memutar kekanan dan kekiri pada telapak kanan dan sebaliknya
- i) Keringkan tangan.
- j) Waktu yang diperlukan yaitu sekitar 20-30 detik.



Gosok ujung-ujung jari

Gambar 2.2. Enam langkah cuci tangan menurut WHO
Sumber dari koleksi pribadi

4. Konsep Keperawatan

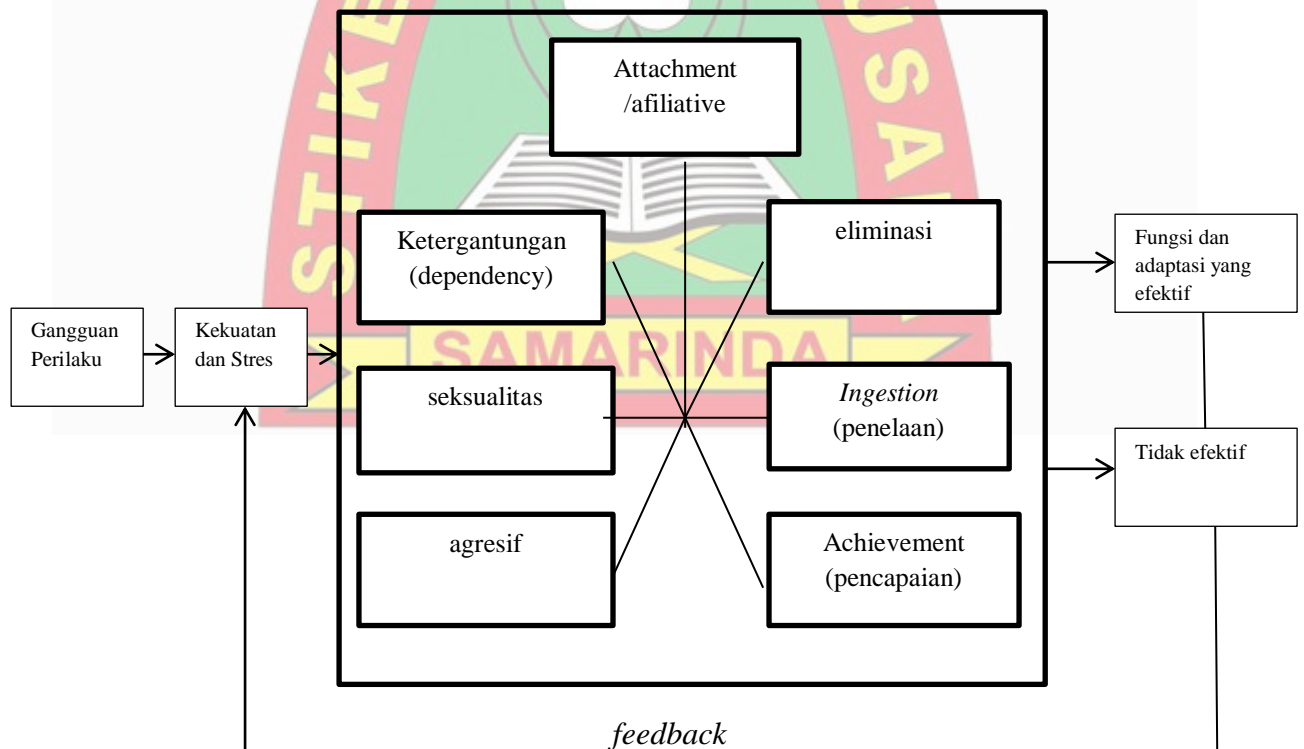
Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Menurut Kusnanto (2010), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan. Perawat adalah sesuatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantuk memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien (Suwignyo, 2009).

Keperawatan sebagai ilmu juga memiliki paradigma sendiri dan sampai saat ini paradigma keperawatan masih berdasarkan empat komponen yang diantaranya yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dalam rentang sehat-sakit dan lingkungan. Sebagai disiplin ilmu, keperawatan akan selalu berkembang untuk mencapai profesi yang mandiri seiring dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan sehingga paradigma keperawatan akan terus berkembang (Hidayat, 2014). Untuk itu perawat sebagai bagian dari tim dituntut untuk terus meningkatkan ilmu dan kemampuan dirinya terutama dalam hal meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat. Melalui WHO yg bekerja sama dengan JCI mencangkan *World Alliance for Patient Safety* yaitu program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien serta menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit, dimana perawat ikut andil dalam mengurangi risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan atau biasa disebut dengan infeksi nosokomial.

Namun masih banyaknya kendala yang dihadapi terkait dengan mengurangi risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan, dimana masih ada ditemukannya ketidak patuhan perawat dalam melaksanakan

hand hygiene di fasilitas kesehatan. Banyaknya faktor yang berkontribusi terhadap rendahnya kepatuhan *hand hygiene* diantara perawat dan dokter salah satunya adalah perilaku, dimana perilaku memegang peranan penting. Perilaku yang baik akan menghasilkan hal yang baik, sebaliknya perilaku yang buruk juga akan menghasilkan yang hal buruk.

Perawat merupakan faktor yang mempunyai peran penting dalam memberikan intervensi keperawatan kepada pasien, terutama dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien serta dalam peningkatan kesehatan pasien. Perilaku perawat yang tidak patuh dalam melakukan *hand hygiene* akan memberikan dampak negatif yang sangat besar meliputi terjadinya infeksi nosokomial terhadap pasien dan juga perawat itu sendiri. Oleh sebab itu perawat harus merubah prilakunya sehingga terjadi kondisi yang seimbang atau stabil. Model keperawatan D. Johnson digunakan dalam penelitian ini karena adanya hubungan erat dengan prilaku dan kepatuhan.



Skema 2.2. Kerangka konsep/model Keperawatan menurut Dorothy Johnson
 Sumber Artikel: Thomas Ari (2013).

Model konsep dan teori keperawatan menurut Johnson adalah dengan pendekatan sistem perilaku, dimana individu dipandang sebagai sistem perilaku yang selalu ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas, baik di lingkungan internal maupun eksternal. Juga memiliki keinginan dalam mengatur dan menyesuaikan diri dari pengaruh yang ditimbulkannya. Karena *behavioral system* memiliki banyak tugas untuk dikerjakan, bagian-bagian system berubah menjadi subsistem-subsistem dengan tugas tertentu. Suatu subsistem merupakan “system kecil dengan tujuan khusus sendiri dan berfungsi dapat dijaga sepanjang hubungannya dengan subsistem lain atau lingkungan tidak diganggu. Tujuh subsistem yang diidentifikasi oleh Johnson bersifat terbuka, terhubung dan saling berkaitan (*interealated*). Motivasi mengendalikan langsung aktifitas subsistem-subsistem ini yang berubah secara kontinyu dikarenakan kedewasaan, pengalaman dan pembelajaran.

Sebagai suatu sistem, didalamnya terdapat komponen sub sistem yang membentuk sistem tersebut, diantara komponen sub sistem yang membentuk sistem perilaku menurut Johnson adalah:

- a. *Ingestif*, yaitu sumber dalam memelihara integritas serta mencapai kesenangan dalam pencapaian pengakuan dari lingkungan.
- b. *Achievement*, merupakan tingkat pencapaian prestasi melalui keterampilan yang kreatif.
- c. *Agresif*, merupakan bentuk mekanisme pertahanan diri atau perlindungan dari berbagai ancaman yang ada di lingkungan.
- d. Eliminasi, merupakan bentuk pengeluaran segala sesuatu dari sampah atau barang yang tidak berguna secara biologis.
- e. Seksual, digunakan dalam pemenuhan kebutuhan saling mencintai dan dicintai.
- f. Gabungan/tambahan, merupakan bentuk pemenuhan kebutuhan tambahan dalam mempertahankan lingkungan yang kondusif dengan penyesuaian dalam kehidupan sosial, keamanan, dan kelangsungan hidup.

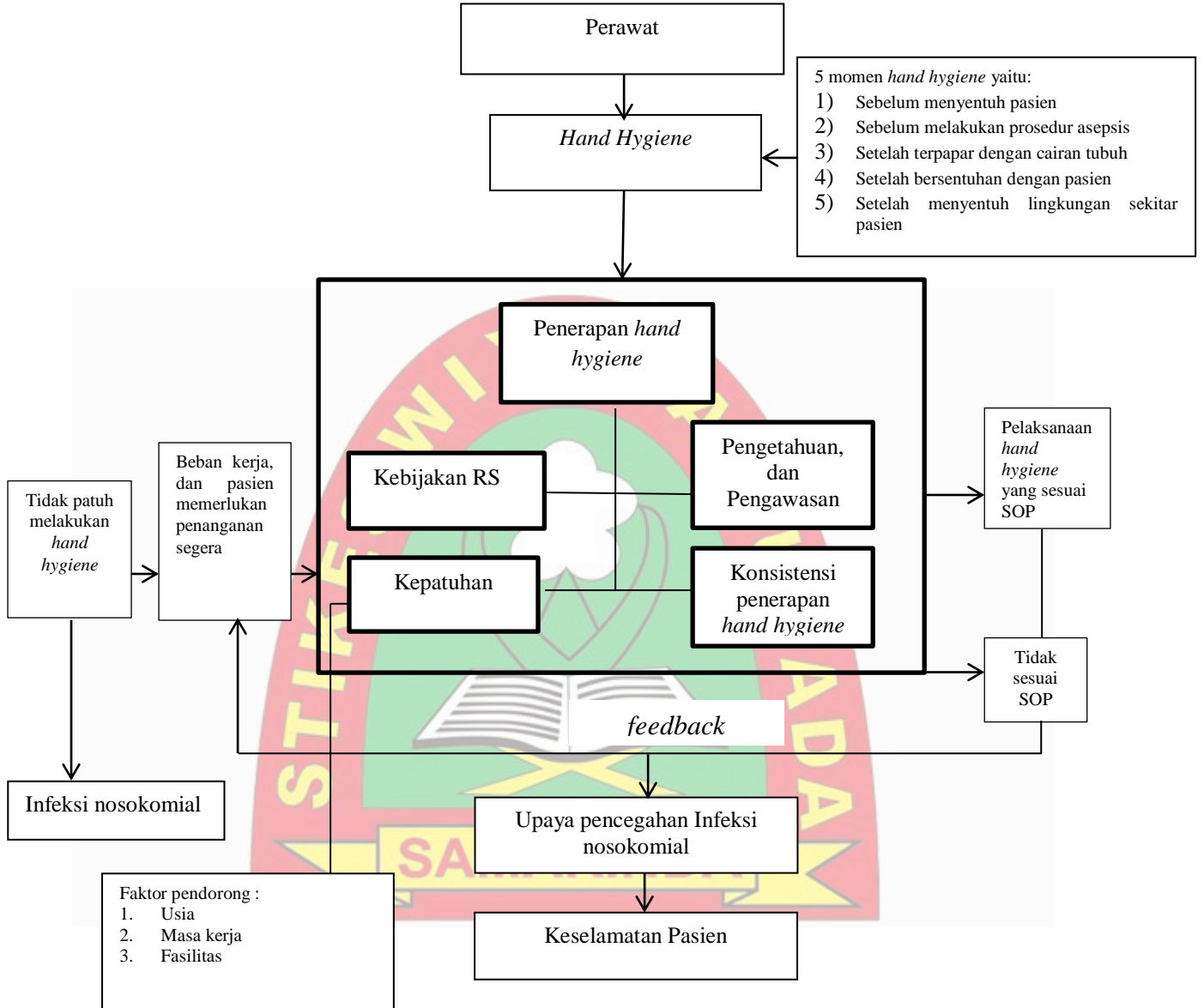
- g. Ketergantungan, merupakan bagian yang membentuk sistem perilaku dalam mendapatkan bantuan, kedamaian, keamanan dan kepercayaan.

Berdasarkan sub sistem tersebut diatas, maka akan terbentuk sebuah sistem perilaku individu, sehingga Johnson memiliki pandangan bahwa keperawatan dalam mengatasi permasalahan tersebut harus dapat berfungsi sebagai pengatur agar dapat menyeimbangkan sistem perilaku tersebut. Klien dalam hal ini adalah manusia yang mendapat bantuan perawatan dengan keadaan terancam atau potensial oleh kesakitan atau ketidak seimbangan penyesuaian dengan lingkungan. Status kesehatan yang diinginkan dicapai adalah mereka yang mampu berperilaku untuk memelihara keseimbangan atau stabilitas dengan lingkungan.



F. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat dalam skema di bawah ini :

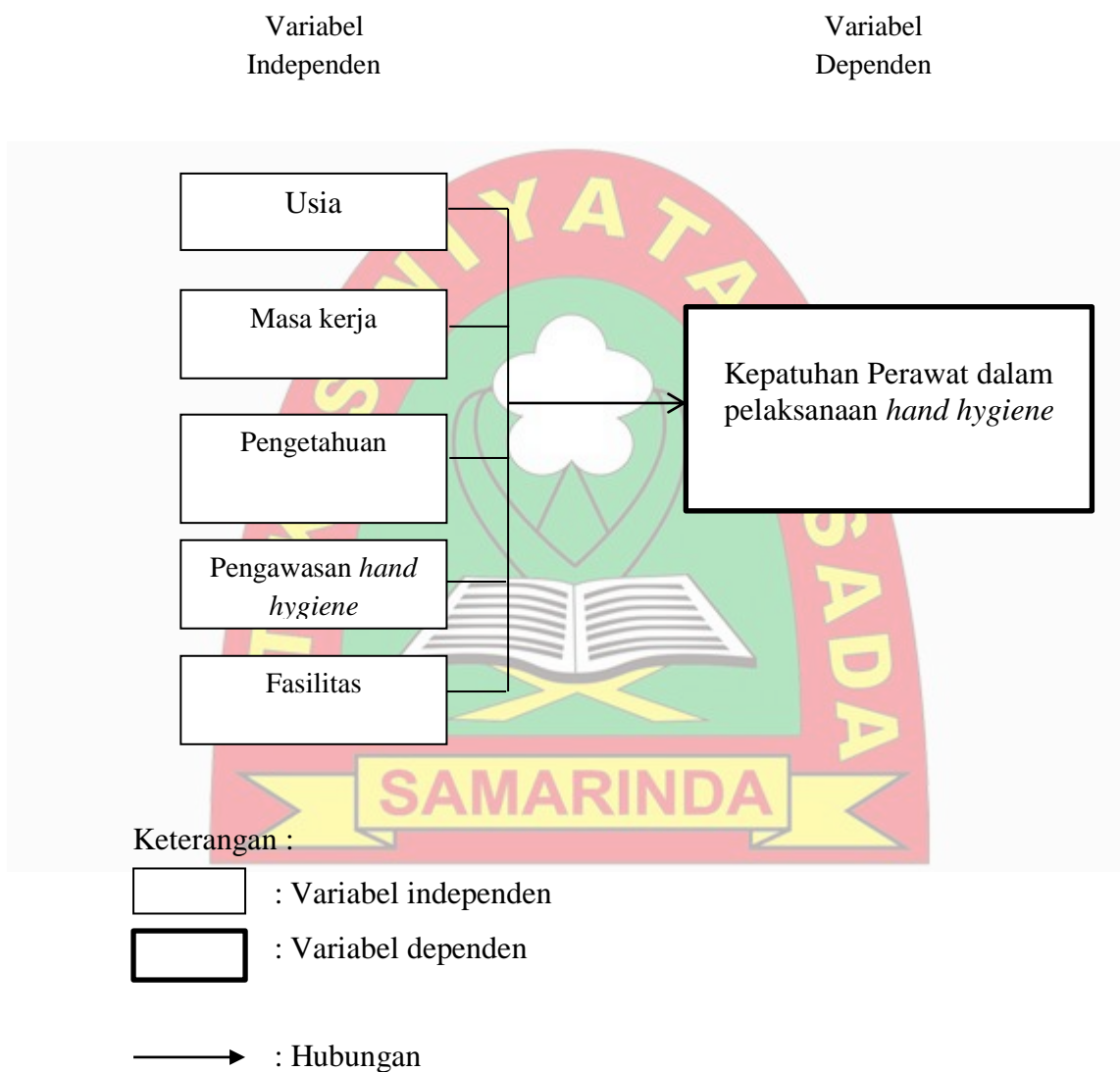


Skema 2.3. Kerangka Teori Penelitian (Modifikasi) Keperawatan Menurut Dorothy Johnson.

