

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN
PENGETAHUAN KEBERSIHAN CUCI TANGAN PADA PENDAMPING
PASIEN SELAMA PERAWATAN RUMAH SAKIT**

SKRIPSI



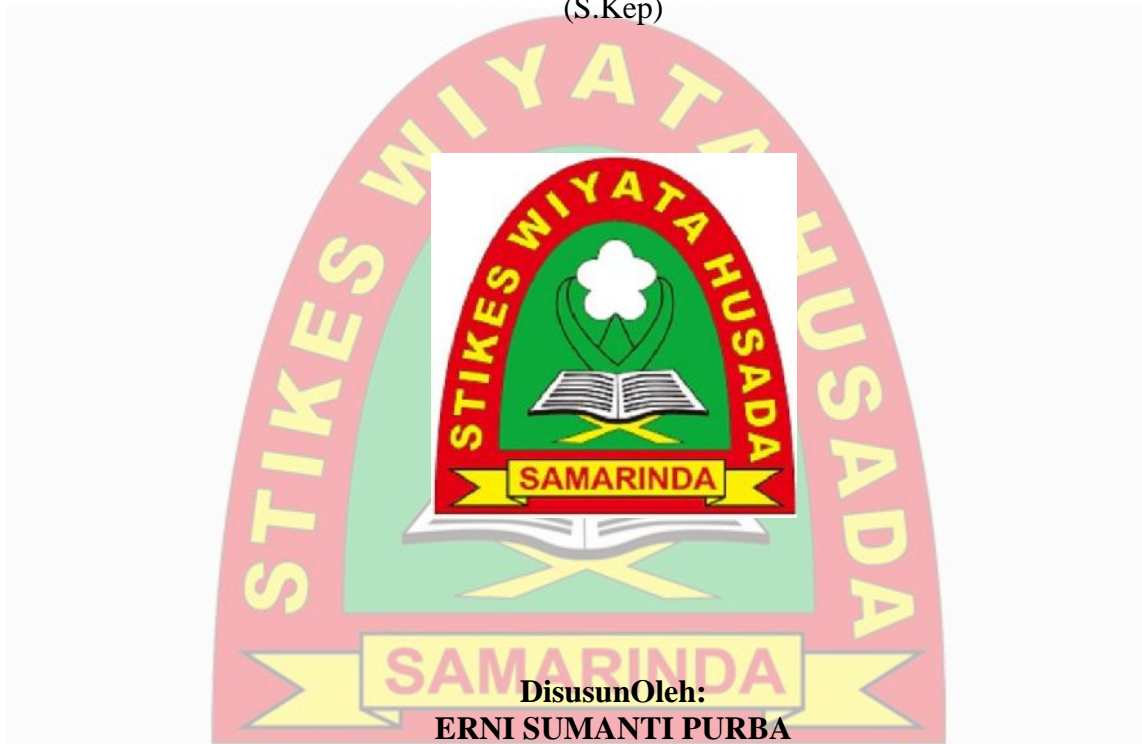
**Disusun Oleh:
ERNI SUMANTI PURBA
NIM: 1811511501**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN
PENGETAHUAN KEBERSIHAN CUCI TANGAN PADA PENDAMPING
PASIEN SELAMA PERAWATAN RUMAH SAKIT**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
(S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020**

LEMBAR PERSETUJUAN

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN
PENGETAHUAN KEBERSIHAN CUCI TANGAN PADA PENDAMPING
PASIEN SELAMA PERAWATAN RUMAH SAKIT**

SKRIPSI



Ns.ChrisyenDamanik, S.Kep., M.Kep
NIK.112072.83.11.023

Ns. Abdurrahman, S. Kep., M.Kep
NIK.113072.85.19.138

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns.Rusdi, S.Kep.,M.Kep
NIK.113072.86.14.071

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan bimbingannya-Nya Penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul "Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan Pengetahuan kebersihan cuci tangan pada pendamping pasien selama perawatan rumah sakit". Skripsi ini

ditulis dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi Penulis untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah Penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. dr. Dani Poluan, selaku Direktur Siloam Hospitals Balikpapan
4. Ns. Rusdi., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program studi STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukkan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Bapak Ns. Chrisyen Damanik S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing satu, STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas bimbingan, saran dan motivasi serta ilmu yang diberikan. Terima kasih atas dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
6. Bapak Ns. Abdurrahman, S.Kep., M.Kep., selaku dosen pembimbing dua yang telah menyediakan waktu, dukungan, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan Penulis dalam melakukan penyusunan Skripsi ini.
7. Segenap Dosen dan Tenaga Kependidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
8. Teristimewa kedua orang tua Penulis Bapak Timan Purba (alm) dan Ibu Roslentina Damanik serta Anak kebanggaan Alfredo Max Milion Damanik,

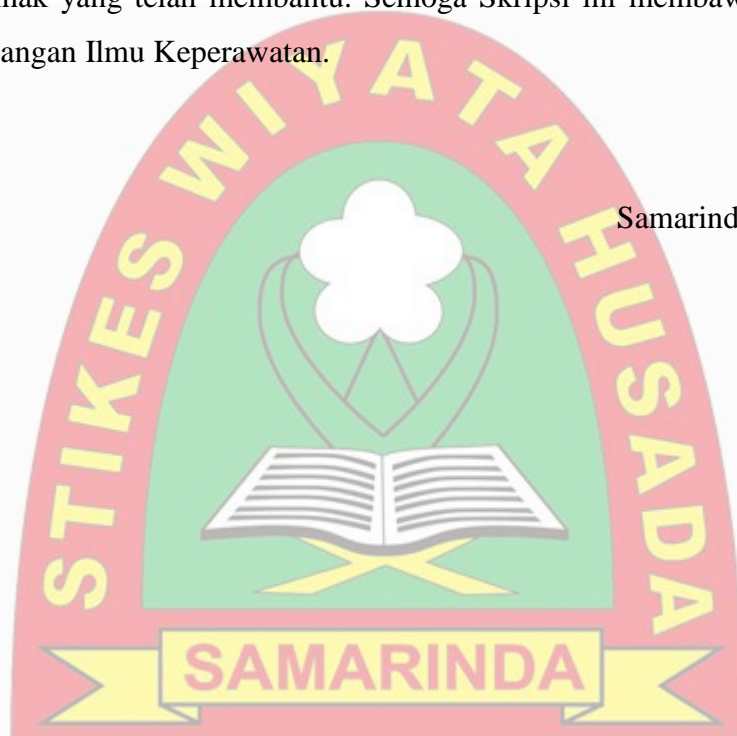
yang telah mendoakan, memberikan dukungan, dan semangat serta kasih sayang yang mereka berikan selama ini.

9. Teman seperjuangan Mahasiswa Reguler Transfer Siloam Hospitals Angkatan 2018, semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan dan gagasan dalam penyusunan.

Penulis menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaannya. Akhir kata, Penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.

Samarinda, Februari 2020

Peneliti.



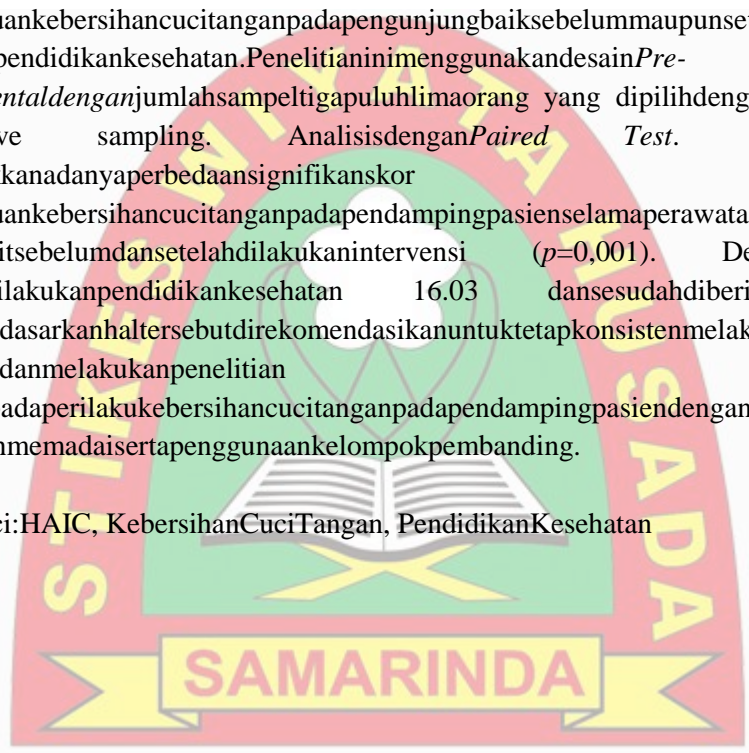
ABSTRAK

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN KEBERSIHAN CUCI TANGAN PADA PENDAMPING PASIEN SELAMA PERAWATAN RUMAH SAKIT

Erni Sumanti¹, Chrisylen Damanik², Abdurrahman³

Latarbelakang: Pengendalian HAIC di rumah sakit masih memerlukan berbagai upaya, salah satunya melalui keterlibatan langsung dari pendamping pasien untuk taat menjaga kebersihan antangan baik sebelum maupun setelah mendampingi pasien, Pendidikan kesehatan diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan pendamping pasien akan kebersihan cucitangan, agar angka HAIC dapat dikendalikan dengan baik. Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi perbedaan skor rata-rata pengetahuan kebersihan cucitangan pada pengunjung baik sebelum maupun setelah intervensi pemberian pendidikan kesehatan. Penelitian ini menggunakan desain *Pre-eksperimental* dengan jumlah sampel tiga puluh lima orang yang dipilih dengan menggunakan *consecutive sampling*. Analisis dengan *Paired Test*. Hasil Penelitian: menunjukkan adanya perbedaan signifikan skor rata-rata pengetahuan kebersihan cucitangan pada pendamping pasien selama perawatan di rumah sakit sebelum dan setelah dilakukan intervensi ($p=0,001$). Dengan mean sebelum dilakukan pendidikan kesehatan 16.03 dan sesudah diberikan pengetahuan 27.00. Berdasarkan hal tersebut direkomendasikan untuk tetap konsisten melakukan pendidikan kesehatan dan melakukan penelitian yang berfokus pada perilaku kebersihan cucitangan pada pendamping pasien dengan besaran sampel yang lebih memadai serta penggunaan kelompok pembandingan.

Kata kunci: HAIC, Kebersihan Cuci Tangan, Pendidikan Kesehatan



DAFTAR ISI

	Hal...
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR SKEMA.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Penelitian Terkait.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Telaah Pustaka.....	10
1. Konsep Perilaku.....	10
2. Pembagian perilaku dilihat dari bentuk respon.....	10
3. Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan.....	14
4. Konsep Pendidikan Kesehatan.....	17
5. Teori Model Keperawatan Perilaku Nola J.Pender.....	20
B. Kerangka Teori.....	22
C. Hipotesis Penelitian.....	22
BAB III METODE PENELITIAN.....	24
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	24
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	24
C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	25
D. Populasi dan Sampel.....	25
E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	27
F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	28
G. Prosedur Pengolahan Data.....	30
H. Teknik Pengumpulan Data.....	31
I. Analisis Data.....	32
J. Etika Penelitian.....	34
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	36
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	36
B. Hasil Penelitian.....	36
C. Pembahasan.....	38
D. Keterbatasan Penelitian.....	42

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

- A. Kesimpulan
- B. Saran

DAFTAR PUSTAKA

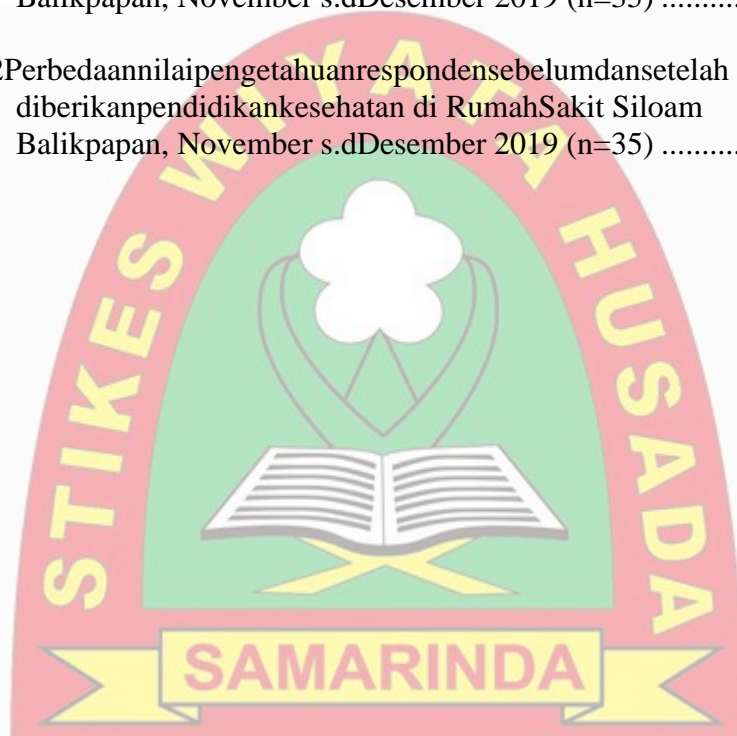
DAFTAR RIWAYAT HIDUP

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

	Hlm
Tabel 3.1 Variabel penelitian dan definisi oprasional.....	28
Tabel. 3.2 Distribusi pertanyaan kuisioner penelitian.....	29
Tabel 3.3 Analisis Univariat Karakteristik Responden dan Variabel Dependen	32
Tabel 3.4 Hasil Uji Normalitas Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan	33
Tabel 4.1 Skor rata-rata Pengetahuan Responden Sebelum Dan Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan di Rumah Sakit Siloam Balikpapan, November s.d Desember 2019 (n=35)	37
Tabel 4.2 Perbedaan nilai pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan di Rumah Sakit Siloam Balikpapan, November s.d Desember 2019 (n=35)	38



DAFTAR SKEMA

	Hlm
Skema 2.2 Kerangka Teori.....	22
Skema 2.3 Kerangka Konsep.....	25



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Permohonan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 2 : Lembar jawaban permohonan Izin Studi Pendahuluan.
- Lampiran 3 : Lembar Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 4 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar *Infrom Consent*
- Lampiran 6 : Lembar Instrumen A (Data Demografi)
- Lampiran 7 : Lembar Instrumen B (Kuesioner)
- Lampiran 8 : Timeline Kegiatan Tugas Akhir
- Lampiran 9 : Dokumentasi Penyebaran Koesioner di Ruangan



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Health care-associated infection (HCAI) atau infeksi nosokomial merupakan masalah besar yang menjadi sorotan utama di rumah sakit karena memberi efek jangka panjang pada pasien (Gould *et al.* , 2019). Pada Negara berkembang HCAI terjadi sekitar 15,5% dari 100 pasien (Huang, *et al.*, 2013). Selain itu, data kejadian yang didapat dari survei prevalensi yang dilakukan di rumah sakit dalam satu hari di beberapa negara berkembang antara lain Albania (19,1%), Morocco (17,8%), Tunisia (17,9%), dan Republic Tanzania (14,8%) (WHO, 2009). Di negara Iran, 8.8 % pasien di delapan rumah sakit terkena HCAI (Llata, Gaynes, & Fridkin, 2009). Walaupun angka kejadian HCAI lebih tinggi di negara berkembang, tetapi HCAI ini juga terjadi pada negara maju. Di Kanada, HCAI merupakan salah satu komplikasi yang paling sering dan paling parah yang terjadi di rumah sakit dan penyebab utama keempat kematian. Satu dari sembilan pasien terkena HCAI ketika dirawat di rumah sakit dan sekitar 8000 pasien meninggal setiap tahunnya karena HCAI di Kanada (Backman, Zoutman, & Marck, 2008). Angka kejadian HCAI yang cukup tinggi dapat berdampak pada perpanjangan lama rawat, cacat jangka panjang, peningkatan resistensi microorganism terhadap antimikroba dan bahkan sampai pada kematian mendadak (WHO, 2009).

