

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Profil RS PKU Muhammadiyah Gamping

Rumah Sakit Muhammadiyah Gamping atau yang sering disebut sebagai Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping yang merupakan tempat penelitian ini terletak di Jalan Wates KM. 5,5 Ambarketawang, Gamping, Kabupaten Sleman, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping memiliki fasilitas-fasilitas diantaranya ruang rawat jalan, rawat inap (bangsal perawatan), IGD, ICU, Bedah Sentral, Instalasi Radiologi, Fisioterapi, Farmasi, dll. Ruang rawat inap terdiri dari perawatan bedah (bangsal naim), perawatan laki-laki (bangsal zaitun), perawatan perempuan (bangsal wardah), serta perawatan ibu dan anak (bangsal firdaus).

Berikut ini data fasilitas yang mendukung pelaksanaan *hand hygiene* di RS PKU Muhammadiyah Gamping, khususnya pada unit tempat penelitian:

Tabel 4.1 Fasilitas *Hand Hygiene* di Unit Penelitian

No	Item	Kontrol Bangsal Zaitun	Intervensi Bangsal Naim	Inter vensi IGD
1	Ada fasilitas cuci tangan bersih	√	√	√
2	Tersedia cairan antibakterial di wastafel ruangan intensif	√	√	√
3	Tersedia <i>handscrub</i> di setiap ruangan	-	-	√
4	Tersedia handuk kertas di setiap wastafel	-	-	√
5	Tersedia sabun cair di setiap wastafel	√	√	√
6	Tersedia Standar Operasional Prosedur (SOP) kebersihan tangan	√	√	√
7	Tersedia tempat sampah di bawah wastafel	√	√	√
8	Tersedia poster cuci tangan	√	√	√
9	Wastafel bebas dari peralatan yang tidak tepat	√	√	√

Sumber: Data Primer

Keterangan: (√) = tersedia, (-) = tidak tersedia

Berdasarkan tabel diatas, pada kelompok kontrol bangsal zaitun dan intervensi bangsal naim yang tidak tersedia yaitu handuk kertas di setiap wastafel dan *handscrub* di setiap ruangan. Yang ada hanya sebuah handuk yang tergantung di setiap wastafel dan *handscrub* di depan pintu kamar pasien. Secara umum fasilitas *hand hygiene* di unit penelitian tersedia lengkap sehingga memudahkan perawat dan dokter untuk melakukan *hand hygiene*.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan pada tenaga perawat tetap yang bekerja di ruang perawatan laki-laki, ruang perawatan bedah dan Instalasi Gawat Darurat. Responden pada kelompok kontrol perawat bangsal zaitun berjumlah 14 orang, kelompok intervensi perawat bangsal naim berjumlah 16 orang, serta kelompok intervensi perawat IGD berjumlah 13 orang dan kelompok intervensi dokter IGD berjumlah 8 orang. Perawat yang sedang mengikuti *training* atau magang ataupun mahasiswa perawat yang sedang praktik di ruang rawat inap dan IGD ini tidak diikuti sertakan dalam penelitian, karena dikhawatirkan akan selesai *training* atau praktik sebelum penelitian ini selesai. Deskripsi responden yang diamati dalam penelitian ini meliputi: jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir. Hasil analisis deskriptif responden disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 4.2 Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentasi (%)
Kelompok Kontrol		
Perawat Bangsal Zaitun		
Jenis Kelamin		
Laki-laki	1	7,1
Perempuan	13	92,9
Usia		
17-25 tahun	5	35,7
26-35 tahun	9	64,3
Pendidikan terakhir		
D3 Keperawatan	9	64,3
S1 Keperawatan	5	35,7
Kelompok Intervensi		
Perawat Bangsal Naim		
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3	18,8
Perempuan	13	81,3
Usia		
17-25 tahun	8	50
26-35 tahun	8	50
Pendidikan terakhir		
D3 Keperawatan	10	62,5
S1 Keperawatan	6	37,5
Kelompok Intervensi		
Perawat IGD		
Jenis Kelamin		
Laki-laki	6	46,2
Perempuan	7	53,8
Usia		
17-25 tahun	6	46,2
26-35 tahun	4	30,8
36-45 tahun	3	23,1
Pendidikan terakhir		
D3 Keperawatan	12	92,3
S1 Keperawatan	1	7,7

Kelompok Intervensi Dokter IGD		
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3	37,5
Perempuan	5	62,5
Usia		
26-35 tahun	7	87,5
36-45 tahun	1	12,5
Pendidikan terakhir		
Dokter	8	100

Sumber: Data Sekunder

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat secara keseluruhan jumlah responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak daripada jumlah responden laki-laki. Pada usia kelompok kontrol perawat bangsal zaitun responden terbanyak pada rentang usia 26-35 tahun, kelompok intervensi perawat bangsal naim memiliki jumlah responden yang sama besar yaitu pada rentang usia 17-25 tahun dan rentang usia 26-35 tahun, kelompok intervensi perawat IGD responden terbanyak pada rentang usia 17-25 tahun sedangkan kelompok intervensi dokter IGD responden terbanyak pada rentang usia 26-35 tahun. Pada pendidikan responden dengan pendidikan terakhir DIII Keperawatan lebih banyak mendominasi pada tiap kelompok unit penelitian, namun akan berbeda pada

kelompok intervensi dokter IGD karena semua tenaga unitnya adalah dokter sehingga pendidikan yang ada hanya pendidikan Dokter.

2. Frekuensi Pelaksanaan 5 Momen *Hand Hygiene*

Tabel 4.3 Frekuensi Pelaksanaan *Hand Hygiene* pada Kelompok Kontrol Perawat Zaitun pre observasi dan post observasi

No	Momen <i>Hand Hygiene</i>	Pre observasi			Post observasi		
		Patuh (%)	Tidak Patuh (%)	Total (%)	Patuh (%)	Tidak Patuh (%)	Total (%)
1	Sebelum kontak pasien	20 (26.67)	55 (73.33)	75 (100)	11 (39.29)	17 (60.71)	28 (100)
2	Sebelum tindakan aseptis	10 (71.43)	4 (28.57)	14 (100)	12 (46.15)	14 (53.85)	26 (100)
3	Setelah kontak pasien	47 (61.84)	29 (38.16)	76 (100)	29 (100)	0 (0.00)	29 (100)
4	Setelah kontak dengan cairan tubuh	15 (71.43)	6 (28.57)	21 (100)	31 (100)	0 (0.00)	31 (100)
5	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	58 (57.43)	43 (42.57)	101 (100)	28 (100)	0 (0.00)	28 (100)

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa setelah (post observasi) terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada momen sebelum kontak dengan pasien dari 26,67% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 20

momen dari jumlah total 75 momen (pada saat dilakukan pre observasi) menjadi 39,29% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 11 momen dari jumlah total 28 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 73,33% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 55 momen dari jumlah total 75 momen menjadi 60,71% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 17 momen dari jumlah total 28 momen.

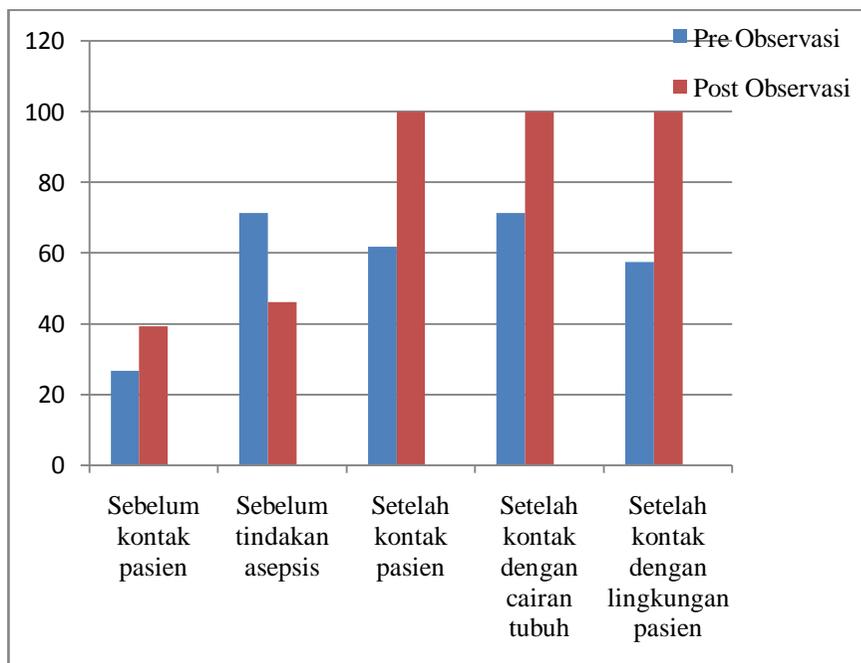
Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen sebelum tindakan aseptis dari 71,43% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 10 momen dari jumlah total 14 momen (pada saat dilakukan pre observasi) menjadi 46,15% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 12 momen dari jumlah total 26 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi peningkatan dari 28,57% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 4 momen dari jumlah total 14 momen menjadi 53,85% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 14 momen dari jumlah total 26 momen.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen setelah kontak dengan pasien dari 61,84% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 47 momen dari jumlah total 76 momen (pada saat dilakukan pre observasi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 29 momen dari jumlah total 29 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 38,16% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 29 momen dari jumlah total 76 momen menjadi 0% dengan tidak ditemukannya momen ketidakpatuhan *hand hygiene* dari jumlah total 29 momen.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen setelah kontak dengan cairan tubuh pasien dari 71,43% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 15 momen dari jumlah total 21 momen (pada saat dilakukan pre observasi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 31 momen dari jumlah total 31 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 28,57% dengan jumlah momen yang

ditemui sebanyak 6 momen dari jumlah total 21 momen menjadi 0% dengan tidak ditemukannya momen ketidakpatuhan *hand hygiene* dari jumlah total 31 momen.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen setelah kontak dengan lingkungan pasien dari 57,43% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 58 momen dari jumlah total 101 momen (pada saat dilakukan pre observasi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 28 momen dari jumlah total 28 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 42,57% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 43 momen dari jumlah total 101 momen menjadi 0% dengan tidak ditemukannya momen ketidakpatuhan *hand hygiene* dari jumlah total 28 momen.