Sumber : Damanik (2012); Van dan Enkdalam Zulpahiyana (2013); WHO (2009); Hughes dalam Sutanto (2014)

G. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Nursalam, 2011). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori. Adapun kerangka teori dari penelitian adalah sebagai berikut :



Skema 2.4. Kerangka Konsep Penelitian

H. Hipotesis

Hipotesa adalah pernyataan yang diperlukan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus di uji kasahihannya secara empiris (Nursalam, 2011). Hipotesis dapat dipandang sebagai kesimpulan yang sifatnya sangat sementara. Sehubungan dengan pendapat itu penulis berkesimpulan bahwa hipotesis adalah merupakan suatu jawaban atau dugaan sementara yang bisa dianggap benar dan bisa dianggap salah, sehingga memerlukan pembuktian dari kebenaran hipotesis tersebut melalui penelitian yang akan dilakukan.

Adapun hipotesis dari penelitian ini adalah :

Ha :

1. Terdapat hubungan usia dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
2. Terdapat hubungan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
3. Terdapat hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
4. Terdapat hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
5. Terdapat hubungan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Ho :

1. Tidak terdapat hubungan usia dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
2. Tidak terdapat hubungan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

3. Tidak terdapat hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
4. Tidak terdapat hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
5. Tidak terdapat hubungan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian deskriptif analitik dan pendekatan *cross sectional* yang digunakan untuk meneliti suatu kejadian pada waktu yang bersamaan, sehingga variabel dependen dan variabel independen diteliti secara bersamaan (Notoatmojo, 2012). Variabel independen dalam penelitian ini usia, pengetahuan, ketersediaan tenaga kerja, pengawasan *hand hygiene*, masa kerja dan ketersediaan fasilitas, sedangkan variabel dependen adalah kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja. Tujuannya untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

2. Waktu penelitian.

Penelitian dilakukan pada tanggal 17 Mei 2019 sampai 23 Mei 2019.

C. Populasi dan Sampel.

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah perawat di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja berjumlah 144 orang.

2. Sampel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2012) bahwa sampel adalah obyek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi dimana dalam mengambil sampel penelitian menggunakan teknik-teknik tertentu. Pada penelitian ini teknik sampel yang diambil adalah *consecutive sampling*. Pada *consecutive sampling*, semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi. *Consecutive sampling* ini merupakan jenis *non-probability sampling* yang paling baik dan sering merupakan cara termudah. Menurut Arikunto (2010), menentukan jumlah sampel dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$
$$n = \frac{144}{1 + 144(0,05^2)}$$
$$n = 105,88 \text{ dibulatkan menjadi } 106$$
$$n = 106$$

Keterangan :

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan (0,05)

Menurut perhitungan rumus ini, sehingga sampel dalam penelitian ini perawat di Rumah Sakit Abadi Samboja berjumlah 106 orang, dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Perawat yang melakukan tindakan invasif di Rumah Sakit Abadi Samboja
- 2) Perawat yang pernah mendapatkan sosialisasi *hand hygiene*
- 3) Perawat yang pernah mendapatkan pelatihan *hand hygiene*
- 4) Perawat yang mampu berkomunikasi dengan baik
- 5) Perawat yang kooperatif
- 6) Perawat yang bersedia menjadi informan penelitian

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Perawat yang sedang cuti saat penelitian
- 2) Perawat yang sedang sakit saat penelitian
- 3) Perawat Poli Klinik RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

D. Variabel penelitian dan Defenisi Operasional

1. Variabel penelitian adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) menurut Soeparto, dkk dalam Nursalam (2011).
 - a. Variabel bebas/*independent/intervensi* merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini variabel bebas adalah usia, jabatan, masa kerja, pengetahuan, pengawasan *hand hygiene*, dan ketersediaan fasilitas.
 - b. Variabel terikat/*dependent* adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini variabel terikatnya adalah kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*.
2. Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2011).

Tabel 3.1. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Kepatuhan perawat dalam pelaksanaan <i>hand hygiene</i>	Ketaatan dalam melakukan <i>hand hygiene</i> menggunakan <i>handwash</i> atau <i>handrub</i> dengan cara enam langkah	Kuesioner dengan skala likert. Selalu diberi skor 4, sering skor 3, kadang-kadang skor 2, dan tidak pernah skor 1	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan mean, karena data berdistribusi normal : 1. Patuh jika total skor \geq Mean (48,89) 2. Tidak patuh baik jika total skor $<$ Mean (48,89)	Ordinal
2	Usia	Lama hidup sejak lahir sampai dilakukanya penelitian	Kuesioner	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan mean (30,36), karena data berdistribusi normal : 1. 31-50 tahun 2. 22-30 tahun	Intervaal
3	Masa kerja	Lama responden bekerja di rumah sakit	Kuesioner	1. $>$ 3 tahun 2. \leq 3 tahun Handoko (2007)	Ordinal
4	Pengetahuan	Sesuatu yang dipahami perawat terkait dengan <i>hand hygiene</i>	Kuesioner skala guttman	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan mean, karena data berdistribusi normal : 1. Baik jika total skor \geq Mean (10,38) 2. Kurang baik jika total skor $<$ Mean (10,38)	Ordinal
5	Pengawasan (Supervisi)	Survey yang dilakukan oleh pihak yang diberikan wewenang terkait dengan <i>hand hygiene</i>	Kuesioner skala guttman	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan mean, karena data berdistribusi normal : 1. Baik jika total skor \geq Mean (4,7) 2. Kurang baik jika total skor $<$ Mean (4,7)	Ordinal
6	Fasilitas	Persediaan alat yang digunakan untuk melakukan <i>hand hygiene</i>	Kuesioner skala guttman	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan mean, karena data berdistribusi normal : 1. Mendukung jika total skor \geq Mean (3,83) 2. Tidak mendukung jika total skor $<$ Mean (3,83)	Ordinal

E. Alat Pengumpulan Data

1. Sumber data

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder sebagai sumber data. Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survey, dan lain sebagainya (Sugiyono, 2014). Data primer penelitian ini diperoleh dari hasil kuesioner. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

2. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data atau informasi yang relevan dengan permasalahan penelitian. Pengumpulan data yang digunakan peneliti adalah observasi dan kuesioner atau angket yang disesuaikan dengan tujuan penelitian dan mengacu pada konsep dan teori yang telah dibuat. Instrumen penelitian merupakan alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmojo, 2012). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang mengacu pada penelitian Rahfitab Ferdinah (2017) dengan hasil variabel pengetahuan terdiri atas 18 pernyataan dengan nilai uji validitasnya (r tabel 0,3388) dan nilai uji reabilitanya (0,979), sehingga data dikatakan sudah valid dan reliabel. Untuk variabel pengawasan terdiri atas 8 pernyataan dengan nilai uji validitasnya (r tabel 0,3388) dan nilai uji reabilitanya (0,942), sehingga data dikatakan sudah valid dan reliabel. Pada penelitian Reazka Nur Oktavia (2016) didapatkan hasil uji reliabilitas pada kuesioner kepatuhan *hand hygiene* dengan nilai KR-20 adalah 0,848 nilai $KR-20 \geq$ konstanta 0,6 maka kuesioner dinyatakan reliabel.

F. Uji Instrumen

Uji validitas dan realibitas kuesioner kepatuhan, pengetahuan, pengawasan dan faslitas dilaksanakan di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja dengan jumlah responden yaitu 20 orang.

1. Uji Validitas

Uji instrumen dilakukan untuk mengetahui tingkat kesahihan (Valid) tiap item atau butir pernyataan dalam angket atau kuisioer. Instrumen dikatakan valid jika dapat mengukur apa yang seharusnya diukur atau mengukur apa yang diinginkan dengan tepat (Notoatmojo, 2012). Pengujian validitas dilakukan dengan cara mengkorelasikan masing-masing item pernyataan dengan skor total (Sugiyono, 2014).

Uji validitas pada kuesioner pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru menggunakan rumus *Pearson Product Moment* dikarenakan menggunakan skala likert dengan pengolahan data menggunakan alat bantu program komputer aplikasi statistik, adapun rumus (Arikunto, 2010), sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{\sum xy}{(N)(SD_x)(SD_y)}$$

Keterangan :

r_{xy} : Korelasi x dan y

$\sum xy$: Jumlah keseluruhan dari x dikalikan y

N : Jumlah subyek penelitian

SD_x : Standar deviasi x

SD_y : Standar deviasi y

Keputusan uji :

Bila $r_{hitung} \geq r_{tabel}$ (0,361) artinya pertanyaan tersebut valid.

Bila $r_{hitung} < r_{tabel}$ (0,361) artinya pertanyaan tersebut tidak valid.

Berdasarkan hasil uji validitas kuesioner kepatuhan sebanyak 18 item pertanyaan, pengetahuan sebanyak 18 item pertanyaan, pengawasan sebanyak 8 item pertanyaan dan faslitas sebanyak 5 item pertanyaan, diperoleh seluruh item pertanyaan dengan nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ (0,4438) artinya seluruh item pertanyaan valid sehingga tidak ada butir item pertanyaan yang dibuang.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau taat asas bila

dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmojo, 2012).

Pengujian reliabilitas menggunakan rumus KR 20 (*Kuder & Richardson*), dimana alat tes dikatakan reliabel apabila hasilnya lebih besar dari 0,6 dengan rumus menurut Sugiyono (2014) yaitu sebagai berikut:

$$KR_{20} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{st^2} \right)$$

Keterangan :

k : Banyaknya butir pertanyaan

St : Simpangan baku skor total

Berdasarkan hasil uji reliabilitas kepatuhan yang terdiri atas 18 item pertanyaan diperoleh nilai alpha sebesar $0,967 > 0,6$ sehingga dikatakan reliabel. Pengetahuan yang terdiri atas 18 item pertanyaan diperoleh nilai alpha sebesar $0,947 > 0,6$ sehingga dikatakan reliabel. Pengawasan yang terdiri atas 8 item pertanyaan diperoleh nilai alpha sebesar $0,926 > 0,6$ sehingga dikatakan reliabel. Fasilitas yang terdiri atas 5 item pertanyaan diperoleh nilai alpha sebesar $0,924 > 0,6$ sehingga dikatakan reliabel.

G. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2011). Sumber data meliputi :

1. Data primer

Data primer merupakan sumber data yang diperoleh langsung dari sumber asli (tidak melalui media perantara). Data primer pada penelitian ini diperoleh dari kuesioner yang diisi responden.

2. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh peneliti secara tidak langsung atau melalui media perantara (diperoleh dan dicatat oleh pihak lain). Data sekunder umumnya berupa bukti, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip (data dokumenter) yang dipublikasikan dan yang tidak dipublikasikan seperti rekam medik pasien.

Prosedur dan pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi prosedur administrasi dan proses teknis :

1. Prosedur administrasi :

- a. Membuat surat permohonan izin penelitian dari Stikes Wiyata Husada Samarinda yang ditujukan kepada RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
- b. Setelah mendapatkan persetujuan dari Pimpinan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja, setelah itu peneliti melakukan penyeleksian calon responden. Peneliti mengidentifikasi responden yang memenuhi kriteria penelitian.
- c. Meminta calon yang terpilih agar bersedia menjadi calon responden setelah mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian serta hak dan kewajiban selama menjadi responden. Responden yang bersedia selanjutnya diminta menandatangani lembar *Informed concent*.
- d. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada yang belum jelas.
- e. Setelah itu pertanyaan dalam kuisiner dijawab, maka peneliti mengumpulkan data dan mengucapkan terima kasih kepada responden.

2. Prosedur teknis

Setelah prosedur administrasi selesai, dilakukan tindakan sebagai berikut :

Setelah mendapatkan ijin dari Direktur RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja untuk melakukan penelitian, peneliti kemudian mengadakan pendekatan kepada perawat yang telah menjadi sampel penelitian dan yang pada saat dilakukannya penelitian ada atau sedang bertugas. Selanjutnya dilakukan proses identifikasi penerapan *hand hygiene* oleh peneliti kepada perawat tersebut.

3. Teknik Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian akan dilakukan pengolahan data. Agar penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka data diolah peneliti (Notoatmojo, 2012) dengan tahapan sebagai berikut :

a. Editing Data

Melakukan pengecekan kelengkapan data, diantaranya kelengkapan ketentuan identitas dan hanya mencantumkan kode saja (*anonym*), kemudian mengisi kelengkapan data yaitu memeriksa instrumen pengumpulan data dan kelengkapan isian data jika di dalam instrumen terdapat sebuah atau beberapa *item* yang tidak dikehendaki peneliti.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding adalah usaha pengklasifikasian data dari para responden menurut macamnya. Dalam melakukan *coding*, data responden diklasifikasikan dengan menggunakan kode tertentu berupa angka, meliputi :

- 1) Kepatuhan dengan kode 1 patuh dan kode 2 tidak patuh
- 2) Usia dengan kode 1 usia antara 31-50 tahun dan kode 2 usia antara 22-30 tahun.
- 3) Jabatan dengan kode 1 kepala ruangan/wakil kepala ruangan dan kode 2 perawat pelaksana.
- 4) Masa kerja dengan kode 1 > 3 tahun dan kode 2 ≤ 3 tahun.
- 5) Pengetahuan dengan kode 1 baik dan kode 2 kurang baik.
- 6) Pengawasan dengan kode 1 baik dan kode 2 kurang baik.
- 7) Fasilitas dengan kode 1 baik dan kode 2 kurang baik.

c. Pemindahan Data

Kegiatan memasukkan data yang telah dilakukan *coding* memakai fasilitas komputer.

d. Tabulasi Data

Kegiatan meringkas data yang masuk kedalam tabel yang disusun sesuai kebutuhan menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai tujuan penelitian.

I. Tehnik Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner akan dianalisis menjadi dua macam, yaitu :

1. Uji Normalitas Data

Uji normalitas dilakukan pada penelitian ini digunakan untuk menilai cut of point. Hasil uji normalitas data pada variabel dipenelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.2.
Uji Normalitas Variabel Penelitian

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Mak	Skewness	Kurtosis	Kolmogorov - Smirnov	Shapiro - Wilk
Usia	30,36	30,50	4,950	22-50	0,689	1,118	0,039	0,002
					std. error : 0,235	std. error : 0,465		
Kepatuhan	48,89	55	13,375	26-67	-0,216	-1,755	0,000	0,000
					std. error : 0,235	std. error : 0,465		
Pengetahuan	10,38	9	3,848	5-17	0,358	-1,522	0,000	0,000
					std. error : 0,235	std. error : 0,465		
Pengawasan	4,7	4	2,289	0-8	0,025	-1,138	0,000	0,000
					std. error : 0,235	std. error : 0,465		
Fasilitas	3,83	3,5	1,091	2-5	-0,103	-1,543	0,000	0,000
					std. error : 0,235	std. error : 0,465		

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel uji normalitas di atas berdasarkan statistik deskriptif diketahui bahwa :

a. Usia perawat

- 1) Koefisien varian : dihitung dengan rumus (standar deviasi dibagi mean) x 100% = $(4,950 : 30,36) \times 100\% = 16,30\%$, karena nilai hasil di bawah 30 maka dapat disimpulkan distribusi data normal.
- 2) Rasio skewness : dihitung dengan rumus skewness dibagi standar error of skewness = $0,689 : 0,235 = 2,932$, karena kriteria normal - 2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data tidak normal.
- 3) Rasio kurtosis : dihitung dengan rumus kurtosis dibagi standar error of kurtosis = $1,118 : 0,465 = 2,404$, karena kriteria normal - 2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data tidak normal.

- 4) Grafik histogram bentuknya menyerupai bel shape yang berarti berdistribusi normal
- 5) Q-Q plot, secara teoritis, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis. Terlihat bahwa data menyebar disekitar garis, jadi dapat dikatakan bahwa data berdistribusi normal.
- 6) Deterended normal Q-Q, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis (angka nol). Terlihat bahwa data terdapat disekitar garis, dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal.
- 7) Box plot, terlihat simetris, karena kriteria normalnya simetris maka disimpulkan distribusi data normal.
- 8) Hasil uji Kolmogorov – Smirnov dengan nilai p value 0,039 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.
- 9) Hasil uji Shapiro - Wilk dengan nilai p value 0,002 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa uji normalitas untuk data usia adalah data berdistribusi normal, dikarenakan 5 dari 9 uji normalitas menyatakan normal, sehingga *out of point* yang digunakan adalah nilai Mean.

b. Kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*

- 1) Koefisien varian : dihitung dengan rumus (standar deviasi dibagi mean) x 100% = $(13,375 : 48,89) \times 100\% = 27,36\%$, karena nilai hasil dibawah 30 maka dapat disimpulkan distribusi data normal.
- 2) Rasio skewness : dihitung dengan rumus skewness dibagi standar error of skewness = $-0,216 : 0,235 = -0,919$, karena kriteria normal -2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data normal.
- 3) Rasio kurtosis : dihitung dengan rumus kurtosis dibagi standar error of kurtosis = $-1,755 : 0,465 = -3,774$, karena kriteria normal -2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data tidak normal.