Di Indonesia kejadian HCAI pada jenis atau tipe rumah sakit sangat beragam. Penelitian yang dilakukan oleh Depkes RI pada tahun (2010) diperoleh data proporsi kejadian HCAI di Rumah Sakit pemerintah dengan jumlah pasien 1.527 orang dari jumlah pasien beresiko 160.417 (55,1%), sedangkan untuk Rumah Sakit swasta dengan jumlah pasien 991 pasien dari jumlah pasien beresiko 130.047 (35,7%). Angka kejadian HCAI di Indonesia diambil dari 10 RSUD pendidikan yang mengadakan *surveillance* aktif tahun 2010. Pada penelitian tersebut dilaporkan angka

kejadian HCAI cukup tinggi yaitu 6-16% dengan rata-rata 9,8%. Data Profil Kesehatan di Provinsi Kalimantan Timur tahun 2013 melaporkan angka kejadian HCAI yang disebabkan oleh beberapa penularan penyakit yang ada di Kalimantan Timur seperti ISPA 47.04%. Kasus ini meningkat dari tahun sebelumnya khususnya pneumonia pada tahun 2012 2,3% kasus sedangkan untuk 2013, 17,9%, gastritis 13,12%, diare 3.70%.

Rumah Sakit juga dapat merupakan sumber berbagai macam penyakit yang berasal dari penderita atau pendamping yang berstatus pembawa (*carier*). Kuman penyakit ini dapat hidup dan berkembang di rumah sakit, seperti udara, air, lantai, makan, benda-benda medis dan nonmedis (Nursalam, 2011). Penyebaran HCAI dapat terjadi melalui sentuhan langsung dari tangan pendamping. Hal itu terjadi karena pathogen pasien atau pendamping di rumah sakit 39,6 % lebih tinggi dibandingkan pathogen yang terdapat pada telepon genggam petugas kesehatan 20,65% hal ini menunjukkan bahwa pendamping berpotensi menyebarkan pathogen di rumah sakit (Tekereko lu et al., 2011). Maka dari itu, HCAI ini dapat berdampak pada peningkatan angka morbiditas dan angka mortalitas yang juga akan menyebabkan kerugian lain seperti rasa tidak aman bagi pasien, perpanjangan hari rawat (*length of stay*), menambah biaya perawatan dan pengobatan yang akhirnya dapat menimbulkan kesan buruk terhadap citra rumah sakit (Arrum, D., Salbiah, S., & Manik, M, 2015). Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan Rumah Sakit serta untuk melindungi pasien, petugas, pendamping dan keluarga dari resiko tertularnya infeksi (Alvarado, 2017). Pengendalian infeksi dapat dilakukan jika pasien, petugas maupun pendamping memiliki pengetahuan dan perilaku yang memadai. Perilaku kebersihan cuci tangan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu pengetahuan dan sikap (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan merupakan keluaran dari proses sensoris utamanya mata dan telinga terhadap suatu objek tertentu (Sunaryo, 2014). Pengetahuan terhadap kebersihan cuci tangan dapat mempengaruhi seseorang untuk mau dan mampu melakukan perilaku cuci tangan tersebut.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa HCAI sebagian besar dapat dicegah dengan mencuci tangan (Stewardson et al., 2014). Menurut WHO (2009) kebersihan tangan dapat mencegah HCAI dilakukan dengan memperhatikan 5 aspek waktu dan teknik kebersihan tangan yang tepat. Lima waktu yang harus dipatuhi dalam melaksanakan kebersihan tangan antara lain; sebelum melakukan kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah resiko terpapar cairan tubuh, setelah menyentuh pasien, dan setelah menyentuh lingkungan pasien. Menurut Randle et al (2014) kepatuhan antara pasien dan pendamping dalam mencuci tangan lebih rendah dari pada tenaga kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari petugas kesehatan sebelum dan sesudah diberi edukasi dan intervensi yaitu 53% dan sesudah diberi intervensi antara 67,7 dan 70,8%, sedangkan pada pasien dan pendamping sebelum dan sesudah intervensi yaitu 49,1% dan sesudah intervensi berkisar 43,5 sampai 61,8%.

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses memindahkan materi atau teori dari seseorang ke orang lain, akan tetapi perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri (Wahit et al., 2009). Menurut Erwin Setyo (2012) pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri ataupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai hal-hal yang mempengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya dan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan dengan penuh kesadaran. Maka dari itu, pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku kebersihan tangan pada pendamping di Rumah Sakit, dengan menggunakan metode video visual, yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku keluarga tentang kebersihan tangan di rumah sakit (Darmadi, 2008).

Pendidikan kesehatan kebersihan cuci tangan berdampak pada perilaku hidup sehat, sebagai contoh sederhana mencuci tangan dengan sabun merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pemeliharaan kesehatan pribadi dan pentingnya berperilaku hidup bersih dan sehat. Mencuci tangan sering dianggap sebagai hal yang sepele di masyarakat, padahal mencuci tangan bisa memberi kontribusi pada peningkatan status kesehatan masyarakat. Perilaku kebersihan tangan ditempatkan sebagai *barrier* utama untuk mencegah penyebaran anti mikroba dan mengurangi HCAI dengan cara mencuci tangan atau membunuh kuman dengan cairan antiseptik atau *handrub* (Zouthman & marck, 2008).

Siloam Hospitals Balikpapan sebagai rumah sakit swasta yang merupakan salah satu pilihan di Kota Balikpapan menerima sejumlah pasien rawat inap yang begitu banyak. Laporan dari rekam medik (2019) diperoleh kunjungan pasien rawat inap setiap bulan mencapai kurang lebih 400 pasien dengan BOR 75% dan LOS 15% tidak menutup kemungkinan lonjakan pendamping terutama keluarga baik yang mendampingi secara langsung selama perawatan maupun keluarga yang ingin menjenguk anggota keluarganya yang sakit. Kewaspadaan rumah sakit dalam mencegah *barrier* infeksi mengingatkan setiap pendamping lewat *testing pagging* untuk melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah mengunjungi pasien. Selain itu juga terdapat poster-poster himbauan kebersihan tangan beserta cara mencuci tangan dengan benar. Di samping itu juga terpasangnya *handrub* cairan (cairan pencuci tangan) di berbagai area umum yang semuanya itu bisa dijangkau oleh para pendamping pasien selama dalam perawatan. Hasil observasi menunjukkan bahwa kesiapan rumah sakit dalam mengendalikan HAIC terkadang kurang sejalan dengan pasien maupun keluarga, hasil observasi maupun pengamatan melalui CCTV menunjukkan masih banyak keluarga saat mendampingi pasien kurang taat dalam menjaga perilaku kebersihan cuci tangan, dan hal ini menunjang meningkatnya resiko infeksi pada pasien maupun pendamping (Data Survei PPI, 2019).

Berdasarkan fenomena di atas maka perlu dilakukan penelitian terkait pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan perilaku kebersihan tangan pada pendamping pasien di *Siloam Hospitals* Balikpapan.

B. Rumusan Masalah

Kejadian HCAI di rumah sakit pada umumnya dapat mengakibatkan kerugian bagi pasien diantaranya perpanjangan lama rawat, cacat jangka panjang, peningkatan resistensi mikroorganisme terhadap antimikroba dan bahkan sampai pada kematian. HCAI ini terjadi karena adanya penyebaran infeksi di rumah sakit yang bersumber dari lingkungan perawatan, tenaga kesehatan ataupun pendamping. Berbagai upaya telah dilakukan diantaranya mengingatkan kepada pasien, petugas dan pendampingan pentingnya menjaga kebersihan cuci tangan, namun masih menemukan angka HAIC diluar target yang ditetapkan. Salah satu upaya dalam pengendalian tersebut adalah menerapkan perubahan perilaku melalui pemberian informasi yang relevan dan dapat dipahami terutama pendamping yang dapat menjadi barrier, dan pendidikan kesehatan adalah salah satu upaya yang digunakan untuk meningkatkan ketaatatan pendamping dalam melakukan kebersihan cuci tangan. Berdasarkan fenomena tersebut perlu dilakukan penelitian terkait “Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan kebersihan cuci tangan pada pendamping pasien selama perawatan rumah sakit.”

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan Penelitian ini terdiri tujuan umum dan tujuan khusus, yang diuraikan sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Menganalisa pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan kebersihan cuci tangan pada pendamping pasien selama perawatan di *Siloam Hospitals* Balikpapan

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi skor rata-rata peningkatan pengetahuan kebersihan cuci tangan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi
- b. Mengidentifikasi perbedaan skor rata-rata peningkatan pengetahuan kebersihan cuci tangan pada pendamping pasien sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

D. MANFAAT PENELITIAN

Adapun manfaat penelitian ini terdiri dari manfaat teoritis dan praktis, dan diuraikan sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu acuan ilmiah yang dapat digunakan sebagai referensi dalam memahami bahwa upaya peningkatan pengetahuan kebersihancuci tangan pada pendamping pasien dapat dilakukan dengan pelaksanaan pendidikan kesehatan

2. Manfaat Praktis

Peningkatan pengetahuan kebersihan cuci tangan melalui inovasi pemberian pendidikan kesehatan dapat digunakan sebagai acuan dalam pengembangan pengetahuan dan perilaku kebersihancuci tangan pada pendamping pasien selama perawatan di rumah sakit dan ini merupakan upaya pengendalian HAIC di rumah sakit

E. PENELITIAN TERKAIT

Dalam penyusunan studi literatur yang peneliti lakukan, ditemukan beberapa penelitian terkait, diantaranya:

1. Gould, D. J., Drey, N. S., Millar, M., Wilks, M., & Chamney, M. (2009) di Inggris, Fokus meneliti terkait *Patients and the public: knowledge, sources of information and perceptions about healthcare-associated infection*. Penelitian bertujuan melakukan tinjauan pustaka dalam menentukan pengetahuan, sumber informasi dan persepsi risiko HCAI. Terdapat dua puluh studi yang memenuhi kriteria inklusi. Dari jumlah tersebut, sembilan mengeksplorasi pengetahuan dan persepsi sebagai tujuan penelitian utama. Sisanya terdiri dari berbagai macam karya yang membandingkan pengetahuan dan persepsi

berbagai kelompok, pengalaman mereka terinfeksi atau terpapar dan/atau diisolasi. Dalam semua akun menyatakan, masyarakat awam menyatakan kecemasan tentang risiko dan konsekuensi HCAI. Sumber yang paling sering dilaporkan adalah media, yang disalahkan karena akun sensasional dan tidak akurat. Masyarakat awam tampaknya tidak mengakses sumber informasi yang kredibel, atau, jika mereka mengaksesnya, tidak dapat memahami pesan yang disampaikan. Organisasi yang menyediakan informasi tentang HCAI bersifat masih umum, sehingga untuk memperoleh informasi memerlukan waktu dan upaya untuk mendapatkannya. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut yang dapat mengeksplorasi penerimaan, kelengkapan, dan aksesibilitas sumber informasi tentang HCAI. Adapun perbedaan dalam penelitian ini yaitu terdapat pada variabel independen, desain penelitian yang dilakukan, serta hasil yang dirahapkan tidak sama namun terdapat informasi yang dapat digunakan dalam upaya pengembangan studi literatur dalam penelitian ini.

2. Tekereko lu, M. S., Duman, Y., Serinda, A., Cullan, S. S., Kaysadu, H., Tunc, E., & Yakupogullari, Y. (2011). Di Turki, yang melakukan penelitian dengan studi cross-sectional untuk menentukan kolonisasi bakteri pada ponsel (MPs) yang digunakan oleh pasien, rekan pasien, pendamping, dan petugas kesehatan (Petugas Kesehatan). Hasil penelitian ini menunjukkan Tingkat patogen yang secara signifikan lebih tinggi (39,6% vs 20,6%, masing-masing; $P = 0,02$) ditemukan kolonisasi bakteri pada mobile phone pasien ($n = 48$) dibandingkan petugas kesehatan ($n = 12$). Ada juga lebih banyak patogen multidrug dalam mobile phone (seluler) seperti *Staphylococcus aureus* yang resisten metisilin, β -laktamase *Escherichia coli*, dan *Klebsiella* spp, *Enterococcus* spp, aminoglycoside yang resisten terhadap aminoglikosida tingkat tinggi, dan bakteri *Acumanobacter*. Temuan kami menunjukkan bahwa ponsel pasien, teman pasien, dan pendamping mewakili risiko lebih tinggi untuk kolonisasi patogen nosokomial dibandingkan dengan petugas kesehatan. Langkah-langkah pengendalian infeksi spesifik mungkin diperlukan untuk ancaman ini. Adapun perbedaan dalam penelitian ini yaitu terdapat pada variabel independen, desain penelitian yang dilakukan, serta hasil yang dirahapkan tidak sama namun terdapat informasi yang dapat

digunakan dalam upaya pengembangan studi literatur terutama terkait jenis bakteri yang dapat ditemukan pada mobile phone yang digubakan oleh pasien atau kemungkinan paparan melalui petugas maupun pendamping.

3. Stewardson et al., (2014). Di Irlandia. Penelitian ini bertujuan menilai dampak penggunaan SureWash yang diarahkan sendiri pada teknik kebersihan tangan petugas kesehatan dan mengevaluasi kapasitas diagnostik perangkat. Metode: Penelitian terkontrol sebelum dan sesudah: subyek di Grup A terpapar ke SureWash selama empat minggu diikuti oleh Grup B selama 12 minggu. Setiap teknik kebersihan tangan pada sampel dalam penelitian ini diamati sejak awal (sebelum intervensi) (T0) dan setelah intervensi (T1 dan T 2). Hasil penelitian menunjukkan kinerja kebersihan cuci tangan lengkap, dan melaksanakan setiap komponen membutuhkan waktu 20 detik. Hasil: Tiga puluh empat dan 29 petugas kesehatan direkrut masing-masing untuk kelompok A dan B. Tidak ada peserta yang melakukan tindakan lengkap pada awal. Di T1, satu peserta Grup A dan tidak ada peserta Grup B melakukan tindakan lengkap. Pada awal, jumlah rata-rata pose dilakukan per tindakan adalah 2,0 dan 1,0 pada Grup A dan B, masing-masing ($p = 0,12$). Pada T1, jumlah pose per tindakan lebih besar di Grup A (pasca intervensi) daripada Grup B (control) ($p < 0,001$). Meskipun tidak ada dampak pada tindakan lengkap yang ditunjukkan, SureWash secara signifikan meningkatkan jumlah pose per tindakan kebersihan tangan dan menunjukkan kapasitas diagnostik yang baik. Adapun perbedaan dalam penelitian ini yaitu terdapat pada variabel independen, desain penelitian yang dilakukan, serta hasil yang dirahapkan tidak sama namun terdapat informasi yang dapat digunakan dalam upaya pengembangan studi literatur terutama Surewash media berupa video mampu memantau ketaatan petugas dalam melakukan kebersihan tangan
4. Randle et al (2014). Di Inggris. Penelitian ini menggunakan studi observasional pada petugas kesehatan, pasien dan pendamping selama 24 jam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas kesehatan sebelum dan sesudah diberi edukasi dan intervensi yaitu 53% dan sesudah diberi intervensi antara 67,7 dan 70,8%, sedangkan pada pasien dan pendamping sebelum dan

sesudah intervensi yaitu 49,1% dan sesudah intervensi berkisar 43,5 sampai 61,8%. Adapun perbedaan pada penelitian ini yaitu desain penelitian yang dilakukan.

