

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di IGD sebuah rumah sakit swasta yang terletak di pusat kota Surakarta selama 2 bulan Februari hingga April 2019. RS swasta tersebut diatas luas lahan sekitar 15.700 m². Rumah Sakit ini merupakan tempat yang strategi bagi masyarakat Surakarta untuk dijangkau. RS berdiri pada tanggal 7 Februari 1986. RS ini sebagai salah satu rumah sakit swasta di Surakarta memberikan nuansa baru yang islami dalam dunia kesehatan. Rumah sakit ini merupakan suatu amal usaha nir laba persyarikatan sebagai perwujudan dari iman dan amal sholeh kepada Allah SWT serta menjadikan sebagai sarana ibadah.

Beberapa fasilitas yang ada pada rumah sakit ini adalah *medical check up*, poliklinik umum, poliklinik gigi, poliklinik spesialis dan subspecialis, klinik

fisioterapi, klinik tumbuh kembang, *homecare*, hemodialisa, kemoterapi, laboratorium, radiologi dan beberapa ruang rawat inap, ruang IGD dan beberapa ruang khusus seperti Instalasi bedah sentral, HCU (*High Care Unit*), ICU (*Intensive Care Unit*) dan ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*).

IGD RS terletak di bagian depan dengan pintu masuk disebelah selatan berdekatan dengan apotek, pendaftaran pasien IGD, ruang bersalin dan IBS. IGD RS memiliki 14 bed utama. Jumlah bed tersebut sering bertambah dengan adanya bed tambahan yang digunakan jika bed utama penuh. Perawat pelaksana di IGD berjumlah 28 perawat dengan 1 perawat sebagai kepala ruang. Dokter umum yang bertugas di IGD berjumlah 26 dokter yang secara bergantian bertugas di IGD.

2. Hasil penelitian

a. Karakteristik responden dan informan penelitian

1) Karakteristik responden penelitian

Data karakteristik responden selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden penelitian

No	Kategori	Karakteristik	Frekuensi	
			N	%
1	Jenis kelamin	Laki-laki	20	40%
		Perempuan	30	60%
2	Umur	20-30 tahun	20	40%
		31-60 tahun	30	60%
3	Pendidikan	D3	20	40%
		S1	29	58%
		S2	1	2%
4	Profesi	Dokter	25	50%
		Perawat	25	50%
5	Masa kerja	≤ 5 tahun	18	36%
		≥ 5 tahun	32	64%
6	Pelatihan cuci tangan	Pernah	50	100%
		Tidak pernah	0	0%

Berdasarkan tabel 4.1 diatas dapat diketahui bahwa mayoritas jenis kelamin adalah perempuan yaitu sebanyak 30 responden (60%) dengan umur responden rata-rata berada di usia 31-60 tahun yaitu sebanyak 30 orang (60%). Pendidikan responden mayoritas adalah lulusan S1 yaitu sebanyak 29

responden (58%) dan tenaga kesehatan yang menjadi responden penelitian adalah dokter sejumlah 25 responden (50%) serta perawat sejumlah 25 responden (50%). Rata-rata responden pada penelitian ini telah bekerja di RS selama lebih dari 5 tahun yaitu sebanyak 32 responden (64%). Semua responden penelitian sudah pernah mengikuti pelatihan cuci tangan yaitu sebanyak 50 responden (100%).

2) Karakteristik informan wawancara penelitian

Informan penelitian berjumlah 9 orang yang sesuai dengan karakteristik penelitian, 3 perawat di ruang IGD dengan inisial Informan D, E, F (ID, IE, IF), 3 dokter IGD dengan inisial Informan A, B, C (IA, IB, IC), kepala ruangan IGD serta komite pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) Penjabaran karakteristik informan penelitian sebagai berikut :

Tabel 4. 2 Karakteristik informan penelitian

Karakteristik	Keterangan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Jenis kelamin	a. Laki-laki	1	11%
	b. Perempuan	8	89%
Umur	a. 26 – 35 tahun	5	56%
	b. 36 – 45 tahun	3	33%
	c. 46 – 55 tahun	1	11%
Pendidikan	a. D-III	5	56%
	b. S1	4	44%
	c. S2	-	-
Profesi	a. Dokter	3	33%
	b. Perawat	6	67%
Lama kerja	a. \leq 5 tahun	3	33%
	b. \geq 5 tahun	6	67%
Pelatihan tangan	a. Pernah	9	100%
	b. Tidak Pernah	-	-

Tabel 4. 2 menunjukkan bahwa informan pada penelitian ini mayoritas berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 8 informan (89%) dengan umur 26-35 tahun sebanyak 3 informan (56%). Mayoritas informan pada penelitian ini berprofesi sebagai perawat yaitu sebanyak 6 informan (67%) dan rata-rata memiliki pendidikan terakhir D III yaitu sebanyak 5 informan (56%). Semua informan telah bekerja di RS selama \geq 5 tahun yaitu sebanyak 9 informan (100%).

b. Analisis Univariat

1) Uji Normalitas Data

Tabel 4. 3 Uji Normalitas Data Kolmogorov-Smirnov Z

Variabel	N	Normal Parameter		Kolmogorov Smirnov Z	A Sig
		Mean	SD		
Kepatuhan	50	4.2000	2.91373	0.901	0.392
Pengetahuan	50	18.4400	2.33133	0.954	0.323
Sikap	50	6.4600	1.98165	0.932	0.350

Berdasarkan uji normalitas data didapatkan hasil bahwa variable kepatuhan memiliki nilai sig 0.392, variable pengetahuan memiliki sig 0,323 dan variable sikap memiliki nilai sig 0,350. Ketika variable mempunyai nilai sig $> 0,05$ yang berarti ketiga variable tersebut memiliki distribusi data yang normal atau terdistribusi dengan normal.

2) Pengetahuan Cuci Tangan

Tabel 4. 4 Distribusi Data Pengetahuan Cuci Tangan Petugas Kesehatan di IGD

Klasifikasi	Nilai	N	Persen (%)	N Total	Persen (%)	Rata-Rata (%)
Pengetahuan Baik	25	0	0%	22	44%	73,44%
	24	0	0%			
	23	1	2%			
	22	4	8%			
	21	7	14%			
	20	6	12%			
Pengetahuan Sedang	19	4	8%	31	56%	73,44%
	18	10	20%			
	17	9	18%			
	16	3	6%			
	15	3	6%			
	14	3	6%			
Pengetahuan Kurang	0-12	0	0%	0	0%	
Total		50	100%	50	100%	

Menurut data diatas, dijelaskan bahwa terdapat 22 responden (44%) dengan nilai 19-25 ($\geq 75\%$) memiliki pengetahuan yang baik, sebanyak 31 responden (56%) dengan nilai 13-18 (50-74%) memiliki pengetahuan yang sedang tentang cuci tangan, sebanyak 0 responden dengan nilai 0-12 ($\leq 50\%$) memiliki pengetahuan yang kurang tentang cuci tangan. Rata-rata pengetahuan cuci tangan

petugas medis di IGD adalah 73,44% dimana angka tersebut menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan petugas medis di IGD tergolong sedang.

3) Sikap Cuci Tangan

Tabel 4. 5 Distribusi Data Sikap Cuci Tangan Petugas Kesehatan di IGD

Klasifikasi	Nilai	N	Persen (%)	N Total	Persen (%)	Rata-Rata (%)
Sikap Baik	10	3	6%	23	46%	64,6%
	9	5	10%			
	8	7	14%			
Sikap Sedang	7	8	16%	22	44%	
	6	13	26%			
	5	9	18%			
Sikap Kurang	4	2	4%	5	10%	
	3	0	0%			
	2	2	4%			
	1	1	2%			
Total		50	100%	50	100%	

Berdasarkan data pada tabel 4.5 diketahui ada 23 responden (46%) dengan nilai 7-10 ($\geq 70\%$) memiliki sikap cuci tangan yang baik, 22 responden (44%) dengan nilai 5-6 (50-69%) memiliki sikap cuci tangan yang sedang dan 5 responden (10%) dengan nilai 0-4 ($< 50\%$) memiliki sikap cuci tangan yang kurang. Sikap cuci tangan petugas kesehatan di IGD

memiliki rata-rata 64,6% yang berarti bahwa sikap cuci tangan petugas kesehatan di IGD adalah sedang.

