

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Teori *Hand Hygiene*

a. Definisi *hand hygiene*

Hand hygiene (kebersihan tangan) merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengendalian infeksi (Potter & Perry, 2003) dalam (Zulpahiyana, 2013). Menurut Van dan Enk (2006) dalam Zulpahiyana (2013), *hand hygiene* adalah cara yang paling efektif untuk mencegah infeksi nosokomial. Tujuan *hand hygiene* untuk membuang kotoran dan organisme yang menempel ditangan dan untuk mengurangi jumlah mikroba total pada saat itu.

Mikroorganisme pada kulit manusia dapat diklasifikasikan dalam dua kelompok yaitu flora residen dan flora transient. Flora residen adalah mikroorganisme yang secara konsisten dapat diisolasi

dari tangan manusia, tidak mudah dihilangkan dengan gesekan mekanis karena telah beradaptasi pada tangan manusia contohnya: *Staphylococcus*, *Corynebacterium*, dan *Klibsiella*. Flora transient yaitu flora transit atau flora kontaminasi yang jenisnya tergantung dari lingkungan tempat bekerja, kuman ini mudah dihilangkan dengan cuci tangan yang efektif. Contohnya; *Staphylococcus aureus*, *Streptococci*, *Pseudomonas*, *E.Coli*. Mikroorganisme ini dengan mudah dapat dihilangkan dari permukaan tangan dengan gesekan mekanis dan pencucian dengan sabun.

Hand hygiene merupakan membersihkan tangan dengan sabun dan air (*handwash*) atau *handrub* berbasis alkohol yang bertujuan mengurangi atau mencegah berkembangnya mikroorganisme ditangan (WHO, 2009). *Hand hygiene* harus dilakukan dengan benar sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun menggunakan sarung tangan atau alat pelindung diri guna menghilangkan atau

mengurangi mikroorganisme yang ada ditangan sehingga penyebaran penyakit dapat dikurangi dan lingkungan terjaga dari infeksi.

b. Tujuan *hand hygiene*

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

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

- 1) Menekan atau mengurangi jumlah dan pertumbuhan bakteri pada tangan
- 2) Menurunkan jumlah kuman yang tumbuh dibawah sarung tangan

3) Mengurangi risiko transmisi mikroorganisme ke perawat dan pasien serta kontaminasi silang kepada pasien lain, anggota keluarga, dan tenaga kesehatan lain.

4) Memberikan perasaan segar dan bersih.

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

1) Untuk memutus transmisi mikroba melalui tangan, diantaranya :

- a) diantara area perawatan dan zona pasien
- b) diantara zona pasien dan area perawatan
- c) pada daerah tubuh pasien yang berisiko infeksi (contoh: membran mukosa, kulit non-intak, alat invasif)
- d) dari darah dan cairan tubuh.

2) Untuk mencegah:

- a) kolonisasi patogen pada pasien (termasuk yang multiresisten)
- b) penyebaran patogen ke area perawatan

- c) infeksi yang disebabkan oleh mikroba endogen
- d) kolonisasi dan infeksi pada tenaga kesehatan.

c. Indikasi *hand hygiene*

Menurut CDC (2002), indikasi dilakukannya cuci tangan (*handwashing*) yaitu jika tangan terlihat kotor, sedangkan jika tangan tidak terlihat kotor namun sudah melakukan aktivitas yang dapat menyebabkan mikrobial pindah ketangan maka dilakukan *handrubbing* dengan bahan berbasis alkohol. Indikasi khusus untuk *hand hygiene* antara lain:

Sebelum: kontak dengan pasien, menggunakan sarung tangan pada pemasangan CVC, pemasangan kateter urin, atau semua tindakan invasif lainnya.

Setelah: kontak dengan kulit pasien, kontak dengan cairan tubuh, perawatan luka, dan setelah melepas *hand scoon*.

WHO (2009), menyatakan bahwa *hand hygiene* yang efektif melibatkan kesadaran kesehatan pekerja, indikasi, dan kapan waktu melakukan *hand hygiene*.