Gambar 4.1. Diagram Peningkatan Persentase Kepatuhan *Hand Hygiene* pre observasi dan post observasi pada Kelompok Kontrol Perawat Bangsal Zaitun

Dari penjabaran terhadap hasil data diatas dapat dianalisis bahwa walaupun hasil data pada momen sebelum tindakan aseptis terjadi penurunan persentase kepatuhan *hand hygiene* namun secara umum jumlah persentase kepatuhan *hand hygiene* pada kelompok kontrol perawat bangsal zaitun ini meningkat pada saat setelah (post observasi).

Tabel 4.4 Frekuensi Pelaksanaan *Hand Hygiene* pada Kelompok Intervensi Perawat Bangsal Naim pre intervensi dan post intervensi Video Modeling *Hand Hygiene*

No	Momen <i>Hand Hygiene</i>	Pre Intervensi			Post Intervensi		
		Patuh (%)	Tidak Patuh (%)	Total (%)	Patuh (%)	Tidak Patuh (%)	Total (%)
1	Sebelum kontak pasien	10 (11.11)	80 (88.89)	90 (100)	6 (16.22)	31 (83.78)	37 (100)
2	Sebelum tindakan aseptis	4 (40.00)	6 (60.00)	10 (100)	33 (100)	0 (0.00)	33 (100)
3	Setelah kontak pasien	41 (52.56)	37 (47.44)	78 (100)	33 (100)	0 (0.00)	33 (100)
4	Setelah kontak dengan cairan tubuh	13 (81.25)	3 (18.75)	16 (100)	33 (100)	0 (0.00)	33 (100)
5	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	51 (51.52)	48 (48.48)	99 (100)	29 (80.56)	7 (19.44)	36 (100)

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa setelah dilakukan intervensi dengan menggunakan video modelling *hand hygiene* terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada momen sebelum kontak dengan pasien dari 11,11% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 10 momen dari jumlah total 90 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 16,22% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 6 momen dari jumlah total

37 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 88,89% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 80 momen dari jumlah total 90 momen menjadi 83,78% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 31 momen dari jumlah total 37 momen.

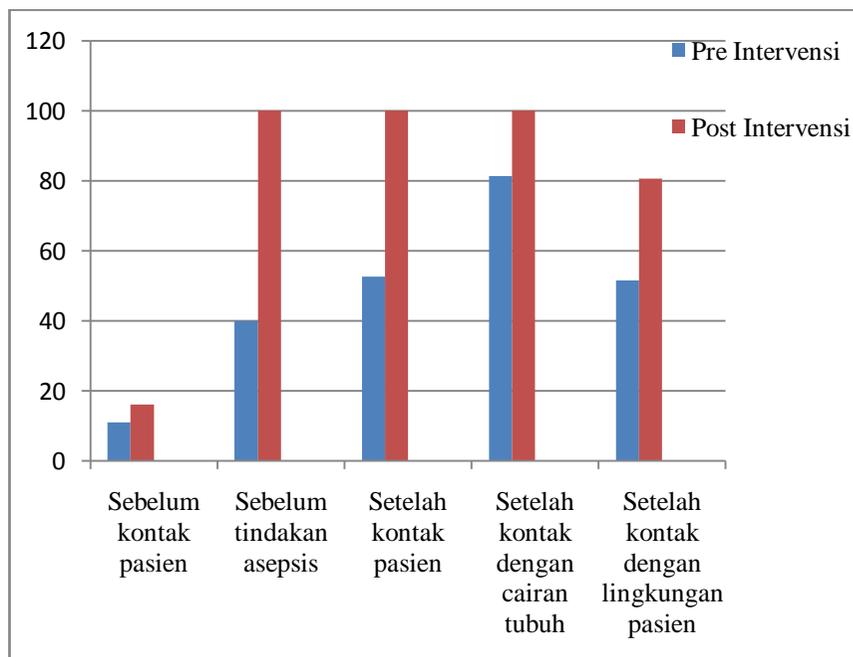
Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada momen sebelum tindakan aseptis dari 40% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 4 momen dari jumlah total 10 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 33 momen dari jumlah total 33 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 60% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 6 momen dari jumlah total 10 momen turun menjadi 0% dengan tidak ditemukannya momen ketidakpatuhan *hand hygiene* dari jumlah total 33 momen.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada momen setelah kontak dengan pasien dari 52,56% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 41 momen dari

jumlah total 78 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 33 momen dari jumlah total 33 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 47,44% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 37 momen dari jumlah total 78 momen turun menjadi 0% dengan tidak ditemukannya momen ketidakpatuhan *hand hygiene* dari jumlah total 33 momen.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada momen setelah kontak dengan cairan tubuh pasien dari 81,25% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 13 momen dari jumlah total 16 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 33 momen dari jumlah total 33 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 18,75% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 3 momen dari jumlah total 16 momen turun menjadi 0% dengan tidak ditemukannya momen ketidakpatuhan *hand hygiene* dari jumlah total 33 momen.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada momen setelah kontak dengan lingkungan pasien dari 51,52% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 51 momen dari jumlah total 99 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 80,56% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 29 momen dari jumlah total 36 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 48,48% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 48 momen dari jumlah total 99 momen turun menjadi 19,44% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 7 momen dari jumlah total 36 momen.



Gambar 4.2. Diagram Peningkatan Persentase Kepatuhan *Hand Hygiene* setelah dilakukan Intervensi dengan menggunakan Video Modelling *Hand Hygiene* pada Kelompok Intervensi Perawat Bangsal Naim

Dari penjabaran terhadap hasil data diatas dapat dianalisis bahwa secara umum jumlah persentase kepatuhan *hand hygiene* pada kelompok intervensi perawat bangsal naim meningkat setelah dilakukan intervensi dengan menggunakan video modelling *hand hygiene*.

Tabel 4.5 Frekuensi Pelaksanaan *Hand Hygiene* pada Kelompok Intervensi Perawat IGD pre intervensi dan post intervensi Video Modeling *Hand Hygiene*

No	Momen <i>Hand Hygiene</i>	Pre Intervensi			Post Intervensi		
		Patuh (%)	Tidak Patuh (%)	Total (%)	Patuh (%)	Tidak Patuh (%)	Total (%)
1	Sebelum kontak pasien	11 (7.69)	132 (92.30)	143 (100)	167 (78.04)	47 (21.96)	214 (100)
2	Sebelum tindakan aseptis	5 (10.42)	48 (90.57)	53 (100)	87 (100)	0 (0)	87 (100)
3	Setelah kontak pasien	76 (55.47)	61 (44.53)	137 (100)	208 (97,65)	5 (2,35)	213 (100)
4	Setelah kontak dengan cairan tubuh	40 (60.61)	26 (39.39)	66 (100)	86 (100)	0 (0)	86 (100)
5	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	82 (52.90)	73 (47.10)	155 (100)	107 (50.23)	106 (49.77)	213 (100)

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa setelah dilakukan intervensi dengan menggunakan video modelling *hand hygiene* terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada momen sebelum kontak dengan pasien dari 7,69% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 11 momen dari jumlah total 143 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 78,04% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 167 momen dari jumlah total 214 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand*

hygiene terjadi penurunan dari 92,30% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 132 momen dari jumlah total 143 momen menjadi 21,96% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 47 momen dari jumlah total 214 momen.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen sebelum tindakan aseptis dari 10,42% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 5 momen dari jumlah total 53 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 87 momen dari jumlah total 87 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 90,57% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 48 momen dari jumlah total 53 momen menjadi 0% dengan tidak ditemukannya momen ketidakpatuhan *hand hygiene* dari jumlah total 87 momen.