5. Penelitian Luluk Edyati, tahun 2014 dengan judul “Pengaruh penyuluhan kesehatan dengan media video terhadap pengetahuan dan sikap personal hygiene siswa SD Negeri 1 kepek pengasih Kulon Progo”. Hasil: perbedaan yang signifikan terhadap pengetahuan dan sikap pada kelompok control dan kelompok eksperimen. rancangan penelitian dengan menggunakan quasi experiment. dengan rancangan non equivalent pretest dan posttest group design. variabel bebas penyuluhan kesehatan, variabel terikat pengetahuan dan sikap. subjek penelitian Siswa SD. Perbedaan penelitian diatas dengan penelitian yang akan dilakukan terletak pada penelitian variabel dependen dimana peneliti peningkatan pengetahuan, materi penyuluhan yang akan dilakukan bukan personal hygiene tetapi kebersihan tangan. Persamaan penelitian pada variabel independen dan media yang digunakan.
6. Penelitian Putu Wira Kusuma Putra, tahun 2017 dengan judul “Pengaruh pendidikan kesehatan dengan media Leaflet terhadap perilaku kebersihan tangan pendamping di Rumah Sakit Umum Bali Royal”. Hasil menunjukkan ada perbedaan penelitian dengan memakai *quasy experiment* dengan pendekatan pre test dan post test control group design. Perbedaan penelitian pada variabel bebas variabel terikat dimana peneliti menggunakan variabel peningkatan pengetahuan, dengan rancangan penelitian desain pre experimental. Persamaan penelitian pada subjek penelitian yaitu pendamping Rumah sakit.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Perilaku

Perilaku merupakan suatu aktivitas dari respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Perilaku manusia sebagian besar ditentukan dan dapat dipelajari (Notoatmodjo 2005). Berbeda dengan Notoatmodjo, menurut Wagito (2010) perilaku manusia tidak dapat lepas dari keadaan individu itu sendiri dan lingkungan dimana individu itu berada. Pada teori ini, Wagito lebih menekankan cara terbentuknya perilaku karena kebiasaan yang sering dilakukan. Cara terbentuknya perilaku ditempuh dengan adanya pemahaman atau pengertian yang jelas dan penggunaan model sebagai pembentukan perilaku (Walgito 2010). Sementara itu menurut Notoatmodjo (2005) perilaku dapat diukur melalui dua cara yaitu secara langsung dan tidak langsung. Pengukuran secara langsung dilakukan dengan mengamati tindakan dari subjek untuk memelihara kesehatan, sedangkan secara tidak langsung melalui (*recall*) mengingat kembali, metode ini dilakukan dengan mengajukan pertanyaan tentang apa yang dilakukan berhubungan dengan objek tertentu. Perilaku merupakan aktualisasi sikap seseorang atau sekelompok orang dalam wujud tindakan atau aktivitas sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya. Lingkungan yang dimaksud adalah organisasi di mana individu atau sekelompok orang berkarya

2. Pembagian perilaku dilihat dari bentuk respons

Maulana (2007), ada dua pembagian perilaku dilihat dari respon seseorang, yaitu perilaku tertutup (*covert/behavior*). Pada perilaku ini respon seseorang masih tertutup dan terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut. Pada perilaku terbuka (*Overt behavior*), respon seseorang terhadap stimulus bersifat terbuka dalam bentuk tindakan nyata yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain.

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan lama dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Efendi & Makhfudhi,2009). Perilaku pemeliharaan kesehatan dapat dibagi dua yaitu yang pertama perilaku pencegahan kesehatan,penyembuhan dan pemulihan penyakit. Yang kedua adalah perilaku peningkatan kesehatan (Notoatmodjo,2005). Dalam hal ini perilaku kebersihan tangan dapat mencegah penyakit karena kebersihan tangan dapat mencegah penyebaran penyakit dan mempertahankan kesehatan.Oleh karena itu pengetahuan yang adekuat mengenai infeksi agar masyarakat dapat mempertahankan perilaku kebersihan tangan untuk meminimalkan infeksi yang terjadi di rumah sakit(Alexander et al,2010;WHO,2009). Infeksi yang dikenal dengan adanya mikroorganisme sebagai pembawa penyakit dimana mikroorganisme ini dapat menyebabkan adanya suatu penyakit maupun tidak. Flora merupakan mikroorganisme yang dapat hidup seperti kolon,kulit,vagina dan mulut. Flora ini ada dua tipe residen dan transien. Flora residen mikroorganisme yang selalu ada yang tidak dapat mengubah kesehatan pasien misalnya propionibacterium pada kulit, sedangkan flora transien mikroorganisme yang muncul pada waktu tertentu dapat menyebabkan suatu penyakit misalnya *Staphyococcus aureus* (Watson,2013). Dimana mikroorganisme ini dapat disebut sebagai patogen yang tidak hanya ditemukan pada bagian terinfeksi luka saja tetapi dapat berkolonisasi pada kulit normal. Mikroorganisme yang sering ditemukan berkolonisasi antara lain *S. Aureus*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiela spp*, dan *Acinebacter spp*. Normalnya, permukaan kulit manusia sudah terdapat bakteri terutama di beberapa daerah tubuh. Pada kulit terdapat 1×10^6 unit/cm², pada daerah ketiak sekitar 4×10^5 CFU/cm², pada permukaan kulit abdomen sekitar 1×10^4 CFU/cm² dan 1×10^4 CFU/cm² pada lengan bawah (WHO, 2009)

Patogen yang terdapat pada permukaan kulit belum tentu menginfeksi. Karena bila mikroorganisme yang ada di sel pejamu, bermultiplikasi tetapi tidak menyebabkan kerokan sel, hal tersebut adalah kolonisasi (Potter & Perry, 2009); Weston, 2009). Walaupun tidak

menyebabkan kerusakan sel, mikroorganisme yang berkoloni tetap berpotensi menjadi sumber infeksi. Infeksi akan terjadi terutama bila didukung oleh individu yang memiliki kerentanan (sistem imun menurun) dan virulensi mikroorganisme meningkat.

a. Definisi infeksi

Proses penyakit diawali oleh proses infeksi. Infeksi adalah invasi dan multiplikasi dari mikroorganisme patogenik yang terjadi pada jaringan tubuh dan menyebabkan kerusakan sel. Mikroorganisme yang menginfeksi disebut agen infeksius (Potter & Perry, 2009). Agen infeksius yang menyebabkan infeksi sering kita dengan sebutan agen menular (Potter & Perry, 2009). Agen menular inilah yang menyebabkan penyakit yaitu penyakit menular seperti *tuberculosis* (TBC), hepatitis dan sebagainya.

b. Rantai Infeksi

Dalam proses infeksi, mikroorganisme perlu beberapa komponen untuk menginfeksi pejamu. Komponen ini membentuk suatu siklus yang disebut rantai infeksi. Rantai infeksi merupakan suatu istilah yang digunakan untuk menggambarkan proses bagaimana infeksi dapat menyebar dari suatu individu ke individu lain (Weston, 2013). Komponen rantai infeksi harus lengkap dalam suatu penyebaran penyakit.

Dalam suatu rantai infeksi terdiri dari enam komponen antara lain agen etiologi, tempat tinggal mikroorganisme atau reservoir, jalan keluar dari reservoir, metode atau cara penularan, jalan masuk yang ke pejamu yang rentan (Potter & Perry, 2009). Untuk terjadinya suatu infeksi, satu rantai infeksi haruslah lengkap dan terhubung. Oleh karena itu suatu infeksi, satu rantai infeksi haruslah lengkap dan terhubung. Oleh karena itu, untuk memutus rantai infeksi sangat penting bagi perawat mengerti masing-masing komponen yang berada dalam rantai infeksi. Kemudian dasar pencegahan dan control infeksi dapat dilaksanakan untuk memutus rantai infeksi

c. Penyebaran Infeksi

Rumah sakit merupakan tempat berbagai jenis mikroba patogen yang berasal dari berbagai macam sumber (*reservoir*) dan sekaligus sebagai wilayah yang memungkinkan terjadinya proses penularan. Ada tiga metode penularan baik yang terjadi di dalam maupun di luar rumah sakit. Pertama adalah penularan langsung yang melibatkan pemindahan mikroorganisme dari satu orang ke orang lain lewat kontak langsung. Kedua, penularan tidak langsung yang terjadi melalui sarana (media lanjutan pembawa agen infeksius) atau vektor (binatang/ serangga pembawa agen infeksius). Ketiga adalah penularan melalui udara dimana patogen didapatkan dari udara (Berman, 2009)

Salah satu bentuk penularan langsung adalah transmisi patogen di setting perawatan dari satu pasien ke pasien lainnya melalui tangan tenaga kesehatan/pendamping. Proses transmisi ini membutuhkan 5 tahap: a) Mikroorganisme sudah ada di permukaan kulit pasien atau pada sekitar pasien, b) Mikroorganisme berpindah ke tangan tenaga kesehatan, c) Mikroorganisme paling tidak harus dapat bertahan beberapa menit di tangan tenaga kesehatan. d) perilaku keersihan tangan yang tidak adekuat. e) Tangan tenaga kesehatan yang terkontaminasi kontak langsung dengan pasien (Mathai, Allegranzi, Kilpatrick & Pittet, 2010). Bila hal ini terjadi secara utuh, maka terjadi transmisi silang antara satu pasien ke pasien lain atau antara satu area ke area lain pada pasien yang sama.

d. *Health care- Associated Infections (HCAI)*

Terdapat beberapa proses perawatan yang bertambah parah atau munculnya penyakit tambahan karena kontribusi HCAI di rumah sakit. *Health care- Associated Infections (HCAI)* adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan infeksi yang terjadi pada pasien selama dalam proses perawatan di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya (Weston, 2009). Istilah HCAI ini mencakup infeksi yang terjadi pada pasien, keluarga dan juga staf

yang bekerja pada tempat pelayanan kesehatan. Mikroorganisme yang termasuk flora transien adalah mikroorganisme yang pasling sering menjadi penyebab HCAI (Mathai et al., 2010)

3. Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan(*hand hygiene*)

Kebersihan cuci tangan merupakan gambaran yang biasanya digunakan mengarah pada semua kegiatan untuk membersihkan tangan. Hal terpenting untuk melakukan pencegahan penularan infeksi antara manusia atau dari area yang memiliki kandungan mikroba tinggi misalnya mulut, hidung, atau usus, ke tempat yang berpotensi terinfeksi adalah dengan mencuci tangan (WHO, 2009). *Hand hygiene* adalah kebersihan cuci tangan dengan menggunakan air dan sabun atau *handrub* untuk mencegah penyebaran infeksi (CDC, 2019). Indikasi mencuci tangan menurut DepKes, 2011 terdapat *five moment* cuci tangan:

1. Jika telapak tangan terasa dan terlihat kotor
2. Sebelum dan sesudah memegang anak
3. Sebelum dan sesudah memegang makanan atau minuman
4. Setelah memegang benda-benda yang memungkinkan mengandung penyakit seperti muntahan, darah, cairan tubuh.
5. Sebelum dan sesudah memberikan obat kepada pasien

Sementara itu *five moment* menurut WHO 2009 adalah:

1. Sebelum kontak dengan pasien

Pendamping dapat membersihkan tangan di antara dua kegiatan yaitu terakhir tangan menyentuh permukaan area perawatan dan pertama kali masuk ke ruangan pasien (WHO, 2009)

2. Sebelum melakukan tindakan aseptik

Kebersihan tangan dilakukan setelah paparan permukaan terakhir dan segera sebelum bersentuhan dengan daerah resiko infeksi pada pasien (WHO 2009)

3. Setelah resiko terpapar cairan tubuh pasien.

Kebersihan tangan dilakukan setelah terpapar cairan tubuh pasien seperti sekret, urin, darah, dan sebagainya (WHO 2009)

4. Setelah menyentuh pasien

Kebersihan tangan dilakukan setelah meninggalkan zona pasien setelah melakukan perawatan dan sebelum menyentuh sesuatu di luar zona pasien (WHO 2009)

5. Setelah menyentuh barang sekitar pasien

Membersihkan tangan setelah menyentuh barang yang berada di sekitar pasien; misalnya tempat tidur pasien (WHO 2009)

Kegiatan mencuci tangan dapat dibagi menjadi dua cara yaitu cuci tangan dengan air bersih dan cuci tangan dengan aseptik. Mencuci tangan bersih adalah membersihkan tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir (Potter, 2005), sedangkan mencuci tangan aseptik adalah mencuci tangan yang dilakukan sebelum tindakan aseptik pada pasien dengan menggunakan larutan antiseptik (Kozier, *et al*, 2009). Tujuan mencuci tangan untuk menghilangkan kotoran atau mikroorganisme yang didapat langsung dari kontak pasien atau dari lingkungan pasien. Mencuci tangan tidak cukup dengan air mengalir saja tetapi perlukan juga sabun karena ada materi hidrofobik yang tidak dapat dihilangkan dengan air mengalir saja (WHO, 2009)

WHO (2009) menekankan pentingnya kebersihan tangan untuk kepentingan keselamatan pasien dengan motto "*bersihkan tangan terlebih dahulu (Clean your hand initiative)*," karena tangan petugas kesehatan sebagai salah satu penyebab penyebaran penyakit infeksi, keadaan ini merupakan masalah yang dihadapi oleh berbagai Negara. Kejadian infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan masalah besar dan mengancam keselamatan pasien, maka sangat penting bagi komunitas pelayanan kesehatan untuk melakukan upaya pencegahan infeksi dengan mencuci tangan dengan baik.

Enam (6) langkah kebersihan tangan adalah cara mencuci tangan yang benar sesuai standar World Health Organisation (WHO) dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. (WHO 2013). Cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir merupakan cara terbaik

untuk membunuh kuman. Berikut 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar menurut WHO:

1. Gosok telapak tangan



Langkah pertama mencuci tangan yang benar adalah dengan menggosok kedua telapak tangan dengan cara menempelkan bagian telapak tangan yang satu dengan yang lain.

2. Gosok punggung tangan



Setelah menggosok bagian telapak tangan, lalu menggosok kedua bagian punggung tangan secara bergantian.

3. Gosok sela jari



Setelah menggosok punggung tangan, gosoklah sela-sela jari dengan cara menyilangkan jari tangan kanan dengan kirinya. Karena bagian inilah yang sering kali terlupakan dan akhirnya menyimpan banyak bibit penyakit.

4. Gosok bagian dalam jari



Selain sela jari, langkah berikut yaitu menggosok bagian dalam jari. Gosoklah bagian dalam dan punggung jari dengan posisi ujung jari saling mengunci.

5. Bersihkan ibu jari



Setelah jari-jari lain bersih, saatnya membersihkan ibu jari. Gosok-gosok ibu jari tangan kiri secara memutar dalam gengaman tangan kanan. Kemudian, lakukan pada tangan sebaliknya.

6. Bersihkan kuku jari



Langkah terakhir adalah membersihkan bagian kuku jari. Bersihkan kuku dan ujung jari dengan cara menguncupkan ujung-ujung jari hingga saling bertemu. Kemudian gosokkan pada telapak tangan yang berlawanan. Setelah itu, lakukanlah pada tangan sebaliknya.

4. Konsep Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu cara mendidik orang untuk menjalani hidup secara sehat atau suatu proses belajar yang terus menerus agar mampu menerapkan pola dan perilaku hidup sehat. Maka pendidikan kesehatan pada prinsipnya harus menjadi bagian yang tidak dapat dipisahkan dari hidup seseorang. Melalui cara berpikir seperti ini, setiap individu mestinya memiliki kesadaran bahwa perilaku dan pola hidup sehat sangat membawa

dampak positif bagi kehidupannya. Namun umumnya masyarakat kita belum terlalu peduli dengan pentingnya pendidikan kesehatan ini, bahkan sudah menjadi kebiasaan sehingga apapun yang dipandang baik selalu ditanggapi dengan sikap kurang peduli. Menurut Wahid, Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri (Wahid et al., 2013). Menurut Raharjo et al., (2017) pendidikan kesehatan adalah proses perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri. Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan merupakan suatu proses belajar (Maulana, 2015).

Pendidikan kesehatan adalah komponen dari program kesehatan dan program kedokteran yang terencana guna menimbulkan perilaku, individu, kelompok dan masyarakat dengan melakukan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif (Ali, 2016). Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis pada seseorang, tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri (Nurul, 2014). Perubahan perilaku tentu tidak sekali terjadi. Perubahan itu membutuhkan proses dimana dalam proses itu kesadaran setiap orang perlahan-lahan menemukan titik terang. Karenanya pendidikan kesehatan harus menjadi kurikulum kehidupan yang bukan saja berbasis pada tatanan teoretis tetapi beralur dalam tindakan nyata.

2. Tujuan pendidikan kesehatan

Menurut Maulana, (2016) adapun tujuan pendidikan kesehatan sebagai berikut

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat, oleh sebab itu, pendidikan kesehatan bertanggung jawab mengarahkan cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup sehari-hari
2. Mendorong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok untuk mencapai tujuan hidup sehat
3. Mengembangkan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada
4. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri
5. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya dengan sumber daya yang ada ditambah dengan dukungan dari luar
6. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat.

Menurut Undang-Undang Kesehatan No.23 tahun 1992 dalam Mubarak (2014) tujuan dari pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, mental, dan sosial sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial.