- 4) Grafik histogram bentuknya menyerupai bel shape yang berarti berdistribusi normal
- 5) Q-Q plot, secara teoritis, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis. Terlihat bahwa data menyebar disekitar garis, jadi dapat dikatakan bahwa data berdistribusi normal.
- 6) Deterended normal Q-Q, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis (angka nol). Terlihat bahwa data terdapat disekitar garis, dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal.
- 7) Box plot, terlihat simetris, karena kriteria normalnya simetris maka disimpulkan distribusi data normal.
- 8) Hasil uji Kolmogorov – Smirnov dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.
- 9) Hasil uji Shapiro - Wilk dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa uji normalitas untuk data kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* adalah data berdistribusi normal, dikarenakan 6 dari 9 uji normalitas menyatakan normal, sehingga *out of point* yang digunakan adalah nilai Mean.

c. Pengetahuan

- 1) Koefisien varian : dihitung dengan rumus (standar deviasi dibagi mean) x 100% = $(3,848 : 10,38) \times 100\% = 37,07\%$, karena nilai hasil di atas 30 maka dapat disimpulkan distribusi data tidak normal.
- 2) Rasio skewness : dihitung dengan rumus skewness dibagi standar error of skewness = $0,358 : 0,235 = 1,523$, karena kriteria normal - 2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data normal.

- 3) Rasio kurtosis : dihitung dengan rumus kurtosis dibagi standar error of kurtosis = $-1,522 : 0,465 = -3,273$, karena kriteria normal - 2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data tidak normal.
- 4) Grafik histogram bentuknya menyerupai bel shape yang berarti berdistribusi normal
- 5) Q-Q plot, secara teoritis, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis. Terlihat bahwa data menyebar disekitar garis, jadi dapat dikatakan bahwa data berdistribusi normal.
- 6) Deterended normal Q-Q, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis (angka nol). Terlihat bahwa data terdapat disekitar garis, dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal.
- 7) Box plot, terlihat simetris, karena kriteria normalnya simetris maka disimpulkan distribusi data normal.
- 8) Hasil uji Kolmogorov – Smirnov dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.
- 9) Hasil uji Shapiro - Wilk dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa uji normalitas untuk data pengetahuan adalah data berdistribusi normal, dikarenakan 5 dari 9 uji normalitas menyatakan normal, sehingga *out of point* yang digunakan adalah nilai Mean.

d. Pengawasan

- 1) Koefisien varian : dihitung dengan rumus (standar deviasi dibagi mean) x 100% = $(2,289 : 4,7) \times 100\% = 48,70\%$, karena nilai hasil di atas 30 maka dapat disimpulkan distribusi data tidak normal.
- 2) Rasio skewness : dihitung dengan rumus skewness dibagi standar error of skewness = $0,025 : 0,235 = 0,106$, karena kriteria normal - 2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data normal.

- 3) Rasio kurtosis : dihitung dengan rumus kurtosis dibagi standar error of kurtosis = $-1,138 : 0,465 = -2,447$, karena kriteria normal - 2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data tidak normal.
- 4) Grafik histogram bentuknya menyerupai bel shape yang berarti berdistribusi normal
- 5) Q-Q plot, secara teoritis, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis. Terlihat bahwa data menyebar disekitar garis, jadi dapat dikatakan bahwa data berdistribusi normal.
- 6) Deterended normal Q-Q, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis (angka nol). Terlihat bahwa data terdapat disekitar garis, dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal.
- 7) Box plot, terlihat simetris, karena kriteria normalnya simetris maka disimpulkan distribusi data normal.
- 8) Hasil uji Kolmogorov – Smirnov dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.
- 9) Hasil uji Shapiro - Wilk dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa uji normalitas untuk data pengawasan adalah data berdistribusi normal, dikarenakan 5 dari 9 uji normalitas menyatakan normal, sehingga *out of point* yang digunakan adalah nilai Mean.

e. Fasilitas

- 1) Koefisien varian : dihitung dengan rumus (standar deviasi dibagi mean) x 100% = $(1,091 : 3,83) \times 100\% = 28,49\%$, karena nilai hasil di bawah 30 maka dapat disimpulkan distribusi data normal.
- 2) Rasio skewness : dihitung dengan rumus skewness dibagi standar error of skewness = $-0,103 : 0,235 = 0,438$, karena kriteria normal - 2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data normal.

- 3) Rasio kurtosis : dihitung dengan rumus kurtosis dibagi standar error of kurtosis = $-1,543 : 0,465 = -3,318$, karena kriteria normal - 2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data tidak normal.
- 4) Grafik histogram bentuknya menyerupai bel shape yang berarti berdistribusi normal
- 5) Q-Q plot, secara teoritis, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis. Terlihat bahwa data menyebar disekitar garis, jadi dapat dikatakan bahwa data berdistribusi normal.
- 6) Deterended normal Q-Q, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis (angka nol). Terlihat bahwa data terdapat disekitar garis, dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal.
- 7) Box plot, terlihat simetris, karena kriteria normalnya simetris maka disimpulkan distribusi data normal.
- 8) Hasil uji Kolmogorov – Smirnov dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.
- 9) Hasil uji Shapiro - Wilk dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi tidak normal.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa uji normalitas untuk data fasilitas adalah data berdistribusi normal, dikarenakan 6 dari 9 uji normalitas menyatakan normal, sehingga *out of point* yang digunakan adalah nilai Mean.

2. Analisis Univariat

Analisa *univariat* dilakukan terhadap tiap-tiap variabel dari hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010). Tujuan dari analisa ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel dalam penelitian. Data yang telah didapat kemudian diolah dan dianalisa dengan menggunakan perangkat komputer dan ditampilkan dalam bentuk tabel data yang menjabarkan distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{\sum N} \times 100 \%$$

Keterangan :

P = Persentase (%)

F = Frekuensi

N = Jumlah responden

3. Analisis *Bivariat*

Analisa bivariat adalah analisa yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel. Analisa ini bertujuan untuk mengetahui hubungan variabel independen yang dihubungkan dengan variabel dependen. Analisa bivariat dengan rumus *Chi Square* (Notoatmojo, 2012) :

$$X^2 = \sum \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Keterangan :

x^2 : Statistik *Chi Square*

FO : Observasi

Fe : *Expected* atau hasil yang diharapkan

Sedangkan rumus mencari frekuensi *expected* atau hasil yang diharapkan (Fe) adalah :

$$Fe = \frac{(\sum Fkx \sum Fb)}{\sum T}$$

Keterangan :

Fe : Frekuensi yang diharapkan (frekuensi *expected*)

$\sum Fkx$: Jumlah frekuensi pada kolom

$\sum Fb$: Jumlah frekuensi pada baris

$\sum T$: Jumlah keseluruhan baris dan kolom

Setelah didapatkan x^2 hitung, kemudian x^2 tabel dengan derajat uji kebebasan :

$$df = (b-1)(k-1)$$

Keterangan :

b : Jumlah barisan

k : Jumlah kolom

Untuk kriteria pengambilan keputusan adalah sebagai berikut :

Jika x^2 hitung $< x^2$ tabel, maka H_0 diterima H_1 ditolak atau jika x^2 hitung $> x^2$ tabel, maka H_0 ditolak dan H_1 diterima.

Syarat-syarat menggunakan uji statistik dengan *Chi Square* adalah sebagai berikut:

- Variabel yang dihubungkan adalah kategorik dengan variabel kategorik
- Jenis hipotesis adalah jenis komparatif atau hubungan
- Besaran sampel cukup (lebih dari 40 responden)
- Jika tabel 2 x 2 maka menggunakan *Chi Square* dengan *Correction Yate's*
- Tidak adasel dengan *expected frequency* (frekuensi harapan) < 1
- Banyaknya sel dengan *expected frequency* < 5 tidak lebih dari 20% dari banyaknya sel seluruhnya.

Jika tidak memenuhi syarat-syarat tersebut diatas, maka akan dilakukan uji *Fisher Exact*. Adapun rumus uji *Fisher Exact* adalah sebagai berikut :

$$P = \frac{(A+B)!(C+D)!(A+C)!(B+D)}{N!A!B!C!D!}$$

Keterangan :

- P : Nilai probabilitas
A,B,C,D : Nilai masing-masing tabel
N : Jumlah nilai tabel

Keputusan uji :

P value $\leq \alpha$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak

P value $> \alpha$ maka H_a ditolak dan H_0 diterima

Menghitung *Prevalens Ratio* (PR) :

PR = Prevalens kelompok terpapar / prevalens kelompok tidak terpapar

$$PR = a/(a+c) : c/(c+d)$$

Interprestasi nilai *Odd Ratio* (OR) adalah :

PR > 1 : ada hubungan bermakna merupakan faktor risiko

PR = 1 : tidak ada hubungan bermakna bukan merupakan faktor risiko

PR < 1 : merupakan faktor risiko protektif

J. Etika Penelitian

Nursalam (2011) menjelaskan bahwa dalam melakukan penelitian menekankan prinsip etika penelitian yang meliputi:

1. Prinsip Manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian yang dilaksanakan hanya mengisi kuesioner sehingga responden bebas dari bahaya.

b. Bebas dari Eksploitasi

Penelitian yang dilaksanakan ini hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan sehingga nama responden disembunyikan.

c. Risiko (*benefits ratio*)

Peneliti mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Responden mempunyai hak memutuskan bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Peneliti memberikan penjelasan secara terperinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek.

c. *Informed Consent*

Responden diberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Responden mendapatkan perlakuan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi.

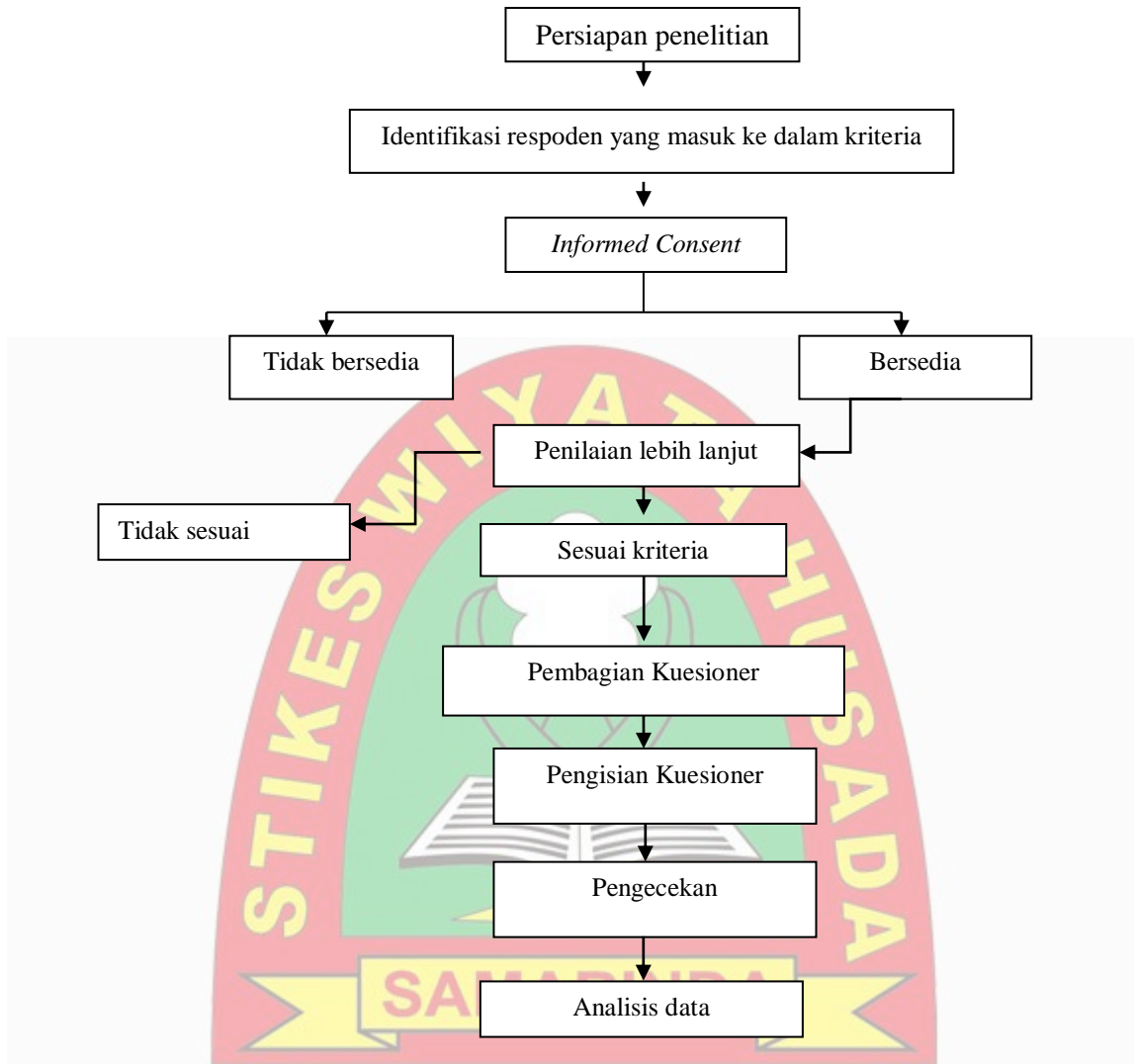
b. Hak dijaga kerahasiaanya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).



K. Alur Penelitian

Jalannya penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014).



Skema 3.1. Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

B. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*, dilaksanakan pada bulan Mei 2019 di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja yang terletak di Jalan Balikpapan – Handil II Samboja Kabupaten Kutai Kartanegara Provinsi Kalimantan Timur.

RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja terdapat fasilitas pelayanan berupa fasilitas fisik bangunan meliputi ruang pendaftaran, ruang rekam medik, ruang komite medik, ruang pertemuan (aula), instalasi farmasi, ruang kasir, instalasi rawat jalan (poli anak, poli spesialis penyakit dalam, poli gigi, poli bedah umum, poli mata, poli tht, poli kebidanan), ruang fisioterapi, instalasi kebidanan, instalasi laboratorium, ruang partus dan ruang observasi. Instalasi rawat inap terdiri dari ruang mahoni (penyakit dalam), ruang cendana (vip), ruang ulin (bedah), dan ruang bengkirai (anak). Instalasi hemodialisa, radiologi, CT Scan dan laboratorium.

Visi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja yaitu menjadi rumah sakit pilihan dengan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Misi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja meliputi :

- a. Memberikan pelayanan secara paripurna, bermutu dan terjangkau yang berorientasi pada kebutuhan dan keselamatan pelanggan.
- b. Menyiapkan SDM professional dan sejahtera untuk menunjang pelayanan kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan.
- c. Mewujudkan manajemen rumah sakit yang kredibel, transparan, efektif, efisien, adil dan akuntabel.
- d. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana secara berkesinambungan.

2. Analisis Univariat

Analisis univariat untuk mengidentifikasi usia, jabatan, masa kerja, pengetahuan tentang *hand hygiene*, pengawasan *hand hygiene*, fasilitas dan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

a. Karakteristik Responden

Tabel 4.1. Distribusi responden berdasarkan usia, jabatan, masa kerja, pengetahuan, pengawasan dan fasilitas *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase (%)
Usia		
31-50 tahun	54	50,9
22-30 tahun	52	49,1
Masa Kerja		
> 3 tahun	61	57,5
≤ 3 tahun	45	42,5
Pengetahuan		
Baik	56	52,8
Kurang baik	50	47,2
Pengawasan		
Baik	66	62,3
Kurang baik	40	37,7
Fasilitas		
Mendukung	53	50
Kurang mendukung	53	50
Jumlah	106	100

Sumber : Distribusi Frekuensi

Diketahui usia responden di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja sebagian besar antara 31-50 tahun berjumlah 54 orang (50,9%), sedangkan usia antara 22-30 tahun berjumlah 52 orang (49,1%).

Diketahui masa kerja responden di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja sebagian besar > 3 tahun termasuk pegawai lama berjumlah 61 orang (57,5%), sedangkan ≤ 3 tahun termasuk pegawai baru berjumlah 45 orang (42,5%).

Diketahui pengetahuan responden tentang *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja sebagian besar baik berjumlah 56 orang (52,8%), sedangkan kurang baik berjumlah 50 orang (47,2%).

Diketahui pengawasan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja sebagian besar baik berjumlah 66 orang (62,3%), sedangkan kurang baik berjumlah 40 orang (37,7%).