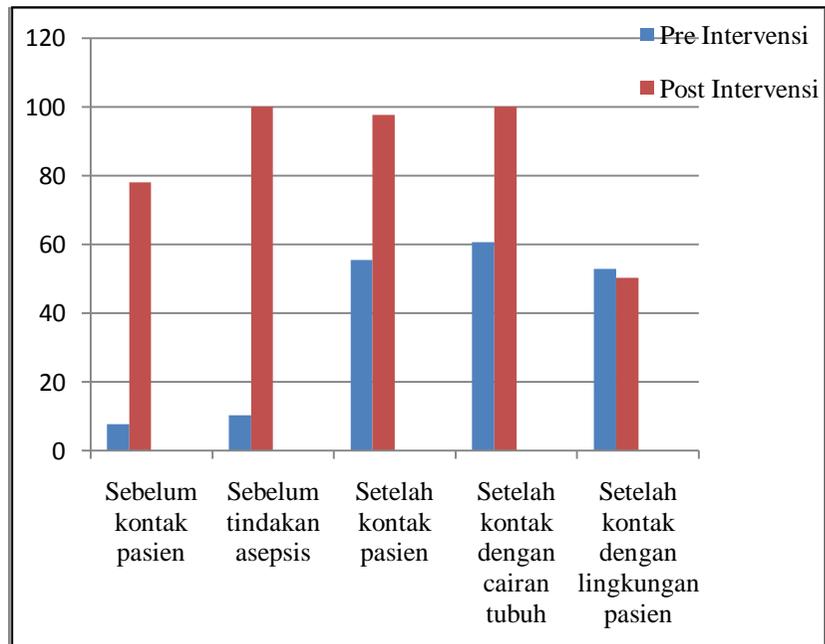
Terjadi peningkatan pada saat momen setelah kontak dengan pasien dari 55,47% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 76 momen dari jumlah total 137

momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 97,65% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 208 momen dari jumlah total 213 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 44,53% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 61 momen dari jumlah total 137 momen menjadi 2,35% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 5 momen dari jumlah total 213 momen.

Terjadi peningkatan pada saat momen setelah kontak dengan cairan tubuh pasien dari 60,61% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 40 momen dari jumlah total 66 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 86 momen dari jumlah total 86 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan terhadap *hand hygiene* terjadi penurunan dari sebelumnya dari 39,39% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 26 momen dari jumlah total 66 momen menjadi 0% dengan tidak

ditemukannya momen ketidakpatuhan *hand hygiene* dari jumlah total 86 momen.

Terjadi penurunan pada saat momen setelah kontak dengan lingkungan pasien dari 52,90% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 82 momen dari jumlah total 155 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 50,23% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 107 momen dari jumlah total 213 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi peningkatan dari 47,10% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 73 momen dari jumlah total 155 momen menjadi 49,77% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 106 momen dari jumlah total 213 momen.



Gambar 4.3. Diagram Peningkatan Persentase Kepatuhan *Hand Hygiene* setelah dilakukan Intervensi dengan menggunakan Video Modelling *Hand Hygiene* pada Kelompok Intervensi Perawat IGD

Dari penjabaran terhadap hasil data diatas dapat dianalisis bahwa walaupun hasil data pada momen setelah kontak dengan lingkungan pasien terjadi penurunan persentase kepatuhan *hand hygiene* namun secara umum jumlah persentase kepatuhan *hand hygiene* pada kelompok intervensi perawat IGD ini meningkat setelah dilakukan

intervensi dengan menggunakan video modelling *hand hygiene*.

Tabel 4.6 Frekuensi Pelaksanaan *Hand Hygiene* pada Kelompok Intervensi Dokter IGD pre intervensi dan post intervensi Video Modeling *Hand Hygiene*

No	Momen <i>Hand Hygiene</i>	Pre Intervensi			Post Intervensi		
		Patuh (%)	Tidak Patuh (%)	Total (%)	Patuh (%)	Tidak Patuh (%)	Total (%)
1	Sebelum kontak pasien	5 (7.25)	64 (92.75)	69 (100)	46 (59,74)	31 (40,26)	77 (100)
2	Sebelum tindakan aseptis	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0)	2 (100)	0 (0,00)	2 (100)
3	Setelah kontak pasien	19 (26.39)	53 (73.61)	72 (100)	74 (94,88)	4 (5,12)	78 (100)
4	Setelah kontak dengan cairan tubuh	1 (50)	1 (50)	2 (100)	1 (100)	0 (0,00)	1 (100)
5	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	18 (25.35)	53 (74.65)	71 (100)	52 (66,67)	26 (33,33)	78 (100)

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen sebelum kontak dengan pasien dari 7,25% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 5 momen dari jumlah total 69 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi

59,74% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 46 momen dari jumlah total 77 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 92,75% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 64 momen dari jumlah total 69 momen menjadi 40,26% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 31 momen dari jumlah total 77 momen.

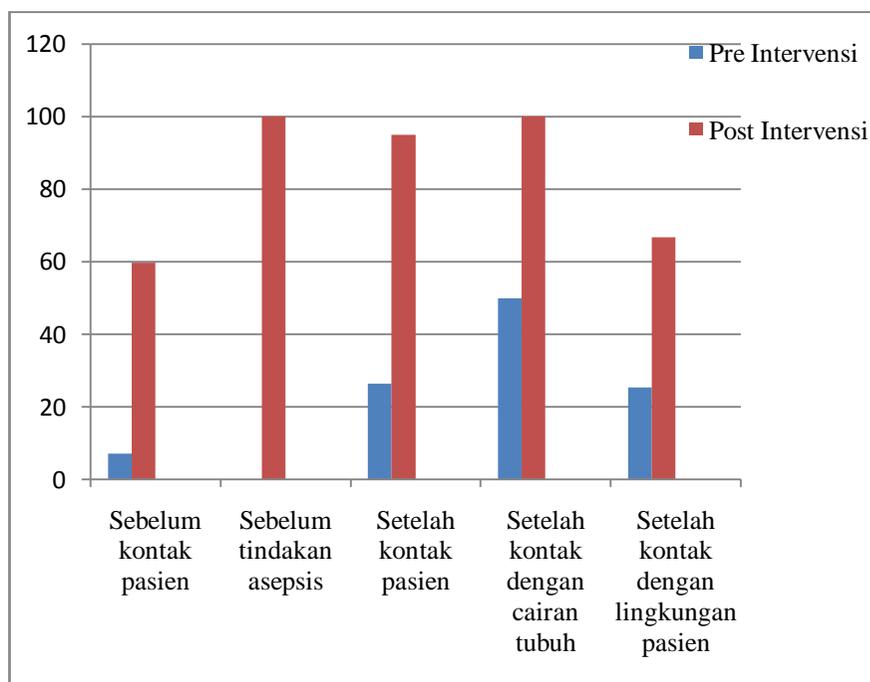
Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen sebelum tindakan aseptis dari 0% dengan tidak ditemukannya jumlah momen *hand hygiene* (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 2 momen dari jumlah total 2 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan terhadap *hand hygiene* tidak ada baik sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Tidak adanya momen sebelum intervensi dikarenakan responden tidak melakukan *hand hygiene* pada saat tindakan aseptis tersebut. Namun setelah dilakukan intervensi terjadi momen kepatuhan *hand hygiene*.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen setelah kontak dengan pasien dari 19 momen dari jumlah total 72 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 94,88% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 74 momen dari jumlah total 78 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 73,61% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 53 momen dari jumlah total 72 momen menjadi 5,12% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 4 momen dari jumlah total 78 momen.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen setelah kontak dengan cairan tubuh pasien dari 50% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 1 momen dari jumlah total 2 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 100% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 1 momen dari jumlah total 1 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 50% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 1 momen dari jumlah total 2 momen menjadi 0%

dengan tidak ditemukan momen ketidakpatuhan *hand hygiene* dari jumlah total 1 momen.

Terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat momen setelah kontak dengan lingkungan pasien dari 25,35% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 18 momen dari jumlah total 71 momen (pada saat dilakukan pre intervensi) menjadi 66,67% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 52 momen dari jumlah total 78 momen. Sedangkan tingkat ketidakpatuhan *hand hygiene* terjadi penurunan dari 74,65% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 53 momen dari jumlah total 71 momen menjadi 33,33% dengan jumlah momen yang ditemui sebanyak 26 momen dari jumlah total 78 momen.



Gambar 4.4. Diagram Peningkatan Persentase Kepatuhan *Hand Hygiene* setelah dilakukan Intervensi dengan menggunakan Video Modelling *Hand Hygiene* pada Kelompok Intervensi Dokter IGD

Dari penjabaran terhadap hasil data diatas dapat dianalisis bahwa secara umum jumlah persentase kepatuhan *hand hygiene* pada kelompok intervensi dokter IGD meningkat setelah dilakukan intervensi dengan menggunakan video modelling *hand hygiene*.