4) Kepatuhan Cuci Tangan

Tabel 4. 6 Distribusi Data Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Kesehatan di IGD

Klasifikasi	Nilai	N	Persen (%)	N Total	Persen (%)	Rata-Rata (%)
Kepatuhan Baik	10	5	10%	6	12%	42%
	9	1	2%			
Kepatuhan Sedang	8	1	2%	1	2%	
Kepatuhan Kurang	7	1	2%	43	86%	
	6	8	16%			
	5	4	8%			
	4	9	18%			
	3	4	8%			
	2	8	16%			
	1	4	8%			
	0	5	10%			
Total		50	100%	50	100%	

Tabel 4.6 menunjukkan informasi tentang kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD. Sebanyak 6 responden (12%) dengan nilai 9-10 ($\geq 85\%$) memiliki kepatuhan cuci tangan yang baik, sebanyak 1 responden (2%) dengan nilai 8 (75%-84%) memiliki kepatuhan cuci tangan yang sedang dan

sebanyak 43 responden (86%) dengan nilai 0-7 ($\leq 74\%$) memiliki kepatuhan cuci tangan yang kurang. Rata-rata kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD sebesar 42% dimana angka tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan petugas kesehatan di IGD masih rendah.

c. Analisis Bivariat

1) Analisis Bivariat Pengetahuan Cuci Tangan dan Kepatuhan Cuci Tangan

Tabel 4. 7 Hasil Analisis Bivariat Pengetahuan Cuci Tangan dan Kepatuhan Cuci Tangan

Pengetahuan Cuci Tangan	Kepatuhan Cuci Tangan						Total	P (%)	P Value
	Baik	P (%)	Sedang	P (%)	Minimal	P (%)			
Baik	2	9.1%	0	0%	20	90.9%	22	100%	0.703
Sedang	4	14.3%	1	3.6%	23	82.1%	28	100%	
Kurang	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	
Total	6	12%	1	2%	43	86%	50	100%	

Berdasarkan hasil uji korelasi Pearson didapatkan hasil sebanyak 22 (100%) responden yang memiliki pengetahuan cuci tangan yang baik terdapat 2 responden (9.1%) memiliki kepatuhan cuci tangan

yang baik, 0 responden (0%) memiliki kepatuhan cuci tangan sedang dan 20 responden (90.9%) memiliki kepatuhan cuci tangan yang kurang. Sebanyak 28 responden (100%) yang memiliki pengetahuan cuci tangan yang sedang terdapat 4 responden (14.3%) memiliki kepatuhan cuci tangan yang baik, 1 responden (3.6%) memiliki angka kepatuhan yang sedang dan sebanyak 23 responden (82.1%) memiliki angka kepatuhan yang kurang. Tidak ada responden (0%) yang memiliki pengetahuan cuci tangan yang masih kurang dengan kepatuhan cuci tangan yang baik (0%), kepatuhan sedang (0%) dan kepatuhan yang masih kurang (0%).

Menurut uji korelasi Pearson didapatkan nilai P sebesar 0,703 ($P > 0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara pengetahuan tentang cuci tangan dengan kepatuhan cuci tangan.

2) Analisis Bivariat Sikap Cuci Tangan dan
Kepatuhan Cuci Tangan

**Tabel 4. 8 Hasil Analisis Bivariat Sikap Cuci Tangan dan
Kepatuhan Cuci Tangan**

Sikap Cuci Tangan	Kepatuhan Cuci Tangan								P Value
	Baik	P (%)	Sedang	P (%)	Minimal	P (%)	Total	P (%)	
Baik	2	8.7%	1	4.3%	20	87%	23	100%	0.686
Sedang	4	18.2%	0	0%	18	81.8%	22	100%	
Kurang	0	0%	0	0%	5	100%	5	100%	
Total	6	12%	1	2%	43	85%	50	100%	

Berdasarkan hasil uji korelasi Pearson menunjukkan bahwa dari 23 responden (100%) yang memiliki sikap cuci tangan yang baik terdapat 2 responden (8.7%) yang memiliki kepatuhan cuci tangan yang baik, 1 responden (4,3%) memiliki kepatuhan cuci tangan sedang dan sebanyak 20 responden (87%) memiliki kepatuhan cuci tangan yang kurang. Sebanyak 22 responden (100%) yang memiliki sikap cuci tangan yang sedang terdapat 4 responden (18.2%) memiliki kepatuhan cuci tangan yang baik, 0 responden (0%) memiliki kepatuhan cuci tangan sedang dan 18 responden (81.8%) memiliki

kepatuhan cuci tangan yang kurang. Sebanyak 5 responden (100%) memiliki sikap cuci tangan yang minimal dan kepatuhan cuci tangan yang kurang.

Menurut uji korelasi Pearson yang dilakukan, terdapat nilai P sebesar 0,686 ($P > 0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara sikap cuci tangan dengan kepatuhan cuci tangan.

3) Analisis Bivariat Pengetahuan Cuci Tangan dan Sikap Cuci Tangan

Tabel 4. 9 Hasil Analisis Bivariat Pengetahuan Cuci Tangan dan Sikap Cuci Tangan

Pengetahuan	Sikap Cuci Tangan								
	Baik	P (%)	Sedang	P (%)	Minimal	P (%)	Total	P (%)	P Value
Baik	12	55%	10	45%	0	0%	22	100%	0.001
Sedang	11	39%	12	43%	5	18%	28	100%	
Kurang	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	
Total	23	46%	22	44%	5	10%	50	100%	

Berdasarkan hasil uji korelasi Pearson didapatkan hasil 22 responden (100%) yang memiliki pengetahuan cuci tangan yang baik terdapat 12 responden (55%) memiliki sikap cuci tangan yang

baik, 10 responden (45%) memiliki sikap cuci tangan yang sedang dan 0 (0%) responden memiliki sikap cuci tangan yang kurang. Sebanyak 28 responden (100%) yang memiliki pengetahuan cuci tangan yang sedang ada 11 responden (39%) yang memiliki sikap cuci tangan yang baik, 12 responden (43%) memiliki sikap cuci tangan sedang dan 5 (18%) responden memiliki sikap cuci tangan yang kurang. Tidak terdapat responden yang memiliki pengetahuan cuci tangan yang kurang (0%).

Menurut uji korelasi Pearson yang dilakukan, terdapat nilai P sebesar 0,001 ($P < 0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara pengetahuan cuci tangan dengan sikap cuci tangan.

d. Analisis Multivariat

Tabel 4. 10 Hasil Analisis Multivariat Pengetahuan Cuci Tangan, Sikap Cuci Tangan dan Kepatuhan Cuci Tangan

Variabel	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig
	B	S.E	Beta		
Constant	5,416	3,388		1,599	0,117
Pengetahuan	-0,044	0,206	-0,035	-0,215	0,831
Sikap	-0,062	0,243	-0,042	-0,254	0,801

Berdasarkan uji statistik linier berganda didapatkan hasil nilai sig untuk pengaruh pengetahuan cuci tangan terhadap kepatuhan cuci tangan adalah sebesar $0,831 > 0,05$ dan nilai t hitung $-0,215 < t$ tabel 2,01174 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh antara pengetahuan cuci tangan dengan kepatuhan cuci tangan. Diketahui nilai sig untuk pengaruh sikap cuci tangan terhadap kepatuhan cuci tangan adalah sebesar $0,801 > 0,05$ dan nilai t hitung $-0,254 < t$ tabel 2,01174 , sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh antara

sikap cuci tangan dengan kepatuhan cuci tangan.

Adapun rumus persamaan regresi dalam analisis ini adalah sebagai berikut : $Y = 5,416 + (-0,044)X_1 + (-0,062)X_2$

Tabel 4. 11 Koefisien Determinasi

Model	Sig F Change	R	F Change	R Square
1	0,901	0,066	0,104	0,004

Pada koefisien determinasi menunjukkan nilai Sig F change sebesar 0,901 dimana nilai tersebut lebih besar dari 0,05 (sig F change > 0,05), maka artinya tidak ada hubungan pengetahuan dan sikap yang signifikan dengan kepatuhan cuci tangan. Pengaruh pengetahuan dan sikap terhadap kepatuhan cuci tangan jika dihitung dengan koefisiensi korelasi mempunyai nilai 0,066, hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap memiliki pengaruh yang sangat kecil terhadap kepatuhan cuci tangan. Kontribusi secara simultan variable pengetahuan dan

sikap cuci tangan terhadap kepatuhan adalah sebesar 0,004 atau 0,4% sedangkan 99,96% ditentukan oleh variable lain.

1. Sarana Pendukung Cuci Tangan di IGD

Tabel 4. 12 Koding hasil wawancara dengan tema sarana pendukung cuci tangan

Koding	Kategori	Subtema	Tema
<ul style="list-style-type: none"> - Sudah ada SPO(<i>IA+IB+IC+ID</i>) - SPO ada disemua ruang(<i>IA+IB+IE+IF</i>) - SPO ada di IGD(<i>IA+IB+IC+ID+IE</i>) - SPO dalam bentuk dokumen(<i>IC+IE+IF</i>) - SPO bentuk hardfile(<i>IB+IC+IE</i>) - SPO sesuai WHO(<i>ID+IE+IF</i>) - 5 momen cuci tangan(<i>IF</i>) - 6 langkah WHO(<i>IF</i>) - SPO belum terlaksana dengan baik di IGD(<i>ID+IF</i>) - Ada pelatihan rutin(<i>IA+ID+IE</i>) - Pelatihan oleh PPI RS(<i>IA+IE+IF</i>) - Pelatihan karyawan 	<ul style="list-style-type: none"> - Ada SPO - SPO sesuai WHO - SPO ada di IGD - Dalam bentuk dokumen atau hardfile - Pelatihan <i>In House Training</i> rutin - Pelatihan untuk karyawan baru - Refresh materi pada karyawan lama - Pamflet 	<ul style="list-style-type: none"> Ketersediaan SPO cuci tangan Sosialisasi cuci tangan kepada petugas kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> Sarana pendukung cuci tangan di IGD

Tabel 4.12 Koding hasil wawancara dengan tema sarana pendukung cuci tangan (lanjutan)