Diketahui fasilitas *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja seimbang antara baik dan kurang baik yang masing-masing berjumlah 53 orang (50%).

b. Kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*

Kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.2. Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

Kepatuhan	Jumlah	Persentase (%)
Patuh	54	50,9
Tidak Patuh	52	49,1
Jumlah	106	100

Sumber : Distribusi Frekuensi

Berdasarkan tabel 4.2 di atas, diketahui kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja sebagian besar patuh berjumlah 54 orang (50,9%), sedangkan tidak patuh berjumlah 52 orang (49,1%).

3. Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja didapatkan berdasarkan analisa dengan menggunakan *software* komputer pada uji statistik *chi-square* dengan tingkat kemaknaan 95% atau $p\text{-value} = 0,05$. Apabila $p\text{-value}$ lebih besar dari pada $\alpha = 0,05$ maka hipotesa alternatif ditolak dan

menerima hipotesa nol. Sebaliknya apabila p -value lebih kecil daripada $\alpha = 0,05$ maka hipotesa alternatif diterima dan menolak hipotesa nol.

- a. Hubungan usia dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Tabel 4.3. Hubungan Usia Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

No	Usia	Kepatuhan Perawat				Total	%	<i>P</i> value
		Patuh	%	Tidak Patuh	%			
1	31-50 tahun	28	26,4	26	24,5	54	50,9	1,000
2	22-30 tahun	26	24,5	26	24,5	52	49,1	
Jumlah		54	50,9	52	49,1	106	100	

Sumber: uji *fisher*, Signifikan ($p < 0,05$)

Dari tabel 4.3 tersebut terlihat dari 54 responden usia antara 31-50 tahun, proporsi tertinggi pada responden yang patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 28 responden (26,4%), sedangkan responden yang tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 26 responden (24,5%). Adapun dari 52 responden usia antara 22-30 tahun, proporsi seimbang pada responden yang patuh dan tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* yang masing-masing berjumlah 26 responden (24,5%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square, diperoleh p value $> 0,05$ (1,000) sehingga H_0 diterima yaitu tidak ada hubungan usia dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

- b. Hubungan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Tabel 4.4. Hubungan Masa Kerja Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

No	Masa Kerja	Kepatuhan Perawat		Total	%	<i>P value</i>	
		Patuh	%				Tidak Patuh
1	> 3 tahun	31	29,2	30	28,3	1,000	
2	≤ 3 tahun	23	21,7	22	20,8		
	Jumlah	54	50,9	52	49,1		106

Sumber: uji *chi square*, Signifikan ($p < 0,05$)

Dari tabel 4.5 tersebut terlihat dari 61 responden yang memiliki masa kerja > 3 tahun (pegawai lama), proporsi pada responden yang patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 31 responden (29,2%), sedangkan yang tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 30 responden (28,3%).

Adapun dari 45 responden yang memiliki masa kerja ≤ 3 tahun (pegawai baru), yang patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 23 responden (21,7%), sedangkan tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 22 responden (20,8%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square*, diperoleh *p value* > 0,05 (1,000) sehingga H_0 diterima yaitu tidak ada hubungan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

- c. Hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Tabel 4.5. Hubungan Pengetahuan Tentang *Hand Hygiene* Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

No	Pengetahuan	Kepatuhan Perawat				Total	%	P value
		Patuh	%	Tidak Patuh	%			
1	Baik	39	36,8	17	16	56	52,8	
2	Kurang Baik	15	14,2	35	33	50	47,2	0,000
Jumlah		54	50,9	52	49,1	106	100	

Sumber: uji *chi square*, Signifikan ($p < 0,05$)

Dari tabel 4.6 tersebut terlihat dari 56 responden yang pengetahuan tentang *hand hygiene* baik, proporsi pada responden yang patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 39 responden (36,8%), sedangkan yang tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 17 responden (16%).

Adapun dari 50 responden yang pengetahuan tentang *hand hygiene* kurang baik, proporsi pada responden yang tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 35 responden (33%), sedangkan patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 15 responden (50,9%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square*, diperoleh $p \text{ value} < 0,05$ (0,000) sehingga H_0 ditolak yaitu ada hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

- d. Hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Tabel 4.6. Hubungan Pengawasan *Hand Hygiene* Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

No	Pengawasan	Kepatuhan Perawat				Total	%	<i>p</i> value
		Patuh	%	Tidak Patuh	%			
1	Baik	38	35,8	25	23,6	63	59,4	
2	Kurang Baik	16	15,1	27	25,5	43	40,6	0,032
	Jumlah	54	50,9	52	49,1	106	100	

Sumber: uji *chi square*, Signifikan ($p < 0,05$)

Dari tabel 4.7 tersebut terlihat dari 63 responden yang pengawasan *hand hygiene* baik, proporsi pada responden yang patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 38 responden (35,8%), sedangkan yang tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 25 responden (23,6%).

Adapun dari 43 responden yang pengawasan *hand hygiene* kurang baik, proporsi pada responden yang tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 27 responden (25,5%), sedangkan patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 16 responden (15,1%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square*, diperoleh *p value* $< 0,05$ (0,032) sehingga H_0 ditolak yaitu ada hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

- e. Hubungan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Tabel 4.7. Hubungan Fasilitas *Hand Hygiene* Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

No	Fasilitas	Kepatuhan Perawat				Total	%	<i>P</i> <i>value</i>
		Patuh	%	Tidak Patuh	%			
1	Mendukung	32	30,2	13	12,3	45	42,5	0,001
	Kurang	22	20,8	39	36,8			
2	Mendukung	54	50,9	52	49,1	106	100	
	Jumlah							

Sumber: uji *chi square*, Signifikan ($p < 0,05$)

Dari tabel 4.8 tersebut terlihat dari 45 responden yang fasilitas *hand hygiene* mendukung, proporsi pada responden yang patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 32 responden (30,2%), sedangkan yang tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 13 responden (12,3%).

Adapun dari 61 responden yang fasilitas *hand hygiene* kurang mendukung, proporsi pada responden yang tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 39 responden (36,8%), sedangkan patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 22 responden (20,8%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square*, diperoleh $p \text{ value} < 0,05$ (0,001) sehingga H_0 ditolak yaitu ada hubungan fasilitas *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

C. Pembahasan

1. Hubungan usia dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Berdasarkan hasil penelitian dari uji statistik dengan menggunakan uji chi square diperoleh hasil *p value* > 0,005 (1,000) sehingga H_0 diterima yaitu tidak ada hubungan usia dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Ratnawati (2018) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan dalam menerapkan *hand hygiene* di Rumah Sakit "X" Cibubur. Begitu juga hasil penelitian Damanik (2012) didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dengan kepatuhan dalam menerapkan *hand hygiene* di Rumah Sakit Immanuel Bandung. Penelitian Amalia (2016) juga menunjukkan hal yang serupa yaitu tidak ada hubungan antara umur responden dengan kepatuhan tenaga kesehatan melakukan cuci tangan. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Ratnasari (2016) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan Kepatuhan Perawat Ruang Rawat Inap dalam Pelaksanaan Hand Hygiene di Rumah Sakit Anna Medika Kota Bekasi.

Responden yang usianya 22-30 tahun yang tergolong produktif pada usia muda, responden ternyata patuh 26 orang dan tidak patuh 26 orang terhadap pelaksanaan *hand hygiene*. Responden yang muda ternyata berimbang antara patuh dan tidak patuh, akan tetapi usia yang paling sering muncul tidak patuh yaitu 23 tahun. Berarti semakin mendekati usia muda maka patuh jauh lebih sulit dibandingkan usia tua dikarenakan kurangnya pelatihan, kurang pengalaman, tidak mendapat edukasi, kurang pencerahan dan masih beradaptasi dengan kondisi rumah sakit. Adapun responden yang usianya 31-50 tahun tergolong usia tua, terdapat responden patuh 28 orang dan tidak patuh 26 orang terhadap pelaksanaan *hand hygiene*, dimana usia tua lebih banyak yang patuh pada usia 32 tahun.

Pada hasil penelitian ini diketahui responden usia antara 31-50 tahun yang lebih banyak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja (26,4%), dibandingkan responden usia antara 22-30 tahun (24,5%). Hal ini menunjukkan bahwa responden patuh lebih banyak pada responden yang lebih tua. Hasil penelitian ini didukung dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Pancaningrum (2011), yaitu dimana kematangan individu dengan pertambahan usia berhubungan erat dengan kemampuan analisis terhadap permasalahan atau fenomena yang ditemukan. Sehingga hal tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi usia, semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin dapat berfikir rasional, semakin bijaksana, serta mampu mengendalikan emosi dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Usia juga menentukan kemampuan seseorang untuk bekerja, termasuk bagaimana orang tersebut merespon stimulus. (Handayani, 2014).

Kecenderungan perawat usia dewasa awal memiliki perilaku kurang dipengaruhi oleh masih rendahnya kesadaran dan kematangan dalam berfikir dan bertindak seorang perawat terhadap penerapan *hand hygiene*. (Robin 1996, dalam Pancaningrum 2011) juga menjelaskan bahwa usia yang lebih muda dianggap memiliki sedikit pengalaman dan keterampilan sehingga tidak terampil dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi rumah sakit.

Fauzia dan Handiyani (2014) dalam Arifin (2019) menjelaskan bahwa seseorang yang mempunyai perilaku yang buruk dalam melakukan *hand hygiene* adalah pada kategori usia remaja akhir. Masa remaja akhir adalah dimana seseorang mulai memandang dirinya sebagai orang dewasa dan mulai mampu menunjukkan perilaku, sikap dan pemikiran sendiri dan pada masa ini mereka paling banyak dipengaruhi oleh lingkungan dan teman-teman sebaya yang dapat merugikan dirinya sendiri maupun orang lain. Kematangan usia seseorang dapat menjadi indikator seberapa besar seseorang dapat bertanggung jawab terhadap tindakan yang telah dilakukan.

Hal ini sudah menjadi perhatian peneliti disaat bekerja bersama perawat usia muda umumnya tidak patuh karena umumnya merupakan perawat baru, kurangnya pengalaman dan pengetahuan akan pentingnya *hand hygiene* menjadi penyebab ketidakpatuhan dan juga sering kali belum terbiasa untuk melakukan *hand hygiene* dan. Namun bukan berarti semua perawat usia muda tidak patuh, karena banyak juga perawat usia muda yang patuh dalam melaksanakan *hand hygiene* karena tahu dan mengerti betapa pentingnya *hand hygiene* serta demi menjaga karirnya agar lebih baik dan panjang. Demikian juga perawat usia tua ada juga yang patuh dan tidak patuh, hal ini menunjukkan bahwa tidak selamanya orang yang lebih tua itu lebih patuh dan tidak selamanya orang yang lebih muda itu tidak patuh.

Diharapkan perawat usia dewasa awal yang memiliki perilaku *hand hygiene* kurang baik agar dapat meningkatkan pengetahuan serta keterampilannya dalam menerapkan *hand hygiene*, begitu pula dengan perawat usia dewasa madya yang masih ditemukan memiliki perilaku kurang dalam menerapkan *hand hygiene*. Program pelatihan dan pendidikan, termasuk seminar edukasi dan diskusi mengenai *hand hygiene*, dapat dilakukan guna meningkatkan pengetahuan serta keterampilan, sehingga baik itu pada perawat usia dewasa awal maupun dewasa madya dapat menerapkan *hand hygiene* sesuai dengan standar dan terus menerus dilakukan selama perawat berada di lingkungan pasien, terutama saat akan melakukan tindakan keperawatan kepada pasien.

2. Hubungan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Berdasarkan hasil penelitian dari uji statistik dengan menggunakan chi kuadrat diperoleh hasil *p value* > 0,05 (1,000) sehingga H_0 diterima yaitu tidak ada hubungan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Hasil penelitian ini didukung penelitian Amalia (2016) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja responden dengan kepatuhan tenaga kesehatan melakukan cuci tangan. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Ratnawati (2018) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara masa kerja dengan tingkat kepatuhan responden menerapkan *hand hygiene*. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Sunaryo (2004), dalam penelitiannya di RSUD DR. Moewardi Surakarta terhadap kepatuhan perawat dalam pencegahan infeksi, didapatkan kesimpulan bahwa tidak ada hubungan masa kerja perawat dengan kepatuhan perawat dalam pencegahan infeksi. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Damanik (2012), dari hasil uji statistik diperoleh bahwa ada hubungan antara lama kerja dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene*.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa masa kerja dapat membuat seseorang memahami tugas-tugas suatu pekerjaan sehingga dapat melaksanakan pekerjaan dengan baik, dimana respondennya semakin lama ia bekerja maka semakin banyak pengalamannya dan akan lebih terampil dalam mengerjakan pekerjaannya (Handoko, 2009).

Responden yang masa kerjanya ≤ 3 tahun yang tergolong bekerja masih baru di rumah sakit, responden ternyata patuh 23 orang dan tidak patuh 22 orang terhadap pelaksanaan *hand hygiene*. Dari 22 responden masa kerja ≤ 3 tahun yang tidak patuh lebih banyak pada masa kerja 2 tahun (18 orang) dibandingkan masa kerja 3 tahun (4 orang), hal ini berarti semakin baru responden bekerja maka patuh jauh lebih sulit dibandingkan sudah lama bekerja dikarenakan kurangnya pelatihan, kurang pengalaman, tidak mendapat edukasi, kurang pencerahan dan masih beradaptasi dengan kondisi rumah sakit. Namun responden dengan masa kerja 2 tahun pula yang lebih banyak patuh dibandingkan masa kerja lainnya, hal inilah yang menyebabkan tidak adanya hubungan antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*. Terdapat responden yang walaupun baru dalam bekerja tetapi mereka mencari informasi dan

bertugas berdasarkan SOP atau taat terhadap aturan menyebabkan mereka patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Adapun responden yang masa kerjanya > 3 tahun yang tergolong bekerja sudah lama di rumah sakit, responden ternyata patuh 31 orang dan tidak patuh 30 orang terhadap pelaksanaan *hand hygiene*. Namun dari 31 responden masa kerja > 3 tahun yang patuh lebih banyak pada masa kerja 4 tahun dan 5 tahun yang masing-masing 6 orang.

Lama bekerja seseorang diketahui dapat mempengaruhi perilakunya. Perawat yang sudah bekerja lebih dari satu tahun cenderung memiliki perilaku yang baik dibandingkan dengan perawat dengan lama kerja kurang dari 1 tahun (Damanik, 2012). Menurut Saragi dan Rampea (2011) dalam Ningsih (2013), masa kerja yang lama akan cenderung membuat seseorang betah dalam sebuah organisasi yang disebabkan karena telah beradaptasi dengan lingkungan yang cukup lama sehingga akan merasa nyaman dalam bekerja. Tidak adanya hubungan masa kerja perawat dengan kepatuhan perawat dalam pencegahan infeksi, dimana respondennya baik yang bekerja > 3 tahun maupun yang bekerja \leq 3 tahun sama-sama memiliki ketidakpatuhan dalam melaksanakan *hand hygiene*. Apabila menganggap *hand hygiene* itu penting atau tidak bukan dipengaruhi oleh masa kerja perawat tersebut, melainkan keharusan yang patut untuk dilaksanakan.

Perawat dengan lama bekerja lebih biasanya juga sudah terbiasa dengan berbagai kebijakan-kebijakan rumah sakit yang ada dan mengharuskan dirinya menjadi contoh yang baik bagi perawat-perawat yang baru sebagaimana tanggung jawab yang diembannya sebagai perawat senior, sedangkan perawat baru dengan segala pengetahuannya bisa juga menjadi lebih patuh karena adanya ilmu yang baru-baru saja dia peroleh dari bangku pendidikan. Perawat perlu untuk melakukan diskusi-diskusi ringan secara rutin dan berkala terkait *hand hygiene*, sehingga informasi yang diterima baik itu berasal dari pengetahuan secara umum perawat, pengalaman maupun dari pelatihan yang telah diikuti mampu diserap dan dipahami kembali dengan baik oleh perawat terutama dalam penerapan

hand hygiene

3. Hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Berdasarkan hasil penelitian dari uji statistik dengan menggunakan chi kuadrat diperoleh hasil *p value* < 0,05 (0,000) sehingga H_0 ditolak yaitu ada hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Damanik (2012), diperoleh bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene*. Begitu juga dengan hasil penelitian Diana et. al (2017) yang menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara faktor pengetahuan dengan kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* dalam mencegah infeksi nosokomial di RSA Manado. Hasil penelitian ini didukung penelitian Amalia (2016) yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan responden dengan kepatuhan tenaga kesehatan melakukan cuci tangan. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Arifin et. Al (2019) juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan pengetahuan dengan kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene*, dimana respondennya baik yang memiliki pengetahuan baik maupun yang kurang baik tidak mempengaruhi kepatuhan dalam melaksanakan *hand hygiene*. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Ratnawati (2018), dimana hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat menerapkan *hand hygiene*.