3. Frekuensi Pelaksanaan *Hand Hygiene* pre intervensi dan post intervensi

Tabel 4.7 Frekuensi Pelaksanaan *Handwashing* dan *Handrubbing* pre intervensi dan post intervensi di Unit Penelitian

Prosedur Cuci Tangan	Pre intervensi		Post intervensi	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Kelompok Kontrol Perawat Bangsal Zaitun				
<i>Handwashing</i>	84	56	60	54,55
<i>Handrubbing</i>	66	44	50	45,45
Kelompok Intervensi Perawat Bangsal Naim				
<i>Handwashing</i>	107	89,92	70	58,33
<i>Handrubbing</i>	12	10,08	50	41,67
Kelompok Intervensi Perawat IGD				
<i>Handwashing</i>	174	81,31	403	61,53
<i>Handrubbing</i>	40	18,69	252	38,47
Kelompok Intervensi Dokter IGD				
<i>Handwashing</i>	18	41,86	101	57,71
<i>Handrubbing</i>	25	58,14	74	42,29

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa setelah dilakukan intervensi dengan menggunakan video modelling *hand hygiene* ternyata terjadi peningkatan penggunaan prosedur *handrubbing* pada kelompok intervensi perawat bangsal naim dari 10,08% dengan jumlah momen sebanyak 12 momen dari 119 total momen *hand hygiene* yang ditemui menjadi 41,67% dengan jumlah momen sebanyak

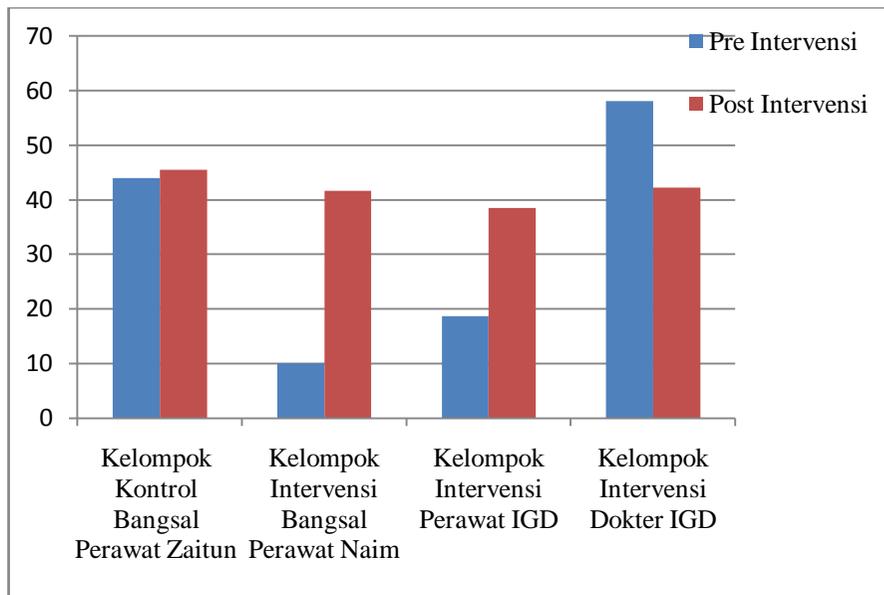
50 momen dari 120 total momen *hand hygiene* yang ditemui. Sedangkan persentase penggunaan *handwashing* terjadi penurunan dari 89,92% dengan jumlah momen sebanyak 107 momen dari 119 total momen *hand hygiene* yang ditemui menjadi 58,33% dengan jumlah momen sebanyak 70 momen dari 120 total momen *hand hygiene* yang ditemui.

Terjadi peningkatan penggunaan prosedur *handrubbing* pada kelompok kontrol perawat bangsal zaitun dari 44% dengan jumlah momen sebanyak 66 momen dari 150 total momen *hand hygiene* yang ditemui menjadi 45,45% dengan jumlah momen sebanyak 50 momen dari 110 total momen *hand hygiene* yang ditemui. Sedangkan persentase penggunaan *handwashing* terjadi penurunan dari 56% dengan jumlah momen sebanyak 84 momen dari 150 total momen *hand hygiene* yang ditemui menjadi 54,55% dengan jumlah momen sebanyak 60 momen dari 110 total momen *hand hygiene* yang ditemui.

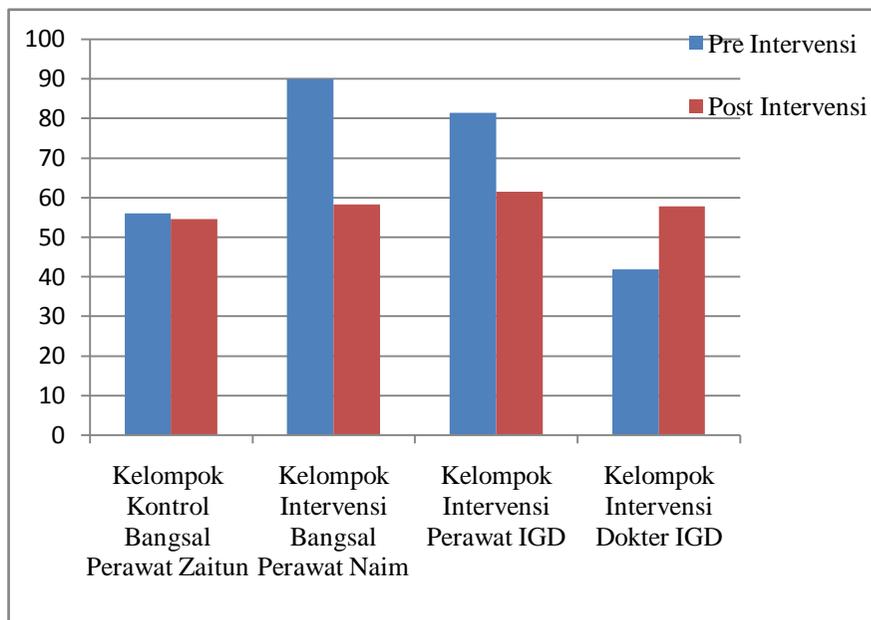
Terjadi peningkatan penggunaan prosedur *handrubbing* pada kelompok intervensi perawat IGD dari 18,69% dengan jumlah momen sebanyak 40 momen dari 214 total momen *hand hygiene* yang ditemui menjadi 38,47% dengan jumlah momen sebanyak 252 momen dari 655 total momen *hand hygiene* yang ditemui. Sedangkan persentase penggunaan *handwashing* terjadi penurunan dari 81,31% dengan jumlah momen sebanyak 174 momen dari 214 total momen *hand hygiene* yang ditemui menjadi 61,53% dengan jumlah momen sebanyak 403 momen dari 655 total momen *hand hygiene* yang ditemui.

Terjadi penurunan penggunaan prosedur *handrubbing* pada kelompok intervensi dokter IGD dari 58,14% dengan jumlah momen sebanyak 25 momen dari 43 total momen *hand hygiene* yang ditemui menjadi 42,29% dengan jumlah momen sebanyak 74 momen dari 175 total momen *hand hygiene* yang ditemui. Sedangkan persentase penggunaan *handwashing* terjadi penurunan dari sebesar 41,86% dengan jumlah momen sebanyak 18 momen dari 43

total momen *hand hygiene* yang ditemui menjadi 57,71% dengan jumlah momen sebanyak 101 momen dari 175 total momen *hand hygiene* yang ditemui.



Gambar 4.5. Diagram Peningkatan Persentase Prosedur *Handrubbing* setelah dilakukan Intervensi dengan menggunakan Video Modelling *Hand Hygiene*



Gambar 4.6. Diagram Penurunan Persentase Prosedur *Handwashing* setelah dilakukan Intervensi dengan menggunakan Video Modelling *Hand Hygiene*

4. Uji Statistik

Tabel 4.8 Hasil Uji Normalitas *Hand Hygiene*

Kelompok	Shapiro Wilk		
	Statistic	df	Sig
Pre observasi kelompok kontrol perawat bangsal Zaitun	0,986	14	0,995
Post observasi observasi kelompok kontrol perawat bangsal Zaitun	0,899	14	0,109
Pre intervensi kelompok intervensi perawat bangsal Naim	0,962	14	0,748
Post intervensi kelompok intervensi perawat bangsal Naim	0,782	14	0,103

Sumber: Data Primer

Uji normalitas merupakan syarat untuk uji t-test. Berdasarkan tabel tersebut telah dilakukan uji normalitas menggunakan *Shapiro wilk* karena jumlah data yang dianalisis kurang dari 50 (pelaksanaan *hand hygiene* selama 14 hari). Hasil yang diperoleh yaitu pre observasi pada kelompok kontrol perawat bangsal Zaitun sebesar 0,995 dan post observasinya sebesar 0,109. Pada kelompok pre intervensi kelompok intervensi perawat bangsal Naim sebesar 0.748 dan post intervensinya sebesar 0,103 yang artinya semua data pada kelompok diatas berdistribusi normal sehingga dapat menggunakan uji t-test.

Tabel 4.9 Hasil Uji t Perbedaan Kepatuhan *Hand Hygiene* pre observasi dan post observasi pada Kelompok Kontrol Perawat Bangsal Zaitun

	Rerata±Standar Deviasi	Perbedaan Rerata±Standar Deviasi	IK95%	P
Kepatuhan <i>hand hygiene</i> pada pre observasi	51,56±18,07			
Kepatuhan <i>hand hygiene</i> pada post observasi	78,16±8,04	26,59±18,99	-37,56±-15,63	0,000

Sumber: Data Primer

Berdasarkan hasil analisis diatas didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat pre observasi pada kelompok kontrol perawat bangsal zaitun dari $51,56 \pm 18,07\%$ menjadi $78,16 \pm 8,04\%$ dengan perbedaan rerata sebesar $26,59\%$ dan diperoleh perbedaan dengan nilai signifikan sebesar $p=0,000$.