<ul style="list-style-type: none"> - baru(<i>IB+IC</i>) - Pelatihan rutin cuci tangan(<i>IB+IC+ID+IF</i>) - Refresh materi karyawan lama(<i>IA+IB+IC</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - atau stiker tentang cuci tangan 		
<ul style="list-style-type: none"> - Refresh rutin setahun sekali(<i>ID+IF</i>) - Ada sosialisasi lain(<i>IB+ID</i>) - Pamflet atau stiker cuci tangan(<i>IB+ID+IE</i>) - Pamflet tentang 5 moment(<i>IE+IF</i>) - Pamflet 6 langkah cuci tangan(<i>IE+IF</i>) - Pamflet didekat handwash dan handrub(<i>ID</i>) - Handrub dan handwash di IGD(<i>IA+IB+IE+IF</i>) - Handrub di tiap troli(<i>IA+IC+IE+IF</i>) - Handrub didekat bed pasien(<i>IB+IC+ID+IF</i>) - Handrub dimeja dokter dan perawat(<i>IC+ID+IF</i>) - Handwash didekat kamar mandi(<i>IA+IB+ID</i>) - Handwash ditiap sudut ruang(<i>IF</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Handrub disetiap troli tindakan - Handrub di meja dokter dan meja perawat - Handrub di dekat bed pasien - Handwash di beberapa titik 	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitas cuci tangan di IGD 	

Tabel 4.12 Koding hasil wawancara dengan tema sarana pendukung cuci tangan (lanjutan)

<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitas sesuai standart WHO(<i>IE</i>) - Monitoring dan penilaian rutin fasilitas(<i>IA+IE</i>) - Tidak ada keluhan(<i>IB+ID</i>) - Keluhan kadang handrub kosong(<i>IE+IF</i>) - Pengisian ulang handrub(<i>IA+IC</i>) - Fasilitas sudah cukup baik(<i>IA+IB+IC+ID+IF</i>) 			
--	--	--	--

- a. Ketersediaan Standar Prosedur Operasional (SPO) cuci tangan di IGD

Rumah sakit telah memiliki regulasi kebijakan SPO pada setiap pelayanannya. Menurut Informan A dan Informan B SPO tentang cuci tangan telah ada disetiap ruang atau setiap unit yang ada di rumah sakit.

“*Ada, ada SPO tentang cuci tangan..*”. (Informan A).
 “*Sudah ada SOPnya..*”. (Informan B)

Informan C dan Informan E menjelaskan bahwa SPO yang terdapat di IGD ada dalam bentuk dokumen yang disimpan serta dokumen hardfile yang ditempel di dinding.

“Ada, bentuknya dokumen...”. (Informan C)

“Iya sudah ada bentuknya seperti pamflet-pamflet yang ditempel di dinding”. (Informan E)

SPO cuci tangan yang ada di RS menurut Informan F telah sesuai dengan WHO seperti pada 5 momen cuci tangan dan 6 langkah cuci tangan. Komite PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) juga menyatakan bahwa rumah sakit telah memiliki regulasi mengenai cuci tangan yang salah satunya SPO cuci tangan yang sudah menganut WHO 2010.

“Di ruang IGD sudah ada SPO sudah sesuai dengan WHO untuk 5 momen dan 6 langkahnya”. (Informan F)

“Untuk cuci tangan kita sudah memiliki regulasi yang terakhir menggunakan guideline WHO 2010. SOP juga sudah ada di setiap ruangan berdasarkan WHO”. (Komite PPI)

Pernyataan dari para informan dan komite PPI menyatakan bahwa RS sudah memiliki regulasi SPO cuci tangan yang menganut WHO 2010. SPO tersebut

sudah ada diseluruh unit dalam bentuk dokumen hardfile.

b. Sosialisasi cuci tangan kepada petugas kesehatan di IGD

Sosialisasi atau pengenalan cuci tangan petugas kesehatan di rumah sakit dilakukan dengan mengadakan suatu pelatihan rutin *In House Training* (IHT) diadakan oleh tim PPI seperti yang dikatakan oleh Informan A dan Informan E .

“ *Setiap karyawan masuk sudah ada semacam in house training (IHT) tentang cuci tangan* “. (Informan A)

“*Selama ini kita rutin melakukan pelatihan-pelatihan, salah satunya adalah tentang cuci tangan...*”. (Informan E)

Pelatihan cuci tangan di RS tidak hanya dilakukan oleh karyawan baru saja tetapi juga dilakukan pada karyawan lama berupa *refresh* atau pengulangan materi yang rutin diadakan setahun sekali, hal ini seperti yang diungkapkan oleh Informan B yang dibenarkan oleh Sekretaris PPI.

“ *Karyawan yang sudah lama biasanya diadakan semacam refresh yang diadakan setiap tahun*”. (Informan B)

“ Untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas salah satunya dengan setiap karyawan kita lakukan orientasi IHT kita berikan IHT PPI pada karyawan baru.Refresh biasa kita setiap tahun kita lakukan”. (Sekretaris PPI)

Informan B, Informan D dan Kepala ruang IGD menyebutkan bahwa sosialisasi lain yang dilakukan oleh RS terkait cuci tangan adalah dengan menempel poster-poster atau pamflet-pamflet tentang cuci tangan di dinding. Poster atau pamflet tersebut berisi tentang 6 langkah cuci tangan dan 5 momen cuci tangan secara WHO yang diletakkan didekat handrub dan handwash.

“Disetiap wastafel ada poster cuci tangan, ditembok dekat handrub juga ada poster cuci tangan”. (Informan B)

“ Ya cuman ada tempelan-tempelan di dinding tentang cuci tangan yang isinya 5 moment cuci tangan dan 6 langkah cuci tangan WHO “. (Informan D)

“Pamflet bergambar tentang cuci tangan yang sudah ada di dekat handwash dan handrub”. (Kepala Ruang IGD)

Salah satu upaya pihak PPI RS dalam meningkatkan kepatuhan cuci tangan kepada petugas kesehatan dalah dengan melakukan sosialisasi atau pelatihan untuk seluruh karyawan baru dan karyawan

lama, serta menempelkan poster atau pamlet bergambar tentang cuci tangan didekat handrub dan handwash.

c. Fasilitas cuci tangan di IGD

Informan A dan Informan F menyebutkan bahwa fasilitas cuci tangan berupa handrub dan handwash sudah disediakan di ruang IGD. Handrub diletakkan disetiap troli tindakan, dimeja perawat, meja dokter, serta di dinding dekat bed pasien. Adanya handrub disetiap troli dan didekat pasien tersebut perawat diharapkan cuci tangan setelah melakukan tindakan. Handwash juga sudah disediakan di kamar mandi ruang IGD dan di sudut ruang IGD. Seperti yang dikatakan oleh Informan A dan F.

“Di setiap troli tindakan ada handrub dan dibeberapa sisi dinding IGD juga ada handrub, meja dokter dan perawat juga sudah ada handrub, kalau handwash ada di kamar mandi dan di setiap sudut ruang IGD”. (Informan A).

“Banyak handrub disetiap titik-titik kemudian disetiap troli tindakan seperti itu, kemudian di meja counter perawat dan dokter juga sudah ada”. (Informan F).

Informan E dan Sekretaris PPI mengatakan bahwa fasilitas cuci tangan RS sudah sesuai dengan standar WHO.

*“Sudah sesuai standart yang ada di WHO”. (Informan E)
“Sudah terpenuhi, karena semua bed sudah tersedia, semua troli. Handwashnya juga semua sudah tersedia di wastafel-wastafel itu sudah ada, air yang mengalir, sabun dan pengering juga sudah ada.” (Sekretris PPI).*

Komite PPI menambahkan bahwa diadakan monitoring dan penilaian rutin terhadap fasilitas cuci tangan.

“ Selalu kita monitoring termasuk juga bagaimana kondisi area itu apakah kondisinya bersih atau tidak, jadi memang penilaiannya itu kepatuhan sesuai dengan five moment sama fasilitas”. (Komite PPI).

Informan B menyatakan bahwa fasilitas yang diberikan sudah cukup baik karena sudah memadai dan mudah dijangkau. Komite PPI juga menjelaskan bahwa fasilitas cuci tangan yang dimiliki RS sudah baik sesuai standar yang ada di setiap bagian RS.

*“ Kalau fasilitas untuk cuci tangan kita sudah diberi fasilitas yang cukup baik”. (Informan .B)
“Fasilitas alhamdulillah memang selalu diatas 90%”. (Komite PPI)*

Informan F mengaku bahwa ada sedikit keluhan terkait fasilitas cuci tangan yaitu ada kalanya isi handrub habis, tetapi Informan A juga mengatakan bahwa handrub yang kosong akan ada pengisian secara rutin.

“Kalau keluhan yang berarti tidak ada, cuman kadang habis isi handrubnya”. (Informan F)

“Kadang ada yang kosong handrubnya cuman enggak sering sudah ada pengisian secara rutin”. (Informan A)

Menurut Kepala IGD, pengisian botol handrub memang sudah rutin dilakukan, jika isi botol handrub habis akan segera diisi ulang.

“Biasanya kalau sudah habis akan langsung diisi ulang dengan refill handrub yang disimpan di IGD”. (Kepala IGD)

Rumah sakit telah menyediakan fasilitas yang cukup baik sesuai standar yang ada sehingga memudahkan petugas medis untuk melakukan cuci tangan di IGD.