Aksi *hand hygiene* dapat dilakukan dengan *handrubbing* dengan produk berbasis alkohol atau dengan mencuci tangan dengan sabun dan air (*handwashing*). Terdapat “5 momen” dimana tenaga kesehatan harus melakukan *hand hygiene* yaitu:

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

d. Teknik *hand hygiene*

Hand hygiene menjadi lebih efektif bila tangan bebas luka, kuku bersih, pendek dan tangan dan pergelangan bebas dari perhiasan dan pakaian. CDC (2002) merekomendasikan teknik *hand hygiene* antara lain:

- 1) Untuk *handrubbing*: berikan bahan berbasis alkohol pada telapak tangan, gosok seluruh permukaan telapak tangan sampai kering.

- 2) Untuk *handwashing*: basahkan tangan menggunakan air, berikan sabun dan gosokkan merata keseluruhan telapak tangan selama 15 detik, bilas, dan keringkan dengan menggunakan handuk. Gunakan handuk untuk menutup keran.

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

- 1) Teknik *hand hygiene* dengan mencuci tangan (*handwashing*)
 - a) Basahkan tangan dengan air
 - b) Berikan sabun secukupnya, dan ratakan ke seluruh permukaan tangan
 - c) Gosok telapak tangan kiri dengan telapak tangan kanan
 - d) Telapak tangan kanan digosokkan ke punggung tangan kiri beserta ruas-ruas jari, begitu juga sebaliknya
 - e) Gosok telapak tangan kanan dengan telapak tangan kiri dengan jari-jari saling terkait

- f) Letakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci
- g) Jempol kanan digosok memutar oleh telapak tangan kiri, begitu sebaliknya
- h) Jari kiri menguncup, gosok memutar kekanan dan kekiri pada telapak kanan dan sebaliknya
- i) Keringkan tangan.

Mencuci tangan memerlukan waktu sekitar 40-60 detik, sedangkan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan langkah c sampai h sekitar 15-30 detik.

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

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

Waktu yang diperlukan yaitu sekitar 20-30 detik.

2. Teori Kepatuhan

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (1999) dalam Arfianti (2010), kepatuhan didefinisikan sebagai kesetiaan, ketaatan atau loyalitas. Kepatuhan yang dimaksud disini adalah ketaatan dalam melakukan *hand hygiene* sesuai dengan indikasi dan tata cara yang benar. Menurut Smet (1994) dalam Arfianti (2010), kepatuhan adalah tingkat seseorang melaksanakan suatu cara atau

berperilaku sesuai dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya.

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas yang dapat diamati langsung dan tidak langsung (Sunaryo, 2004). Perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Berarti rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi tertentu (Notoatmodjo, S. cit. Sunaryo, 2004).

Bentuk operasional dari perilaku dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) jenis, yaitu :

a. Perilaku dalam bentuk pengetahuan

Perilaku dalam bentuk pengetahuan yaitu dengan mengetahui situasi dan rangsangan. Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan umumnya datang dari pengalaman, juga dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan orang lain, didapat dari buku, atau media massa dan

elektronik. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman langsung ataupun melalui pengalaman orang lain. Menurut Mangkuprawira (2008) dalam Zulpahiyana (2013), pengetahuan merupakan unsur pokok dalam perubahan perilaku bagi setiap individu. Pengetahuan juga dikatakan sebagai suatu pembentukan secara terus menerus oleh seseorang dan setiap saat mengalami reorganisasi karena ada pemahaman- pemahaman baru.

Menurut Bloom, Hastings, dan Madaus (1956) dalam Zulpahiyana (2013) dan Notoatmodjo (2010), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif memiliki 6 tingkatan.

Tingkatan pengetahuan tersebut sebagai berikut:

1) Pengetahuan (*knowledge*), disebut C1

Tahu diartikan sebagai mengingat sebuah materi yang telah dipelajari sebelumnya. Mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang

telah diterima merupakan kondisi yang termasuk dalam pengetahuan tingkat ini. Menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan merupakan kata kerja yang digunakan untuk mengukur tingkat tahu (*know*) yang dimiliki seseorang.