Responden yang pengetahuannya baik, responden ternyata patuh 39 orang dan tidak patuh 17 orang terhadap pelaksanaan *hand hygiene*. Hal ini menunjukkan nilai ekstrem pada pengetahuan baik sehingga patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene*, dengan nilai harapan 28,53 paling tinggi dibandingkan cell lainnya ($b = 27,47$, $c = 25,47$ dan $d = 24,52$). Dengan

peluang perawat yang pengetahuan kurang akan 5,353 kali tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene*. Sehingga prevalensi tertinggi perawat patuh melaksanakan *hand hygiene*, jika memiliki pengetahuan yang baik.

Pengetahuan *hand hygiene* merupakan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan melaksanakan *hand hygiene*. Tingkat pengetahuan tentang *hand hygiene* tidak hanya sebatas pentingnya pelaksanaannya, namun juga harus mencakup indikasi dan teknik pelaksanaannya (Ananingsih & Rosa, 2016). Salah satu penerapan *patient safety* (keselamatan pasien) dalam menjalankan praktek keperawatan adalah dengan melakukan *five moment hand hygiene* (kebersihan tangan) yang bertujuan untuk pencegahan risiko penularan HAIs.

Perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan dalam diri orang tersebut. Kurangnya pengetahuan perawat akan pentingnya melakukan *hand hygiene* dalam mengurangi penyebaran bakteri dan terjadinya kontaminasi pada tangan dan kurang mengerti tentang teknik melakukan *hand hygiene* yang benar akan mempengaruhi kepatuhan dalam pelaksanaan *hand hygiene*. Pendapat lain yang memperkuat hasil penelitian ini yang menyatakan bahwa perilaku dipengaruhi oleh pengetahuan sebagai faktor predisposisi.

Pengetahuan seseorang diperoleh melalui pengalaman yang berasal dari berbagai sumber, misalnya media massa, media elektronik, kerabat dekatnya dan sebagainya. Pengetahuan dasar perawat mengenai infeksi rumah sakit termasuk di dalamnya mengenai *hand hygiene* dapat menjadi sebuah kesadaran dan menumbuhkan komitmen untuk melakukan tindakan *hand hygiene hand hygiene* sesuai dengan standar. Dimana dapat diperhatikan secara langsung bahwa perawat yang telah mengikuti pelatihan cenderung akan melaksanakan *hand hygiene* dengan baik dari pada perawat yang belum mengikuti pelatihan.

Terdapat responden yang pengetahuan tentang *hand hygiene* baik, sehingga patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 39 responden (36,8%), hal ini dikarenakan responden mengetahui kegunaan, dampak

dan langkah-langkah dalam pelaksanaan *hand hygiene*, membuat responden mempraktikkan dalam setiap kegiatan keperawatan di rumah sakit. Adapun responden yang pengetahuan tentang *hand hygiene* baik, namun tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 17 responden (16%), hal ini dikarenakan banyaknya pasien yang ditangani membuat perawat terkadang buru-buru dalam melakukan *hand hygiene*, sehingga pelaksanaan *hand hygiene* yang dilakukan tidak sesuai dengan prosedur 6 langkah mencuci tangan yang benar seperti yang ditetapkan oleh WHO. Selain itu terdapat beberapa perawat beranggapan tangan sudah cukup bersih karena telah dicuci dengan sabun dan di bawah air mengalir.

Terdapat responden yang pengetahuan tentang *hand hygiene* kurang baik, sehingga tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 35 responden (33%), hal ini dikarenakan responden kurang mengetahui kegunaan, dampak dan langkah-langkah dalam pelaksanaan *hand hygiene*, membuat responden tidak mempraktikkan dengan benar dalam setiap kegiatan keperawatan di rumah sakit. Ada pula responden yang pengetahuan tentang *hand hygiene* kurang baik, namun patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* berjumlah 15 responden (50,9%), hal ini dikarenakan responden terbiasa melakukan *hand hygiene* sesuai dengan prosedur 6 langkah mencuci tangan yang benar seperti yang ditetapkan oleh WHO.

Penelitian ini menyimpulkan masih kurangnya pengetahuan perawat mengenai *hand hygiene* dapat menyebabkan kurangnya pula perilaku perawat dalam melaksanakan tindakan *hand hygiene*. Adanya kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan perawat selain melalui jalur pendidikan formal perlu untuk dilakukan. Salah satu cara untuk menambah pengetahuan tersebut adalah dengan rutin mengikuti pelatihan maupun melakukan diskusi antara perawat di mana dengan melakukan komunikasi dua arah tersebut dapat secara efektif memberikan informasi dan pesan kesehatan yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, khususnya *hand hygiene*.

4. Hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Berdasarkan hasil penelitian dari uji statistik dengan menggunakan chi kuadrat diperoleh hasil *p value* : $0,032 < \alpha : 0,05$ sehingga H_0 ditolak yaitu ada hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Arifin et. Al (2019), menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara fungsi pengawasan dengan kepatuhan *hand hygiene*. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Diana et. Al (2017), yang menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara faktor supervisi dengan kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* dalam mencegah infeksi nosokomial di RSA Manado, dimana respondennya akan lebih patuh bila diawasi dalam melaksanakan *hand hygiene*. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Damanik (2012), menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pengawasan terhadap praktik *hand hygiene* dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene*, dimana respondennya baik yang diawasi atau tidak diawasi tidak mempengaruhi dalam melaksanakan *hand hygiene*.

Responden yang pengawasannya baik, responden ternyata patuh 38 orang dan tidak patuh 25 orang terhadap pelaksanaan *hand hygiene*. Hal ini menunjukkan nilai paling banyak pada pengawasan baik sehingga patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene*, dengan nilai harapan 32,09 paling tinggi dibandingkan cell lainnya ($b = 30,91$, $c = 21,91$ dan $d = 21,09$). Dengan peluang perawat yang pengawasan kurang akan 2,565 kali tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Bland dan Rossen (2005) dalam Arifin (2019) menjelaskan bahwa dengan melalui pengawasan terhadap individu maupun kelompok yang berfokus dalam meningkatkan pengetahuan dukungan emosional dapat meningkatkan kinerja. Sehingga, salah satu manfaat dilakukan

pengawasan terhadap pelaksanaan *hand hygiene* dengan meningkatkan program keselamatan pasien yaitu dengan mengurangi risiko penularan infeksi dengan melakukan *hand hygiene*.

Pengawasan adalah fungsi administratif untuk memastikan bahwa apa yang dikerjakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat sebelumnya. Sistem pengawasan ini digunakan untuk mengarahkan dan memberikan dukungan kepada pekerja sehingga mereka dapat melaksanakan fungsinya secara efektif. Pengawasan juga berfungsi sebagai media komunikasi standar kepada pekerja secara efektif, termasuk memantau kinerja dan memberikan umpan balik serta dukungan sesuai dengan yang dibutuhkan (al-assaf, 2009). Adanya pengawasan terhadap pelaksanaan *hand hygiene* membuat perawat lebih banyak patuh melakukan *hand hygiene*. Perawat yang mendapat dukungan dari pimpinannya berpeluang lebih patuh sebesar 21 kali dibandingkan dengan responden yang kurang mendapat dukungan dari pimpinannya.

Hal ini dapat dilihat secara langsung saat bertugas bersama, dimana rekan-rekan perawat cenderung akan melaksanakan *hand hygiene* dengan baik bila atau pada saat dilihat oleh kepala ruangan atau supervisi, sedangkan pada saat tidak diawasi cenderung *hand hygiene* tidak dilakukan dengan baik atau tidak sesuai dengan SOP. Pengawasan secara langsung dan adanya teguran serta motivasi yang diberikan akan mempengaruhi kepatuhan perawat dalam menerapkan *hand hygiene*. Dalam meningkatkan motivasi kerja, pengawas memiliki fungsi sebagai model. Sebagai model yang dimaksud yaitu seseorang yang dapat menjadi contoh dan panutan tentang perilakunya, sehingga dapat memacu anggotanya untuk berkontribusi secara aktif dan positif agar tujuan organisasi tercapai. Semakin baik pengawasan kepada perawat, maka semakin baik pula kinerja perawat, di mana frekuensi dan kualitas pengawasan yang dilakukan menjadi sangat penting mengingat pelaksanaan pengawas merupakan bagian dari fungsi pengarahan yang dapat meningkatkan kinerja individu.

5. Hubungan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Berdasarkan hasil penelitian dari uji statistik dengan menggunakan chi kuadrat diperoleh hasil *p value* : $0,001 < \alpha : 0,05$ sehingga H_0 ditolak yaitu ada hubungan fasilitas *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Diana et. al (2017), didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene* di ruang rawat inap RSA Manado, dimana respondenya menyatakan bahwa fasilitas sangat mempengaruhi dalam pelaksanaan cuci tangan, bagaimana dapat dilakukan cuci tangan dengan baik kalau fasilitas tidak mendukung. Begitu juga hasil penelitian yang dilakukan oleh Waney (2016) bahwa ada hubungan yang signifikan antara ketersediaan sarana dengan penerapan *hand hygiene*. Penelitian ini didukung juga oleh penelitian Amirulla (2011), menyatakan pada uji statistiknya menunjukkan nilai *p value* = 0,280 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara ketersediaan fasilitas terhadap kepatuhan *hand hygiene*.dimana fasilitas mendukung atau tidak mendukung tidak mempengaruhi dalam melaksanakan *hand hygiene*. Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitian Ratnasari (2016), bahwa dari hasil uji statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan perawat ruang rawat inap dalam pelaksanaan *hand hygiene* di Rumah Sakit Anna Medika Kota Bekasi.

Responden yang fasilitasnya kurang mendukung, responden ternyata patuh 22 orang dan tidak patuh 39 orang terhadap pelaksanaan *hand hygiene*. Hal ini menunjukkan nilai paling banyak pada fasilitas kurang mendukung sehingga tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene*, dengan nilai harapan 29,92 (d) yang ternyata masih dibawah nilai harapan fasilitas kurang mendukung sehingga patuh sebesar 31,08 © dan nilai cell lainnya (a = 22,92 dan b = 22,07). Dengan peluang perawat yang fasilitas

kurang mendukung akan 4,364 kali tidak patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Ketersediaan sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor yang mendukung individu dalam bekerja. Fasilitas yang tersedia dimasing-masing ruangan seperti alkohol *handrub*, sabun anti mikroba, tissue atau handuk sangat memengaruhi tingkat kepatuhan *hand hygiene*. Kemudahan mengakses persediaan alat-alat untuk melakukan *hand hygiene*, seperti bak cuci tangan, sabun dan *handrub* merupakan hal yang sangat penting untuk mengoptimalkan kepatuhan melakukan *hand hygiene* dalam mencegah infeksi nosokomial di rumah sakit.

Penambahan dan kelengkapan jumlah *handrub*, sabun anti mikroba dan tissue yang diselenggarakan oleh manajemen rumah sakit memang membutuhkan dana yang besar dan juga perlu biaya untuk pembelian setiap bulan, namun hasil diharapkan jauh lebih besar. Sering kali ditemukan kendala yang ada di rumah sakit adalah tidak tersedianya tissue dan menjadi keluhan hampir disetiap ruangan baik di rawat inap dan rawat jalan, menyebabkan penerapan *hand hygiene* yang baik tidak maksimal.

D. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini masih terdapat berbagai kelemahan dan kekurangan, walaupun peneliti berupaya semaksimal mungkin dengan berbagai usaha untuk membuat hasil penelitian ini menjadi sempurna. Peneliti menyadari bahwa keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu pengambilan data pada penelitian ini hanya didasarkan pada pengisian kuesioner, dimungkinkan adanya unsur kurang obyektif dalam proses pengisian seperti dalam mengisi yang sebenarnya kurang mengetahui kondisi yang dirasakan responden itu sendiri. Selain itu dalam pengisian kuesioner diperoleh adanya sifat responden yang takut dalam menjawab responden tersebut dengan sebenarnya, dikarenakan takut diketahui bila responden tidak patuh dengan kebijakan dan SPO yang berlaku mengenai *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja sehingga berdampak pada karir.

BAB V PENUTUP

A. Simpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* pada tindakan invasif yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik responden sebagian besar usia antara 31-50 tahun berjumlah 54 orang (50,9%), masa kerja > 3 tahun termasuk pegawai lama berjumlah 61 orang (57,5%), pengetahuan tentang *hand hygiene* baik berjumlah 56 orang (52,8%), pengawasan *hand hygiene* baik berjumlah 66 orang (62,3%), fasilitas *hand hygiene* seimbang antara baik dan kurang baik yang masing-masing berjumlah 53 orang (50%) dan perawat patuh dalam pelaksanaan *hand hygiene* pada tindakan invasif berjumlah 54 orang (50,9%).
2. Tidak ada hubungan usia dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
3. Tidak ada hubungan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
4. Ada hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* pada di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
5. Ada hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
6. Ada hubungan fasilitas *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

B. Saran

Dari hasil kesimpulan di atas, maka ada beberapa hal yang dapat disarankan yaitu :

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat yang bekerja lebih menyadari tentang pentingnya untuk melakukan *hand hygiene* bukan hanya sebagai proteksi terhadap diri sendiri saja, tetapi untuk proteksi transmisi infeksi dari satu pasien ke pasien lain saat dilakukan tindakan asuhan keperawatan.

2. Bagi Rumah Sakit

- a. Pelaksanaan pengawasan tetap dilakukan secara berkelanjutan dan konsisten, perlu adanya pemberian sanksi resmi dari manajemen rumah sakit apabila tidak melakukan kepatuhan *hand hygiene* sesuai standar yang berlaku agar keselamatan dan kesehatan kerja dapat terlaksana dengan baik.
- b. Untuk meningkatkan pengetahuan perawat dengan mengikut sertakan dalam program seminar, pelatihan dan workshop tentang *hand hygiene*.
- c. Untuk meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* yang tidak sensitif dengan kemudahan mengakses *handrub*, dan yang mengalami sensitif kulit perlu penambahan *lotion* pelembab.
- d. Ketersediaan fasilitas perlu ditingkatkan dengan menambah *handrub* diantara tempat tidur pasien dan mudah serta kemudahan dalam mengakses agar kepatuhan *hand hygiene* dapat dilakukan sesuai standar operasional prosedur. Poster-poster *hand hygiene* lebih diperbesar agar dapat mengingatkan perawat dalam melakukan *hand hygiene*.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan untuk mengkaji faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepatuhan *hand hygiene* dengan menggunakan metode dan instrumen penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia. (2016). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan tenaga kesehatan dalam melakukan cuci tangan di Instalasi Rawat Inap Rajawali RSUP Dr. Kariadi Semarang*. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Arifianto. (2017). *Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien pada Pengurangan Risiko Infeksi dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri di RS. Roemani Muhammadiyah Semarang*. Tesis Universitas Diponegoro.
- BPS. 2015. *Penduduk Usia Kerja Menurut Golongan Umur*. Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi.
- Dahlan, S. 2012. *Statistik untuk kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 6. Jakarta. : Salemba Medika.
- Damanik, S.M. 2012. *Kepatuhan Hand Hygiene di Rumah Sakit Immanuel Bandung*. Journal Universitas Padjajaran. Vol 1.
- Departemen Kesehatan RI. 2011. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien RS (Patient safety)*. Depkes. RI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Kategori Umur Menurut DEPKES RI*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Dwiprahasto, I. 2018. *Kebijakan untuk Meminimalkan Resiko Terjadinya Resistensi Bakteri di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Volume 8 Nomor 4.
- Elies, E., T. R. Asih, dan W. Sastra. 2014. *Penerapan Hand Hygiene Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit*. Jurnal Kedokteran Brawijaya. 28 (1): 89-94
- Ferdinah, Rahfitab. 2017. *Gambaran Perilaku Hand Hygiene dan Determinannya pada Perawat di Ruang Rawat Inap Gedung X Rumah Sakit Y Jakarta Tahun 2017*. Skripsi. KIK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Handoko, T. Hani. 2007. *Mengukur Kepuasan Kerja*. Erlangga. Jakarta.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2011. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Joint Commission Resources. 2013. *International patient safety goals*. Diakses pada tanggal 28 Februari 2019 dari www.jointcommissioninternational.org/Common/PDFs/JCI%20Accreditation/International-Patient_Safety_Goals_Feb2012.pdf

- Kusnanto. 2010. *Pengantar profesi dan praktik keperawatan profesional*. Jakarta: EGC.
- Lankford M.G., Zembower T.R., Trick W.E., Hacek D.M., Noskin G.A., Peterson L.R. 2015. *Influence of role models and hospital design on hand hygiene of healthcare workers*, Emerg Infect Dis (9)217–223.
- Notaoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta Edisi revisi.
- Notaoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2011. *Konsep dan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi tesis, dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ratnasari, Dahlia. 2016. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Ruang Rawat Inap Dalam Pelaksanaan Hand Hygiene di Rumah Sakit Anna Medika Kota Bekasi*. Jurnal Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin.
- Ratnawati, Latifah dan Sondang Sianturi. 2018. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Hand Hygiene*. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Vol. 9 No. 2.
- Septiani, Dwiayu. 2016. *Gambaran Faktor-faktor yang mempengaruhi Hand Hygiene Perawat Di bangsal Ar Royan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II*. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Vol. 8 No. 3.
- Setiawan, Yana. 2016. *Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Melakukan Cuci tangan Sebelum Dan Setelah Tindakan Keperawatan Diruang Punicu Rumah Sakit Sentra Medika Cisalak Depok*. Jurnal Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin.
- Sugiyono. 2014. *Statistik Untuk Penelitian*. CV Alfabeta. Bandung.
- Sutanto. 2014. *Buku ajar parasitology kedokteran*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Hang tua Surabaya.
- Suwignyo. 2009. *Teori seputar dunia keperawatan*. <http://keperawatanadil.jurnal.co.id/pendidikan-keperawatan.l>

Umboh, Feiby J. 2017. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat melakukan hand hygiene dalam mencegah infeksi nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Advent Manado*. Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

World Health Organization. 2009. *Hand hygiene: Why, How & When?*

Zulpahiyana. 2013. *Efektivitas Simulasi Hand hygiene pada Handover Keperawatan dalam Meningkatkan Kepatuhan Hand hygiene Perawat*. Program Pascasarjana Manajemen Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Yogyakarta.