2. Proses Pelaksanaan Cuci Tangan di IGD

Tabel 4. 13 Koding hasil wawancara dengan tema pelaksanaan cuci tangan di IGD

Koding	Kategori	Subtema	Tema
<ul style="list-style-type: none"> - Belum cuci tangan disetiap 5 momen($IA+ID+IE+IF$) - Menyadari belum cuci tangan ditiap momen($IA+IB+IC$) - Tidak cuci tangan karena lupa($ID+IE$) - Tidak cuci tangan karena banyak pasien($IA+IB+IC$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan dalam 5 momen WHO masih kurang - Kepatuhan dalam 6 langkah masih kurang 	<p>Kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD</p>	<p>Pelaksanaan cuci tangan di IGD</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tidak cuci tangan karena pasien gawat($IB+IC$) - Kesadaran cuci tangan kurang($IA+IE+IF$) - Sudah cuci tangan 6 langkah($IB+IC+ID$) - Belum selalu 6 langkah($IA+IE+IF$) - Kepatuhan rendah di IGD($ID+IE+IF$) - Kepatuhan berkisar 60%(IE) - Kepatuhan perlu ditingkatkan($IA+IE+IF$) - Audit cuci tangan 	<ul style="list-style-type: none"> - Audit rutin disetiap ruangan - Audit dilakukan oleh tim PPI - Audit untuk perawat dilakukan disetiap unit kerja - Audit dokter secara individu - Hasil penilaian 	<p>Audit atau penilaian cuci tangan di IGD</p>	

Tabel 4.13 Koding hasil wawancara dengan tema pelaksanaan cuci tangan di IGD (lanjutan)

<p>oleh PPI RS($IA+IE+IF$)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Audit oleh IPCN dan IPCLN($IB+IC$) - Audit rutin tiap bulan($IA+IE+IF$) - Audit perawat ditiap ruang($IB+IE+ID$) - Audit dokter individu(IC) - Audit ruang dilaporkan ke PPI tiap bulan($ID+IE+IF$) - 1 IPCLN menilai 2 ruang(IE) - Penilaian dengan mengisi form di komputer($IB+IF$) - Penilaian tidak ada reward atau punishmen($IA+IB+IC$) - Penilaian masuk ke remunerasi($ID+IE+IF$) - Kepatuhan rendah remunerasi turun($ID+IE$) 	<p>audit masuk ke remunerasi</p>		
--	----------------------------------	--	--

a. Kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD

Informan D, E dan F mengatakan jika mereka belum selalu melakukan cuci tangan di setiap 5 momen cuci tangan.

“Kalau di IGD ndak mesti melakukan cuci tangan karena kendalanya banyak”. (Informan D)

“Kalau saya menyadari memang belum selalu cuci tangan”. (Informan E)

“Kalau menurut saya, saya sudah melakukan cuci tangan sesuai 5 moment tapi kadang juga masih lupa”. (Informan F)

Alasan petugas medis belum melakukan cuci tangan disetiap 5 momen adalah karena kondisi pasien di IGD yang ramai (*crowded*) serta keadaan pasien yang gawat darurat sehingga menyebabkan lupa untuk melakukan cuci tangan. Hal tersebut disampaikan oleh Informan A, B dan C.

“Karena di IGD kami crowded kemudian lupa jadi ya itu tidak melakukan handrub”. (Informan A)

“Karena sering kesusu, sering lupa, karena banyaknya pasien kadang lupa cuci tangannya”. (Informan B)

“Ya karena pasien terlalu banyak, ada pasien gawat nah otomatis kan harus segera di tangani nah saya lupa”. (Informan.C)

Komite PPI juga mengatakan bahwa kendala dalam pelaksanaan cuci tangan dikarenakan karena ramainya kunjungan di IGD yang menyebabkan petugas kesehatan kerepotan, Komite PPI juga mengatakan kesadaran petugas kesehatan juga sangat penting dalam pelaksanaan cuci tangan di IGD.

“Untuk kendala kondisi yang ramai membuat kerepotan ya, cuma secara kedisiplinan atau kesadaran itu juga mempengaruhi”. (Komite PPI)

Langkah cuci tangan berdasarkan WHO terdiri dari 6 langkah cuci tangan. Informan B, C dan D mengatakan mereka sudah melakukan cuci tangan sesuai 6 langkah WHO disetiap cuci tangan, akan tetapi Informan A mengakui terkadang masih belum selalu melakukan 6 langkah cuci tangan WHO.

“Terkadang masih belum selalu 6 langkah karena diburu waktu ya”. (Informan A)

“Sudah, kalau 6 langkah insyaallah selalu”. (Informan B)

“Iya sudah 6 langkah tapi terlupakan untuk pelaksanaannya disetiap momen”. (Informan C)

“Sudah, cuma 5 momennya yang kadang lupa”. (Informan D)

Komite PPI mengatakan bahwa pelaksanaan cuci tangan di IGD saat ini perlu ditingkatkan lagi mengingat nilai kepatuhannya yang lebih rendah dari ruang lainnya. Selama ini IGD mendapat nilai kepatuhan yang lebih rendah jika dibandingkan dengan ruang lain di RS. Menurut Komite PPI kepatuhan cuci tangan di IGD berkisar 60% bahkan bisa kurang, sementara kepatuhan cuci tangan di ruang lain bisa mencapai 90% an.

“Area-area yang agak crowded itu memang di IGD agak rendah kepatuhannya sekitar 60% bahkan bisa kurang ,ruang rawat inap bisa mencapai 90% an, sehingga memang perlu ditingkatkan lagi untuk kepatuhannya.”.
(Komite PPI)

Petugas kesehatan di IGD mengaku bahwa belum melaksanakan cuci tangan di setiap 5 momen cuci tangan yang dikarenakan kondisi IGD yang ramai dan gawat darurat sehingga menyebabkan lupa untuk cuci tangan. Enam langkah cuci tangan WHO sudah dilakukan oleh sebagian petugas kesehatan di IGD walaupun ada yang masih lupa dikarenakan kondisi

IGD tersebut. Angka kepatuhan cuci tangan di IGD masih rendah sehingga kepatuhan cuci tangan harus ditingkatkan lagi guna melindungi petugas kesehatan dan pasien dari infeksi nasokomial RS.

b. Penilaian cuci tangan petugas kesehatan di IGD

Informan A menyebutkan jika penilaian atau audit kepatuhan cuci tangan dilakukan oleh tim IPCN (*Infection Prevention Control Nurse*) dan IPCLN (*Infection Prevention Control Link Nurse*) rumah sakit secara rutin dan berkala. Penilaian untuk perawat dilakukan IPCLN di setiap ruang dimana perawat tersebut bertugas. Hasil kepatuhan cuci tangan untuk perawat adalah berupa nilai kepatuhan ruangan dimana perawat tersebut bertugas. Hasil penilaian kepatuhan cuci tangan tiap bulan akan dilaporkan ke IPCN. Sekretaris PPI menambahkan jika nilai kepatuhan cuci tangan untuk dokter dinilai secara individu sedangkan untuk perawat dinilai setiap ruangnya.

“Ada IPCN dan IPCLN disetiap unit yang berperan mengaudit terkait cuci tangan kemudian nanti setiap bulan juga akan ditarik”. (Informan A)

“ Penilaian dokter per by name tapi kalau petugas diruangan itu secara global, misalnyan ruang A ya satu ruangan itu yang menanggung, seperti itu.”. (Sekretaris PPI)

Informan E dan Sekretaris PPI menjelaskan bahwa IPCLN akan membuat penilaian serta laporan kepatuhan cuci tangan di ruang dimana ia bertugas setiap bulannya. Informan E menambahkan jika setiap ruang dinilai oleh perawat IPCLN yang bertugas diruangan itu dan IPCLN yang bertugas diruang lain, masing-masing IPCLN membuat penilaiannya sendiri kemudian dicocokkan hasilnya antara IPCLN diruang itu dengan IPCLN dari ruang lain yang menilai ruangnya.

“Untuk penilaian di RS ada IPCLN dan IPCN misalnya ruang IGD nanti dinilai IPCLN dari ruang IGD dan IPCLN dari ruang lain”. (Informan E)

“Diruangan itu kan ada namanya IPCLN, nah ini akan kita cross kan dengan ruangan lain, jadi 1 IPCLN akan mengaudit 2 ruangan, 1 ruang sendiri, 1 ruang yang lain”. (Sekretaris PPI)

Informan B dan F menyebutkan jika penilaian kepatuhan cuci tangan oleh IPCLN dilakukan dengan mengisi form yang sudah ada dikomputer

“Audit dengan memasukkan di komputer, jadi setiap bulan ada laporan yang akan diberikan ke IPCN.”. (Informan B)

“Ada formnya di komputer tinggal memasukkan hasilnya di computer yang nantinya tiap bulannya dilaporkan ke PPI”. (Informan F)

Penilaian kepatuhan cuci tangan yang dilakukan pihak RS akan berdampak pada sistem remunerasi ruangan tersebut. Informan D dan E mengatakan belum ada reward atau punishmen terkait kepatuhan cuci tangan hanya saja berpengaruh pada remunerasi. Kepala IGD menjelaskan jika nilai kepatuhan cuci tangan menurun akan berdampak pada pemotongan remunerasi ruangan tersebut.

“Reward nya gag ada siy cuman memperngaruhi remun saja”. (Informan D)

“Untuk rewardnya kita pengaruhnya ke remunerasinya aja.”. (Informan E)

“Kalau turun ini nanti ada pemotongan remunerasi tiap bulan”. (Kepala IGD)

Rumah sakit telah melakukan penilaian secara rutin terkait kepatuhan cuci tangan yang dilakukan oleh IPCN dan IPCLN PPI RS. Penilaian cuci tangan di RS merupakan salah satu kebijakan yang dilakukan agar cuci tangan dapat selalu dilakukan oleh petugas kesehatan di RS sebagai salah satu usaha untuk mengurangi penularan infeksi nasokomial.