2) Memahami (*comprehension*), disebut C2

Pengertian dari memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah memahami terhadap materi yang telah disampaikan dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap materi yang telah dipelajari.

3) Aplikasi (*aplication*), disebut C3

Pengertian aplikasi yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi juga dapat diartikan sebagai penggunaan metode atau

prinsip. Dapat menggunakan prinsip pemecahan masalah sebagai salah satu contoh pengukuran tingkat tahu pada tingkat aplikasi.

4) Analisis (*analysis*), disebut C4

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang berada dalam satu struktur organisasi serta masih ada kaitannya satu sama lain. Menggambarkan dengan bagan, membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan merupakan kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat analisis.

5) Sintesis (*synthesis*), disebut C5

Sintesis diartikan sebagai kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian atau menyusun formulasi dalam bentuk keseluruhan yang baru. Menyusun, merencanakan, meringkas dan menyesuaikan terhadap teori yang telah ada

merupakan kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat sintesis.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada. Menanggapi, membandingkan, menafsirkan merupakan kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat evaluasi. Akan meningkatkan kualitas dari pada pengetahuan staf, meningkatkan keahlian dalam berkomunikasi, kepuasan, dan keselamatan pasien meningkat.

Jika dihubungkan dengan konsep pemahaman yang merupakan tingkatan kedua dalam pengetahuan, pemahaman merupakan aspek yang penting dalam proses pembelajaran. Memahami sesuatu dapat membuat individu menyadari akan tugasnya melalui

pesan yang disampaikan. Pengetahuan akan suatu objek yang dimiliki seseorang akan mempermudah pemahaman walaupun dipengaruhi oleh kapasitas kognitif dan makna informasi yang disampaikan (Reed, 2000 cit. Zulpahiyana, 2013).

- b. Perilaku dalam bentuk sikap, yaitu tanggapan perasaan terhadap keadaan atau rangsangan dari luar diri si subyek, sehingga alam itu sendiri akan mencetak perilaku manusia yang hidup di dalamnya, sesuai dengan sifat keadaan alam tersebut (lingkungan fisik) dan keadaan lingkungan sosial budaya yang bersifat non fisik, tetapi mempunyai pengaruh kuat terhadap pembentukan perilaku manusia. Lingkungan ini adalah merupakan keadaan masyarakat dan segala budidaya masyarakat itu lahir dan mengembangkan perilakunya.
- c. Perilaku dalam bentuk tindakan, yang sudah konkrit berupa perbuatan terhadap situasi dan suatu rangsangan dari luar.

Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan nilai-nilai dari kehidupan. Proses perubahan perilaku dapat terjadi dalam waktu pendek (spontan) atau dalam waktu lama bergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhinya (Maulana, 2009).

Kepatuhan diartikan sebagai ketaatan atau ketidaktaatan pada suatu perintah, koreksi, penyediaan dari pimpinan. Patuh juga merupakan kepatuhan perawat dimana perilaku perawat terhadap suatu anjuran, prosedur dan yang harus dilakukan dengan ketelitian. Perubahan sikap dan perilaku individu diawali dengan proses patuh, identifikasi, dan tahap terakhir berupa internalisasi (Hidayat, 2007).

Kepatuhan *hand hygiene* merupakan ketaatan dalam melaksanakan kebersihan tangan baik dengan mencuci tangan dengan air (*handwash*), ataupun dengan

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

Pittet, D. (2001) juga menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kurangnya kepatuhan *hand hygiene* antara lain: bahan yang digunakan untuk mencuci tangan dapat menyebabkan tangan kering dan iritasi, lokasi tempat mencuci tangan yang tidak strategis, kurang tersedianya bahan untuk mencuci tangan seperti sabun dan handuk untuk mengeringkan tangan, petugas kesehatan terlalu sibuk atau kurang waktu, rasio petugas kesehatan dan perawat yang tidak seimbang, serta anggapan bahwa kebutuhan pasien menjadi prioritas utama dan harus

segera dilaksanakan. CDC (2002) menambahkan faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan melakukan *hand hygiene* antara lain: kurangnya pengetahuan tentang protokol atau pedoman tentang *hand hygiene* dan tidak setujunya petugas kesehatan tentang pemberlakuan protokol *hand hygiene* tersebut.