Lampiran 1.

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Natalia Arakang Raolika

NIM : B21741119301

Judul Penelitian : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* Di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samarinda.

Saya adalah mahasiswa Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene* pada tindakan invasif.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Bapak/Ibu/Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan meminta Bapak/Ibu/Saudara/I agar bersedia menjadi calon responden setelah mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian serta hak dan kewajiban selama menjadi responden. Responden yang bersedia selanjutnya diminta menandatangani lembar persetujuan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada yang belum jelas.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak Bapak/Ibu/Saudara/I dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian.

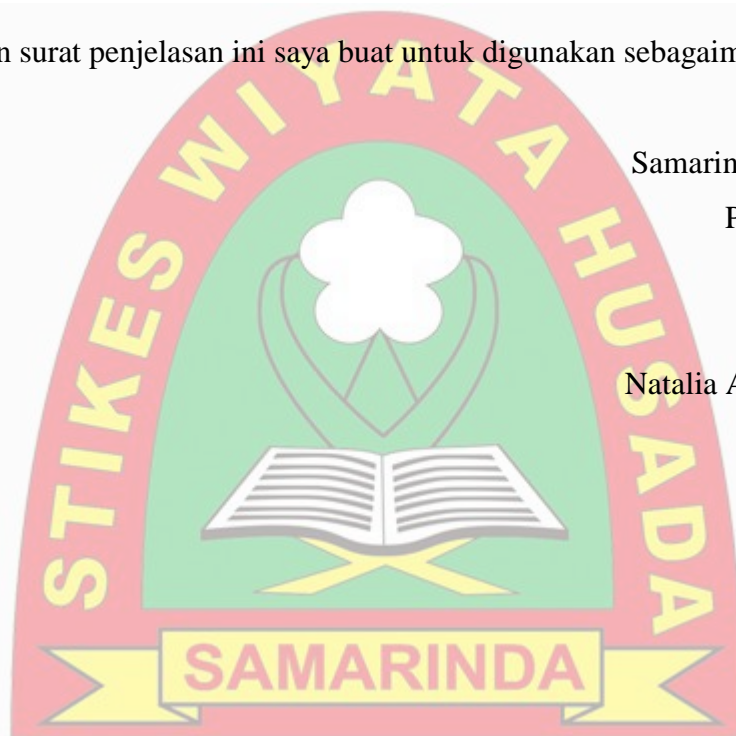
Apabila Bapak/Ibu/Saudara/i ketika merasa kesulitan, mohon memberitahu peneliti, maka pelaksanaan penelitian akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu/Saudara/I dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapanpun dikehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, Mei 2019

Peneliti

Natalia Arakang Raolika



Lampiran 2

**SURAT PERSETUJUAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No. telp.....

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan *Hand Hygiene* Di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Samarinda,.....2019

Yang membuat pernyataan

Nama & Tanda tangan

Lampiran 3.

KUESIONER

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM PELAKSANAAN *HAND HYGIENE* DI RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI SAMBOJA

PETUNJUK PENGISIAN

Pilih jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda check list (✓) pada salah satu alternatif jawaban yang disediakan

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Usia :
3. Masa kerja :
4. Ruangan :

B. Kepatuhan

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Mencuci tangan membuat saya lebih percaya diri untuk terhindar dari infeksi nosokomial				
2.	Saya mampu melakukan tindakan mencuci tangan sesuai prosedur tetap				
3.	Saya melakukan <i>hand hygiene</i> sebelum bersentuhan dengan pasien				
4.	Saya melakukan <i>hand hygiene</i> setelah bersentuhan dengan pasien				
5.	Melakukan <i>hand hygiene</i> sebelum melakukan prosedur				
6.	Meelakukan <i>hand hygiene</i> setelah bersentuhan dengan cairan tubuh				

	pasien				
7.	Melakukan <i>hand hygiene</i> setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien				
8.	Saya tidak melakukan cuci tangan jika hanya sebentar melakukan kontak dengan pasien				
9.	Melakukan cuci tangan setelah terpapar dengan cairan tubuh pasien yang beresiko				
10.	Melakukan cuci tangan menggunakan <i>handwash</i> sesuai prosedur dengan waktu 40-60 detik				
11.	Mencuci tangan dengan mengoleskan <i>handrub</i> /sabun cuci tangan keseluruhan permukaan tangan				
12.	Saya melakukan cuci tangan karena ada poster bergambar tentang proses cuci tangan yang baik dan benar				
13.	Saya melakukan cuci tangan secara rutin karena tempat cuci tangan yang mudah dijangkau				
14.	Saya tidak pernah melepas jam tangan ataupun perhiasan dilengan jika ingin mencuci tangan				
15.	Saya mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir (<i>wastafel</i>)				
16.	Teman sekerja/shift saya selalu mengingatkan untuk melakukan cuci tangan dengan benar				
17.	Saya selalu mencuci tangan sebelum menyentuh benda-benda disekitar pasien dan sebelum menyentuh pasien				
18.	Mencuci tangan sebelum meninggalkan rumah sakit				

C. Pengetahuan

Pernyataan	Benar	Salah
<ol style="list-style-type: none">1. Perawat merupakan salah satu unsur yang dapat menyebarkan infeksi dari satu pasien ke pasien lain, ke petugas kesehatan lain, pengunjung, dan lingkungan2. Kebersihan tangan bertujuan untuk menghilangkan semua kotoran dan debris serta menghambat dan membunuh mikroorganisme pada kulit3. Mencuci tangan harus dengan air mengalir dan sabun4. Sabun biasa digunakan untuk melepas mikroorganisme dari tangan secara mekanik5. Sabun antiseptik (antimikroba) dapat membunuh atau menghambat pertumbuhan dari hampir sebagian besar mikroorganisme6. Kebersihan tangan merupakan hal yang paling penting untuk mencegah penyebaran infeksi7. Sebaiknya menggunakan handrub berbasis alkohol jika tangan terlihat kotor8. Handrub berbasis alkohol dapat digunakan setelah menyentuh kulit yang tidak utuh, darah, atau cairan tubuh9. Dibutuhkan waktu sekitar 40-60 detik untuk mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir10. Jika tangan terlihat kotor atau terkontaminasi oleh darah dan cairan tubuh, maka harus mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun11. Setelah pemakaian handrub antiseptik berulang (5-10 kali), maka diperlukan mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun12. Untuk menjaga kebersihan tangan, maka perlu diperhatikan bahwa kuku harus tetap pendek		

<p>13. Pemakaian sarung tangan tidak dapat menggantikan tindakan mencuci tangan atau pemakaian handrub antiseptic</p> <p>14. Sebelum menggunakan sarung tangan perlu untuk melakukan kebersihan tangan dengan air mengalir dan sabun atau handrub antiseptic</p> <p>15. Setelah menggunakan sarung tangan perlu untuk melakukan kebersihan tangan dengan air mengalir dan sabun atau handrub antiseptic</p> <p>16. Sebelum melakukan tindakan invasif untuk perawatan pasien, perawat harus melakukan kebersihan tangan dengan air mengalir dan sabun atau handrub antiseptic</p> <p>17. Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun harus dilakukan setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi, membran mukosa, kulit yang tidak utuh, atau merawat luka pasien</p> <p>18. Apabila berpindah dari area tubuh yang terkontaminasi ke area tubuh lainnya selama perawatan pada pasien yang sama maka harus melakukan kebersihan tangan dengan air mengalir dan sabun</p>		
---	--	--

D. Pengawasan

Pernyataan	Ada	Tidak ada
1. Kepala ruang melakukan pengawasan langsung dalam pelaksanaan kebersihan tangan perawat		
2. Kepala ruang melakukan pengawasan secara rutin terhadap pelaksanaan kebersihan tangan perawat		
3. Kepala ruang melakukan pengawasan langsung terhadap fasilitas cuci tangan di ruangan		

<p>4. Kepala ruang memberikan pemberitahuan kepada perawat terlebih dahulu sebelum melakukan pengawasan dalam pelaksanaan kebersihan tangan</p> <p>5. Kepala ruang melakukan upaya perbaikan kepatuhan cuci tangan perawat dengan memberikan sanksi</p> <p>6. Saat melakukan pengawasan, kepala ruangan memberikan teguran atau sanksi jika perawat tidak melakukan tindakan cuci tangan sesuai dengan prosedur</p> <p>7. Rumah Sakit menetapkan sanksi bagi perawat yang tidak melaksanakan kebersihan tangan/hand hygiene sesuai prosedur</p> <p>8. Adanya pengawasan dari pihak kepala ruangan dapat meningkatkan motivasi Saya untuk patuh dalam melakukan kebersihan tangan/hand hygiene sesuai dengan prosedur</p>		
--	--	--

E. Fasilitas

No	Pernyataan	Lengkap	Tidak lengkap
1.	Fasilitas cuci tangan yang ada di ruangan		
2.	Air mengalir untuk keperluan cuci tangan selalu tersedia di ruangan		
3.	Sabun untuk keperluan cuci tangan selalu tersedia di ruangan		
4.	Lap kering/tissue untuk keperluan cuci tangan selalu tersedia di ruangan		
5.	Handrub antiseptik untuk keperluan kebersihan tangan perawat selalu tersedia di ruangan		

Lampiran 4.

Uji Validitas dan Reliabilitas

No	Kepatuhan																	
	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	b9	b10	b11	b12	b13	b14	b15	b16	b17	b18
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	4	1	3	2	4	1	3	2	4	4	1	3	2	4	1	3	1	3
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	2	2	1	4	2	4	2	1	4	2	4	4	4	2	2	1	4	4
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7	2	4	1	3	2	4	4	1	3	2	4	4	3	2	4	1	4	4
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
11	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3
12	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3
13	1	3	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	1	1	3	1	2	2
14	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
15	2	1	4	2	2	1	4	2	4	2	1	4	2	2	1	4	1	4
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
17	4	1	3	2	4	1	3	2	4	4	1	3	2	4	1	3	1	3
18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
20	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.967	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b1	57.05	221.103	.818	.965
b2	57.00	225.789	.629	.968
b3	57.05	219.418	.766	.966
b4	57.00	217.789	.920	.964
b5	57.05	221.103	.818	.965
b6	57.15	218.029	.792	.965
b7	56.65	236.345	.677	.968
b8	57.25	212.934	.899	.964
b9	56.70	227.168	.729	.966
b10	57.05	221.103	.818	.965
b11	57.15	218.029	.792	.965
b12	56.80	228.695	.768	.966
b13	57.00	217.789	.920	.964
b14	57.05	221.103	.818	.965
b15	57.00	225.789	.629	.968
b16	57.05	219.418	.766	.966
b17	57.15	218.029	.792	.965
b18	56.80	228.695	.768	.966



No	Pengetahuan																	
	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	c11	c12	c13	c14	c15	c16	c17	c18
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0
5	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0
6	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.947	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
c1	13.35	27.503	.499	.947
c2	13.35	27.082	.601	.946
c3	13.40	26.147	.765	.943
c4	13.35	26.661	.705	.944
c5	13.35	26.661	.705	.944
c6	13.35	26.661	.705	.944
c7	13.40	26.568	.667	.944
c8	13.35	27.082	.601	.946
c9	13.35	26.661	.705	.944
c10	13.40	26.253	.740	.943
c11	13.40	26.253	.740	.943
c12	13.35	26.661	.705	.944
c13	13.40	26.253	.740	.943
c14	13.40	26.253	.740	.943
c15	13.30	27.168	.659	.945
c16	13.25	27.987	.533	.947
c17	13.35	26.661	.705	.944
c18	13.45	25.734	.810	.942



No	Pengawasan							
	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	0	0	0	0
4	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1
6	0	0	0	1	0	0	0	0
7	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	0	0	0	0	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1
14	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	1	1	1
16	0	0	0	0	1	0	0	0
17	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	0	0	0	1	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	0	1	1	1

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.926	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
d1	5.25	6.197	.824	.911
d2	5.25	6.197	.824	.911
d3	5.30	6.011	.846	.908
d4	5.30	6.432	.631	.925
d5	5.40	6.358	.589	.930
d6	5.35	6.029	.780	.914
d7	5.25	6.303	.766	.915
d8	5.25	6.303	.766	.915



No	Fasilitas				
	e1	e2	e3	e4	e5
1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1
3	0	1	1	0	0
4	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1
6	1	1	1	0	0
7	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1
9	1	0	0	0	0
10	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1
14	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0
16	0	0	0	1	0
17	1	1	1	1	1
18	0	0	0	0	0
19	1	1	1	1	1
20	1	1	1	0	0

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.924	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
e1	2.75	2.829	.757	.915
e2	2.75	2.724	.843	.899
e3	2.75	2.724	.843	.899
e4	2.85	2.766	.708	.926
e5	2.90	2.516	.871	.893

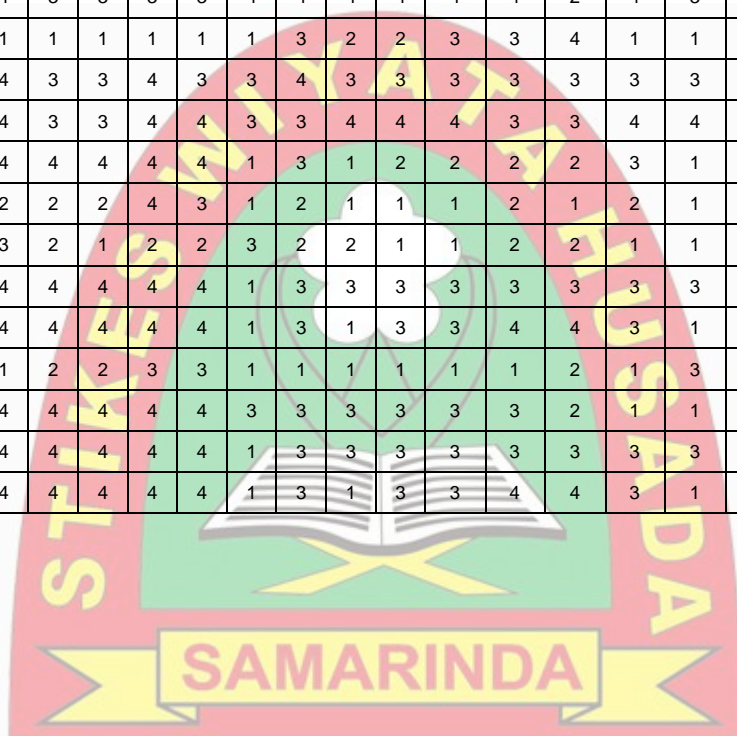


Lampiran 5. DATA PENELITIAN

No	Identitas Responden		Kepatuhan (Y)																		Total	Hasil
	Usia (X1)	Masa Kerja (X2)	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	b9	b10	b11	b12	b13	b14	b15	b16	b17	b18		
1	35	9	4	4	4	2	2	1	3	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	48	2
2	32	2	2	2	2	4	3	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	4	2	3	37	2
3	27	6	3	2	1	2	2	3	2	2	1	1	2	2	1	1	4	2	2	4	37	2
4	24	2	4	4	4	4	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	58	1
5	30	2	4	4	4	4	4	1	3	1	3	3	4	4	3	1	3	4	3	3	56	1
6	39	13	1	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	3	1	1	29	2
7	50	2	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	4	3	3	55	1
8	34	2	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	59	1
9	28	3	3	3	4	4	4	1	3	1	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	56	1
10	35	12	4	4	4	4	4	2	4	1	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	61	1
11	35	15	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	47	2
12	31	5	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	31	2
13	27	7	1	1	1	4	1	2	1	1	2	2	2	3	2	2	1	4	1	1	32	2
14	36	14	4	4	2	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	63	1
15	33	5	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	2	4	3	3	3	4	3	3	59	1
16	24	2	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	4	4	62	1
17	31	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	57	1
18	28	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	46	2
19	25	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	61	1
20	26	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	63	1
21	24	2	4	4	4	4	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	58	1
22	27	5	4	4	4	4	4	1	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	63	1
23	30	5	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	59	1
24	27	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	60	1
25	28	3	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
26	38	14	2	2	1	1	1	1	3	1	2	2	3	3	1	1	3	1	3	3	34	2
27	26	3	2	2	2	2	2	2	1	1	4	2	2	2	1	1	2	2	1	2	33	2
28	25	2	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	60	1
29	25	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	66	1
30	33	5	4	4	4	4	4	1	3	1	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	61	1
31	32	6	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	67	1
32	30	4	4	4	4	4	4	3	4	2	3	3	2	2	1	1	4	4	4	4	57	1
33	32	4	4	4	4	4	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	58	1
34	27	5	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	66	1
35	31	10	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	64	1
36	32	5	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	48	2
37	27	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
38	26	4	3	3	4	4	4	1	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	61	1