3. Hambatan Pelaksanaan Cuci Tangan Petugas Kesehatan di IGD

Tabel 4. 14 Koding hasil wawancara dengan tema hambatan cuci tangan di IGD

Koding	Kategori	Subtema	Tema
- Sering lupa(<i>IA+IC+IF</i>) - Kurangnya kesadaran(<i>IA+ID+IF</i>) - Kedisiplinan yang kurang(<i>IF</i>) - Kondisi yang penuh dan ramai(<i>IC+IB+IE</i>) - Pasien tidak mau dirujuk(<i>IA+IC</i>) - Pasien menunggu hingga dapat kamar(<i>IB+ID</i>) - Pasien gawat darurat(<i>IE+IF</i>) - Mengutamakan keselamatan pasien(<i>ID+IE</i>)	- Kurangnya kesadaran petugas kesehatan di IGD - Kondisi IGD yang ramai dan penuh - Keadaan gawat darurat pasien yang datang - Ada beberapa	Hambatan-hambatan yang ada di IGD pada pelaksanaan cuci tangan	Hambatan cuci tangan di IGD

Tabel 4.14 Koding hasil wawancara dengan tema hambatan cuci tangan di IGD (lanjutan)

<ul style="list-style-type: none"> - Harus bekerja secara cepat(<i>IB+IF</i>) - Upaya RS menambah kamar(<i>IC+IE</i>) - Resosialisasi dan motivasi rutin untuk petugas(<i>IE+IF</i>) - Selalu diingatkan cuci tangan(<i>ID+IE+IF</i>) - Kesadaran perlu ditingkatkan(<i>IB+ID+IE</i>) 	<p>upaya untuk meminimalisir hambatan yang ada</p>		
--	--	--	--

Pelaksanaan cuci tangan di IGD banyak mengalami hambatan atau kendala. Informan A mengatakan bahwa hambatan dalam pelaksanaan cuci tangan di IGD adalah kondisi di IGD yang ramai sehingga menyebabkan petugas kesehatan lupa untuk cuci tangan sedangkan Informan F menambahkan selain kondisi IGD yang ramai, kedisiplinan petugas kesehatan juga menjadi penghambat dalam pelaksanaan cuci tangan.

“Hambatannya keterkaitan dari manusianya bisa mungkin lupa, keadaan kondisinya IGD yang ramai banyak pasien”. (Informan A)

“Karena kita terlalu fokus melakukan tindakan dan keadaan di IGD sendiri ya yang ramai, tapi yang lebih utama ya karena kurangnya kedisiplinan petugas dalam melaksanakannya”. (Informan F)

Selain karena kurangnya kesadaran petugas kesehatan dan kondisi IGD yang ramai yang menyebabkan petugas kesehatan lupa untuk cuci tangan, Informan B dan E menambahkan keadaan gawat darurat juga menjadi hambatan dalam pelaksanaan cuci tangan di IGD karena petugas kesehatan sendiri akan berusaha mengutamakan keselamatan pasien.

“Kesadaran petugasnya yang sering lupa, kondisi IGD yang memang ramai, keadaan yang gawat darurat jadinya untuk cuci tangan ya memang lupa karena kita mikirnya mendahulukan pasien dulu”. (Informan B)

“Kondisi situasi yang emergency, crowdednya IGD, dan mungkin karena kesadaran masing-masing personil yang kurang”. (Informan E)

Menurut Komite PPI hambatan atau kendala dalam pelaksanaan cuci tangan di IGD adalah kurangnya kedisiplinan dan kesadaran petugas medis, selain itu kondisi IGD yang menuntut harus bekerja secara cepat juga dapat menjadikan kendala dalam cuci tangan. Komite PPI juga mengatakan bahwa para petugas kesehatan sebenarnya paham tentang keharusan cuci tangan dan dampak jika tidak mencuci tangan.

“Kalau kita menganalisa mungkin ya itu kesadaran sih kemudian juga harus cepet-cepet, secara umum beliau paham karena ini memang kurang aman kalau dia tidak cuci tangan tapi karena ada stressing nya itu maka terjadilah seperti itu”. (Komite PPI)

Menurut Informan A keadaan IGD yang ramai disebabkan oleh karena banyaknya pasien yang tidak mau dirujuk ke rumah sakit dan tidak adanya tempat untuk merujuk. Informan C menyebutkan, bahwa pasien yang ada di IGD tidak mau dirujuk jika kamar penuh, mereka lebih memilih untuk menunggu di IGD sampai dapat kamar, kemudahan akses BPJS di IGD juga menyebabkan penuhnya pasien di ruang IGD RS.

“Biasanya karena faktor tidak mau dirujuk dan tidak ada tempat untuk kami merujuk”. (Informan A)

“Crowdednya karena banyak yang datang, akses bpjs sangat mudah, pasien-pasien yang harusnya dirujuk ketika ditawarkan untuk dirujuk tapi mereka tidak mau mereka malah memilih menunggu sampai dapat kamar”. (Informan C)

Menurut Komite PPI, banyaknya pasien di IGD yang menyebabkan kondisi *crowded* atau penuh dapat menurunkan standar-standar yang lainnya seperti cuci tangan. Adanya sebab tersebut, pihak RS sudah

menambahkan kamar untuk rawat inap baru dan juga menambahkan ruang transit untuk pasien yang menunggu di IGD.

“Banyaknya pasien yang ada di IGD mungkin karena kamar yang penuh lalu pasien tidak mau pindah atau dirujuk sehingga menjadikan IGD crowded, kondisi yang seperti itu bisa menurunkan standar yang lainnya”. (Komite PPI)

Komite PPI menjelaskan bahwa selama ini sudah berupaya dalam meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD dengan cara melakukan resosialisasi dan motivasi secara rutin. Sekretaris PPI juga mengatakan pihak PPI selalu mengingatkan akan pentingnya cuci tangan sebagai cara termudah memutuskan rantai penularan penyakit.

“Untuk selama ini yang selalu kita lakukan resosialisasi dan motivasi, fasilitas sudah kita lengkapi. Kita selalu memotivasi teman-teman bahwa memberikan pelayanan yang safety aman”. (Komite PPI)

“Kalau kita ya selalu berupaya untuk mengingatkan cuci tangan itu penting karena cuci tangan itu kan usaha paling mudah ya untuk memutus rantai penularan penyakit”. (Sekretaris PPI)

Kepala IGD menjelaskan bahwa selalu mengingatkan dan menekankan pentingnya cuci tangan

untuk keselamatan diri sendiri serta untuk keselamatan pasien, selain itu juga menegur petugas kesehatan yang tidak disiplin dalam cuci tangan. Informan F menambahkan bahwa disetiap kegiatan rutin IGD akan saling mengingatkan tentang pelaksanaan cuci tangan antar petugas kesehatan.

“Ya kita tetap tekankan kepada teman-teman karena kita juga harus mengingat keselamatan baik untuk diri kita maupun untuk pasien”. (Kepala IGD)

“Setiap kita adakan kegiatan rutin misalnya rapat seperti itu, kita mengingatkan teman-teman untuk cuci tangan sesuai 5 momen seperti itu”. (Informan F)

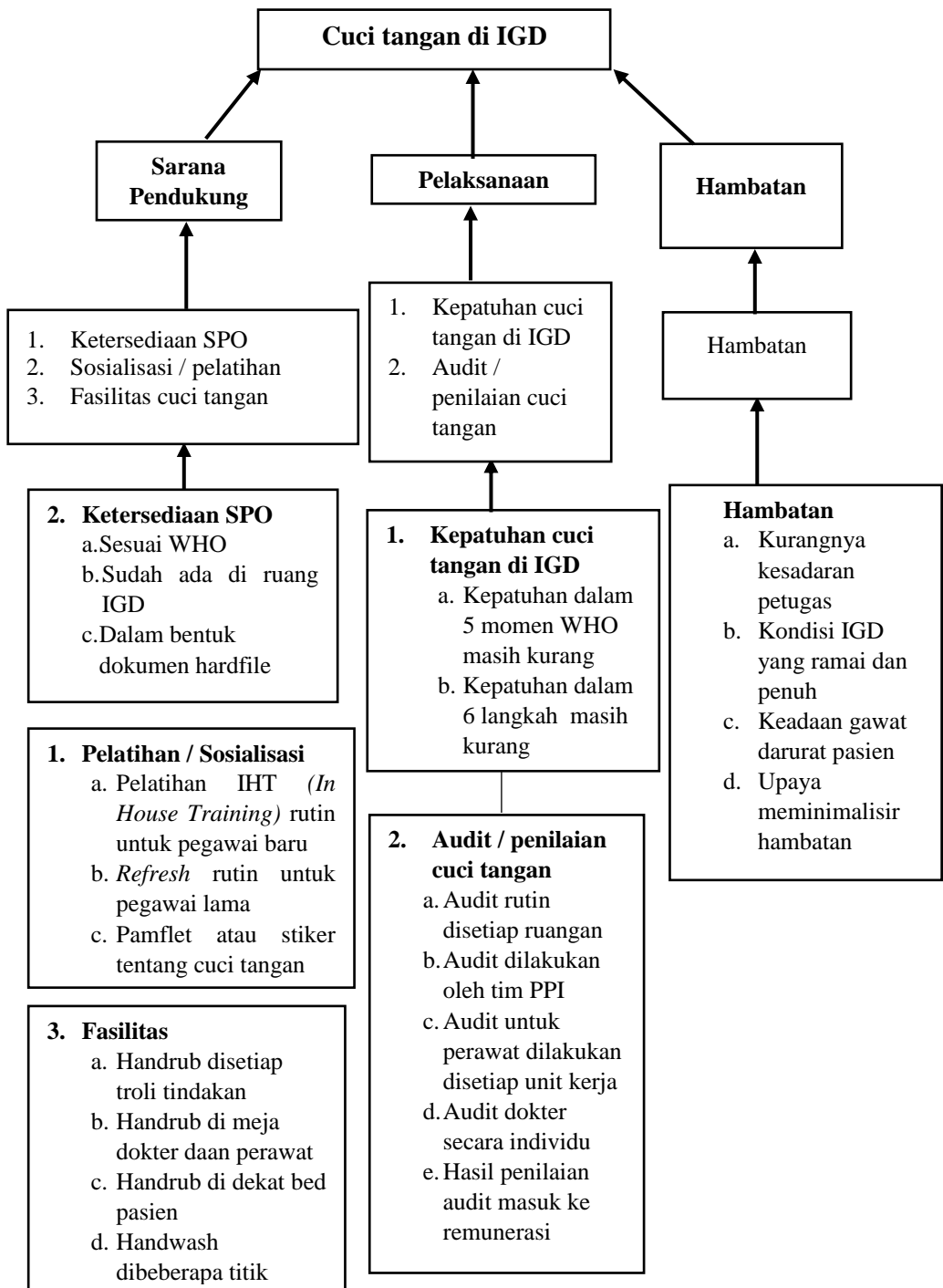
Informan B dan E mengatakan bila kesadaran petugas kesehatan perlu ditingkatkan untuk mengurangi hambatan dalam pelaksanaan cuci tangan di IGD