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

1) Usia

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

20-30 mempunyai motivasi kerja relatif tinggi dibanding pekerja usia tua, sehingga dewasa awal lebih semangat untuk melakukan *hand hygiene* dibandingkan pekerja usia tua.

2) Faktor pengetahuan

Kurangnya pengetahuan perawat akan pentingnya melakukan *hand hygiene* dalam mengurangi penyebaran bakteri dan terjadinya kontaminasi pada tangan dan kurang mengerti tentang teknik melakukan *hand hygiene* yang benar akan mempengaruhi kepatuhan dalam pelaksanaan *hand hygiene*. Hal ini juga dinyatakan oleh WHO (2004) bahwa kurangnya pengetahuan tentang *hand hygiene* merupakan salah satu hambatan untuk melakukan *hand hygiene* sesuai rekomendasi.

3) Ketersediaan tenaga kerja

Kepatuhan melakukan *hand hygiene* masih kurang disebabkan kurangnya perbandingan antara perawat terhadap pasien dalam setiap shif. Jadwal shif kerja

satu atau dua shif akan lebih konsentrasi untuk mencuci tangan.

4) Dukungan dan pengawasan

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

5) Masa kerja

Perawat yang sudah bekerja lebih dari dua tahun lebih banyak patuh dibandingkan dengan perawat yang masih bekerja kurang dari dua tahun.

6) Ketersediaan fasilitas

salah satu kendala dalam ketidakpatuhan terhadap *hand hygiene* adalah sulitnya mengakses tempat cuci tangan atau persediaan alat lainnya yang digunakan untuk melakukan *hand hygiene*. Kemudahan dalam mengakses persediaan alat-alat untuk melakukan *hand*

hygiene, bak cuci tangan, sabun atau alkohol jell adalah sangat penting untuk membuat kepatuhan menjadi optimal sesuai standar.

Strategi meningkatkan kepatuhan *hand hygiene*:

- 1) Sediakan *handrub* dipintu masuk ruang rawat atau disisi tempat tidur pasien
 - 2) Penyuluhan petugas secara teratur tentang pentingnya *hand hygiene*, kapan dan cara melakukan dengan benar.
 - 3) Pasang poster prosedur cara mencuci tangan dengan air atau dengan alkohol *handrub*.
 - 4) Monitoring kepatuhan pada petugas dan memberi umpan balik sehingga dapat meningkatkan kepatuhan *hand hygiene*.
 - 5) Evaluasi kepatuhan *hand hygiene*.
3. Video Modelling *Hand Hygiene*

Menurut Ellis dan Marietta (2011) dalam Al Henda *et al* (2014) Video Modelling (VM) didefinisikan

sebagai bentuk pembelajaran observasional (pengamatan) dimana diinginkan sebuah perilaku dipelajari dengan cara menonton video demonstrasi dan kemudian meniru perilaku model. Menurut Dowrick (1991) dalam Reagon, Higbee, dan Endicott (2006), Video Modelling didefinisikan sebagai demonstrasi perilaku yang tidak langsung, tetapi disajikan melalui video dalam upaya untuk mengubah suatu perilaku yang ada atau mengajarkan sesuatu hal yang baru. Pelajar memandang model pada layar dan diberi kesempatan untuk meniru respon yang diamati. Sedangkan menurut Perry dan Keeney (2014) Video Modelling adalah metode pengajaran yang menggunakan teknologi bantu (komputer, kamera digital, dan lain-lain) sebagai komponen inti dari sebuah instruksi.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa Video Modelling adalah sebuah bentuk pembelajaran secara observasional (pengamatan) dalam bentuk demonstrasi perilaku secara tidak langsung dengan menggunakan

teknologi bantuan dalam bentuk sebuah video dengan cara ditonton dan didengarkan (dalam bentuk audiovisual) sehingga didapatkan hasil meniru perilaku respon dari model yang diamati.