Tabel 4.10 Hasil Uji t Perbedaan Kepatuhan *Hand Hygiene* pre Intervensi dan post Intervensi pada Kelompok Intervensi Perawat Bangsal Naim

	Rerata±Standar Deviasi	Perbedaan Rerata±Standar Deviasi	IK95%	P
Kepatuhan <i>hand hygiene</i> pre intervensi	44,52±26,00			
Kepatuhan <i>hand hygiene</i> post intervensi	78,67±5,33	34,14±21,99	-49,15±-19,13	0,000

Sumber: Data Primer

Berdasarkan hasil analisis diatas didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat pre intervensi pada kelompok intervensi perawat bangsal naim dari $44,52 \pm 26,00\%$ menjadi $78,67 \pm 5,33\%$

dengan perbedaan rerata sebesar 34,14% dan diperoleh perbedaan dengan nilai signifikan sebesar $p=0,000$.

Tabel 4.11 Hasil Uji t Perbedaan Kepatuhan *Hand Hygiene* pre Intervensi dan post Intervensi pada Perawat Instalasi Gawat Darurat

	Rerata±Standar Deviasi	Perbedaan Rerata±Standar Deviasi	IK95%	P
Kepatuhan <i>hand hygiene</i> pre intervensi	36,40±13,72			
Kepatuhan <i>hand hygiene</i> post intervensi	81,05±8,95	44,65±17,37	-55,15±-34,15	0,000

Sumber: Data Primer

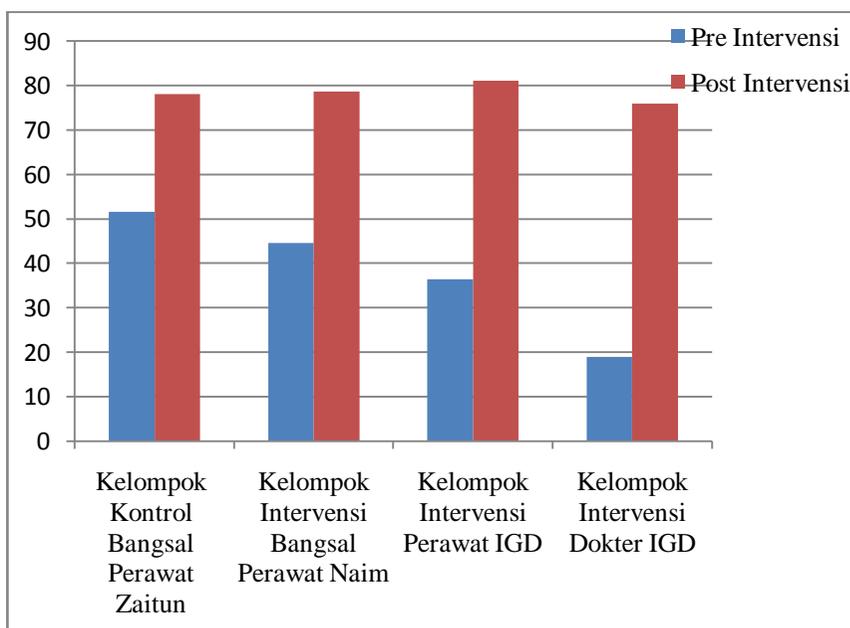
Berdasarkan hasil analisis diatas didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat pre intervensi pada kelompok intervensi perawat Instalasi Gawat Darurat (IGD) dari 36,40±13,72% menjadi 81,05±8,95% dengan perbedaan rerata sebesar 44,65% dan diperoleh perbedaan dengan nilai signifikan sebesar $p=0,000$.

Tabel 4.12 Hasil Uji t Perbedaan Kepatuhan *Hand Hygiene* pre Intervensi dan post Intervensi pada Dokter Instalasi Gawat Darurat

	Rerata±Standar Deviasi	Perbedaan Rerata±Standar Deviasi	IK95%	P
Kepatuhan <i>hand hygiene</i> pre intervensi	18,90±19,29			
Kepatuhan <i>hand hygiene</i> post intervensi	75,98±11,45	57,07±21,62	-75,15±-38,99	0,000

Sumber: Data Primer

Berdasarkan hasil analisis diatas didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada saat pre intervensi pada kelompok intervensi dokter Instalasi Gawat Darurat (IGD) dari 18,90±19,29% menjadi 75,98±11,45% setelah intervensi dengan perbedaan rerata sebesar 57,07% dan diperoleh perbedaan dengan nilai signifikan sebesar p=0,000.



Gambar 4.7. Diagram Peningkatan Persentase Kepatuhan *Hand Hygiene* setelah dilakukan Intervensi dengan menggunakan Video Modelling *Hand Hygiene*

Dari penjabaran terhadap hasil data diatas dapat dianalisis bahwa secara umum didapatkan hasil terjadi peningkatan kepatuhan perawat dan dokter setelah dilakukan post intervensi dengan menggunakan video modelling *hand hygiene* artinya video Modelling *Hand Hygiene* efektif meningkatkan kepatuhan perawat dan dokter.

Tabel 4.13 Hasil Uji Normalitas *Hand Hygiene*

Variabel	<i>Shapiro Wilk</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig</i>
<i>Hand hygiene</i>	0.875	28	0.003

Sumber: Data Primer

Uji normalitas merupakan syarat untuk uji t-test. Berdasarkan tabel tersebut telah dilakukan uji normalitas menggunakan *Shapiro wilk* karena jumlah data yang dianalisis kurang dari 50 (pelaksanaan *hand hygiene* selama 14 hari). Hasil yang diperoleh yaitu 0.001 artinya data tidak berdistribusi normal sehingga tidak dapat menggunakan uji t-test, digunakan uji pengganti yaitu *man-whitney* untuk mengetahui perbedaan pelaksanaan *hand hygiene* pada kelompok dan kontrol perawat bangsal Zaitun dengan intervensi perawat bangsal Naim.

Tabel 4.14 Hasil Uji Man-Whitney Perbedaan *Hand Hygiene* pada Kelompok Kontrol Perawat Bangsal Zaitun dengan Intervensi Perawat Bangsal Naim

Kelompok	<i>Mean Rank</i>	Nilai p
Intervensi perawat bangsal Naim	17,50	0.048
Kontrol perawat bangsal Zaitun	11,50	

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas didapatkan hasil bahwa *mean rank* kelompok intervensi perawat bangsal Naim lebih besar dari kelompok kontrol perawat bangsal Zaitun dengan nilai $p=0.048$ ($p<0.05$) yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok kontrol perawat bangsal Zaitun dengan kelompok intervensi perawat bangsal Naim. Maka hal tersebut menunjukkan bahwa video modelling *hand hygiene* efektif dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* pada kelompok intervensi perawat bangsal Naim daripada kelompok kontrol perawat bangsal Zaitun.

C. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Perawat dan dokter di RS PKU Muhammadiyah Gamping memiliki bermacam-macam karakteristik yang terdiri dari jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir. Berikut pembahasan tentang karakteristik mengenai responden penelitian ini:

a. Jenis Kelamin

Dari hasil data tersebut dapat dianalisis bahwa jumlah responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak daripada jumlah responden berjenis kelamin laki-laki karena memang tenaga kesehatan pada masing-masing unit tersebut didominasi oleh perempuan sehingga dalam penelitian ini lebih banyak menemukan responden perempuan dari pada laki-laki. Hal tersebut menunjukkan bahwa antara jenis kelamin dengan tingkat kepatuhan *hand hygiene* tidak saling berhubungan, karena memang penemuan di lapangan menunjukkan responden perempuan jumlahnya lebih banyak dari pada responden laki-laki. Dalam penelitian ini responden perempuan didominasi oleh perawat.

Menurut sejarah perkembangan dunia keperawatan, mayoritas ketenagaan perawat adalah perempuan, karena jenis pekerjaan perawat dianggap sebagai pekerjaan perempuan. Namun, dalam perkembangan dengan adanya peralatan canggih, perkembangan spesialisasi, serta

kebijaksanaan manajemen dan perkembangan pelayanan rumah sakit menuntut akan kebutuhan perawat pria (Arikunto, 2000).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Haryati (2013), di RS Fatmawati, tingkat kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* yakni 7% baik pada laki-laki maupun perempuan, namun hal ini tidak dapat dikatakan kepatuhan antara laki-laki dan perempuan sama, karena perbandingan jumlah perawat perempuan yang lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mortel & Mugo (2005) ditemukan bahwa perempuan lebih patuh dibandingkan dengan laki-laki dalam melaksanakan rekomendasi *hand hygiene*. Hal ini dapat dijelaskan karena perawat perempuan cenderung lebih berhati-hati dalam memberikan keperawatan dibandingkan dengan perawat pria (Bastable, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Zulpahiyana (2013) dengan menggunakan uji statistik *Man-*

Whitney pada hubungan antara kepatuhan perawat dengan karakteristik responden ditemukan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat kepatuhan *hand hygiene*, dengan nilai $p=0,926$ pada pretest, dan $p=0,165$ pada posttest.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini pun tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat dan dokter.

b. Usia

Dari hasil data tersebut dapat dianalisis bahwa jumlah sebaran responden dengan rentang usia tertentu bervariasi pada setiap kelompok. Responden dengan rentang usia 17-25 tahun lebih banyak pada kelompok intervensi perawat bangsal naim daripada kelompok kontrol perawat bangsal zaitun dan intervensi perawat IGD. Responden dengan rentang usia 26-35 tahun lebih banyak pada kelompok kontrol perawat bangsal zaitun. Sedangkan responden dengan rentang usia 36-45 tahun lebih banyak

pada kelompok intervensi perawat IGD daripada dokter IGD. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan rentang usia tertentu bervariasi jumlah sebaran pada tiap kelompok atau unit kerja yang diteliti.