“Ya untuk kita harusnya lebih aware lagi terkait pentingnya cuci tangan selain itu mungkin dengan penambahan jumlah kamar bisa sedikit membantu”. (Informan B)

“Sebenarnya itu ditekankan pada diri sendiri ya itu perlu kesadaran yang lebih”. (Informan E)

Pelaksanaan cuci tangan di IGD memang tidak terlepas dari adanya hambatan atau kendala yang ada. Hambatan cuci tangan di IGD seperti yang sudah

dijelaskan oleh petugas kesehatan yang bertugas di IGD terdiri dari beberapa hal, diantaranya adalah kurangnya kedisiplinan dari petugas kesehatan dalam pelaksanaan cuci tangan yang sesuai dengan SPO yang ada, kondisi IGD yang ramai yang disebabkan oleh beberapa penyebab seperti mudahnya akses BPJS di IGD, tidak ada tempat untuk merujuk pasien, banyaknya pasien dengan indikasi rawat inap yang tidak mau dirujuk atau dipindah ke rumah sakit lain. Selain itu, adanya pasien yang gawat darurat tidak lepas menjadi salah satu hambatan cuci tangan di IGD karena petugas medis diuntut untuk bekerja secara cepat menangani pasien gawat darurat yang akhirnya menyebabkan lupa untuk cuci tangan.



Gambar 4.5 Analisis Data Kualitatif Cuci Tangan di IGD RS Swasta di Surakarta

B. Pembahasan

1. Analisis Pengetahuan, Sikap dan Kepatuhan Cuci Tangan, Petugas Kesehatan di IGD

Menurut Notoadmojo (2007) individu dengan pengetahuan yang baik akan termotivasi meningkatkan perilaku kesehatan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pengetahuan petugas kesehatan mengenai hand hygiene sudah cukup baik sehingga petugas kesehatan diharapkan mempunyai perilaku kepatuhan cuci tangan yang baik pula. Berdasarkan data yang diperoleh dari penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan cuci tangan petugas kesehatan di IGD sudah cukup baik dengan 56% memiliki pengetahuan yang sedang, 44% memiliki pengetahuan yang baik dan 0% memiliki pengetahuan yang kurang. Pengetahuan tentang cuci tangan petugas kesehatan di IGD memiliki rata-rata 73,44% yang artinya pengetahuan petugas kesehatan adalah sedang. Hasil ini sama dengan hasil penelitian dari Shinde (2015) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan cuci tangan

petugas kesehatan adalah sedang dengan nilai rata-rata 74%. Notoadmojo (2010) menyebutkan bahwa pengetahuan yang baik akan menciptakan perilaku yang baik pula. Pengetahuan petugas kesehatan yang bagus disebabkan karena pihak RS telah melakukan sosialisasi dan pelatihan cuci tangan terhadap seluruh karyawan secara rutin.

Sikap cuci tangan petugas kesehatan sebanyak 50 responden di IGD pada penelitian ini menunjukkan bahwa 46% petugas kesehatan memiliki sikap yang baik dalam cuci tangan, 44% memiliki sikap yang sedang dan 10% memiliki sikap yang kurang tentang cuci tangan. Pada penelitian ini sikap cuci tangan petugas kesehatan di IGD menunjukkan nilai yang sedang dengan nilai 64,6%. Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sinda (2015) yang menunjukkan bahwa sikap cuci tangan petugas kesehatan masih rendah. Azwar (2011) menyebutkan bahwa sikap mempengaruhi seseorang dalam berperilaku dan melakukan sesuatu.

Penelitian ini menunjukkan bahwa kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD tergolong rendah dengan angka 42%. Kepatuhan cuci tangan diamati disetiap 5 momen cuci tangan, selain itu diamati juga diamati apakah cuci tangan sudah sempurna 6 langkah cuci tangan WHO atau belum. Angka kepatuhan yang rendah disebabkan oleh beberapa hambatan dalam pelaksanaan cuci tangan di IGD. Rendahnya angka kepatuhan petugas kesehatan di IGD sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Zottele (2017) yang menyimpulkan bahwa angka kepatuhan petugas kesehatan di IGD sebesar 54,2%. Penelitian yang dilakukan oleh Muller (2015) juga menjelaskan bahwa angka kepatuhan cuci tangan di ruang IGD rata-rata adalah 29%.

2. Analisis Pengaruh Pengetahuan Cuci Tangan Terhadap Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Kesehatan di IGD

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji korelasi Pearson didapatkan nilai P sebesar 0,703 ($P > 0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada

pengaruh yang signifikan antara pengetahuan tentang cuci tangan dengan kepatuhan cuci tangan. Ini berbeda dengan apa yang dikatakan oleh Green dan Kreuter (2005) yaitu bahwa perilaku dibentuk oleh pengetahuan serta faktor-faktor yang lain yang juga mempengaruhi perilaku adalah kepercayaan, sikap, keyakinan nilai, lingkungan fisik, tersedia atau tidak fasilitas dan sarana. Penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2014) yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku hand hygiene. Selain itu pada penelitian yang dilakukan oleh Jumaa (2005) dimana petugas kesehatan menyadari adanya rekomendasi untuk melakukan cuci tangan tetapi baik pengetahuan dan pendidikan tidak bisa memotivasi penerapan cuci tangan yang menyebabkan rendahnya tingkat kepatuhan cuci tangan. Di pihak lain, hasil penelitian ini tidak sesuai dengan WHO (2009) bahwa kurangnya pengetahuan tentang hand hygiene merupakan salah satu hambatan untuk melakukan hand hygiene sesuai rekomendasi.

Secara teori pengetahuan yang baik akan menciptakan perilaku yang baik sedangkan dalam penelitian ini menunjukkan sebaliknya. Dalam hal ini menjelaskan terdapat beberapa faktor lain yang berhubungan dengan perilaku selain pengetahuan, yaitu faktor pendukung dan faktor penguat (Notoadmojo, 2010).

Penelitian ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan dengan tingkat pengetahuan yang baik tentang cuci tangan akan tetapi hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan saja tidak cukup mempengaruhi kepatuhan petugas kesehatan di IGD dalam menerapkan kepatuhan cuci tangan. Ada faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan penerapan cuci tangan meskipun pengetahuan petugas kesehatan sudah baik seperti banyaknya hambatan cuci tangan yang ada di IGD. Pada penelitian ini petugas kesehatan mengakui bahwa kepatuhan cuci tangan masih kurang yang disebabkan oleh beberapa hambatan.

3. Analisis Pengaruh Sikap Cuci Tangan Terhadap Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Kesehatan

Pada analisis penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara sikap cuci tangan petugas kesehatan dengan kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD dengan nilai nilai P sebesar 0,686 ($P>0,05$). Hasil ini tidak sesuai dengan apa yang dikatakan Azwar (2011) yang mengatakan bahwa sikap mempengaruhi seseorang dalam berperilaku dan melakukan sesuatu. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Ningsih (2012) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara sikap dengan perilaku *hand hygiene*. Sementara itu penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2014) yang menyatakan terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku *hand hygiene*.

Sikap merupakan salah satu faktor predisposisi perilaku bersama pengetahuan, nilai-nilai dan kepercayaan. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau perilaku. Sikap yang baik akan memberi pengaruh yang

positif terhadap suatu tindakan (Notoadmojo, 2007). Teori tersebut tidak sesuai dengan hasil penelitian ini karena mayoritas responden memiliki sikap cuci tangan yang baik tapi memiliki kepatuhan cuci tangan yang rendah atau minimal. Tidak sesuainya teori tersebut karena perilaku kepatuhan tidak hanya dipengaruhi oleh sikap saja seperti yang dikatakan oleh Green dan Kreuter (2005) bahwa perilaku dibentuk oleh pengetahuan, kepercayaan, sikap, keyakinan nilai, lingkungan fisik, tersedia atau tidak fasilitas dan sarana.