Tujuan dari sebuah video modelling adalah sebagai media penyampai pesan (materi) terhadap peserta (*audience*) yang ingin diajak untuk mengikuti tindakan ataupun perilaku yang terdapat dalam sebuah video.

Komponen dasar dalam sebuah video modelling adalah :

- a. Individu yang diajarkan atau model lain yang direkam melakukan beberapa perilaku yang ditargetkan,
- b. Rekaman video kemudian diputar kembali untuk peserta, dan
- c. Peserta (*audience*) diminta untuk melakukan perilaku.

Jenis-jenis dari video modelling terbagi atas :

- a. Video modelling dasar

Video modelling dasar adalah video modelling dengan model utamanya yaitu orang lain selain peserta

(*audience*). Video diputar untuk peserta sebelum terjadi pembelajaran. Setelah video selesai diputar dan ditonton oleh peserta, peserta diminta untuk melakukan perilaku sesuai dengan apa yang mereka tonton dalam video tersebut. Penguatan, pengulangan serta dorongan dalam bentuk intervensi materi terhadap peserta sering diperlukan sepanjang observasi dalam video modelling dasar ini

b. *Video self-modelling*

Video self-modelling adalah video modelling dengan model utamanya yaitu peserta yang sebenarnya (diambil beberapa peserta untuk menjadi model). Video diputar untuk peserta sebelum terjadi pembelajaran. Setelah video selesai, peserta diminta untuk melakukan perilaku sesuai dengan apa yang mereka tonton dalam video tersebut. Penguatan, pengulangan serta dorongan dalam bentuk intervensi materi terhadap peserta sering diperlukan sepanjang observasi dalam video modelling *self-modelling* ini.

Perilaku yang tidak pantas dan tidak sesuai dengan materi yang ingin diajarkan maka perlu mendapat editan pada proses akhir dalam pembuatan video ini.

c. *Point-of-view* video modelling

Point-of-view video modelling adalah video modelling dengan perilaku yang ditargetkan melalui sudut pandang tertentu saja (hanya bagian tertentu yang dianggap penting saja yang ditampilkan). Semisal hanya tangan model dan bahan yang digunakan saja yang diperlihatkan dalam video ini.

d. *Video prompting*

Video modelling *prompting* adalah video modelling yang menunjukkan urutan tugas atau perilaku dalam klip yang berbeda. Tugas (perilaku) dipecah menjadi bagian-bagian tertentu. Tidak ditampilkan dalam bentuk penuh dari awal ke akhir (disertai dengan jeda). kemudian peserta diminta untuk memandangi satu bagian dari klip tersebut (ketika video dijalankan), kemudian diikuti dengan jeda kembali (video

dihentikan sejenak). Pada jeda, peserta diminta untuk melakukan bagian dari tugas (perilaku) dalam video yang mereka amati tadi. Proses ini diulang sampai seluruh urutan perilaku selesai.

Video modelling *hand hygiene* adalah sebuah video tentang kebersihan tangan (*hand hygiene*), terdiri dari mencuci tangan (*handwashing*) dan *handrubbing* pada 5 momen *hand hygiene* yang benar sesuai standar WHO yang dibuat dengan melibatkan beberapa orang model diantaranya dokter dan perawat di RS, kemudian hasil video tersebut diputarkan di sebuah ruangan sehingga video tersebut ditonton dan ditiru oleh orang yang menontonnya.