3. Metode Pendidikan

Notoatmodjo (2005) menyatakan bahwa metode pendidikan kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksana promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya metode dibagi menjadi tiga yaitu

a. Metode pendidikan kesehatan individual

Metode ini digunakan *face to face* atau berkomunikasi tatap wajah cara ini paling efektif, karena petugas kesehatan dan pasien

dapat saling berdialog, saling merespon dalam waktu yang bersamaan.

b. Metode pendidikan kesehatan kelompok

Teknik ini digunakan untuk sasaran kelompok.

c. Metode pendidikan kesehatan massa

Metode ini digunakan pada masalah status publik, metode penyampaianya memang sulit, karena sasaran publik sangat bervariasi, baik dilihat dari kelompok umur, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, sosial budaya, dan sebagainya. Metode ini dapat berupa ceramah dan penggunaan media.

Pendidikan promosi kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku cuci tangan pada keluarga di rumah sakit. Penggunaan metode ceramah, demonstrasi dan latihan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan intensitas perilaku keluarga tentang cuci tangan di rumah sakit (Darmadi, 2008).

5. Teori model keperawatan Perilaku Nola J pender

Teori model konseptual Nola J.Pender dilatarbelakangi oleh adanya paradigma suatu bentuk pelayan kesehatan dan keperawatan yang lebih holistic. Model promosi kesehatan ini merupakan sebuah teori yang menggabungkan 2 teori yaitu teori nilai harapan (*Expectancy value*) dan teori kognitif sosial (*social cognitive*). Teori pender tentang model promosi kesehatan ini konsisten dan berfokus terhadap pentingnya promosi dan pencegahan kesehatan untuk dilakukan guna peningkatan kesehatan klien atau masyarakat yang lebih baik dan optimal (Maulana, 2016).

1. Teori Nilai Harapan (*Expectancy value*)

Menurut teori ini, perilaku sehat klien maupun individu secara pribadi bersifat rasional dan ekonomis. Secara rasional individu akan bertindak sebagaimana mestinya dalam mencapai apa yang mereka inginkan, dan juga mereka cenderung akan mempertahankannya ketika keinginan tersebut telah dicapai yaitu

dengan cara meningkatkan hasil yang ingin dicapai yang disebut sebagai nilai personal yang positif dan cara yang kedua yaitu peningkatan berdasarkan informasi yang tersedia untuk mencapai hasil yang diinginkan.

2. Teori Kognitif Sosial (*socialcognitive*)

Teori ini lebih cenderung sebagai model interaksi antara individu dengan lingkungan, individu lain yang melibatkan perilaku sebagai suatu hal yang saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya. Dalam teori ini setiap individu memiliki pengetahuan dan kemampuan yang lebih dalam membina hubungan dengan lingkungan sekitar untuk mendukung proses adaptif. Sehingga hal ini menjadi pencegahan dan promosi kesehatan yang dapat dilakukan untuk menghindari kemungkinan terjadinya sakit.

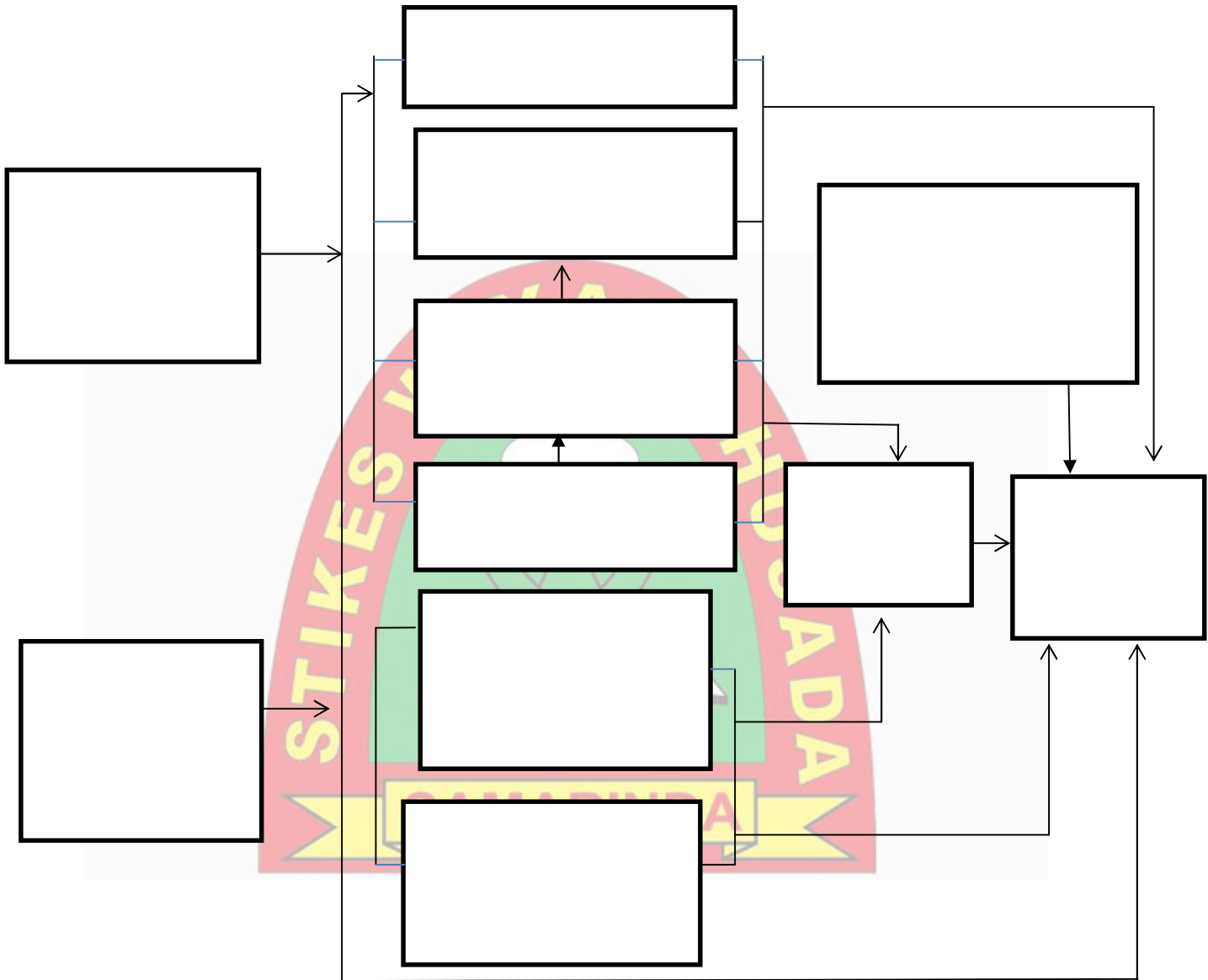
Penjelasan model HPM (*Health Promotion Model*) Nola J. Pender

- a. Pengaruh langsung dari perilaku masa lalu terhadap perilaku promosi kesehatan saat ini dapat menjadi pembentuk kebiasaan yang mempermudah seseorang melaksanakan perilaku tersebut secara otomatis
- b. Pengaruh tidak langsungnya adalah melalui persepsi pada *self efficacy*, manfaat hambatan dan pengaruh aktivitas yang muncul dari perilaku tersebut. Pengaruh positif atau negative dari perilaku baik sebelum, saat itu ataupun setelah perilaku tersebut dilaksanakan akan dimasukkan kedalam memori sebagai informasi yang akan dimunculkan kembali saat akan melakukan perilaku tersebut dikemudian waktu (Maulana, 2016)

B. Kerangka Teori

SIFAT-SIFAT & PERILAKU SPESIFIK
PENGALAMAN INDIVIDU

HASIL PERILAKU
PENGETAHUAN DAN SIKAP



Sumber: Maulana, 2016; Notoatmodjo (2005); Mathai, Allegranzi, Kilpatrick & Pittet, 2010).

C. Hipotesa Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari penelitian patokan dugaan, dalil sementara, yang sebenarnya akan dibuktikan dalam penelitian (Arikunto, 2010). Berdasarkan bentuk rumusnya, hipotesa digolongkan menjadi dua yakni hipotesa alternatif (H_a) yang menyatakan ada hubungan antara variabel

bebas dengan variabel terikat, dan hipotesa nol (H_0) yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Berdasarkan hasil uji hipotesis menggunakan Wilcoxon menunjukkan terdapat perbedaan skor rata rata kebersihan cuci tangan pada pendampingpasien selama dalam perawatan di *Siloam Hospital* Balikpapan sebelum dan setelah dilakukan intervensi dengan pendidikan kesehatan.



BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Rancangan penelitian digunakan dalam dua hal pertama rancangan penelitian merupakan strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan kedua rancangan penelitian digunakan untuk mendefinisikan struktur penilaian yang akan dilaksanakan.

Penelitian ini menggunakan *pre-experimental design* dengan pendekatan *one group pretest-posttest design* yaitu dilakukan pengukuran variabel, tergantung dari satu kelompok subjek (*pretest*) dan subjek diberi perlakuan untuk jangka waktu tertentu (*exposure*). Pada pengukuran kedua (*posttest*) terhadap variabel bebas hasil pengukuran pretest dibandingkan dengan hasil pengukuran posttest (Nasrudin, 2019).

Adapun rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Subjek	<i>Pre-Test</i>	Perlakuan	<i>Post-Test</i>
I Kelompok	O X	O	

Keterangan:

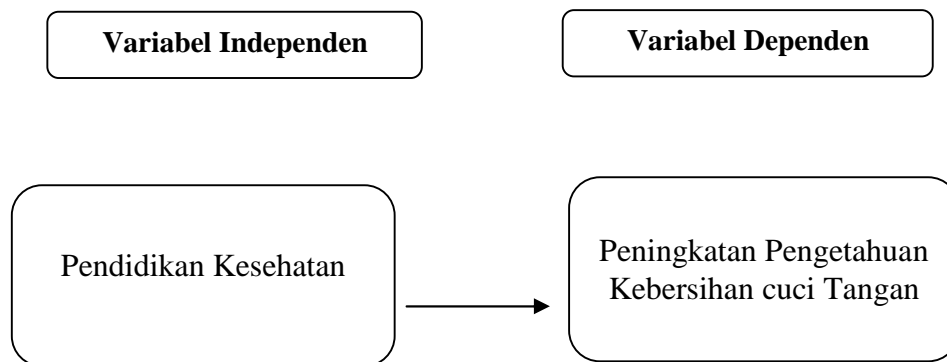
I Kelompok : Subjek

O : Skor tingkat pengetahuan sebelum di berikan intervensi

X : Intervensi Pendidikan Kesehatan

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut.



Gambar 2: Kerangka Konsep Penelitian

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Tempat penelitian ini dilaksanakan di Ruang Rawat Inap lantai 6 Siloam Hospitals Balikpapan.

2. Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan November-Desember 2019.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan seluruh objek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Bukan hanya objek atau subjek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subjek atau objek tertentu (Hidayat, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pendamping pasien selama perawatan di rumah sakit Siloam Hospital Balikpapan, dengan proporsi pendamping dalam satu bulan berkisar 400 orang pendamping

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2009). Sampel dalam penelitian ini adalah pendamping pasien selama perawatan di rumah sakit.

3. Teknik pengambilan sampling

Teknik pengambilan sampel adalah cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *non probability sampling*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling method* yaitu teknik pengambilan sampel berdasarkan kriteria pemilihan yang telah ditetapkan, kriteria pemilihan subjek tersebut terdiri dari kriteria inklusi dan eksklusi, dalam kurun waktu tertentu hingga jumlah subyek penelitian terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2011)

$$n = \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta)S}{X1 - x2} \right)^2$$

$$n = \left(\frac{(1,64 + 1,28)}{2} (4) \right)^2$$

$$n = \left(\frac{(2,92)}{2} (4) \right)^2$$

$$n = \left(\frac{(11,68)}{2} \right)^2$$

$$n = (5,84)^2$$

$$n = 35$$

Keterangan:

$Z\alpha$: Kesalahan Tipe 1 sebesar 5% dengan nilai 1,64

$Z\beta$: Kesalahan Tipe 2 10 % dengan nilai 1,28

$X1 - x2$: Selisih minimal yang dianggap bermakna dengan nilai 2

S : Standar deviasi bernilai 4 (Kepustakaan)

Kriteria Pemilihan Subyek Penelitian

Teknik pengambilan sampel berdasarkan kriteria pemilihan yang telah ditetapkan, kriteri pemilihan subjek tersebut terdiri dari kriteria inklusi dan eksklusi (Nursalam, 2008)

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Pendamping pasien selama perawatan di rumah sakit
- 2) Bersedia dan kooperatif selama penelitian dilaksanakan

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan / mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Tidak mengalami masalah kognitif, fungsi pendengaran dan penglihatan
- 2) Tidak terdapat luka terbuka di area tangan

E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam, 2008).

a. Variabel bebas (independent variabel) merupakan variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008).

Pada penelitian ini variabel bebasnya adalah Pendidikan kesehatan

b. Variabel terikat (dependent variabel) merupakan variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008).

Pada penelitian ini variabel terikat peningkatan pengetahuan kebersihan cuci tangan.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari suatu yang didefinisikan tersebut. Sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulang lagi oleh orang lain (Nursalam, 2008).

Tabel. 3.1. Variabel Penelitian Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Independen: Pendidikan kesehatan	Suatu metode dengan memberikan informasi tentang kebersihan cuci tangan pada keluarga pasien yang mendampingi pasien selama perawatan di rumah sakit. Dilakukan sebanyak 1 kali dalam waktu 30 menit.	Satuan Acara Pendidikan Kesehatan yang berisi terkait perilaku kebersihan cuci tangan dengan pendekatan menggunakan media terukur dan demonstrasi langsung kepada pendamping pasien selama perawatan dan didukung SOP pelaksanaan dari Pre interaksi sampai dengan terminasi	-	-
Dependen Tingkat Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan	pemahaman responden tentang kebersihan cuci tangan ditinjau dari tahap dan 5 waktu membersihkan tangan dan diukur pengetahuannya baik sebelum dilaksanakan Pendidikan kesehatan dan setelah dilaksanakan Pendidikan kesehatan	Peneliti memberikan pertanyaan tentang kebiasaan membersihkan tangan dan SOP kebersihan tangan	Skor Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan 0-28	Rasio

F. Sumber Data dan Instrumen penelitian

1. Sumber data yang diambil adalah pendamping pasien selama perawatan di rumah sakit.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian akan digunakan untuk melakukan pengukuran dengan tujuan menghasilkan data kuantitatif yang akurat, maka setiap instrumen

harus mempunyai skala, dengan demikian jumlah instrumen yang digunakan untuk penelitian tergantung jumlah variabel yang diteliti(Hermawan,2019).Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu Pendidikan kesehatan yang merupakan intervensi menggunakan Satuan Acara Penyuluhan yang disusun sesuai dengan standar operasional prosedur terkait kebersihan cuci tangan
- b. Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel dependen dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner terkait perilaku kebersihan cuci tangan pada pendampingdiadopsi dari penelitianFauzia(2014)dengan judultingkat pengetahuan dan perilaku kebersihan tangan pada pendamping RSUD Koja.Jumlah pertanyaan yang valid dan reliabel adalah 28 item dengan rentang jawaban menggunakan skala ordinal. Penilaian pada kuisisioner ini untuk pertanyaan kepuasan nilai 1 jika responden menjawab pernyataan dengan benar dan nilai 0 jika responden salah menjawab pernyataan.