4. Analisis Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Cuci Tangan Terhadap Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Kesehatan di IGD

Penelitian ini menyimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara pengetahuan dan sikap cuci tangan petugas kesehatan di IGD dengan nilai nilai taraf signifikan sebesar 0,901 dimana $P > 0,05$. Untuk berperilaku patuh dalam melakukan cuci tangan bukan hanya dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap saja

melainkan dipengaruhi beberapa faktor. Menurut Green dan Kreuter (2005) perilaku dibentuk oleh beberapa faktor yang meliputi 1) faktor predisposisi terdiri dari pengetahuan, kepercayaan, sikap, keyakinan dan nilai, 2) faktor pendukung terdiri dari lingkungan fisik, tersedia dan tidak sarana serta fasilitas dan 3) faktor pendorong yang merupakan penguat terhadap timbulnya sikap dan niat dalam berperilaku. Kepatuhan cuci tangan juga sangat dipengaruhi oleh adanya hambatan dalam cuci tangan seperti iritasi pada kulit, fasilitas yang tidak terlihat dan susah dijangkau, kurangnya sabun, tisu dan handuk yang tersedia, kurangnya waktu atau terlalu sibuk, lebih memprioritaskan pelayanan, hand hygiene dianggap mengganggu hubungan tenaga kesehatan dengan pasien, menganggap bahwa resiko tertular infeksi dari pasien rendah, anggapan penggunaan sarung tangan menyingkirkan kebutuhan hand hygiene, kurangnya pengetahuan tentang protokol atau guideline hand hygiene, kurangnya pengalaman serta pendidikan, kurangnya

penghargaan dan motivasi, kurangnya panutan dari rekan atau atasan, skeptis pada nilai hand hygiene, tidak sependapat terhadap rekomendasi hand hygiene, kurangnya informasi yang ilmiah tentang dampak peningkatan hand hygiene untuk mengurangi kejadian HAIs (WHO, 2009)

Pada wawancara yang dilakukan oleh para informan menyebutkan bahwa kepatuhan cuci tangan mereka memang kurang yang disebabkan oleh beberapa penyebab yang ada di ruang IGD seperti ramainya angka kunjungan di IGD yang menyebabkan menumpuknya pasien di IGD, keadaan gawat darurat yang sering mereka temui, serta kurangnya kesadaran petugas kesehatan dalam melakukan cuci tangan untuk menghindari penularan penyakit nasokomial.

5. Sarana Pendukung Cuci Tangan

a. Ketersediaan SPO

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di RS tersebut telah memiliki suatu kebijakan dan regulasi

yang salah satunya adalah dengan adanya SPO (Standar Prosedur Operasional) tentang cuci tangan. SPO tersebut sangatlah penting untuk terlaksananya suatu kegiatan internal rumah sakit yang terstruktur dengan baik. Peraturan atau undang-undang yang dibuat RS juga harus di lengkapi dengan sebuah dokumen kebijakan dan petunjuk teknis yang dirancang guna memudahkan pelaksanaan peraturan tersebut. Pada Undang-Undang RI yang menjelaskan tentang rumah sakit Pasal 29 UU No 44 tahun 2009, menyatakan bahwa rumah sakit wajib menyusun dan melaksanakan internal rumah sakit (*hospital by laws*) (Undang-Undang RI, 2009). Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai dengan SPO yang berlaku seperti yang dijelaskan pada pasal 13 ayat 3 (Undang-Undang RI, 2009).

SPO tentang cuci tangan yang dimiliki RS sudah sesuai dengan paduan cuci tangan WHO 2010. SPO yang ada sudah tertuang dalam bentuk suatu dokumen

baik dokumen *soft file* maupun *hardfile* yang ditempel disetiap ruang RS agar mudah dibaca, diingat serta dilaksanakan oleh para petugas terutama petugas kesehatan. Rendahnya kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD menunjukkan bahwa SPO yang ada belum dilaksanakan secara maksimal. Hal tersebut telah diungkapkan oleh para informan bahwa SPO yang ada belum dilaksanakan secara maksimal dan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan salah satunya dengan adanya kesadaran para petugas kesehatan untuk melaksanakan SPO secara maksimal. Menurut para informan alasan untuk tidak melaksanakan SPO secara maksimal di IGD adalah adanya beberapa hambatan cuci tangan di IGD. Untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan pihak PPI, kepala ruang serta para petugas kesehatan yang ada di IGD sering saling mengingatkan akan SPO dan pentingnya cuci tangan.

b. Sosialisasi / pelatihan

Sosialisasi rutin terkait cuci tangan telah menjadi salah satu kebijakan RS untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan. Sosialisasi yang telah dilakukan pihak PPI RS adalah dengan melakukan pelatihan atau yang disebut IHT (*In House Training*) dimana salah satu materi adalah cuci tangan yang diberikan pada setiap karyawan baru saat pertama kali masuk dan IHT rutin setiap tahun yang diberikan kepada karyawan lama. Selain itu juga ada poster atau pamflet yang diletakkan disudut-sudut ruang atau tembok RS sebagai sarana sosialisasi cuci tangan baik untuk karyawan RS maupun untuk pasien dan penunggu pasien. Adanya sosialisasi rutin yang dilakukan pihak PPI RS maka tentunya akan menambah pengetahuan petugas kesehatan terkait cuci tangan, sehingga tidak heran jika pengetahuan dan sikap petugas kesehatan di IGD tentang cuci tangan tergolong sedang hingga baik. Randle (2006)

mengatakan bahwa sosialisasi dengan cara pelatihan atau penyuluhan dan dengan menggunakan poster pada petugas kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan cuci tangan secara nyata dari 32% menjadi 63%.

c. Fasilitas cuci tangan

Hasil wawancara beberapa informan meenjelaskan bahwa fasilitas cuci tangan di RS telah memadai dan sesuai dengan standar. Informan mengatakan bahwa setiap troli tindakan, meja perawat, meja dokter dan di dekat bed pasien yang ada di IGD sudah terpasang handrub. Selain itu di beberapa sudut ruang IGD dan di kamar mandi juga sudah ada handwash yang dilengkapi dengan air bersih yang mengalir dari kran, sabun dan pengering berupa tissue bersih. Pengecekan dan monitoring secara teratur telah dilakukan terkait fasilitas cuci tangan seperti melakukan monitoring rutin terhadap kondisi air, sabun, ketersediaan tissue dan bahkan

dilakukan monitoring terhadap kebersihan disekitar wastafel untuk handwash. Keluhan terkait fasilitas, informan hanya mengatakan bahwa kadang isi handrub habis tau kosong tapi itu bukan menjadi keluhan yang penting karena jika handrub kosong akan segera diisi. Fasilitas yang sesuai standar akan memudahkan para petugas medis untuk melakukan cuci tangan yang baik dan tepat. Pada penelitian ini bisa disimpulkan jika rendah kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD bukan disebabkan oleh fasilitas cuci tangan di RS karena fasilitas yang ada sudah sesuai standar dan dirasakan para petugas kesehatan sudah cukup baik. Menurut (Randle et al., 2006) ketersediaan fasilitas hand hygiene juga mempengaruhi kepatuhan petugas kesehatan terhadap hand hygiene.

6. Pelaksanaan Cuci Tangan

a. Kepatuhan cuci tangan di IGD

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa

kepatuhan petugas kesehatan di IGD masih rendah hanya mencapai 42%. Kepatuhan dinilai dengan cara observasi yang dilakukan oleh observer saat ada kesempatan cuci tangan di 5 momen cuci tangan, selain itu dinilai pula langkah cuci tangan apakah sudah sesuai dengan 6 langkah WHO atau belum. Selain dinilai dengan observasi, informan yang merupakan petugas kesehatan di IGD dalam wawancara memang mengakui bahwa belum selalu melakukan cuci tangan di setiap ada kesempatan cuci tangan. Para petugas kesehatan yang menjadi informan mengatakan alasan belum melakukan cuci tangan disetiap ada kesempatan cuci tangan adalah karena lupa. Menurut mereka lupa untuk cuci tangan disebabkan karena beberapa penyebab seperti keadaan IGD yang ramai pasien serta keadaan pasien yang gawat darurat. Informan PPI menyebutkan bahwa angka kepatuhan cuci tangan di IGD memang selalu rendah bila dibandingkan dengan ruang atau unit

lainnya, hal ini disebabkan hambatan cuci tangan di IGD memang lebih banyak dibanding dengan ruang lain seperti ruang rawat inap. Kepatuhan hand hygiene dapat ditingkatkan dengan memperhatikan hal-hal antara lain: usia, pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, pengawasan, kebijakan, tenaga kerja, fasilitas, serta niat atau intention. Seperti yang dilaporkan (Randle et al., 2006) bahwa pengetahuan sangatlah berpengaruh terhadap pelaksanaan hand hygiene sehingga dengan adanya sosialisasi atau pelatihan cuci tangan diharapkan akan meningkatkan pengetahuan cuci tangan para petugas kesehatan yang pada akhirnya akan meningkatkan kepatuhan cuci tangan.