B. Penelitian Terdahulu

Damanik (2012) melakukan penelitian dengan judul “Kepatuhan *Hand Hygiene* Di Rumah Sakit Immanuel Bandung” diperoleh hasil bahwa kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* sebesar 48,3% dan ada hubungan

yang bermakna antara masa kerja ($p = 0,026$), pengetahuan ($p = 0,000$), dan ketersediaan tenaga kerja ($p = 0,000$) dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene*. Ketersediaan tenaga kerja merupakan faktor paling dominan. Dari temuan tersebut rumah sakit perlu menyeimbangkan ketenagaan dan mengingatkan perawat melakukan *hand hygiene* melalui upaya pendidikan kesehatan. Sehingga diperoleh simpulan bahwa kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* di Ruang Rawat Inap Prima I Rumah Sakit Immanuel Bandung sebesar 48,3%. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara faktor usia, masa kerja, tingkat pendidikan, pengawasan, kebijakan rumah sakit, dan ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene*. Terdapat hubungan yang bermakna antara faktor pengetahuan, ketersediaan tenaga kerja, dan masa kerja dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene* dimana masing-masing faktor mempunyai nilai $p < \alpha$ taraf kekeliruan ($\alpha = 0,05$).

Zulpahiyana (2013) melakukan penelitian dengan judul “Efektivitas Simulasi *Hand Hygiene* Pada *Handover*

Keperawatan Dalam Meningkatkan Kepatuhan *Hand Hygiene* Perawat” diperoleh hasil bahwa pelaksanaan *hand hygiene* sebelum intervensi (simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan) sebesar 39,17%, dimana persentase perawat yang melakukan *hand hygiene* sesuai dengan prosedur yang benar 0%. Pelaksanaan *hand hygiene* meningkat setelah intervensi menjadi 61,66% dengan persentase pelaksanaan *hand hygiene* yang benar sebesar 40,83%. Uji statistik menunjukkan hasil yang signifikan, dimana nilai $p=0,045$ ($p<0,05$), artinya terdapat perbedaan sebelum dan setelah pemberian simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan. Sehingga diperoleh simpulan bahwa tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul rendah sebelum diberikan intervensi berupa simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan. Tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi berupa simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan. Simulasi *hand hygiene* pada *handover*

keperawatan efektif dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* perawat dengan hasil uji chi square 0,045, dan tingkat kepatuhan sebesar 40, 83% setelah simulasi dengan standar kepatuhan *hand hygiene* perawat ICU 30, 23%.

Namankany, Petrie, dan Ashley (2014) melakukan penelitian dengan judul “*Video modelling and reducing anxiety related to dental injections – a randomised clinical trial* (Video modelling dan mengurangi kecemasan terkait dengan suntikan gigi – sebuah percobaan klinis secara acak)” diperoleh hasil bahwa pada kunjungan pertama, 68 anak-anak diacak untuk menonton video modelling (n = 34) atau pada kelompok kontrol video (n = 34). Pada kunjungan kedua, lima anak dari kelompok pemodelan dikeluarkan, tiga gagal untuk menonton video, dua putus, dan tujuh anak-anak dari kelompok kontrol dikeluarkan (*drop out*), tetapi anak-anak yang gagal untuk menonton video dari kelompok kontrol tidak dikecualikan. Lima puluh enam anak (29 modelling, 27 kontrol) memiliki hasil mereka dianalisis. Untuk kedua kelompok video, usia didistribusikan mendekati normal, usia

minimum adalah 6 tahun dan usia maksimal adalah 12 tahun. Untuk kelompok uji, usia rata-rata adalah 9,15 tahun, median = 9 tahun, SD = 2,75 tahun dan 95% CI dari mean adalah 8,06-10,24 tahun. Untuk kelompok kontrol, usia rata-rata adalah 9,07 tahun, median = 9 tahun, SD = 2,47 tahun dan 95% CI dari mean adalah 8,13-10,01 tahun. Para peserta laki-laki dan perempuan yang kurang merata dalam dua kelompok: 50% (11 dari 27) dari kelompok uji adalah laki-laki, dan 50% (11 dari 29) dari kelompok kontrol adalah laki-laki. Sebuah uji dua kelompok *chi-square* digunakan sebagai dasar perhitungan ukuran sampel; tingkat signifikansi 0,025 dipilih dari pada konvensional 0,05 untuk menghindari hasil palsu yang timbul dari beberapa pengujian. Anak-anak pada kelompok uji memiliki signifikan kurang kecemasan setelah menonton video dari pada anak-anak pada kelompok kontrol pada seluruh prosedur gigi berikutnya; khususnya pada saat pemberian anestesi lokal ($p < 0,001$). Sehingga dapat diperoleh simpulan bahwa video modelling tampaknya efektif