Depkes RI (2009) dalam Zulpahiyana (2013) mengategorikan usia dewasa menjadi dua yakni: dewasa awal (25-36 tahun) dan dewasa akhir (35-46 tahun), jadi responden dominan berada pada usia dewasa awal. Menurut Peaget dalam Zulpahiyana (2013) pada usia dewasa muda seseorang lebih fleksibel, terbuka dan sangat adaptif. Robbins (2006) menyatakan bahwa dewasa muda merupakan perkembangan puncak dari kondisi fisik dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki.

Usia berpengaruh terhadap pola pikir seseorang dan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Secara garis besar, umur dapat menjadi indikator dalam mengambil keputusan karena mengacu pada

pengalamannya. Dengan semakin banyaknya umur maka dalam menerima sebuah instruksi dan pelaksanaan suatu prosedur akan semakin bertanggung jawab. Semakin cukup umur seseorang akan semakin matang dalam berfikir dan bertindak (Evin, 2009 cit Zulpahiyana, 2013).

Semakin bertambah usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknisnya, psikologis dan kematangan jiwa individu tersebut. Bertambahnya usia akan bertambah kebijaksanaan kematangan individu dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi, berpikir rasional dan toleransi terhadap pandangan orang lain (Robbins, 2006). Chan (2009) dalam Zulpahiyana (2013) menyatakan bahwa usia perawat berhubungan secara signifikan dengan pengetahuan, semakin tinggi usia seseorang, maka tingkat pengetahuannya juga semakin tinggi, yang pada akhirnya akan mempengaruhi seseorang dalam bersikap.

Penelitian yang dilakukan oleh Zulpahiyana (2013) dengan menggunakan uji statistik *Man-Whitney* pada

hubungan antara kepatuhan perawat dengan karakteristik responden menunjukkan hasil yang berbeda, dimana tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kepatuhan *hand hygiene* dengan nilai $p=0,745$ pada pretest dan $0,830$ pada posttest.

Sejalan dengan penelitian dari Zulpahiyana tersebut bahwa dalam penelitian ini pun menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat kepatuhan *hand hygiene* dengan usia responden.

c. Pendidikan terakhir

Dari hasil data tersebut dapat dianalisis bahwa jumlah sebaran responden dengan pendidikan terakhir DIII Keperawatan lebih banyak mendominasi pada tiap kelompok unit penelitian, namun akan berbeda pada kelompok intervensi dokter IGD karena semua tenaga unitnya adalah dokter sehingga pendidikan yang ada hanya pendidikan Dokter. Sehingga dapat disimpulkan bahwa karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir

bervariasi jumlah sebarannya pada tiap kelompok atau unit kerja yang diteliti.

Dalam menghadapi permasalahan yang semakin kompleks, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pergeseran sistem pelayanan kesehatan, maka diperlukan perkembangan tenaga keperawatan dan dokter sebagai profesi sehingga pendidikan yang ada dirumah sakit minimal berpendidikan D-III Keperawatan untuk perawat dan diharapkan dapat melanjutkan ke jenjang pendidikan S1 Keperawatan sedangkan pendidikan minimal khusus bagi seorang dokter adalah pendidikan S1 kedokteran.

Perawat profesional pemula adalah perawat yang mempunyai tingkat pendidikan minimal D-III keperawatan. Tingkat pendidikan adalah level atau tingkat suatu proses yang berkaitan dalam mengembangkan semua aspek kepribadian manusia, yang mencakup pengetahuan, nilai, sikap serta keterampilannya. Makin tinggi pendidikan seseorang makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan

sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2011).

Dokter merupakan profesi yang masih dianggap sebagai profesi yang terhormat dan mulia, masyarakat menganggap bahwa seorang dokter adalah orang yang paripurna, yang mampu menyelesaikan segala hal dan segala masalah yang diderita oleh pasiennya. Dokter profesional adalah dokter yang mempunyai tingkat pendidikan minimal S-1 kedokteran kemudian ditambah lagi dengan menyelesaikan tingkat pendidikan profesi kedokterannya. Didalam menjalankan tugasnya sebagai dokter yang professional, seorang dokter diatur dengan sejumlah kode etik kedokteran dan aturan kedokteran lainnya yang diatur oleh lembaga profesionalisme kedokteran, sehingga diharapkan dokter mampu menangani permasalahan dalam hubungannya dengan pasien.

Pendidikan berpengaruh terhadap pola pikir individu. Sedangkan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang dengan kata lain pola pikir seseorang

yang berpendidikan rendah akan berbeda dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan tinggi (Asmadi, 2010 cit Zulpahiyana, 2013). Pada penelitian ini tidak dapat menunjukkan efek pendidikan terhadap praktik pencegahan infeksi karena responden mempunyai tingkat pendidikan yang hampir sama terkecuali khusus untuk dokter berpendidikan S1 kedokteran yang jumlahnya pun hanya sebagian kecil saja. Pendidikan yang dominan dalam penelitian ini adalah pendidikan keperawatan baik D-III maupun S1. Namun ada beberapa penelitian yang dapat dijadikan rujukan mengenai hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan *hand hygiene* terhadap perawat dan dokter tersebut.

Hassan (2004) dalam Zulpahiyana (2013) melakukan penelitian yang dilakukan pada responden homogen yaitu semua perawat pada level *registered nurse* (RNs). Namun walaupun demikian hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa secara keseluruhan tingkat kepatuhan

pada level *registered nurse* dalam melakukan *hand hygiene* masih < 50% yaitu 32%.

Damanik (2010) melakukan penelitian *hand hygiene* perawat, didapatkan hasil tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene* perawat. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun seseorang memiliki tingkat pendidikan tinggi, tetapi apabila kesadarannya untuk melakukan *hand hygiene* rendah maka tingkat kepatuhannya juga akan rendah.

Zulpahiyana (2103) juga melakukan penelitian *hand hygiene* perawat, didapatkan hasil tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene* perawat. Hal ini ditunjukkan dengan hasil penelitian bahwa tingkat pendidikan yang seragam yakni D-III keperawatan sehingga semua perawat di ICU hanya terdapat pendidikan D-III keperawatan saja.

Sejalan dengan beberapa penelitian tersebut bahwa dalam penelitian ini pun menunjukkan tidak ada hubungan

antara tingkat kepatuhan *hand hygiene* dengan tingkat pendidikan responden.

2. Gambaran Pelaksanaan 5 Momen *Hand Hygiene*

Dalam pelaksanaan 5 momen *hand hygiene* secara umum pada tiap kelompok penelitian ini banyak diantara perawat atau dokter yang tidak menyadari keharusan mencuci tangan sebelum bersentuhan dengan pasien. Terlebih ketika perawat atau dokter tersebut akan melakukan tindakan yang mengharuskan untuk menggunakan *handscoon*. Perawat atau dokter merasa aman jika sudah menggunakan *handscoon*, sehingga dianggap tidak perlu untuk melakukan *hand hygiene* lagi terlebih pada momen sebelum kontak dengan pasien.

Perawat atau dokter menganggap tidak perlu melakukan *hand hygiene* jika hanya bersentuhan dengan pasien dalam waktu beberapa detik. Perawat seringkali tidak melakukan *hand hygiene* setelah kontak dengan pasien kemudian kontak lagi dengan pasien lainnya, bahkan

masih menggunakan *handscoon* yang sama tanpa diganti. Perawat atau dokter juga pernah melakukan tindakan pada beberapa pasien, namun masih menggunakan *handscoon* yang sama, tanpa diganti atau dilepas melainkan melakukan *handrub* dengan *handscoon* yang masih terpakai.

Penggunaan sarung tangan baik bersih ataupun steril tidak mengubah atau menggantikan pelaksanaan *hand hygiene*. *Hand hygiene* harus dilakukan sebelum mengenakan sarung tangan dan setelah sarung tangan dilepas (WHO, 2009). *Hand hygiene* harus dilakukan dengan benar sebelum dan setelah melakukan tindakan perawat dan dokter walaupun menggunakan sarung tangan atau alat pelindung diri guna menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang ada ditangan sehingga penyebaran penyakit dapat dikurangi dan pasien terjaga dari infeksi.