Perilaku yang tidak patuh pada cuci tangan dapat disebabkan beberapa hal, menurut Notoadmojo (2007) untuk terbentuknya adopsi perilaku atau perilaku baru membutuhkan beberapa tahapan yaitu kesadaran, tertarik, menimbang-nimbang, mencoba dan adopsi. Perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap seperti

yang sudah dijelaskan. Bila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui sebuah proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, serta sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bertahan lebih lama atau langgeng (*long lasting*), tetapi jika perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka perilaku tersebut tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003). Pada penelitian ini didapatkan bahwa kesadaran petugas kesehatan untuk cuci tangan memang masih kurang sehingga perilaku patuh juga masih kurang. Selain itu ketidakpatuhan petugas kesehatan terhadap cuci tangan bisa disebabkan oleh adanya persepsi resiko, persepsi risiko adalah penilaian subjektif dari kemungkinan terjadinya suatu akibat dan seberapa besar perhatian individu akan konsekuensinya (Sjoberg, Moen, & Rundmo, 2004). Dalam mengambil keputusan untuk melanggar atau tidak melakukan dipengaruhi persepsi risikonya apabila menjalankan tindakan tersebut. Umumnya

seseorang tidak akan mengambil keputusan untuk melakukan suatu tindakan yang dipersepsi sebagai berisiko tinggi, bahkan sangat tinggi sehingga akan berdampak pada terancamnya keselamatan diri sendiri dan orang lain. Namun tidak jarang pula persepsi mereka salah. Orang tersebut mempersepsikan risiko yang lebih kecil daripada risiko yang sebenarnya. Petugas kesehatan yang tidak melakukan cuci tangan mungkin mempersepsi risiko yang rendah dari keputusan untuk tidak cuci tangan yang sebenarnya memiliki risiko tinggi dalam terjadinya HAIs. Persepsi risiko mengenai suatu kondisi berbeda-beda antara satu individu dengan individu lain. Suatu kondisi yang dianggap sebagai berisiko tinggi oleh individu yang satu dapat dipersepsi sebagai berisiko rendah oleh individu lainnya (Ropeik & Siovic, 2003).

b. Audit atau penilaian cuci tangan

Pihak PPI RS telah memiliki suatu kebijakan untuk melakukan audit atau penilaian cuci tangan

secara rutin sebagai salah satu usaha untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan para petugas cuci tangan. IPCN PPI RS dibantu dengan IPCLN akan melakukan penilaian secara rutin setiap bulan. IPCLN akan melakukan penilaian kepatuhan cuci tangan per ruangan atau per unit dimana dia bertugas, selain itu IPCLN tersebut juga bertugas melakukan penilaian di ruang atau unit lainnya. Jadi 1 orang IPCLN bertugas menilai kepatuhan cuci tangan diruang dia bertugas dan diruang lainnya. Hasil dari penilaian tersebut dimasukkan secara online lewat komputer ruangan yang hasil akhirnya akan dikirimkan ke pihak PPI setiap bulannya.

Penilaian yang dilakukan RS terkait kepatuhan cuci tangan masuk kedalam komponen remunerasi dimana bila angka kepatuhan cuci tangan diruangan tersebut baik remunerasi tidak akan dipotong, sebaliknya bila angka kepatuhan cuci tangan di ruang tersebut rendah maka remunerasi akan dipotong

untuk para petugas kesehatan diruang tersebut.

7. Hambatan Cuci Tangan

Angka kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di IGD pada penelitian ini menunjukkan angka yang rendah. Para informan wawancara yang merupakan petugas kesehatan di IGD mengaku bahwa rendahnya angka kepatuhan cuci tangan di IGD disebabkan oleh beberapa hambatan. Hambatan yang pertama adalah kondisi IGD yang ramai pasien sehingga mereka akan lupa untuk cuci tangan, bahkan informan dari PPI mengatakan bahwa jika keadaan IGD ramai, tidak hanya standar cuci tangan saja yang turun tapi juga akan menurunkan standar yang lainnya juga. Alasan kedua adalah karena seringkali ada pasien yang gawat darurat sehingga mereka akan lebih fokus dalam menyelamatkan nyawa pasien tersebut. Alasan ketiga adalah karena memang kurangnya kesadaran petugas kesehatan dalam melakukan cuci tangan disetiap ada kesempatan. Kesadaran inilah yang menurut para informan adalah penyebab atau hambatan

utama rendahnya kepatuhan cuci tangan di IGD. Penelitian yang dilakukan oleh Muller (2015) menyatakan bahwa rendahnya angka kepatuhan cuci tangan di IGD ada hubungannya dengan keramaian atau kepadatan yang ada di IGD, oleh karena itu diperlukan strategi untuk mengurangi atau meminimalisir keramaian tersebut agar meningkatkan kepatuhan cuci tangan. Menurut Kampf (2009) ada berbagai alasan mengapa petugas kesehatan tidak melakukan cuci tangan yaitu karena kurangnya pengetahuan mengenai situasi klinis, kurangnya ketersediaan fasilitas atau tidak adanya bahan disinfektan, kurangnya waktu sehingga cuci tangan sering tidak dilakukan, karena meningkatnya tekanan kerja atau faktor lingkungan seperti kekurangan staff dan karena iritasi pada kulit atau masalah kulit lainnya seperti kulit kering, rasa terbakar pada kulit.

Untuk meminimalisir hambatan yang ada, telah dilakukan beberapa upaya yang sudah dilakukan seperti selama ini melakukan resosialisasi atau sosialisasi ulang

secara rutin setiap tahun. Selain itu pihak PPI juga akan selalu mengingatkan akan pentingnya cuci tangan sebagai cara termudah memutuskan rantai penularan penyakit. Tidak hanya dari PPI saja, kepala ruang akan selalu mengingatkan dan menekankan pentingnya cuci tangan untuk keselamatan diri sendiri serta untuk keselamatan pasien, selain itu kepala ruang juga akan menegur petugas kesehatan yang tidak disiplin dalam cuci tangan.

Upaya lainnya yang telah dilakukan adalah dengan upaya penambahan kamar rawat inap, karena salah satu alasan ramainya IGD adalah karena banyaknya pasien yang tidak mau pindah atau dirujuk saat kamar rawat inap penuh. Pasien lebih memilih untuk menunggu di IGD hingga ada kamar yang kosong. Penambahan kamar sebenarnya bukan merupakan suatu jalan keluar yang mutlak untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan, akan tetapi upaya tersebut dilakukan untuk meminimalisir hambatan yang ada dengan harapan kepatuhan cuci tangan akan meningkat. Menurut Zottele (2017) dengan melakukan beberapa pendekatan multidisiplin bisa

menjadi strategi penting untuk membentuk keadaran dan komitmen untuk mengembangkan pembelajaran dan penerapan praktik kebersihan tangan.

8. Evaluasi Pelaksanaan Cuci Tangan Petugas Kesehatan di IGD

a. Pelaksanaan cuci tangan petugas kesehatan di IGD

Sudah ada SPO mengenai cuci tangan yang seharusnya dijalankan secara maksimal oleh setiap petugas kesehatan di RS, SPO yang dimiliki sudah sesuai dengan WHO tentang cuci tangan. Setiap ruang telah memiliki SPO dalam bentuk dokumen dan sudah tertempel di setiap ruang. Selain SPO rumah sakit sudah melakukan sosialisasi berupa pelatihan yang dilakukan secara rutin untuk semua karyawan baru dan karyawan lama. Selain itu PPI juga memasang poster atau pamflet yang ditempel di dinding dekat handrub dan handwash agar petugas kesehatan selalu mengingat tentang cuci tangan. Fasilitas cuci tangan yang dimiliki RS sudah sesuai dengan standar WHO dan sudah dirasakan cukup baik untuk cuci tangan

oleh para petugas kesehatan. Kepatuhan cuci tangan petugas di IGD tergolong rendah, hal itu didapatkan dari hasil observasi dan dari wawancara informan. Para informan mengakui bahwa masih belum melakukan cuci tangan yang baik disetiap ada kesempatan cuci tangan. Alasan belum melakukan cuci tangan disetiap kesempatan adalah karena adanya beberapa hambatan yang membuat lupa untuk melakukan cuci tangan. Salah satu upaya untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan, PPI Rs telah melakukan audit atau penilaian terhadap kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan secara rutin sebulan sekali. Penilaian dilakukan oleh IPCN dan IPCLN disetiap ruang atau unit.

b. Faktor penghambat dalam melakukan cuci tangan di IGD

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap cuci tangan petugas kesehatan di IGD sudah cukup baik akan tetapi angka kepatuhan

cuci tangan masih rendah. Hal ini disebabkan karena walaupun pengetahuan dan sikap cuci tangan tinggi tapi dalam pelaksanaannya banyak hambatan yang ada di ruang IGD. Hambatan tersebut adalah ramai kondisi IGD yang dikarenakan banyaknya pasien yang masuk ke IGD yang membuat para petugas kesehatan lupa untuk cuci tangan. Hambatan kedua adalah sering kali adanya pasien gawat darurat yang menyebabkan petugas kesehatan lebih fokus melakukan tindakan penyelamatan segera untuk menyelamatkan nyawa pasien. Hambatan terakhir adalah karena kurangnya kesadaran petugas kesehatan dalam melakukan cuci tangan yang benar disetiap kesempatan cuci tangan, hambatan tersebut dirasakan oleh para informan adalah hambatan utama dalam pelaksanaan kepatuhan cuci tangan di IGD.