dalam mengurangi kecemasan gigi dan memiliki dampak yang signifikan terhadap jarum fobia pada anak-anak.

C. Landasan Teori

Teori yang digunakan pada penelitian ini adalah teori *hand hygiene* menurut WHO (2009), dimana telah dipaparkan mengenai definisi *hand hygiene* yaitu membersihkan tangan dengan sabun dan air (*handwash*) atau *handrub* berbasis alkohol yang bertujuan mengurangi atau mencegah berkembangnya mikroorganisme ditangan (WHO, 2009). *Hand hygiene* harus dilakukan dengan benar sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun menggunakan sarung tangan atau alat pelindung diri guna menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang ada ditangan sehingga penyebaran penyakit dapat dikurangi dan lingkungan terjaga dari infeksi.

Hand hygiene ditatanan RS dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu: mencuci tangan dengan air dan sabun (*handwashing*), dan *handrubbing* dengan menggunakan

alkohol. Indikasi dilakukannya *hand hygiene* berdasarkan 5 momen penting *hand hygiene* yaitu: sebelum menyentuh pasien, sebelum melakukan prosedur aseptis, setelah terpapar dengan cairan tubuh, setelah bersentuhan dengan pasien, dan setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien. Tata cara pelaksanaan *hand hygiene* berdasarkan 6 teknik mencuci tangan yang benar menurut WHO.

Jenis *hand hygiene* pada penelitian ini terdiri dari *handwashing* dan *handrubbing*. *Handwashing* (mencuci tangan) adalah proses menggosok kedua permukaan tangan dengan kuat secara bersamaan menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme sebanyak mungkin (Johnson & Taylor, 2004 cit. Zulpahiyana, 2013). Mencuci tangan dilakukan apabila tangan terlihat kotor, atau terkontaminasi oleh cairan tubuh pasien. Prosedur *handwashing* dengan tepat yaitu ketika tangan terlihat kotor dan selalu pada momen setelah kontak dengan cairan tubuh, tetapi ketika akan menghitung balance cairan, petugas kesehatan sekaligus

membuang urin semua pasien dengan menggunakan satu sarung tangan tanpa diganti ataupun tanpa melakukan *hand hygiene* terlebih dahulu.

Menurut Boyce (1999), Salah satu penyebab tidak patuhnya petugas kesehatan melakukan cuci tangan karena ketakutan petugas kesehatan terkena dermatitis iritan terkait dengan semakin seringnya terpapar sabun dan air. Penggunaan sabun yang sering dan berulang memang dapat menyebabkan dermatitis iritan, sehingga perawatan tangan yang mencakup penggunaan krim sangat penting untuk mencegah iritasi pada kulit (WHO, 2009). Oleh karena itu, pihak rumah sakit hendaknya menyediakan krim tersebut sehingga petugas kesehatan tidak takut lagi terkena dermatitis yang disebabkan karena mencuci tangan.

Ketika tangan tidak terlihat kotor, maka petugas kesehatan dapat melakukan *handrubbing* dengan bahan berbasis alkohol. *Handrub* adalah tindakan menggosok tangan dengan berbahan dasar alkohol tanpa air (Rotter dalam Widmer, 2000 cit Zulfahiyana, 2013). Penggosokkan tangan

ini dilakukan dengan menggunakan senyawa berbahan dasar alkohol (Misalnya etanol, n-propanol atau isopropanol) yang digunakan dengan cara bilas (*rinse*) dan gosok (*rub*) untuk tangan (Widmer, 2000 cit Zulfahiyana, 2013).