Pada momen sebelum tindakan aseptis terjadinya penurunan angka persentase kepatuhan *hand hygiene* pada kelompok kontrol bangsal zaitun ini karena jumlah momen

yang diamati pada saat pre observasi berbeda dengan jumlah momen yang diamati pada saat post observasi. Jumlah momen yang diamati pada saat pre observasi oleh peneliti adalah sebanyak-banyaknya momen *hand hygiene*, artinya jumlah banyaknya momen yang diamati tidak ditentukan jumlahnya. Sedangkan pada post observasi terjadi perbedaan, jumlah momen yang diamati saat post observasi oleh Kepala ruang (Karu) bangsal zaitun adalah tidak sebanyak-banyaknya momen *hand hygiene* sehingga jumlah persentase momen yang didapatkan pada momen sebelum tindakan aseptis terjadi penurunan.

Sebelum tindakan aseptis yaitu segera setelah menyentuh bagian tubuh pasien yang berisiko infeksi. Contoh: sebelum melakukan pemasangan infus, sebelum melakukan pemasangan kateter, sebelum melakukan penyuntikan obat, sebelum melakukan perawatan luka, pengambilan darah dan sebagainya. Indikasi ini ditentukan oleh terjadinya kontak terakhir dengan permukaan di daerah perawatan dan dalam zona pasien (termasuk pasien

dan lingkungannya) , prosedur yang melibatkan kontak langsung maupun tidak langsung dengan lendir membran, kulit atau perangkat medis untuk tindakan invasif. Tujuannya yaitu untuk mencegah penularan kuman dari satu bagian tubuh kebagian tubuh lainnya pada pasien yang sama melalui inokulasi (WHO, 2009).

Pada momen setelah kontak dengan pasien, indikasi ini ditentukan oleh terjadinya kontak terakhir dengan benda disekitar pasien dan permukaan di lingkungan pasien (tanpa menyentuh pasien). Tujuannya untuk melindungi petugas kesehatan dari kolonisasi oleh kuman yang mungkin ada pada permukaan / benda di lingkungan pasien dan untuk melindungi lingkungan perawatan terhadap kontaminasi kuman dan potensi penyebarannya (WHO, 2009).

Pada momen setelah kontak dengan cairan tubuh pasien, tindakan yang termasuk pada momen ini meliputi melakukan suction, membuang urine pasien, dan resiko terpapar dengan darah misalnya memasang infus, memperbaiki infus, pengambilan darah dan membersihkan

luka yang masih basah. Biasanya setelah melakukan tindakan ini perawat langsung melakukan *hand hygiene* karena persepsi perawat yang menganggap cairan tubuh pasien itu kotor.

Pada momen setelah kontak dengan lingkungan terjadinya penurunan angka persentase kepatuhan *hand hygiene* pada kelompok intervensi perawat IGD ini karena jumlah momen yang diamati pada saat pre intervensi berbeda dengan jumlah momen yang diamati pada saat post intervensi. Jumlah momen yang diamati pada saat pre intervensi oleh peneliti adalah sebanyak-banyaknya momen *hand hygiene*, artinya jumlah banyaknya momen yang diamati tidak ditentukan jumlahnya. Sedangkan pada post intervensi terjadi perbedaan, jumlah momen yang diamati saat post intervensi oleh Kepala ruang (Karu) IGD adalah tidak sebanyak-banyaknya momen *hand hygiene* sehingga jumlah persentase momen yang didapatkan pada momen setelah kontak dengan lingkungan terjadi penurunan.

Perawat dan dokter IGD memiliki peluang yang besar untuk bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien, karena di ruang IGD keluarga pasien tidak dapat secara langsung membantu merawat pasien, sehingga segala kebutuhan pasien dilakukan oleh perawat atau dokter IGD. Walaupun hanya tindakan yang sederhana misalnya memperbaiki selimut pasien. Perawat IGD sering melakukan tindakan yang sederhana tanpa melakukan *hand hygiene* setelahnya, misalnya menyentuh tempat tidur pasien, memperbaiki letak posisi infus, dan memperbaiki monitor yang ada disamping tempat tidur pasien.

3. Pelaksanaan *Handwashing* dan *Handrubbing*.

Dari penjabaran terhadap hasil data tersebut dapat kita analisis bahwa secara umum pada tiap kelompok penelitian ini didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan jumlah penggunaan prosedur *handrubbing*. Walaupun pada kelompok intervensi dokter IGD ada sedikit penurunan namun secara umum hasilnya dikatakan meningkat.

Sebelum diintervensi dengan menggunakan video modelling *hand hygiene*, responden lebih sering menggunakan prosedur *handwashing* daripada *handrubbing*. Hal ini disebabkan responden belum menyadari bahwa pada tindakan atau momen apa saja responden harus menggunakan prosedur *handwashing* dan pada momen apa saja responden cukup dengan menggunakan prosedur *handrubbing*. Namun setelah dilakukan intervensi dengan menggunakan video modelling *hand hygiene*, responden baru mengetahui pada momen apa saja responden harus menggunakan prosedur *handwashing* dan pada momen apa saja responden cukup dengan menggunakan prosedur *handrubbing*.

Penggunaan *handwashing* yang berlebihan juga akan mengakibatkan kurang efisien dalam pengeluaran anggaran dana terhadap penggunaan bahan sediaan *handwashing* seperti sabun, air bersih dan kertas tisu yang digunakan untuk mengeringkan tangan setelah melakukan *handwashing*. Sedangkan dengan menggunakan

handrubbing, responden cukup dengan mengambil bahan *scrub* ditangan kemudian diratakan keseluruh bagian tangan. Hal ini dipandang dapat lebih mengefisienkan pengeluaran anggaran dana terhadap prosedur *hand hygiene*. Penggunaan *handwashing* sebaiknya dilakukan jika tangan benar-benar kotor atau sehabis melakukan momen atau tindakan yang berhubungan langsung dengan cairan tubuh pasien semisal urin, darah, keringat dan sebagainya. Sedangkan aktivitas yang tidak terlalu kotor atau tidak secara langsung berhubungan dengan cairan tubuh pasien maka responden disarankan untuk menggunakan *handrubbing*.

Jenis *hand hygiene* pada penelitian ini terdiri dari *hand washing* dan *handrubbing*. *Hand washing* (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. Dokter dan perawat dalam penelitian ini melakukan *hand washing* dengan tepat yakni ketika tangan terlihat kotor dan selalu pada momen setelah kontak dengan cairan tubuh, tetapi ketika akan menghitung balance cairan, perawat 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 perawat tidak takut lagi terkena dermatitis yang disebabkan karena mencuci tangan.

Hand rub adalah tindakan menggosok tangan dengan berbahan dasar alkohol tanpa air (Rotter dalam Widmer, 2000). Penggosokkan tangan ini dilakukan dengan menggunakan senyawa berbahan dasar alkohol (Misalnya, etanol, npropanol atau isopropanol) yang digunakan dengan cara bilas (*rinse*) dan gosok (*rub*) untuk tangan (Widmer, 2000). Ditempat penelitian ini yaitu di RS PKU Muhammadiyah Gamping telah menyiapkan *handrubbing* yang berbahan dasar alkohol disetiap ruangan baik bangsal maupun IGD tempat penelitian ini dilaksanakan.

4. Efektivitas Video Modelling *Hand Hygiene* terhadap Peningkatan Kepatuhan Perawat dan Dokter

Berdasarkan hasil perhitungan uji t yang dilakukan untuk membuktikan adanya peningkatan kepatuhan *hand hygiene* pada semua kelompok penelitian ini, maka diperoleh hasil uji t dengan nilai signifikan sebesar $p=0,000$

maka hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara penggunaan video modelling *hand hygiene* dengan peningkatan kepatuhan *hand hygiene* sehingga hal ini dapat diartikan bahwa video modelling *hand hygiene* efektif dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* terhadap perawat dan dokter pada semua kelompok penelitian ini.

Berdasarkan uji *man-whitney* didapatkan hasil yang signifikan yaitu nilai $p=0.048$ ($p<0.05$) yang artinya terdapat perbedaan antara kelompok kontrol perawat bangsal zaitun dengan intervensi perawat bangsal naim. Maka hal tersebut menunjukkan bahwa video modelling *hand hygiene* efektif dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* pada kelompok intervensi perawat bangsal naim daripada kelompok kontrol perawat bangsal zaitun. Hal ini disebabkan karena video modelling dapat mengintervensi dan membangkitkan kesadaran responden terhadap pentingnya *hand hygiene* dan perilaku *hand hygiene* yang

baik dan benar sehingga berdampak pada meningkatnya kepatuhan terhadap *hand hygiene* tersebut.