Tabel. 3.2Distribusi pertanyaan kuisisioner penelitian

No.	Indikator	Nomor Soal Positif	Nomor Soal Negatif	Jumlah Soal
1	Data Demografi	1-5	-	5
2	(Bagian Kedua) Pengetahuan Konsep Kebersihan Tangan			
	a. Alasan pentingnya kebersihan tangan	3,10	12	3
	b. Jenis Kebersihan tangan	2,11,13 15,26	1,4,25 6,27	6 4
	c. Lima waktu melakukan kebersihan tangan	14,16,17,20,21	5,18,19,22	9
	d. Langkah dalam melakukan kebersihan tangan	6,24,28	8,9,23	6
	e. Hal lain yang perlu diperhatikan dalam kebersihan tangan			

Sumber: Fauzia,2014.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian dilakukan dengan menggunakan prosedur-prosedur pengumpulan data sebagai berikut:

1. Prosedur administratif

- a. Peneliti terlebih dahulu mengurus surat ijin penelitian kepada institusi pendidikan bidang akademik dari pihak Program Studi Ilmu Keperawatan serta kepada direktur Siloam Hospitals Balikpapan
- b. Peneliti menentukan responden penelitian sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi
- c. Peneliti mengajukan ijin dan kesepakatan kepada responden yang setuju untuk menjadi responden dan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).
- d. Mendiskusikan waktu dan tempat pelaksanaan penelitian dengan responden

2. Prosedur Teknis Penelitian

- a. Mempersiapkan lembakuesioner untuk dibagikan kepada responden
- b. Menghubungi masing-masing responden untuk mengajukan persetujuan penelitian
- c. Membuat kesepakatan waktu dan tempat untuk dilakukan penelitian
- d. Menjelaskan kepada responden bahwa kuesioner yang dibagi hanya untuk mengetahui Pengetahuan responden terkait kebersihan cuci tangan sebelum dilakukan intervensi
- e. Membuat kesepakatan waktu dan tempat kepada responden untuk pemberian materi Pendidikan kesehatan dengan menggunakan media audio visual tentang kebersihan cuci tangan, yang mana materi yang disusun dalam bentuk audi visul, akan ditayangkan serta diberi penjelasan selama 30 menit dan 15 menit untuk sesi Tanya jawab/diskusi.
- f. Setelah dilakukan intervensi maka di dinilai kembali pengetahuan kebersihan cuci tangan pada pendamping dengan membagikan kuesioner
- g. Mengucapkan terima kasih kepada responden karena telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

3. Prosedur teknik pemberian pendidikan kesehatan dengan menggunakan media audio visual tentang kebersihan cuci tangan kepada responden.
 - 1) Sesi pertama, peneliti memberikan pendidikan kesehatan tentang konsep dasar infeksi nosocomial dan pentingnya kebersihan tangan
 - 2) Sesi kedua, peneliti memberikan pendidikan kesehatan bagaimana mencuci tangan yang baik dan benar
 - 3) Setelah memberikan pendidikan kesehatan peneliti melakukan evaluasi program yang telah dilakukan (memberikan kuesioner post test).

H. Tehnik Pengumpulan Data

Tehnik pengumpulan data adalah suatu cara pengumpulan data atau suatu penelitian mengenai suatu masalah yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum/orang banyak (Notoadmodjo, 2010). Tehnik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan cara membagikan kuesioner langsung kepada responden mengenai pengetahuan 6 langkah cuci tangan yang benar. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan pertanyaan yang sudah terstruktur tentang langkah-langkah kebersihan tangan. Agar analisis penelitian ini menghasilkan informasi yang benar, ada 4 tahapan dalam pengolahan data yang harus dilalui (Hastono, 2010) yaitu:

a. Editing

Editing dilakukan untuk mengetahui apakah data sudah diisi dengan benar sesuai dengan petunjuk pengisian.

b. Coding

Peneliti akan mengklarifikasikan jawaban-jawaban dengan menggunakan skala likert yaitu jawaban dengan angka 1 sampai 5 bila pertanyaan berbentuk favorable dan 4 sampai 1 bila pertanyaan berbentuk unfavorable, angka 1 digunakan untuk nilai terendah dan angka 4 digunakan untuk nilai tertinggi. Untuk kuesioner yang diadopsi menggunakan skala guttman yaitu jawaban dengan angka 1 jawaban ya, 2 untuk jawaban tidak.

c. Tabulating

Setelah dilakukan *editing* dan *coding*, data tersebut akan dimasukkan kedalam tabel-tabel sesuai dengan masing-masing variabel, kemudian hasil jawaban-jawaban responden yang sudah berbentuk angka tersebut diolah dengan menggunakan program SPSS.

I. Analisis Data

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis. Analisis berfungsi untuk meringkas, mengklasifikasikan, dan menyajikan data. Analisis ini merupakan langkah awal untuk melakukan analisis dan uji statistik lebih lanjut (Hidayat, 2009).

1. Analisis Univariat

Tujuan analisis ini, untuk mendeskripsikan skor rata-rata pengetahuan kebersihan cuci tangan sebelum dan setelah dilakukan intervensi. Analisis univariat masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 3.3

Tabel 3.3 Analisis Univariat Karakteristik Responden dan Variabel Dependen

No	Jenis Data	Deskripsi
Variabel Penelitian		
Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan Responden Sebelum intervensi	Numerik	Mean, SD, Min-Mak, 95% CI
Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan Responden Setelah intervensi	Numerik	Mean, SD, Min-Mak, 95% CI

Tabel 3.4 Hasil Uji Normalitas Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			Interprestasi
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Pengetahuan Sebelum Intervensi	0.15	35	0.03*	0.96	35	0.19	Normal
Pengetahuan Setelah Intervensi	0.24	35	0.00*	0.81	35	0.00	Tidak Normal

Sumber: Statistik Deskriptif, 2020

Uji normalitas digunakan untuk menentukan univariat dan bivariat untuk menentukan uji parametrik atau non parametrik. Uji normalitas pada penelitian ini secara analitik menunjukkan bahwa Pengetahuan sebelum intervensi terdistribusi data normal sedangkan setelah tidak terdistribusi normal, karena salah satu kelompok tidak memenuhi syarat uji Paired T test, maka uji bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Wilcoxon*

2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan kebersihan cuci tangan. Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi yang dibuat dalam bentuk distribusi untuk mengetahui ada tidaknya efektifitas antar variabel dalam penelitian ini yaitu variabel independen yang terdiri dari pendidikan kesehatan, serta variabel dependen kebersihan tangan.

Dalam penelitian ini analisis bivariat yang akan dilakukan untuk menguji pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku kebersihan tangan dengan menggunakan adalah analisis *uji wilcoxon*. *Wilcoxon Signed Rank Test* adalah uji *nonparametris* untuk mengukur signifikansi perbedaan antara 2 kelompok data berpasangan berskala ordinal atau interval tetapi berdistribusi tidak normal. Rumusnya sebagai berikut:

$$Z = \frac{T - \frac{n(n+1)}{4}}{\sqrt{\frac{n(n+1)(2n+1)}{24}}}$$

Keterangan:

Z : Hasil Uji Wilcoxon

T : Total selisih terkecil nilai pre dan post test

n : Jumlah Sampel

J. Etika Penelitian

1. Sebelum melakukan penelitian pada penelitian ini. peneliti mengajukan prosedur penelitian ke komisi etik STIKES Wiyata Husada Samarinda setelah mendapatkan persetujuan dari komisi etik selanjutnya peneliti dapat melanjutkan persetujuan ke instansi *Siloam Hospital* Balikpapan. Setelah izin etik keluar barulah peneliti dapat melakukan penelitian namun terlebih dahulu peneliti memberikan *inform consent* kepada responden dan menjelaskan isi dari *inform consent*.
2. Prosedur etik sebelum penelitian. Adapun prinsip dasar etika penelitian menurut Polit & Beck (2010) dan Rachmawaty (2017) adalah sebagai berikut:
 - a. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms dan benefits*) prinsip ini mempunyai arti bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi populasi dan partisipan dimana penelitian akan diterapkan kemudian menekan dampak yang merugikan bagi partisipan penelitian.
 - b. Prinsip menghormati harkat dan martabat manusia (*the principle of respect for human dignit*). semua penelitian harus menghormati harkat dan martabat manusia. Partisipan memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan setuju atau menolak penelitian.
 - c. Prinsip menghormati keadilan (*the principle of justice*) Partisipan memiliki hak yang setara sebelum, selama, dan setelah partisipan terlibat dalam penelitian. Selain itu, partisipan berhak mengharapkan data mereka dijaga kerahasiaannya.

- d. Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*).

Setiap perawat yang menjadi responden mempunyai hak privasi termasuk memberikan informasi, sehingga informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subyek tidak ditampilkan.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang gambaran umum lokasi penelitian, hasil penelitian meliputi analisis univariat yang mendeskripsikan skor rata-rata pengetahuan sebelum dan setelah intervensi pemberian pendidikan kesehatan dan analisis bivariat melihat perbedaan skor rata-rata sebelum dan setelah dilakukan intervensi serta bagian pembahasan yang akan menganalisis hasil penelitian dengan konsep serta elaborasi dengan berbagai literatur yang ada.

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di rumah sakit Siloam Balikpapan. Rumah sakit Tipe B yang terletak di jalan MT Haryono No 23, kelurahan Sungai Nangka, kecamatan Balikpapan Selatan, Kota Balikpapan, Propinsi Kalimantan Timur. Adapun fasilitas perawatan yang ada di Rumah Sakit Siloam seperti: In Patient Department (IPD) 5 jumlah kamar 11 terdiri dari 18 tempat tidur, IPD 6 jumlah kamar 19 terdiri dari 70 tempat tidur, IPD 7 jumlah kamar 31 terdiri dari 45 tempat tidur, IPD 8 jumlah kamar 33 terdiri dari 37 tempat tidur. Intensive Care Unit (ICU) memiliki 4 tempat tidur *High Care Unit* (HCU) memiliki 2 tempat tidur. IPD 6 yang mempunyai kapasitas tempat tidur paling banyak mempunyai jumlah pasien terbanyak dibandingkan dengan pasien di IPD yang lain, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa jumlah penunggu pasien yang dirawat di IPD 6 lebih banyak. Penelitian ini dilakukan di IPD 6 dengan jumlah responden 35 orang yang merupakan keluarga yang mendampingi pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Skor Rata-rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Setelah diberikan Pendidikan Kesehatan

Tabel 4.1 Skor rata-rata Pengetahuan Responden Sebelum Dan Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan di Rumah Sakit Siloam Balikpapan, November s.d Desember 2019 (n=35)

Variabel	Kelompok	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Pengetahuan Kebersiha Cuci Tangan	Sebelum	16.03	16.00	1.70	13-20	15.44-16.61
	Setelah	27.00	27.00	0.73	26-28	26.75-27.25

Statistik Deskriptif

Tabel 4.2 Menunjukkan skor rata-rata pengetahuan responden sebelum dilakukan intervensi sebesar 16.03 dengan nilai standar deviasi sebesar 1.7. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan responden sebelum intervensi diantara 15.44 sampai dengan 16.61. Tabel 4.1 juga menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan, namun sebaran data tidak menunjukkan terdistribusi normal sehingga nilai median diperoleh 27 dengan standar deviasi 0.73 dengan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan responden setelah intervensi diantara 26.75 sampai dengan 27.25. Jika dilihat dari nilai standar deviasi baik sebelum dan setelah menunjukkan adanya penurunan, hal ini baik, yang mendeskripsikan bahwa perbedaan nilai responden terhadap nilai rata-rata semakin kecil.

2. Hasil Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan rata-rata pengetahuan kebersihan cuci tangan sebelum dan setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan. Pada penelitian ini uji normalitas menggunakan analisis secara analitik yang menunjukkan bahwa pengetahuan sebelum intervensi terdistribusi normal dengan nilai *Pvalue* 0.19 namun skor rata-rata setelah dilakukan intervensi diperoleh nilai *Pvalue* 0.00 yang menunjukkan data tidak terdistribusi normal. Berdasarkan hasil uji normalitas data, jika salah satu variabel terdapat data tidak

terdistribusi normal maka digunakan uji alternative menggunakan uji Wilcoxon. Hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Perbedaan nilai pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan di Rumah Sakit Siloam Balikpapan, November s.d Desember 2019 (n=35)

Variabel		Jumlah	P Value
Pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan	Negative Ranks	0	0,001
	Positive Ranks	35	
	Ties	0	

*Bermakna pada $<0,05$ dengan uji Wilcoxon (Uji Alternatif)

Tabel 4.3 diatas menunjukkan bahwa semua responden mengalami peningkatan skor kebersihan tangan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan jumlah positive ranks 35 responden, dimana tidak terdapat responden yang skor pengetahuan menetap atau lebih kecil setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil uji wilcoxon menunjukkan bahwa $p\ value < 0,05$ (0,001), sehingga dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan nilai pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan mengenai cuci tangan.

C. Pembahasan

1. Pengetahuan responden tentang cuci tangan sebelum diberikan pendidikan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil bahwa sebelum dilakukan intervensi sebagian besar responden (65%) memiliki nilai pengetahuan berada pada nilai rata-rata 16.03 dengan nilai median 16 dengan nilai tertinggi 20 dan terendah 13. Menurut asumsi peneliti bahwa responden hanya mengerti cuci tangan saja tapi belum mengerti cara mencuci tangan yang benar dan belum mengetahui manfaat besar dari tindakan mencuci tangan. Hal ini juga dipengaruhi oleh kurang terpaparnya informasi yang didapat oleh responden dari para penyuluhan atau petugas kesehatan. Hasil penelitian yang dilakukan Fauziah (2014) yang dilakukan pada 107 responden senada dengan penelitian peneliti

yaitu rentang pengetahuan nilai skor minimum 13 dan maximum mencapai rentang nilai 26. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kesadaran dari masyarakat tentang akan manfaat besar cuci tangan. Menurut Potter & Perry (2005) Aktivitas yang tinggi menyebabkan tangan terkontaminasi oleh bakteri sehingga tangan dapat menjadi perantara masuknya bakteri kedalam tubuh. Salah satu cara yang paling umum dilakukan untuk menjaga kebersihan tangan adalah dengan mencuci tangan menggunakan sabun. Mencuci tangan merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan infeksi (Kartika, D., 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan (Anggraini, 2010) perilaku cuci tangan yang benar merupakan salah satu aspek yang menjadi indikator dalam PHBS yang saat ini menjadi perhatian dunia terutama dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Hal ini disebabkan tidak hanya di Negara berkembang, namun juga di Negara maju, masih banyak masyarakat yang lupa melakukan perilaku cuci tangan yang benar. Hal ini menunjukkan masih kurangnya praktek atau tindakan mencuci tangan di masyarakat (Audria, O, A, W, 2019).

2. Pengetahuan responden tentang cuci tangan setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan responden setelah dilakukan intervensi, semua responden terjadi peningkatan nilai pengetahuan daripada sebelum. nilai median diperoleh sebesar 27 dengan nilai tertinggi 28 dan terendah 26. Adanya peningkatan skor tingkat pengetahuan pendamping setelah diberikan pendidikan kesehatan mencuci tangan disebabkan mereka terpapar informasi pentingnya melakukan cuci tangan dan mengetahui manfaat yang didapat bilamana membiasakan diri mencuci tangan. Pemaparannya bahwa tingkat pengetahuan pendamping dapat dipahami apabila situasi memungkinkan dan metode yang di gunakan mudah di pahami oleh responden seperti metode audio visual yang dilakukan peneliti sehingga memungkinkan terjadi peningkatan pengetahuan responden.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Destya (2009). Perilaku hidup bersih dan sehat merupakan hasil pembelajaran terhadap perilaku-perilaku yang ditangkal Menurut teori WHO perilaku seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti pemikiran dan perasaan yang dipengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang, adanya acuan atau referensi dari orang yang dipercayai, sumber daya yang tersedia, serta sosio budaya setempat. Mengintervensi faktor-faktor tersebut dapat menjadi upaya dalam mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat. Pentingnya membudidayakan cuci tangan secara baik dan benar didukung oleh data WHO (2009) bahwa akan berdampak pada status kesehatan seseorang dalam mempertahankan derajat kesehatannya.

Perilaku cuci tangan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu pengetahuan dan sikap (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan merupakan keluaran dari proses sensoris utamanya mata dan telinga terhadap suatu objek tertentu. Sikap merupakan respons tertutup seseorang terhadap objek atau stimulus yang berasal dari dalam maupun dari luar dan manifestasinya tidak dapat dilihat langsung, namun hanya bisa ditafsirkan oleh perilaku yang tertutup tersebut (Sunaryo, 2014). Pengetahuan dan sikap terhadap cuci tangan dapat mempengaruhi seseorang untuk mau dan mampu melakukan perilaku cuci tangan tersebut.

3. Perbedaan pengetahuan responden tentang cuci tangan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan nilai pengetahuan sebelum dan setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan. Hasil Uji *Wilcoxon* menunjukkan bahwa $p\text{ value} < 0,05$ (0,001). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Lestirani, D. (2018), ada pengaruh pengetahuan metode pendidikan kesehatan ceramah dan individual terhadap pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi, namun tidak ada perbedaan pengetahuan pada keluarga pasien. Salah satu upaya membuat pembelajaran menjadi efektif adalah melalui audio visual sebagai media pembelajaran (Fathiyah, 2014).