39	39	14	2	2	1	1	2	2	3	1	3	2	2	3	1	1	2	1	3	2	34	2
40	36	13	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
41	36	13	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	4	1	1	4	32	2
42	28	2	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	2	4	3	3	3	4	3	3	59	1
43	35	13	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	4	4	62	1
44	38	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	57	1
45	38	10	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	3	3	3	2	3	47	2
46	42	18	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	61	1
47	32	10	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	63	1
48	35	9	4	4	4	4	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	58	1
49	28	5	4	4	4	4	4	1	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	63	1
50	22	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	3	1	1	3	2	2	31	2
51	37	14	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
52	35	7	2	2	2	1	1	1	3	1	1	2	3	3	1	1	3	1	3	3	34	2
53	25	3	2	2	1	1	2	2	3	1	3	2	2	3	1	1	2	1	3	2	34	2
54	31	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
55	29	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	4	1	1	4	32	2
56	27	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	66	1
57	28	5	2	1	2	2	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	4	2	3	4	36	2
58	23	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	1	33	2
59	34	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	3	4	64	1
60	30	8	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
61	31	6	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	3	3	1	1	3	2	2	3	31	2
62	31	6	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
63	28	6	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	4	4	62	1
64	29	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	57	1
65	32	7	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	46	2
66	25	2	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	61	1
67	32	11	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	63	1
68	23	2	2	2	1	1	2	2	3	1	3	2	2	3	1	1	2	1	3	2	34	2
69	29	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
70	26	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	4	1	1	4	32	2
71	26	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	66	1
72	24	2	2	1	2	2	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	4	2	3	4	36	2
73	23	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	1	33	2
74	30	4	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
75	32	6	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	63	1
76	31	9	2	1	2	2	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	4	2	3	4	36	2
77	28	7	2	2	2	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	1	33	2
78	32	9	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	26	2
79	32	6	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	61	1
80	31	9	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	63	1
81	35	13	2	2	1	1	2	2	3	1	3	2	2	3	1	1	2	1	3	2	34	2

82	32	4	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
83	26	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	4	1	1	4	32	2
84	25	2	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	66	1
85	33	4	2	1	2	2	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	4	2	3	4	36	2
86	27	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	1	33	2
87	23	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
88	23	2	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	63	1
89	33	7	2	1	2	2	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	4	2	3	4	36	2
90	37	13	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	61	1
91	27	2	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	63	1
92	24	2	2	1	2	2	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	4	2	3	4	36	2
93	38	13	2	2	2	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	1	33	2
94	31	8	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	64	1
95	30	8	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	1	1	3	1	3	3	35	2
96	37	7	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	61	1
97	33	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	63	1
98	24	2	4	4	4	4	4	1	3	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	3	46	2
99	35	12	2	2	2	4	3	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	4	2	3	37	2
100	23	2	3	2	1	2	2	3	2	2	1	1	2	2	1	1	4	2	2	4	37	2
101	25	2	4	4	4	4	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	58	1
102	38	12	4	4	4	4	4	1	3	1	3	3	4	4	3	1	3	4	3	3	56	1
103	30	2	1	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	3	1	1	29	2
104	31	10	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	4	3	3	55	1
105	32	7	4	4	4	4	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	58	1
106	33	3	4	4	4	4	4	1	3	1	3	3	4	4	3	1	3	4	3	3	56	1



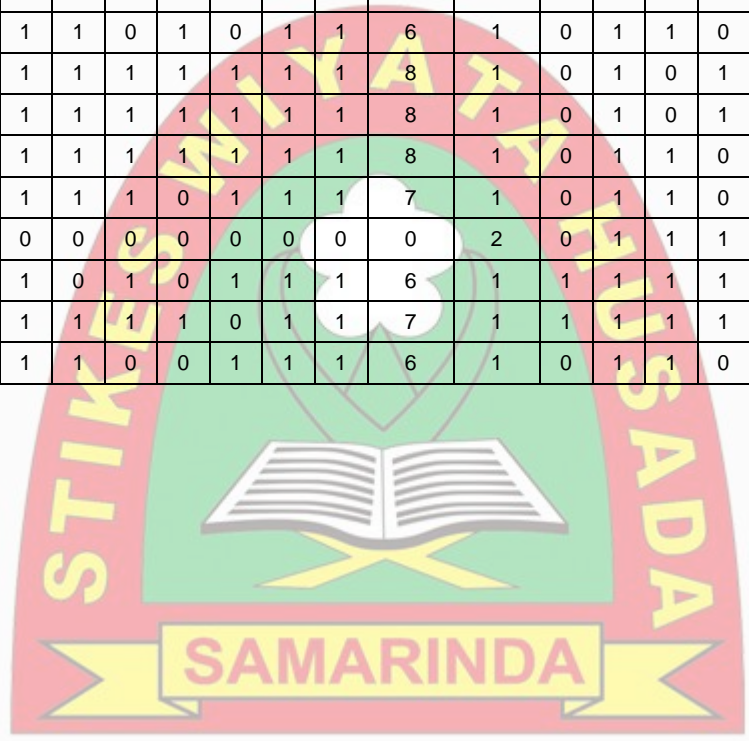
No	Pengetahuan (X3)																		Total	Hasil
	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	c11	c12	c13	c14	c15	c16	c17	c18		
1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	13	1
2	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	11	1
3	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11	1
4	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	7	2
5	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16	1
6	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	13	1
7	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16	1
9	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1
10	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	11	1
11	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	1
12	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	8	2
13	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	6	2
14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16	1
15	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	8	2
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	16	1
17	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	1
18	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16	1
19	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15	1
20	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	1
21	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
22	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	12	1
23	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	13	1
24	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	13	1
25	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	7	2
26	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	7	2
27	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	9	2
28	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	15	1
29	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15	1
30	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	1
31	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	1
32	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	14	1
33	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	14	1
34	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	12	1
35	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	13	1
36	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	11	1
37	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	6	2
38	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	12	1
39	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7	2
40	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	6	2
41	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	6	2

85	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
86	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	16	1
87	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1
88	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	11	1
89	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	1
90	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	8	2	
91	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	6	2	
92	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	16	1
93	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	7	2	
94	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	6	2	
95	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	6	2	
96	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	7	2	
97	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	7	2	
98	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	6	2	
99	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	6	2	
100	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1	
101	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	8	2	
102	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	13	1	
103	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	7	2	
104	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	13	1	
105	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	12	1	
106	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16	1	



No	Pengawasan (X4)										Fasilitas (X5)						
	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	Total	Hasil	e1	e2	e3	e4	e5	Total	Hasil
1	0	1	0	1	0	0	0	1	3	2	0	1	0	1	1	3	2
2	1	0	1	0	0	0	1	0	3	2	0	1	1	1	0	3	2
3	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	0	1	1	0	1	3	2
4	1	1	1	1	1	1	1	0	7	1	1	1	1	1	1	5	1
5	1	0	1	0	1	1	1	1	6	1	0	1	1	0	1	3	2
6	1	1	0	0	1	0	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1
7	1	0	0	1	0	0	0	0	2	2	0	1	0	1	1	3	2
8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	1	0	0	1	2	2
9	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	1	1	1	1	1	5	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	1	1	0	1	3	2
11	1	0	0	0	1	0	0	1	3	2	0	1	1	1	0	3	2
12	0	0	0	1	0	1	1	1	4	2	0	1	0	0	1	2	2
13	1	0	0	0	0	0	1	1	3	2	0	1	0	0	1	2	2
14	1	1	0	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	0	1	4	1
15	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	5	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	5	1
17	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	1	1	1	0	1	4	1
18	1	1	0	1	1	1	1	1	7	1	0	1	1	1	0	3	2
19	1	0	0	0	0	1	0	1	3	2	1	1	1	0	1	4	1
20	1	0	0	0	1	0	1	1	4	2	1	1	1	0	1	4	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	5	1
22	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	5	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	5	1
24	1	1	1	0	0	1	1	1	6	1	1	1	1	1	1	5	1
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	3	2
26	1	1	0	1	0	1	1	1	6	1	0	1	1	0	1	3	2
27	1	1	1	1	1	0	1	1	7	1	0	1	1	1	0	3	2
28	1	1	1	0	0	1	1	1	6	1	0	1	1	0	1	3	2
29	1	1	1	1	0	1	1	1	7	1	0	1	0	0	1	2	2
30	1	1	1	1	1	0	1	0	6	1	0	1	0	1	1	3	2
31	1	1	1	1	0	1	1	1	7	1	0	1	0	0	1	2	2
32	1	1	1	1	1	1	0	1	7	1	1	1	1	1	1	5	1
33	0	1	0	0	0	0	1	1	3	2	0	1	1	0	1	3	2
34	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	5	1
35	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	1	3	2
36	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	5	1
37	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	1	1	1	1	1	5	1
38	0	1	0	0	0	0	1	1	3	2	0	1	0	1	1	3	2
39	1	1	0	0	0	1	0	0	3	2	0	1	1	0	1	3	2
40	0	1	0	0	1	0	0	1	3	2	0	1	1	0	1	3	2
41	1	1	1	0	0	0	0	0	3	2	1	1	1	1	1	5	1

85	1	0	0	1	0	0	0	0	2	2	0	1	0	1	1	3	2
86	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	1	0	0	1	2	2
87	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	1	1	1	1	1	5	1
88	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	5	1
89	1	1	1	0	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	5	1
90	1	1	1	1	0	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	5	1
91	1	1	1	1	1	0	1	1	7	1	1	1	1	1	1	5	1
92	1	1	0	1	1	1	1	1	7	1	0	1	1	0	1	3	2
93	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1	3	2
94	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	5	1
95	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	1	3	2
96	1	1	0	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	5	1
97	1	0	0	0	0	1	0	1	3	2	1	1	1	0	1	4	1
98	1	1	1	0	1	0	1	1	6	1	0	1	1	0	1	3	2
99	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	1	0	1	1	3	2
100	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	1	0	1	1	3	2
101	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	1	1	0	1	3	2
102	1	1	1	1	0	1	1	1	7	1	0	1	1	0	1	3	2
103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	3	2
104	1	1	0	1	0	1	1	1	6	1	1	1	1	1	1	5	1
105	1	1	1	1	1	0	1	1	7	1	1	1	1	1	1	5	1
106	1	1	1	0	0	1	1	1	6	1	0	1	1	0	1	3	2



Lampiran 6.

HASIL SPSS

1. Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%
X4	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%
X5	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%
X6	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Usia	Mean	30.36	.481	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	29.41	
		Upper Bound	31.31	
	5% Trimmed Mean	30.16		
	Median	30.50		
	Variance	24.499		
	Std. Deviation	4.950		
	Minimum	22		
	Maximum	50		
	Range	28		
	Interquartile Range	6		
	Skewness	.689	.235	
	Kurtosis	1.118	.465	
X4	Mean	10.38	.374	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.64	
		Upper Bound	11.12	
	5% Trimmed Mean	10.29		
	Median	9.00		
	Variance	14.809		
	Std. Deviation	3.848		
	Minimum	5		
	Maximum	17		
	Range	12		

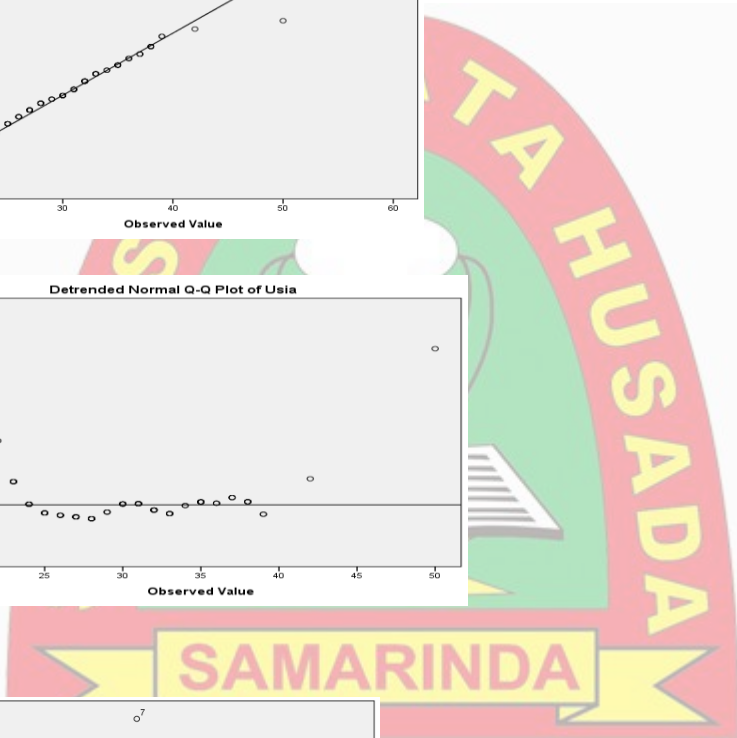
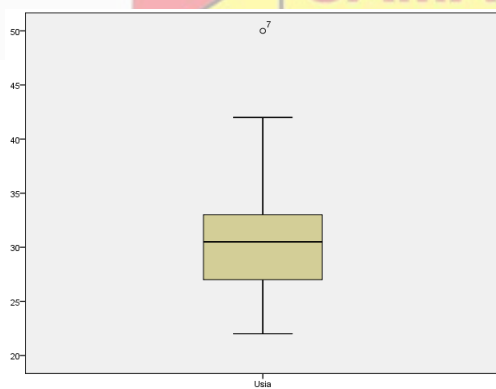
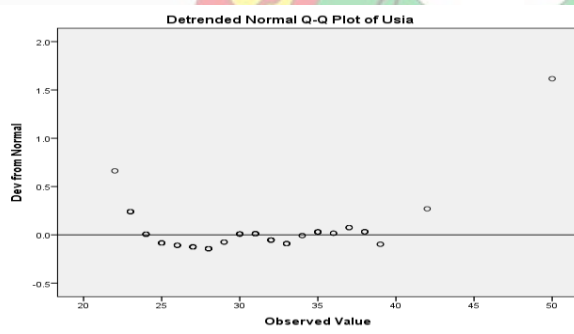
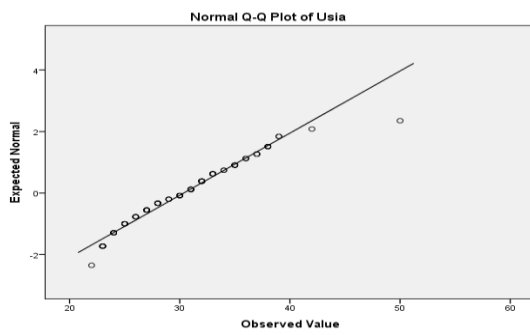
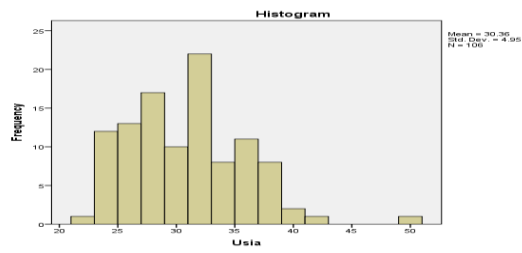
	Interquartile Range		7	
	Skewness		.358	.235
	Kurtosis		-1.522	.465
X5	Mean		4.70	.222
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.26	
		Upper Bound	5.14	
	5% Trimmed Mean		4.73	
	Median		4.00	
	Variance		5.241	
	Std. Deviation		2.289	
	Minimum		0	
	Maximum		8	
	Range		8	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		.025	.235
	Kurtosis		-1.318	.465
	X6	Mean		3.83
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	3.62	
		Upper Bound	4.04	
5% Trimmed Mean			3.87	
Median			3.50	
Variance			1.190	
Std. Deviation			1.091	
Minimum			2	
Maximum			5	
Range			3	
Interquartile Range			2	
Skewness			-.103	.235
Kurtosis			-1.543	.465