Hasil penelitian Iskandar, Suhadi, dan Maryati (2014) terhadap pengaruh modelling media video cuci tangan terhadap kemampuan cuci tangan pada siswa kelas 4 di SD Wonosari 02 Mangkang Semarang, didapatkan gambaran skor kemampuan cuci tangan sesudah dilakukannya video modelling menunjukkan jumlah responden sebagian besar terhadap kemampuan cuci tangan sesudah perlakuan dengan skore baik sebanyak 77 siswa (100%), sedangkan skore kurang dan skore cukup sebanyak 0 siswa (0%). Berdasarkan hasil uji yang digunakan karena sampel yang diambil > 50 maka menggunakan uji kolmogorof-smirnov dan didapatkan nilai probabilitas 0.0001 maka berdistribusi tidak normal sehingga uji statistik yang digunakan adalah marginal homogeneity test. Hasil analisis diperoleh hasil p value = 0.0001 sehingga H_a diterima dan H_0 ditolak, maka ada pengaruh modelling

media video cuci tangan terhadap kemampuan mencuci tangan pada siswa kelas 4 di SD Wonosari 02 Semarang.

Hasil penelitian Maryati (2016) terhadap pengaruh edukasi media video terhadap peningkatan kepatuhan tenaga kesehatan dalam melaksanakan *hand hygiene* di klinik hemodialisis didapatkan hasil sebanyak 203 momen *hand hygiene* sebelum perlakuan dengan menggunakan media video. Sedangkan momen *hand hygiene* yang dilakukan setelah perlakuan dengan menggunakan media video berjumlah 247 momen. Kepatuhan tenaga kesehatan meningkat 17.89 %, dokter mengalami peningkatan 14.50 % sedangkan perawat mengalami peningkatan 19.84 %. Berdasarkan perhitungan secara statistik menggunakan paired sample t test nilai p 0.004 (<0.05) yang berarti bahwa terdapat peningkatan pengaruh edukasi media video terhadap kepatuhan tenaga kesehatan dan dilakukan uji statistik menggunakan independent t test dengan nilai p 0.000 (<0.05) yaitu terdapat peningkatan kepatuhan khususnya pada momen setelah menyentuh benda di

lingkungan sekitar pasien. Sehingga didapatkan kesimpulan bahwa edukasi media video memiliki pengaruh dalam peningkatan kepatuhan tenaga kesehatan dalam melaksanakan *hand hygiene* di Klinik Hemodialisis Nitipuran.

Hasil penelitian Namankany, Petrie, dan Ashley (2014) terhadap pengaruh video modelling untuk mengurangi kecemasan terkait dengan suntikan gigi pada sebuah percobaan klinis secara acak didapatkan 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.

Sedangkan yang berkaitan dengan kepatuhan *hand hygiene* itu sendiri, bahwa Zulpahiyana (2013) telah melakukan penelitian terhadap peningkatan kepatuhan *hand hygiene* perawat dengan menggunakan simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan, 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. Sehingga disimpulkan bahwa simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan dapat 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%.

Video modelling yang merupakan salah satu jenis 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 dapat meningkatkan pengetahuan dan teknik-teknik tentang *hand hygiene*. Sebelum dilakukan video modeling *hand hygiene*, ketua

PPI dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memberikan seminar sebanyak 2 kali selama 60 menit terkait dengan *hand hygiene*, pentingnya *hand hygiene* dalam melaksanakan tugas, 5 momen *hand hygiene* dan langkah-langkah pelaksanaannya dengan mempraktikkan secara bersama-sama.

Mangkuprawira (2008) dalam Zulpahiyana (2013) berpendapat bahwa 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 pembentukan kembali karena ada pemahaman - pemahaman baru. Seseorang yang mendapat terpaan pengetahuan yang terus menerus tentunya akan memberikan pengaruh yang signifikan terhadap perilakunya. Begitu pula jika perawat atau dokter diberikan pengetahuan tentang pentingnya *hand hygiene* maka dapat meningkatkan perilaku *hand hygiene* dalam dirinya.

Proses perubahan perilaku dapat terjadi dalam waktu pendek (spontan) ataupun dalam jangka waktu yang lama bergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhinya (Maulana, 2009 cit Zulpahiyana, 2013). Perubahan perilaku yang spontan dapat terjadi apabila seseorang memiliki pemahaman yang baik dan positif dan berfikir akan mendapatkan kerugian jika tidak melaksanakannya. Menurut Ernawati *et al* (2014), perilaku yang didasarkan pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sehingga apabila perilaku seseorang (perawat dan dokter dalam penelitian ini) terhadap *hand hygiene* didasarkan atas sebuah pengetahuan yang tertanam kuat didalam pikirannya maka perilaku terhadap pentingnya aktivitas *hand hygiene* pun akan menjadi sebuah kesadaran dan kebiasaan yang tertanam kuat pula dalam dirinya terhadap aktivitas *hand hygiene* tersebut. Dengan tingkat pengetahuan yang baik tentang *hand hygiene* tersebut diharapkan kepatuhannya dalam melakukan *hand hygiene* pun semakin meningkat.

Perubahan perilaku *hand hygiene* dapat terjadi setelah diberikan pemutaran video modeling selama dua minggu dimana terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* perawat dan dokter ditempat penelitian ini, namun perilaku tersebut tentu saja akan terbentuk secara optimal jika membutuhkan waktu yang lama untuk pembiasaan, yang pada akhirnya akan terbentuk budaya atau kebiasaan *hand hygiene* yang baik. Oleh karena itu perlunya pengawasan dari pihak manajemen rumah sakit khususnya tim PPI, dengan melakukan pemantauan *hand hygiene* secara berkala, sehingga akan terlihat grafik peningkatan ataupun penurunan angka kepatuhan *hand hygiene*. Pemberian motivasi secara berkala juga perlu dilakukan agar perawat dan dokter dapat terus menerus mengingat serta menerapkan kegiatan *hand hygiene* tersebut dalam aktivitasnya melayani pasien.

Motivasi adalah faktor yang berpengaruh di dalam sebuah proses pembelajaran dan salah satu metode pembelajaran yang efektif untuk membangkitkan motivasi

adalah dengan pemutaran sebuah video yang diperankan oleh peserta itu sendiri sehingga baik itu peserta (model video) maupun yang hanya melihat video tersebut (bukan model) sama-sama termotivasi mempelajarinya.

Seseorang yang memiliki motivasi yang tinggi dapat meningkatkan kinerja terhadap aktivitas yang dijalankannya. Demikian pula halnya dengan aktivitas *hand hygiene* yang dilakukan oleh perawat dan dokter, apabila seorang perawat atau dokter memiliki motivasi yang tinggi terhadap aktivitas *hand hygiene* maka kinerja dalam melakukan aktivitas *hand hygiene* tersebut juga akan meningkat. Pada saat pelaksanaan video modelling *hand hygiene* ini pun kepala ruang (Karu) juga memberikan motivasi kepada perawat atau pun dokter untuk meningkatkan pelaksanaan *hand hygiene*, mengingat pentingnya manfaat dari *hand hygiene* tersebut.

Salah satu manfaat dari pelaksanaan *hand hygiene* tersebut yaitu melindungi tenaga kesehatan itu sendiri (dalam hal ini dokter dan perawat) dari infeksi yang

didapatkan di rumah sakit. Hal yang juga ditekankan kepada perawat dan dokter yaitu memperhatikan dengan seksama setiap pemaparan materi tentang pentingnya *hand hygiene* yang dilakukan oleh tim PPI rumah sakit sehingga akan terjadi perubahan perilaku yang awalnya tidak terbiasa menjadi terbiasa (menjadi hal yang baru bagi individu tersebut). Perubahan perilaku baru pada individu tersebut akan menjadi lebih optimal jika perubahan tersebut dilandaskan atas proses internalisasi didalam dirinya dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu itu sendiri.

Menurut Kampf (2004), pelatihan merupakan salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* dari 48% menjadi 68%, namun membutuhkan waktu dan biaya yang banyak. Dalam video modelling ini pun sebenarnya disebut sebagai pelatihan karena peserta dilatih untuk terbiasa melakukan *hand hygiene* dengan bantuan video, namun penyempurnaan video untuk menjadi lebih sempurna memerlukan waktu dan biaya yang tidak

sedikit. Oleh karena itu dikemudian hari perlunya ada kerjasama dengan pemerintah dalam hal ini kementerian kesehatan ataupun dinas yang terkait dalam penyediaan video modelling *hand hygiene* yang berkualitas tinggi disetiap fasilitas-fasilitas kesehatan sehingga baik perawat maupun dokter akan lebih terbiasa dalam melakukan aktivitas *hand hygiene*. Pemutaran video modelling *hand hygiene* tidak memerlukan waktu yang lama sehingga tidak menyita waktu baik perawat maupun dokter dalam beraktivitas melayani pasien.

Untuk mempertahankan tingkat kepatuhan perawat dan dokter dalam melaksanakan *hand hygiene*, harus dilakukan pengawasan dan pemantauan terhadap *hand hygiene* setiap secara berkala oleh tim PPI, dan akan lebih baik lagi jika terdapat SOP (Standar Operasional Procedure) *hand hygiene* di rumah sakit tersebut. Tim PPI juga hendaknya memberikan respon dan umpan balik atas hasil pengukuran terhadap tingkat kepatuhan *hand hygiene* tersebut, dengan memberikan *reward* kepada perawat atau

dokter yang memiliki tingkat kepatuhan *hand hygiene* yang tinggi sehingga angka kepatuhan *hand hygiene* perawat dan dokter akan tetap meningkat.