Audio visual dapat menggambarkan suatu proses peristiwa secara tepat yang dapat disaksikan secara langsung dan berulang-ulang sehingga mempunyai daya tarik untuk meningkatkan motivasi belajar dan menanamkan nilai-nilai positif yang dapat membentk sikap kepada perorangan, kelompok besar atau kelompok kecil, kelompok yang heterogen maupun homogen (Arsyad, 2011). Media audio visual merupakan media pembelajaran yang mudah dan terjangkau. Media audio visual adalah media yang melibatkan indera pendengaran dan penglihatan dalam satu proses. media tersebut memuat pesan, baik yang disampaikan secara verbal maupun nonverbal lewat audio maupun visualnya. itu artinya, media audio visual memuat makna, baik dari tampilan audio maupun visualnya. Gabungan media audio dan visual ini di katakan serba guna, mudah digunakan, dan cukup efektif untuk pengajaran kelompok ataupun perorangan dan belajar mandiri. Jika di desain dengan baik, media tersebut dapat membawa dramatis dan tentu saja dapat meningkatkan hasil belajar. Keefektifan penggunaan Audio visual dalam pembelajaran sangat efektif, baik untuk menarik atensi peserta didik maupun membantu peserta didik memahami materi pembelajaran (Fatiyah, 2014)

Upaya pemberian informasi melalui pendidikan kesehatan akan meningkatkan intensitas stimulus pada indera penerimanya sehingga pengetahuan peserta penyuluhan kesehatan akan meningkat. Salah satu strategi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan responden tentang mencuci tangan yang benar adalah dengan pemberian pendidikan kesehatan melalui metode Audio visual. Menurut (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri (Wahid, *et al.*, 2013). Penelitian yang dilakukan Heni (2019) pada kelompok pendamping

yang menggunakan leaflet dan audiovisual dengan jumlah 16 responden ditemukan rata-rata skor masing-masing adalah pada kelompok leaflet 6.81 dan pada kelompok audiovisual 8.43, karena angka signifikan lebih kecil 0.05 sehingga perbedaan pendidikan dengan metode leaflet dan audiovisual terhadap pengetahuan keluarga dalam pencegahan infeksi pada anak post operasi (Heni, 2019).

Pengetahuan merupakan domain yang penting untuk terbentuknya perilaku seseorang dimasyarakat. Pengetahuan seseorang mengenai suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan seseorang untuk bersikap, pengetahuan bisa didapatkan melalui pengalaman dan informasi dari orang lain (Annisa, A, W., 2017).

Menurut Slameto (2003) Pendidikan kesehatan melibatkan adanya aktivitas mendengar, berbicara dan melihat, setelah diberi penyuluhan responden mendapat informasi yang dapat menghasilkan suatu perubahan dari semula yang belum tahu menjadi tahu dan yang yang semula belum mengerti menjadi mengerti. Dalam kegiatan penyuluhan juga terdapat proses belajar bagi individu, proses tersebut merupakan proses usaha yang dilakukan individu untuk memperoleh suatu perubahan perilaku yang baru secara keseluruhan, sebagai hasil dari pengalaman individu itu sendiri dalam interaksi individu dengan lingkungannya (Eddy, K, R, 2018).

D. Keterbatasan Penelitian

Adapun yang menjadi keterbatasan penelitian ini meliputi:

- a. Dalam penelitian ini masih menggunakan Teknik sampling secara consecutive yang mana sampel yang terpilih tidak mewakili dari semua populasi
- b. Didalam penelitian masih menggunakan desain pre eksperimental yang tidak memiliki kelompok pembanding, sehingga menilai pengaruh Pendidikan kesehatan dilakukan hanya satu arah, sehingga confounding sulit untuk dikendalikan

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Adapun kesimpulan di dalam penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor rata-rata pengetahuan kebersihan cuci tangan sebelum dan setelah dilakukan intervensi pada pendamping rumah sakit Siloam Balikpapan $Pvalue(0.001)$

B. Saran

Adapun saran dalam penelitian ini, meliputi:

1. Bagi Rumah Sakit

Manajemen rumah sakit dapat menjadi fasilitator dan menjadi educator untuk memberikan pemahaman kepada pendamping pasien tentang pentingnya kebersihan cuci tangan dalam upaya mengendalikan HAIC di rumah sakit

2. Bagi Pendamping Pasien

Bagi pendamping pasien diharapkan penelitian ini menambah pengetahuan dan upaya meningkatkan ketaatan pendamping pasien secara konsisten melakukan dan menjaga kebersihan cuci tangan baik di rumah sakit maupun di rumah.

3. Bagi Penelitian selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadikan gambaran bagi peneliti selanjutnya, untuk meneliti tentang efektifitas pendidikan kesehatan terhadap perilaku kebersihan tangan serta melakukan penelitian dengan sampling yang representative dan menggunakan kelompok pembandingan.

Analisis Univariat

b. Skor Rata-rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Setelah diberikan Pendidikan Kesehatan

Tabel 4.1 Skor rata-rata Pengetahuan Responden Sebelum Dan Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan di Rumah Sakit Siloam Balikpapan, November s.d Desember 2019 (n=35)

Variabel	Kelompok	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan	Sebelum	16.03	16.00	1.70	13-20	15.44-16.61
	Setelah	27.00	27.00	0.73	26-28	26.75-27.25

Statistik Deskriptif

Tabel 4.2 Menunjukkan skor rata-rata pengetahuan responden sebelum dilakukan intervensi sebesar 16.03 dengan nilai standar deviasi sebesar 1.7. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan responden sebelum intervensi diantara 15.44 sampai dengan 16.61. Tabel 4.1 juga menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan, namun sebaran data tidak menunjukkan terdistribusi normal sehingga nilai median diperoleh 27 dengan standar deviasi 0.73 dengan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan responden setelah intervensi diantara 26.75 sampai dengan 27.25. Jika dilihat dari nilai standar deviasi baik sebelum dan setelah menunjukkan adanya penurunan, hal ini baik, yang mendeskripsikan bahwa perbedaan nilai responden terhadap nilai rata-rata semakin kecil.

3. Hasil Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan rata-rata pengetahuan kebersihan cuci tangan sebelum dan setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan. Pada penelitian ini uji normalitas menggunakan analisis secara analitik yang menunjukkan bahwa pengetahuan sebelum intervensi terdistribusi normal dengan nilai P value 0.19 namun skor rata-rata setelah dilakukan intervensi diperoleh nilai P value 0.00 yang menunjukkan data tidak terdistribusi normal. Berdasarkan hasil uji normalitas data, jika salah satu variable terdapat data tidak

terdistribusi normal maka digunakan uji alternative menggunakan uji Wilcoxon. Hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2

Perbedaan nilai pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan di Rumah Sakit Siloam Balikpapan, November s.d Desember 2019 (n=35)

Variabel		Jumlah	P Value
Pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan	Negative Ranks	0	0,001
	Positive Ranks	35	
	Ties	0	

*Bermakna pada $<0,05$ dengan uji *Wilcoxon (Uji Alternatif)*

Tabel 4.3 diatas menunjukkan bahwa semua responden mengalami peningkatan skor kebersihan tangan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan jumlah positive ranks 35 responden, dimana tidak terdapat responden yang skor pengetahuan menetap atau lebih kecil setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil uji *wilcoxon* menunjukan bahwa $p\text{-value} < 0,05$ (0,001), sehingga dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan nilai pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan mengenai cuci tangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, M. Corrigan, A. Gorski, L. Hankins, J. & Perruca, R. (2010). *Infusion Nursing Society, Infusion Nursing: An evidence Based Approach*. Third Edition. St. Louis: Dauders Elsevier
- Arrum, D., Salbiah, S., & Manik, M. (2015). Pengetahuan Tenaga Kesehatan Dalam Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Sumatera Utara. *Idea Nursing Journal*, 6(2), 1-6.
- Alvarado, C. J. (2017). The science of hand hygiene: a self study monograph. *University of Wisconsin Medical and School and Sci-Health Communication*, 231.
- Backman, C., Zoutman, D. E., & Marck, P. B. (2008). An integrative review of the current evidence on the relationship between hand hygiene interventions and the incidence of health care-associated infections. *American Journal of Infection Control*. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.08.007>
- Darmadi, (2008). *Infeksi Nosokomial: Problematika dan Pengendaliannya*. Salemba Medika. Jakarta. Hal. 1- 2
- Effendi, Ferry dan Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fauzia, S.S. (2014). Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Kebersihan Tangan pada pengunjung Rumah Sakit. Universitas Indonesia
- Fitrah & Luthfiyah. (2017). *Metodologi Penelitian : Penelitian Kualitatif, Tindakan Kelas & Studi Kasus*. Jawa Barat : CV Jejak
- Gould, D. J., Drey, N. S., Millar, M., Wilks, M., & Chamney, M. (2009). Patients and the public: knowledge, sources of information and perceptions about healthcare-associated infection. *Journal of Hospital Infection*. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.01.024>

Hermawan, I . (2019). metodologi penelitian pendidikan kuantitatif,kualitatif, dan mixed metode. jakarta : Hidayatul Quran Kuningan, cetakan I
<https://books.google.co.id/books?id=Vja4DwAAQBAJ&pg=PA73&dq=instrumen+penelitian+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEWij4rftwv3lAhVIwzgGHR5pBggQ6AEISjAE#v=onepage&q=instrumen%20penelitian%20adalah&f=false>

Huang, Y., Xie, W., Zeng, J., Law, F., & Ba-Thein, W. (2013). Limited knowledge and practice of Chinese medical students regarding health-care associated infections. *Journal of Infection in Developing Countries*.

Kozier & Erb, et al. (2009). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis* edisi 5.Jakarta : EGC.

Llata, E., Gaynes, R. P., & Fridkin, S. (2009). Measuring the Scope and Magnitude of Hospital Associated Infection in the United States: The Value of Prevalence Surveys. *Clinical Infectious Diseases*.
<https://doi.org/10.1086/598328>

Maulana, H.(2016). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Mubarak, W, I & Chayatin, N .(2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika.

Nasrudin,J.(2019). *metodologi penelitian pendidikan*.Bandung: PT.Panca Terra Firma.<https://books.google.co.id/books?id=j-igDwAAQBAJ&pg=PA35&dq=desain+penelitian+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEWj038Lgpf3lAhVxzjgGHQQYBREQ6AEIMjAB#v=onepage&q=desain%20penelitian%20adalah&f=false>

Notoatmodjo, S (2005a). Pendidikan dan perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S .(2005b). *Metodologi Penelitian Kesehatan S*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nurdin & Hartati. (2019). metodologi penelitian sosial. Surabaya : media sahabat cendikia.<https://books.google.co.id/books?id=tretDwAAQBAJ&pg=PA100&dq=teknik+pengambilan+sampel&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwi3i7zPuP3lAhX2zTgGHWT0CL8Q6AEISTAE#v=onepage&q=teknik%20pengambilan%20sampel&f=false>

Nursalam. (2008). konsep dan penerapan metododlogi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi,tesis,dan instrumen penelitian keperawatan,edisi 2, Jakarta: Salemba medika

Nursalam & Efendi F.(2008). *Pendidikan dalam keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

Randle, J.,Arthur, A., Vaughan, N.,Wharrad H.,Windle R., (2014). An observational study of hand hygiene adherence following the introduction of an education intervention. *The Journal of Hospital infectin*, 15(4):142-147

Stewardson, A. J., Iten, A., Camus, V., Gayet-Ageron, A., Caulfield, D., Lacey, G., & Pittet, D. (2014). Efficacy of a new educational tool to improve handrubbing technique amongst healthcare workers: a controlled, before-after study. *PloS one*, 9(9), e105866.

Tekereko lu, M. S., Duman, Y., Serinda , A., Cu lan, S. S., Kaysadu, H., Tunc, E., & Yakupogullari, Y. (2011). Do mobile phones of patients, companions and visitors carry multidrug-resistant hospital pathogens? *American Journal of Infection Control*. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.10.026>

Wahid, I., &Nurul, C. (2013). PendidikanKesehatanSekolahSebagai Proses PerubahanPerilakuSiswa. *JurnalPendidikanJasmani Indonesia*, 9, 1–7. <https://journal.uny.ac.id/index.php/jpji/article/viewFile/3017/2510>

Walgito, Bimo. (2010). *PengantarPsikologiUmum*. Yogyakarta: PenerbitAndi

World Health Organization. (2009).WHO guidelines on hand hygiene in health care.World Health Organization;

WHO. (2013). | About SAVE LIVES: Clean You Hands. World Helath Organization. <https://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/>

Zamzam, F. F. (2018). Aplikasimetodepenelitian..Yogyakarta :penerbit CV BudiUtama.

<https://books.google.co.id/books?id=MQZaDwAAQBAJ&pg=PA98&dq=populasi+penelitian+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiK3ObtsP31AhVqxyzgGHdO6ABwQ6AEIVTAF#v=onepage&q=populasi%20penelitian%20adalah&f=false>



Lampiran 2.

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth

Calon Responden

Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Erni Sumanti Purba

NIM : **B1811511501**

Saya adalah mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang sedang menyelesaikan tugas akhir. Untuk itu saya mengadakan penelitian mengenai **“Pengaruh Pendidikan kesehatan terhadap tingkat Pendidikan kebersihan cuci tangan pada pendamping pasien di rumah sakit”**

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Bapak/Ibu/Saudari bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan melakukan pengukuran perilaku kebersihan cuci tangan dengan menggunakan kuesioner sebelum diberikan perlakuan atau intervensi Pendidikan kesehatan setelah itu melakukan pengukuran perilaku kebersihan cuci tangan kembali dengan menggunakan koesioner. Pendidikan kesehatan diberikan selama 30-50 menit.

Penelitian ini akan diupayakan oleh peneliti untuk tidak menimbulkan resiko apapun. Jika responden merasa tidak nyaman, responden berhak untuk mengundurkan diri dan menghentikan intervensi kapanpun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian.

Apabaila Bapak/Ibu/Saudara/Saudari ketika selama pemberian terapi mewarnai gambar ada mengalami kesulitan, mohon menghubungi nama-nama yang tertera dibawah ini, maka pemberian terapi mewarnai gambar akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapanpun yang dikehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya

Balikpapan, November 2019

Peneliti

Erni Sumanti Purba



Lampiran.3

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Inisial :

Umur :

Alamat :

No. Telpon :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengktan perilaku kebersihan tangan pada pendamping di siloam hospitals Balikpapan Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui

Peneliti

Samarinda, November 2019

Yang membuat pernyataan

Erni Sumanti Purba

Nama & Tanda Tangan

Lampiran 4

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik	: Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Perilaku Kebersihan Tangan pada Pendamping Pasien di Siloam Hospitals Balikpapan
Sasaran	: Pendamping keluarga pasien yang mendampingi pasien selama perawatan di Rumah Sakit
Hari/Tanggal	November 2019 – Januari 2020
Waktu	30-50 Menit
Tempat	Rawat Inap lantai 6 Siloam Hospitas Balikpapan
Penyuluh	Erni Sumanti Purba

A. Tujuan

Adapun tujuan pelaksanaan Pendidikan kesehatan ini terdiri atas tujuan umum dan khusus

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan Pendidikan kesehatan, perilaku kebersihan tangan, diharapkan pendamping dan keluarga pasien mampu infeksi nasokomial dan penyebarannya, pengetahuan kebersihan cuci tangan dan mampu melaksanakan sesuai tahapan yang sesuai

2. Tujuan Khusus

Setelah diberikan Pendkes perilaku kebersihan tangan pendamping pasien dan dapat memahami:infeksi nasokomial serta upaya pencegahan di rumah sakit, memahami manfaat kebersihan cuci tangan, dan memami serta mampu mendemonstrasikan cuci tangan yang sesuai dengan prosedur (6 tahapan cuci tangan)

B. Materi Penyuluh: Terlampir

C. Metode: Tanya Jawab

D. Media: Audio Visual

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Evaluasi
1	5 menit	Pembukaan a. Memberi salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan maksud dan Tujuan	Menyimak dan memperhatikan
2	25 Menit	Menjelaskan a. Pengenalan Infeksi b. Rantai Infeksi c. Penyebaran Infeksi d. Pencegahan Infeksi e. Perilaku kebersihan cuci tangan f. Manfaat g. Penatalaksanaan Cuci Tan sesuai dengan 6 tahapan	Menyimak dan memperhatikan
3	10 menit	Penutup a. Evaluasi b. Kesimpulan c. Penutup dan Mengucapkan Salam	Adanya pertanyaan yang disampaikan secara singkat dan menjawab pertanyaan

F. Evaluasi

Adapun evaluasi kegiatan terdiri atas 2 hal yaitu evaluasi struktur dan evaluasi hasil