Tests of Normality

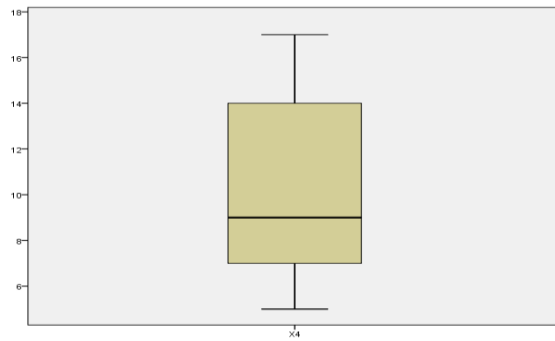
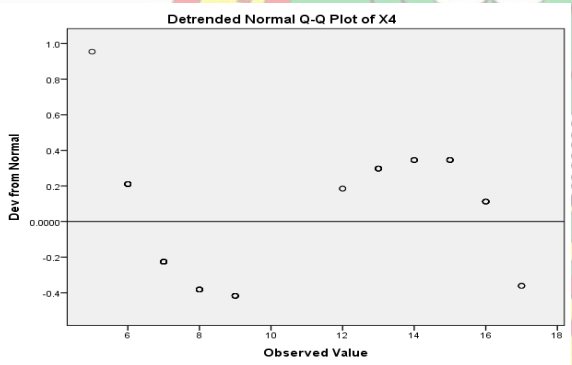
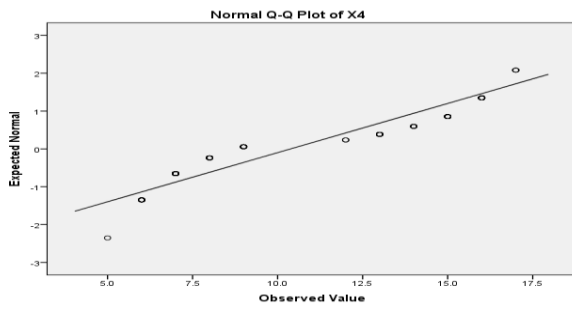
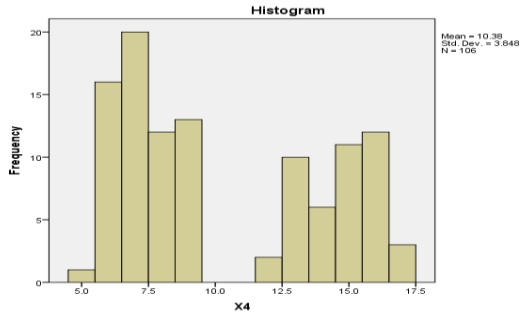
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia	.089	106	.039	.957	106	.002
X4	.225	106	.000	.856	106	.000
X5	.192	106	.000	.905	106	.000
X6	.283	106	.000	.780	106	.000

a. Lilliefors Significance Correction

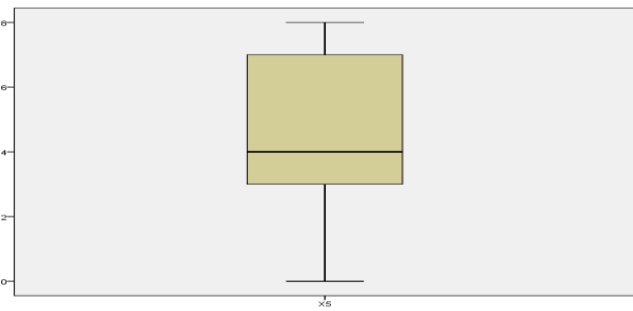
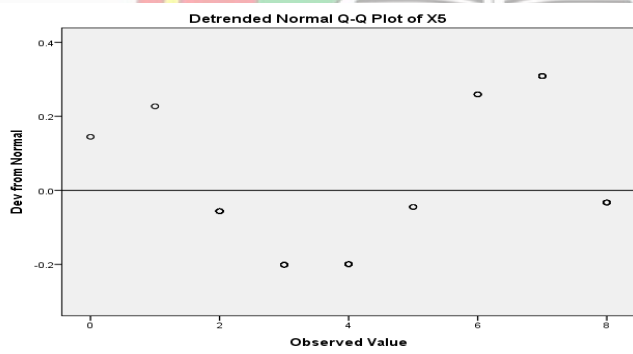
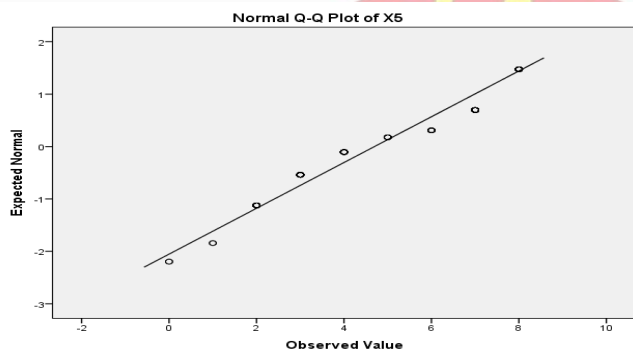
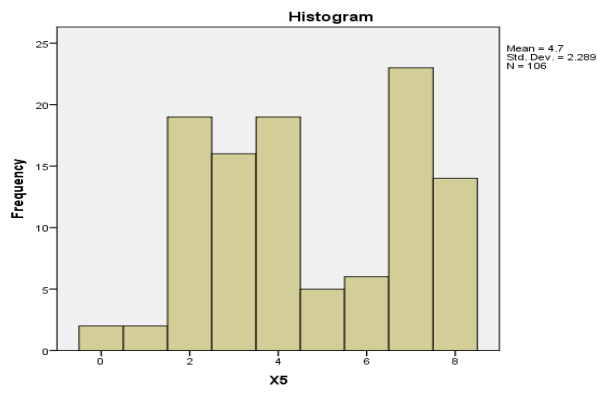
Usia



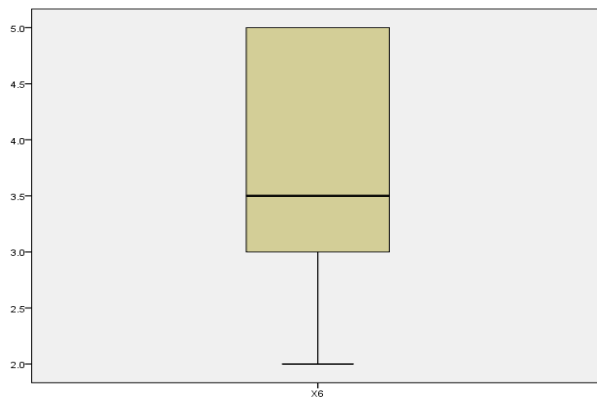
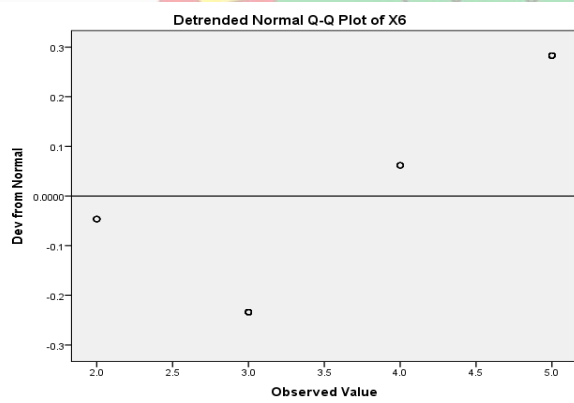
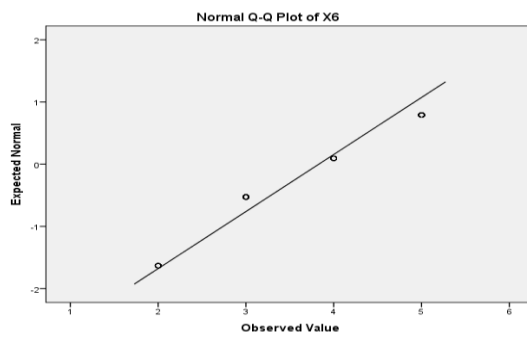
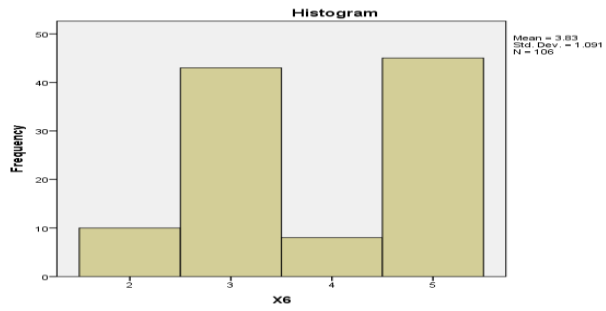
X4



X5



X6



2. Univariat

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	31-50 tahun	54	50.9	50.9	50.9
	22-30 tahun	52	49.1	49.1	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

Masa Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 3 tahun	61	57.5	57.5	57.5
	≤ 3 tahun	45	42.5	42.5	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	56	52.8	52.8	52.8
	Kurang Baik	50	47.2	47.2	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

Pengawasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	66	62.3	62.3	62.3
	Kurang Baik	40	37.7	37.7	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

Fasilitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mendukung	53	50.0	50.0	50.0
	Kurang Mendukung	53	50.0	50.0	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

Kepatuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	54	50.9	50.9	50.9
	Tidak Patuh	52	49.1	49.1	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

3. Bivariat

- g. Hubungan usia dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Kepatuhan	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

Usia * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Usia	31-50 tahun	Count	28	26	54
		% within Usia	51.9%	48.1%	100.0%
		% within Kepatuhan	51.9%	50.0%	50.9%
		% of Total	26.4%	24.5%	50.9%
	22-30 tahun	Count	26	26	52
		% within Usia	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Kepatuhan	48.1%	50.0%	49.1%
		% of Total	24.5%	24.5%	49.1%
Total		Count	54	52	106
		% within Usia	50.9%	49.1%	100.0%
		% within Kepatuhan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.9%	49.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.036 ^a	1	.849	1.000	.501
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.036	1	.849		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.036	1	.849		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25.51.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (31-50 tahun / 22-30 tahun)	1.077	.503	2.307
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.037	.713	1.507
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.963	.653	1.419
N of Valid Cases	106		

- h. Hubungan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Masa Kerja * Kepatuhan	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

Masa Kerja * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Masa Kerja > 3 tahun	Count	31	30	61	
	% within Masa Kerja	50.8%	49.2%	100.0%	
	% within Kepatuhan	57.4%	57.7%	57.5%	
	% of Total	29.2%	28.3%	57.5%	
Masa Kerja ≤ 3 tahun	Count	23	22	45	
	% within Masa Kerja	51.1%	48.9%	100.0%	
	% within Kepatuhan	42.6%	42.3%	42.5%	
	% of Total	21.7%	20.8%	42.5%	
Total	Count	54	52	106	
	% within Masa Kerja	50.9%	49.1%	100.0%	
	% within Kepatuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.9%	49.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.976		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.976		
Fisher's Exact Test				1.000	.566
Linear-by-Linear Association	.001	1	.976		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.08.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Masa Kerja (> 3 tahun / ≤ 3 tahun)	.988	.457	2.136
For cohort Kepatuhan = Patuh	.994	.682	1.450
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.006	.679	1.490
N of Valid Cases	106		

- i. Hubungan pengetahuan tentang *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Kepatuhan	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

Pengetahuan * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Pengetahuan	Baik	Count	39	17	56
		% within Pengetahuan	69.6%	30.4%	100.0%
		% within Kepatuhan	72.2%	32.7%	52.8%
		% of Total	36.8%	16.0%	52.8%
	Kurang Baik	Count	15	35	50
		% within Pengetahuan	30.0%	70.0%	100.0%
		% within Kepatuhan	27.8%	67.3%	47.2%
		% of Total	14.2%	33.0%	47.2%
Total		Count	54	52	106
		% within Pengetahuan	50.9%	49.1%	100.0%
		% within Kepatuhan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.9%	49.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16.611 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	15.063	1	.000		
Likelihood Ratio	17.071	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	16.454	1	.000		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.53.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Baik / Kurang Baik)	5.353	2.332	12.287
For cohort Kepatuhan = Patuh	2.321	1.469	3.668
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.434	.280	.671
N of Valid Cases	106		

- j. Hubungan pengawasan *hand hygiene* dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengawasan * Kepatuhan	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

Pengawasan * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Pengawasan	Baik	Count	38	25	63
		% within Pengawasan	60.3%	39.7%	100.0%
		% within Kepatuhan	70.4%	48.1%	59.4%
		% of Total	35.8%	23.6%	59.4%
	Kurang Baik	Count	16	27	43
		% within Pengawasan	37.2%	62.8%	100.0%
		% within Kepatuhan	29.6%	51.9%	40.6%
		% of Total	15.1%	25.5%	40.6%
Total		Count	54	52	106
		% within Pengawasan	50.9%	49.1%	100.0%
		% within Kepatuhan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.9%	49.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.461 ^a	1	.019	.029	.016
Continuity Correction ^b	4.575	1	.032		
Likelihood Ratio	5.510	1	.019		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.409	1	.020		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.09.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengawasan (Baik / Kurang Baik)	2.565	1.155	5.698
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.621	1.047	2.509
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.632	.431	.926
N of Valid Cases	106		

k. Hubungan fasilitas dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *hand hygiene*.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Fasilitas * Kepatuhan	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

Fasilitas * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Fasilitas	Mendukung	Count	32	13	45
		% within Fasilitas	71.1%	28.9%	100.0%
		% within Kepatuhan	59.3%	25.0%	42.5%
		% of Total	30.2%	12.3%	42.5%
	Kurang Mendukung	Count	22	39	61
		% within Fasilitas	36.1%	63.9%	100.0%
		% within Kepatuhan	40.7%	75.0%	57.5%
		% of Total	20.8%	36.8%	57.5%
Total		Count	54	52	106
		% within Fasilitas	50.9%	49.1%	100.0%
		% within Kepatuhan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.9%	49.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	12.727 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	11.363	1	.001		
Likelihood Ratio	13.043	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	12.607	1	.000		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.08.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Fasilitas (Mendukung / Kurang Mendukung)	4.364	1.903	10.006
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.972	1.345	2.890
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.452	.275	.742
N of Valid Cases	106		



Statistics

		Usia Responden	Masa Kerja Responden
N	Valid	106	106
	Missing	0	0
Mean		30.36	5.75
Median		30.50	4.00
Mode		32	2
Minimum		22	2
Maximum		50	18

Usia Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22	1	.9	.9	.9
	23	6	5.7	5.7	6.6
	24	6	5.7	5.7	12.3
	25	7	6.6	6.6	18.9
	26	6	5.7	5.7	24.5
	27	9	8.5	8.5	33.0
	28	8	7.5	7.5	40.6
	29	3	2.8	2.8	43.4
	30	7	6.6	6.6	50.0
	31	10	9.4	9.4	59.4
	32	12	11.3	11.3	70.8
	33	6	5.7	5.7	76.4
	34	2	1.9	1.9	78.3
	35	8	7.5	7.5	85.8
	36	3	2.8	2.8	88.7
	37	3	2.8	2.8	91.5
	38	5	4.7	4.7	96.2
	39	2	1.9	1.9	98.1
	42	1	.9	.9	99.1
	50	1	.9	.9	100.0
Total		106	100.0	100.0	

Masa Kerja Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	34	32.1	32.1	32.1
	3	11	10.4	10.4	42.5
	4	9	8.5	8.5	50.9
	5	9	8.5	8.5	59.4
	6	7	6.6	6.6	66.0
	7	7	6.6	6.6	72.6
	8	3	2.8	2.8	75.5
	9	5	4.7	4.7	80.2
	10	4	3.8	3.8	84.0
	11	1	.9	.9	84.9
	12	3	2.8	2.8	87.7
	13	7	6.6	6.6	94.3
	14	4	3.8	3.8	98.1
	15	1	.9	.9	99.1
	18	1	.9	.9	100.0
Total		106	100.0	100.0	