Kepatuhan *hand hygiene* pada penelitian ini menggunakan teori yang dikemukakan oleh Pittet (2001). Kepatuhan *hand hygiene* merupakan ketaatan dalam melakukan *hand hygiene* sesuai dengan indikasi dan tata cara yang benar. Faktor-faktor yang mempengaruhi kurangnya kepatuhan *hand hygiene* antara lain: bahan yang digunakan untuk mencuci tangan dapat menyebabkan tangan kering dan iritasi, lokasi tempat mencuci tangan yang tidak strategis, kurang tersedianya bahan untuk mencuci tangan seperti sabun dan handuk untuk mengeringkan tangan, petugas kesehatan terlalu sibuk atau kurang waktu, rasio petugas kesehatan dan perawat yang tidak seimbang, serta anggapan bahwa kebutuhan pasien menjadi prioritas utama dan harus segera dilaksanakan.

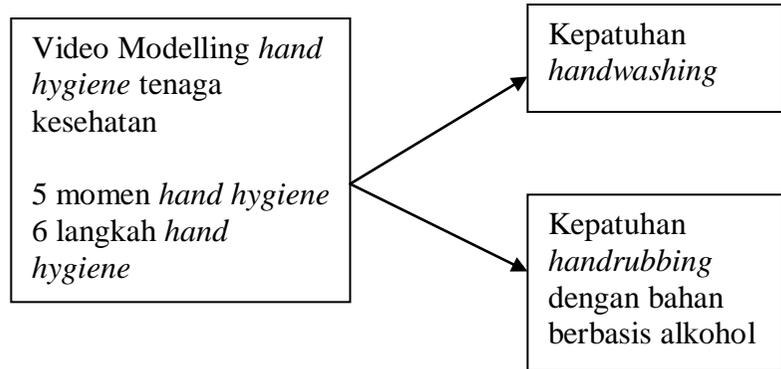
Video modelling adalah satu metode pembelajaran secara observasional (pengamatan) dalam bentuk demonstrasi perilaku secara tidak langsung dengan menggunakan teknologi bantuan dalam bentuk sebuah video dengan cara ditonton dan didengarkan (dalam bentuk audiovisual) sehingga didapatkan hasil meniru perilaku respon dari model yang diamati.

Tujuan dari sebuah video modelling adalah sebagai media penyampai pesan (materi) terhadap peserta (*audience*) yang ingin diajak untuk mengikuti tindakan ataupun perilaku yang terdapat dalam sebuah video.

Video modelling *hand hygiene* adalah sebuah video tentang bagaimana cara mencuci tangan dengan baik dan benar sesuai standar WHO yang dibuat dengan melibatkan beberapa orang model diantaranya dokter dan perawat di RS, kemudian hasil video tersebut diputarkan di sebuah ruangan sehingga video tersebut ditonton dan ditiru oleh orang yang menontonnya.

Sedangkan pengertian video modelling *hand hygiene* dalam penelitian ini adalah merupakan sebuah video tentang kebersihan tangan (*hand hygiene*), terdiri dari mencuci tangan (*handwashing*) dan *handrubbing* pada 5 momen *hand hygiene* yang benar sesuai standar WHO yang dibuat dengan melibatkan dokter dan perawat di RS, serta hasil video tersebut di putar di ruang tunggu pasien di poli dan IGD selama 2 minggu. Didalam video modelling *hand hygiene* pada penelitian ini, model diperankan langsung oleh beberapa perawat dan dokter. Namun, tidak semua objek penelitian diikuti sertakan dalam pembuatan video modelling ini. Keterlibatan beberapa penaga kesehatan dalam pembuatan video modelling ini sebagai model diharapkan akan tumbuh kesadaran dan kepatuhan terhadap pentingnya pelaksanaan *hand hygiene* dalam tugasnya.

D. Kerangka Konsep



Gambar. Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis

Video modelling *hand hygiene* efektif meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* tenaga kesehatan.