MATERI PENYULUHAN

e. Definisi infeksi

Proses penyakit diawali oleh proses infeksi. Infeksi adalah invasi dan multiplikasi dari mikroorganisme patogenik yang terjadi pada jaringan tubuh dan menyebabkan kerusakan sel. Mikroorganisme yang menginfeksi disebut agen infeksius (Potter & Perry, 2009). Agen infeksius yang menyebabkan infeksi sering kita dengan sebutan agen menular (Potter & Perry, 2009). Agen menular inilah yang menyebabkan penyakit yaitu penyakit menular seperti *tuberculosis* (TBC), hepatitis dan sebagainya.

f. Rantai Infeksi

Dalam suatu rantai infeksi terdiri dari enam komponen antara lain agen etiologi, tempat tinggal mikroorganisme atau reservoir, jalan keluar dari reservoir, metode atau cara penularan, jalan masuk yang ke pejamu yang rentan (Potter & Perry, 2009). Untuk terjadinya suatu infeksi, satu rantai infeksi haruslah lengkap dan terhubung. Oleh karena itu suatu infeksi, satu rantai infeksi haruslah lengkap dan terhubung. Oleh karena itu, untuk memutus rantai infeksi sangat penting bagi perawat mengerti masing-masing kompoenen yang berada dalam rantai infeksi. Kemudian dasar pencegahan dan control infeksi dapat dilaksanakan untuk memutus rantai infeksi

g. Penyebaran Infeksi

Rumah sakit merupakan tempat berbagai jenis mikroba pathogen yang berasal dari berbagai macam sumber (*reservoir*) dan sekaligus sebagai wilayah yang memungkinkan terjadinya proses penularan. Ada tiga metode penularan

baik yang terjadi di dalam maupun di luar rumah sakit. Pertama adalah penularan langsung yang melibatkan pemindahan mikroorganisme dari satu orang ke orang lain lewat kontak langsung. Kedua, penularan tidak langsung yang terjadi melalui sarana (media lanjutan pembawa agen infeksius) atau vektor (binatang/ serangga pembawa agen infeksius). Ketiga adalah penularan melalui udara dimana pathogen didapatkan dari udara (Berman, 2009)

Salah satu bentuk penularan langsung adalah transmisi pathogen di setting perawatan dari satu pasien ke pasien lainnya melalui tangan tenaga kesehatan/pendamping. Proses transmisi ini membutuhkan 5 tahap: a) Mikroorganisme sudah ada di permukaan kulit pasien atau pada sekitar pasien, b) Mikroorganisme berpindah ke tangan tenaga kesehatan, c) Mikroorganisme paling tidak harus dapat bertahan beberapa menit di tangan tenaga kesehatan. d) perilaku keersihan tangan yang tidak adekuat. e) Tangan tenaga kesehatan yang terkontaminasi kontak langsung dengan pasien (Mathai, Allegranzi, Kilpatrick & Pittet, 2010). Bila hal ini terjadi secara utuh, maka terjadi transmisi silang antara satu pasien ke pasien lain atau antara satu area ke area lain pada pasien yang sama.

h. Kebersihan Tangan (*hand hygiene*)

Hand hygiene adalah kebersihan cuci tangan dengan menggunakan air dan sabun atau *handrub* untuk mencegah penyebaran infeksi (CDC, 2019).Indikasi mencuci tangan menurut DepKes, 2011 terdapat *five moment* cuci tangan:

6. Jika telapak tangan terasa dan terlihat kotor
7. Sebelum dan sesudah memegang anak
8. Sebelum dan sesudah memegang makanan atau minuman
9. Setelah memegang benda-benda yang memungkinkan mengandung penyakit seperti muntahan, darah, cairan tubuh.
10. Sebelum dan sesudah memberikan obat kepada pasien

i. Langkah-Langkah Mencuci Tangan

Enam (6) langkah kebersihan tangan adalah cara mencuci tangan yang benar sesuai standar World Health Organisation (WHO) dan menerapkannya

dalam kehidupan sehari-hari. (WHO 2013). Cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir merupakan cara terbaik untuk membunuh kuman. Berikut 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar menurut WHO:

2. Gosok telapak tangan



Langkah pertama mencuci tangan yang benar adalah dengan menggosok kedua telapak tangan dengan cara menempelkan bagian telapak tangan yang satu dengan yang lain.

2. Gosok punggung tangan



Setelah menggosok bagian telapak tangan, lalu menggosok kedua bagian punggung tangan secara bergantian.

3. Gosok sela jari



Setelah menggosok punggung tangan, gosoklah sela-sela jari dengan cara menyilangkan jari tangan kanan dengan kirinya. Karena bagian inilah yang sering kali terlupakan dan akhirnya menyimpan banyak bibit penyakit.

4. Gosok bagian dalam jari



Selain sela jari, langkah berikut yaitu menggosok bagian dalam jari. Gosoklah bagian dalam dan punggung jari dengan posisi ujung jari saling mengunci.

5. Bersihkan ibu jari



Setelah jari-jari lain bersih, saatnya membersihkan ibu jari. Gosok-gosok ibu jari tangan kiri secara memutar dalam genggamannya tangan kanan. Kemudian, lakukan pada tangan sebaliknya.

6. Bersihkan kuku jari



Langkah terakhir adalah membersihkan bagian kuku jari. Bersihkan kuku dan ujung jari dengan cara menguncupkan ujung-ujung jari hingga saling bertemu. Kemudian gosokkan pada telapak tangan yang berlawanan. Setelah itu, lakukanlah pada tangan sebaliknya.



Lampiran 6

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
Enam Langkah Pelaksanaan Kebersihan Cuci Tangan**

I. Pengertian

Kebersihan tangan merupakan gambaran yang biasanya digunakan mengarah pada semua kegiatan untuk membersihkan tangan. Hal terpenting untuk melakukan pencegahan penularan infeksi antara manusia

II. Tujuan

1. dalam rangka meningkatkan pasien safety
2. sebagai pencegahan dan pengendalian infeksi
3. meminimalisir kasus infeksi yang terjadi

III. Alat dan Bahan

1. Westafel/bak cuci dengan air mengalir
2. Sabun/ aintiseptic/handrub
3. Tissue

IV. Langkah Kerja

1. Menggosok kedua telapak tangan dengan cara menempelkan bagian telapak tangan yang satu dengan yang lain
2. Menggosok kedua bagian punggung tangan secara bergantian.
3. Menggosok sela-sela jari dengan cara menyilangkan jari tangan kanan dengan kirinya
4. Menggosok bagian dalam jari. gosoklah bagian dalam dan punggung jari dengan posisi ujung jari saling mengunci.
5. Menggosok ibu jari tangan kiri secara memutar dalam gengaman tangan kanan. Kemudian, lakukan pada tangan sebaliknya
6. Bersihkan kuku dan ujung jari dengan cara menguncupkan ujung-ujung jari hingga saling bertemu. Kemudian gosokkan pada telapak tangan yang berlawanan.

Lampiran 7

KUESIONER PERILAKU KEBERSIHAN CUCI TANGAN

I. Bagian Pertama

Inisial Petunjuk Pengisian:

- a. Isilah pertanyaan di bawah ini dengan cara menuliskan jawaban pada titik-titik yang tersedia atau memberikan tanda *checklist* (✓) pada kolom jawaban yang disediakan.
- b. Jawablah pertanyaan berikut dengan jujur, dan
- c. Dimohon kepada responden untuk mengisi **semua** jawaban

Data Demografi:

1. Inisial nama responden :
2. Usia :
3. Nomor HP :
4. Suku :

<input type="checkbox"/> Aceh	<input type="checkbox"/> Dayak	<input type="checkbox"/> Minang
<input type="checkbox"/> Ambon	<input type="checkbox"/> Bugis	<input type="checkbox"/> Papua
<input type="checkbox"/> Bali	<input type="checkbox"/> Jawa	<input type="checkbox"/> Betawi
<input type="checkbox"/> Batak	<input type="checkbox"/> Flores	<input type="checkbox"/> lainnya, sebutkan
5. Pendidikan terakhir

<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> Diploma
<input type="checkbox"/> SMP	<input type="checkbox"/> Sarjana
<input type="checkbox"/> SMA/SMK/ sederajat	<input type="checkbox"/> lainnya, sebutkan
6. Pernahkah Anda mendapatkan pelatihan/seminar tentang kebersihan tangan sebelumnya?

<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
-----------------------------	--------------------------------
7. Jika YA, sebutkan nama institusi yang memberikan
.....
8. Tahun mengikuti seminar/pelatihan kebersihan tangan

II. Bagian Kedua

Bagian ini berisi pertanyaan terkait pengetahuan Anda seputar kebersihan tangan
Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda *checklist* (✓) pada kolom yang telah disediakan
2. Pilihan jawaban berupa:

- a. **Ya** : apabila **sesuai** dengan yang Anda ketahui
- b. **Tidak** : apabila **tidak sesuai** dengan yang Anda ketahui
3. Bila Anda mengganti jawaban, coretlah tanda *checklist* (✓) dengan tanda sama dengan (=) lalu beri *checklist* (✓) pada jawaban yang baru.

Contoh :

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1	Jam besuk pasien antara 12.00-13.00 Wita	(✓)	(✗)

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1	Kebersihan tangan dengan <i>hand-sanitizer</i> dilakukan saat tangan terlihat kotor		
2	Organisasi kesehatan dunia menyatakan kebersihan tangan dapat di lakukan dengan air mengalir.		
3	Kuman dapat berpindah melalui tangan manusia		
4	Kebersihan tangan dengan air di lakukan tanpa sabun		
5	Langkah kebersihan tangan dapat dilakukan tanpa berurutan		
6	Tangan dibersihkan hanya degan tisu setelah batuk		
7	Tangan dikeringkan dengan tisu setelah dibersihkan dengan air		
8	Kuku yang panjang memberi efek kebersihan tangan yang optimal		
9	Tangan dikeringkan dengan pengering elektronik setelah dibersihkan dengan air		
10	Kebersihan tangan merupakan salah satu cara pencegahan penyebaran kuman		
11	Organisasi kesehatan dunia menyatakan kebresihan tangan dapat dilakukan dengan <i>hand-sanitizer</i>		
12	Telapak tangan yang terlihat bebas dari kuman		
13	Kebersihan tangan dengan air dilakukan saat tangan terlihat kotor		
14	Terdapat 6 langkah membersihkan tangan menurut organisasi kesehatan dunia		
15	Kebersihan tangan harus dilakukan sebelum bersentuhan dengan pasien		
Soal nomor 16-22 menyatakan langkah-langkah kebersihan tangan			
16	Gambar di samping menunjukkan langkah		



	pertama saat membersihkan tangan yaitu menggosok kedua telapak tangan		
17	Gambar di samping menunjukkan langkah kedua saat membersihkan tangan yaitu menggosok kedua punggung tangan		
18	Gambar di samping menunjukkan langkah ketiga saat membersihkan tangan yaitu menggosok punggung jari dengan arah berlawanan		
19	Gambar di samping menunjukkan langkah keempat saat membersihkan tangan yaitu menggosok sela jari tangan		
20	Gambar di samping menunjukkan langkah kelima saat membersihkan tangan yaitu menggosok ibu jari dengan gerakan memutar		
21	Gambar di samping menunjukkan langkah keenam saat membersihkan tangan yaitu menggosok ujung jari dengan telapak tangan kanan (begitu juga sebaliknya)		
22	Gambar di samping menunjukkan langkah kelima saat membersihkan tangan yaitu mengelap tangan dengan tisu		
23	Penggunaan kuteks (pewarna kuku) dibolehkan saat membersihkan tangan		
24	Cincin harus dilepas dahulu sebelum melakukan kebersihan tangan		
25	Membersihkan tangan dengan <i>hand-sanitizer</i> dilakukan hanya pada bagian yang kotor		
26	Tangan harus dibersihkan setelah keluar dari ruangan pasien		
27	Tangan dibersihkan dengan tisu setelah bersalaman dengan pasien		
28	Jam tangan harus dilepas dahulu sebelum melakukan kebersihan tangan		

III. Bagian Ketiga

Bagian ini berisi pertanyaan terkait perilaku Anda seputar kebersihan tangan

Petunjuk Pengisian:

1. Berilah tanda *checklist* (✓) pada kolom yang telah disediakan
2. Pilihan jawaban berupa:

TP : Tidak pernah

J : Jarang

SR : Sering

SL : Selalu

3. Bila Anda mengganti jawaban, coretlah tanda *checklist* (✓) dengan tanda sama dengan (=) lalu beri *checklist* (✓) pada jawaban yang baru.

Contoh :

No.	Pernyataan	TP	J	SR	SL
1	Saya membesuk pasien setiap hari		(✓)	(✓)	

Pilihlah jawaban yang sesuai dengan keadaan dan pengalaman Anda

No.	Pernyataan	TP	J	SR	SL
1	Saya membersihkan tangan tanpa menggunakan sabun				
2	Saya menggosok kedua telapak tangan saat membersihkan tangan				
3	Saya membersihkan tangan setelah bersin				
4	Saya menggosok bagian punggung tangan saat membersihkan tangan.				
5	Saya mengabaikan kabersihan tangan setelah menutup mulut dengan tangan saat batuk				
6	Saya menggosok bagian punggung jari saat membersihkan tangan				
7	Saya membersihkan tangan setelah bersalaman dengan pasien				
8	Saya melewati menggosok sela jari tangan saat membersihkan tangan				
9	Kuku saya pendek (rapi) saat saya membersihkan tangan				
10	Saya terdorong membersihkan tangan saat tersedia sambun				
11	Saya membersihkan tangan setelah menyentuh gagang pintu ruang pasien				
12	Saya membawa <i>hand-sanitizer</i> untuk membersihkan tangan saya				
13	Saya malas membersihkan tangan karena repot (tidak sempat)				

14	Saya tidak membersihkan bagian ujung jari saat membersihkan tangan				
15	Saya mengabaikan kebersihan tangan setelah menyentuh tempat tidur pasien				
16	Saya terdorong untuk membersihkan tangan saat letak wastafel dekat (dalam jangkuan)				
17	Saya malas membersihkan tangan karena tidak tersedia sabun				
18	Saya membersihkan tangan setelah keluar dari kamar pasien				
19	Saya melewati membersihkan bagian ibu jari saat membersihkan tangan				

TERIMA KASIH ATAS PARTISPASI ANDA



Hubungan Pengetahuan Ibu Dan Pendapatan Keluarga Dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Balikpapan

Endarwati Wijaya¹, Desy Ayu², Sumiati Sinaga³

¹Mahasiswi Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

²Dosen STIKES Wiyata Husada Samarinda

³Dosen STIKES Wiyata Husada Samarinda

Email : endar_01@yahoo.co.id

ABSTRAK

Latar belakang : *Stunting* masih menjadi permasalahan gizi di Indonesia. Kejadian *stunting* muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, kurangnya pengetahuan dan sering menderita penyakit secara berulang karena higiene maupun sanitasi yang kurang baik. Kejadian *stunting* ditandai dengan panjang badan dibanding umur (PB/U) atau tinggi badan dibanding umur (TB/U) dengan batas z-score kurang dari -2 SD. **Tujuan :** untuk mengetahui adanya hubungan pengetahuan ibu dan pendapatan keluarga dengan kejadian *stunting* pada balita. **Metode :** jenis penelitian yang digunakan yaitu *korelasi analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampling yang digunakan adalah *Consecutive sampling* dengan jumlah sample sebanyak 27. Analisa data menggunakan uji *Chi Square*. **Hasil :** hasil analisa didapatkan ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan kejadian *stunting* pada balita dengan *p-value* 0.009, dan didapatkan hasil ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan kejadian *stunting* pada balita dengan *p-value* 0.024. **Kesimpulan dan saran :** ibu yang memiliki pengetahuan yang baik dapat mencegah terjadinya *stunting*, oleh sebab itu diperlukan adanya penyuluhan mengenai gizi kepada ibu balita oleh petugas kesehatan sehingga meningkatnya kesadaran ibu untuk memperbaiki status gizi anak.

Kata Kunci : Kejadian *Stunting*, Pendapatan Keluarga, Pengetahuan Ibu

PENDAHULUAN

Health care-associated infection (HCAI) atau infeksi nosokomial merupakan masalah besar yang menjadi sorotan utama di rumah sakit karena memberi efek jangka panjang pada pasien (Gould *et al.*, 2019). Pada Negara berkembang HCAI terjadi sekitar 15,5% dari 100 pasien (Huang, *et al.*, 2013). Selain itu, data kejadian yang didapat dari survei prevalensi yang dilakukan di rumah sakit dalam satu hari di beberapa negara berkembang antara lain Albania (19,1%), Morocco (17,8%), Tunisia (17,9%), dan Republic Tanzania (14,8%) (WHO, 2009). Di negara Iran, 8.8 % pasien di delapan rumah sakit terkena HCAI (Llata, Gaynes, & Fridkin, 2009). Walaupun angka kejadian HCAI lebih tinggi di negara berkembang, tetapi HCAI ini juga terjadi pada negara maju. Rumah Sakit juga dapat merupakan sumber berbagai macam penyakit yang berasal dari penderita atau pendamping yang berstatus pembawa (*carier*). Kuman penyakit ini dapat hidup dan berkembang di rumah sakit, seperti udara, air, lantai, makan, benda-benda medis dan nonmedis (Nursalam, 2011). Penyebaran HCAI dapat terjadi melalui sentuhan langsung dari tangan pendamping. Hal itu terjadi karena pathogen pasien atau pendamping di rumah sakit 39,6 % lebih tinggi dibandingkan pathogen yang terdapat pada telepon genggam petugas kesehatan 20,65% hal ini

menunjukkan bahwa pendamping berpotensi menyebarkan pathogen di rumah sakit (Tekereko lu *et al.*, 2011). Hasil penelitian menyebutkan bahwa HCAI sebagian besar dapat dicegah dengan mencuci tangan (Stewardson *et al.*, 2014). Menurut WHO (2009) kebersihan tangan dapat mencegah HCAI dilakukan dengan memperhatikan 5 aspek waktu dan teknik kebersihan tangan yang tepat. Lima waktu yang harus dipatuhi dalam melaksanakan kebersihan tangan antara lain; sebelum melakukan kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah resiko terpapar cairan tubuh, setelah menyentuh pasien, dan setelah menyentuh lingkungan pasien. Menurut Randle *et al.* (2014) kepatuhan antara pasien dan pendamping dalam mencuci tangan lebih rendah dari pada tenaga kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses memindahkan materi atau teori dari seseorang ke orang lain, akan tetapi perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri (Wahit *et al.*, 2009).

METODE PENELITIAN

K. Jenis dan Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian,

memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Rancangan penelitian digunakan dalam dua hal pertama rancangan penelitian merupakan strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan kedua rancangan penelitian digunakan untuk mendefinisikan struktur penilaian yang akan dilaksanakan.

Penelitian ini menggunakan *pre-experimental design* dengan pendekatan *one group pretest-posttest design* yaitu dilakukan pengukuran variabel, tergantung dari satu kelompok subjek (*pretest*) dan subjek diberi perlakuan untuk jangka waktu tertentu (*exposure*). Pada pengukuran kedua (*posttest*) terhadap variabel bebas hasil pengukuran *pretest* dibandingkan dengan hasil pengukuran *posttest* (Nasrudin, 2019).

Adapun rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Subjek	<i>Pre-Test</i>
Perlakuan	<i>Post-Test</i>
I Kelompok	O
X	O

Keterangan:

I Kelompok : Subjek

O : Skor tingkat pengetahuan sebelum di berikan intervensi

X : Intervensi Pendidikan Kesehatan

Tabel. 3.1. Variabel Penelitian Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur
Independen: Pendidikan kesehatan	Suatu metode dengan memberikan informasi tentang kebersihan cuci tangan pada keluarga pasien yang mendampingi pasien selama perawatan di rumah sakit. Dilakukan sebanyak 1 kali dalam waktu 30 menit.	Satuan Acara Pendidikan Kesehatan yang terkait perilaku ke cuci tangan pendekatan menggunakan media terukur demonstrasi kepada pendamping selama perawatan didukung pelaksanaan dan interaksi sampai terminasi
Dependen Tingkat Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan	pemahaman responden tentang kebersihan cuci tangan ditinjau dari tahap dan 5 waktu membersihkan tangan dan diukur pengetahuannya baik sebelum dilaksanakan Pendidikan kesehatan dan setelah dilaksanakan Pendidikan kesehatan	Peneliti merumuskan pertanyaan kebiasaan mencuci tangan dan SOP ke tangan

L. Sumber Data dan Instrumen penelitian

3. Sumber data yang diambil adalah pendamping pasien selama perawatan di rumah sakit.

4. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian akan digunakan untuk melakukan pengukuran dengan tujuan menghasilkan data kuantitatif yang akurat, maka setiap instrumen harus mempunyai skala, dengan demikian jumlah instrumen yang digunakan untuk penelitian tergantung jumlah variabel yang diteliti (Hermawan, 2019). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

c. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu Pendidikan kesehatan yang merupakan intervensi menggunakan Satuan Acara Penyuluhan yang disusun sesuai dengan standar operasional prosedur terkait kebersihan cuci tangan

d. Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel dependen dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner terkait perilaku kebersihan cuci tangan pada pendamping diadopsi dari penelitian Fauzia (2014) dengan judul tingkat pengetahuan dan perilaku

kebersihan tangan pada pendamping RSUD Koja. Jumlah pertanyaan yang valid dan reliabel adalah 28 item dengan rentang jawaban menggunakan skala ordinal. Penilaian pada kuisisioner ini untuk pertanyaan kepuasan nilai 1 jika responden menjawab pernyataan dengan benar dan nilai 0 jika responden salah menjawab pernyataan.

Tabel. 3.2 Distribusi pertanyaan kuisisioner penelitian

No.	Indikator	Nomor Soal Positif	Nomor Soal Negatif	Jumlah Soal
1	Data Demografi	1-5	-	5
2	(Bagian Kedua) Pengetahuan Konsep Kebersihan Tangan	3,10 2,11,13 15,26	12 1,4,25 6,27	3 6 4
f.	Alasan	14,16,17, 20,21	5,18,1 9,22	9
g.	Jenis	6,24,28	8,9,23	6
h.	Limit waktu			

- aku
kan
keb
ersi
han
tang
an
- i. Lan
gka
h
dala
m
mel
aku
kan
keb
ersi
han
tang
an
- j. Hal
lain
yan
g
perl
u
dipe
rhat
ikan
dala
m
keb
ersi
han
tang
an

Sumber: Fauzia, 2014.

3. Analisis Univariat

Tujuan analisis ini, untuk mendeskripsikan skor rata-rata pengetahuan kebersihan cuci tangan sebelum dan setelah dilakukan intervensi. Analisis univariat masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 3.3

Tabel 3.3 Analisis Univariat Karakteristik Responden dan Variabel Dependen

No	Jenis Data
Variabel Penelitian	
Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan Responden Sebelum intervensi	Numerik
Pengetahuan Kebersihan Cuci Tangan Responden Setelah intervensi	Numerik

Tabel 3.4 Hasil Uji Normalitas Pengetahuan Kebersihan

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Statisti
	Statistic	df	Sig.	
Pengetahuan Sebelum Intervensi	0.15	35	0.03*	0.96
Pengetahuan Setelah Intervensi	0.24	35	0.00*	0.81

Sumber: Statistik Deskriptif,

2020

Uji normalitas digunakan untuk menentukan univariat dan bivariat untuk menentukan uji parametrik

atau non parametrik. Uji normalitas pada penelitian ini secara analitik menunjukkan bahwa Pengetahuan sebelum intervensi terdistribusi data normal sedangkan setelah tidak terdistribusi normal, karena salah satu kelompok tidak memenuhi syarat uji Paired T test, maka uji bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Wilcoxon*

Test adalah uji *nonparametris* untuk mengukur signifikansi perbedaan antara 2 kelompok data berpasangan berskala ordinal atau interval tetapi berdistribusi tidak normal. Rumusnya sebagai berikut:

$$Z = \frac{T - \frac{n(n+1)}{4}}{\sqrt{\frac{n(n+1)(2n+1)}{24}}}$$

4. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan kebersihan cuci tangan. Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi yang dibuat dalam bentuk distribusi untuk mengetahui ada tidaknya efektifitas antar variabel dalam penelitian ini yaitu variabel independen yang terdiri dari pendidikan kesehatan, serta variabel dependen kebersihan tangan.

Dalam penelitian ini analisis bivariat yang akan dilakukan untuk menguji pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku kebersihan tangan dengan menggunakan adalah analisis *uji wilcoxon*. *Wilcoxon Signed Rank*

Keterangan:

Z : Hasil Uji Wilcoxon

T : Total selisih terkecil nilai pre dan post test

n : Jumlah Sampel

PEMBAHASAN

4. Analisis Univariat

c. Skor Rata-rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Setelah diberikan Pendidikan Kesehatan

Tabel 4.1 Skor rata-rata Pengetahuan Responden Sebelum Dan Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan di Rumah Sakit Siloam Balikpapan, November s.d Desember 2019 (n=35)

Variabel	Kelompok	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Pengetahuan Kebersiha Cuci Tangan	Sebelum	16.03	16.00	1.70	13-20	15.44-16.61
	Setelah	27.00	27.00	0.73	26-28	26.75-27.25

Statistik Deskriptif

Tabel 4.2 Menunjukkan skor rata-rata pengetahuan responden sebelum dilakukan intervensi sebesar 16.03 dengan nilai standar deviasi sebesar 1.7. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan responden sebelum intervensi diantara 15.44 sampai dengan 16.61. Tabel 4.1 juga menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan, namun sebaran data tidak menunjukkan terdistribusi normal sehingga nilai median diperoleh 27 dengan standar deviasi 0.73 dengan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan responden setelah intervensi diantara 26.75 sampai dengan 27.25. Jika dilihat dari nilai standar deviasi baik sebelum dan setelah menunjukkan adanya penurunan, hal ini baik, yang mendeskripsikan bahwa perbedaan nilai responden terhadap nilai rata-rata semakin kecil.

5. Hasil Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan rata-rata pengetahuan kebersihan cuci tangan sebelum dan setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan. Pada penelitian ini uji normalitas menggunakan analisis secara analitik yang menunjukkan bahwa pengetahuan sebelum intervensi terdistribusi normal dengan nilai P value 0.19 namun skor rata-rata setelah dilakukan intervensi diperoleh nilai P value 0.00 yang menunjukkan data tidak terdistribusi normal. Berdasarkan hasil uji normalitas data, jika salah satu variabel terdapat data tidak terdistribusi normal maka digunakan uji alternative menggunakan uji Wilcoxon. Hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Perbedaan nilai pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan di Rumah Sakit Siloam Balikpapan, November s.d Desember 2019 (n=35)

Variabel	Jumlah	P Value
----------	--------	-----------

Pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan	<i>Negative Ranks</i>	0	0,001
	<i>Positive Ranks</i>	35	
	Ties	0	

*Bermakna pada $<0,05$ dengan uji *Wilcoxon (Uji Alternatif)*

Tabel 4.3 diatas menunjukkan bahwa semua responden mengalami peningkatan skor kebersihan tangan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan jumlah positive ranks 35 responden, dimana tidak terdapat responden yang skor pengetahuan menetap atau lebih kecil setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil uji *wilcoxon* menunjukan bahwa $p\ value < 0,05$ (0,001), sehingga dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan nilai pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan mengenai cuci tangan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Dinas Kesehatan Kota Balikpapan karena telah memfasilitasi penelitian ini dan kepada Kepala Puskesmas Karang Rjo Balikpapan karena telah mengijinkan saya melakukan penelitian di tempat yang ibu pimpin

REERENSI

- Alexander, M. Corrigan, A. Gorski, L. Hankins, J. & Perruca, R. (2010). *Infusion Nursing Society, Infusion Nursing: An evidence Based Approach*. Third Edition. St. Louis: Dauders Elsevier
- Arrum, D., Salbiah, S., & Manik, M. (2015). Pengetahuan Tenaga Kesehatan Dalam Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Sumatera Utara. *Idea Nursing Journal*, 6(2), 1-6.
- Alvarado, C. J. (2017). *The science of hand hygiene: a self study monograph*. *University of Wisconsin Medical and School and Sci-Health Communication*, 231.
- Backman, C., Zoutman, D. E., & Marck, P. B. (2008). An integrative review of the current evidence on the relationship between hand hygiene interventions and the incidence of health care-associated infections. *American Journal of Infection Control*. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.08.007>

- Darmadi, (2008). *Infeksi Nosokomial: Problematika dan Pengendaliannya*. Salemba Medika. Jakarta. Hal. 1- 2
- Effendi, Ferry dan Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fauzia, S.S. (2014). *Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Kebersihan Tangan pada pengunjung Rumah Sakit*. Universitas Indonesia
- Fitrah & Luthfiah. (2017). *Metodologi Penelitian : Penelitian Kualitatif, Tindakan Kelas & Studi Kasus*. Jawa Barat : CV Jejak
- Gould, D. J., Drey, N. S., Millar, M., Wilks, M., & Chamney, M. (2009). Patients and the public: knowledge, sources of information and perceptions about healthcare-associated infection. *Journal of Hospital Infection*. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.01.024>
- Hermawan, I . (2019). *metodologi penelitian pendidikan kuantitatif,kualitatif, dan mixed metode*. jakarta : Hidayatul Quran Kuningan, cetakan I
- <https://books.google.co.id/books?id=Vja4DwAAQBAJ&pg=PA73&dq=instrumen+penelitian+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEw4rftwv3lAhVIwzGHR5pBggQ6AEISjAE#v=onepage&q=instrumen%20penelitian%20adalah&f=false>
- Huang, Y., Xie, W., Zeng, J., Law, F., & Ba-Thein, W. (2013). Limited knowledge and practice of Chinese medical students regarding health-care associated infections. *Journal of Infection in Developing Countries*.
- Kozier & Erb, et al. (2009). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis* edisi 5.Jakarta : EGC.
- Llata, E., Gaynes, R. P., & Fridkin, S. (2009). Measuring the Scope and Magnitude of Hospital-Associated Infection in the United States: The Value of Prevalence Surveys. *Clinical Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1086/598328>
- Maulana, H.(2016). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Mubarak, W, I & Chayatin, N .(2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika.

- Nasrudin, J. (2019). *metodologi penelitian pendidikan*. Bandung: PT. Panca Terra Firma. <https://books.google.co.id/books?id=j-igDwAAQBAJ&pg=PA35&dq=desain+penelitian+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwj038Lgpf3lAhVxzjgGHQQYBREQ6AEIMjAB#v=onepage&q=desain%20penelitian%20adalah&f=false>
- Notoatmodjo, S (2005a). Pendidikan dan perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S .(2005b). *Metodologi Penelitian Kesehatan S*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurdin & Hartati. (2019). metodologi penelitian sosial. Surabaya : media sahabat cendikia. <https://books.google.co.id/books?id=tretDwAAQBAJ&pg=PA100&dq=teknik+pengambilan+sampel&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwi3i7zPuP3lAhX2zTgGHWT0CL8Q6AEISTAE#v=onepage&q=teknik%20pengambilan%20sampel&f=false>
- Nursalam. (2008). konsep dan penerapan metododlogi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan, edisi 2, Jakarta: Salemba medika
- Nursalam & Efendi F. (2008). *Pendidikan dalam keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Randle, J., Arthur, A., Vaughan, N., Wharrad H., Windle R., (2014). An observational study of hand hygiene adherence following the introduction of an education intervention. *The Journal of Hospital infectin*, 15(4):142-147
- Stewardson, A. J., Iten, A., Camus, V., Gayet-Ageron, A., Caulfield, D., Lacey, G., & Pittet, D. (2014). Efficacy of a new educational tool to improve handrubbing technique amongst healthcare workers: a controlled, before-after study. *PloS one*, 9(9), e105866.
- Tekereko lu, M. S., Duman, Y., Serinda, A., Cu lan, S. S., Kaysadu, H., Tunc, E., & Yakupogullari, Y. (2011). Do mobile phones of patients, companions and visitors carry multidrug-resistant hospital pathogens? *American Journal of Infection Control*. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.10.026>
- Wahid, I., & Nurul, C. (2013). Pendidikan Kesehatan Sekolah Sebagai Proses Perubahan Perilaku Siswa. *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia*, 9, 1–7. <https://journal.uny.ac.id/index.php/jpji/article/viewFile/3017/2510>
- Walgito, Bimo. (2010). *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: Penerbit Andi

World Health Organization. (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care. World Health Organization;

WHO. (2013). | About SAVE LIVES: Clean Your Hands. World Health Organization. <https://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/>

Zamzam, F. F. (2018). Aplikasi metode pene

