

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN ORANG TUA TENTANG
HAND HYGIENE DI BANGSAL ANAK RUMAH SAKIT
PKU MUHAMMADIYAH WONOSOBO**

SKRIPSI



TIFANA YUSUF
23.0603.0086

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2024

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Healthcare-associated infections (HAIs) atau sering dikenal dengan infeksi terkait layanan kesehatan merupakan infeksi yang didapatkan pasien saat menerima perawatan untuk kondisi lain di lingkungan layanan kesehatan (McNeil et al., 2019). Terdapat berbagai sindrom utama yang masuk kedalam lingkup HAIs seperti terjadinya demam tiba-tiba, *Central Line-Associated Bloodstream Infection* (CLABSI), *Ventilator-Associated Pneumonias* (VAP), infeksi akibat prosedur operasi seperti pembedahan abdomen, dan bedah saraf, pemasangan implan pada kasus ortopedi, infeksi gastrointestinal, infeksi traktus urinarius, dan infeksi virus akibat transmisi nosokomial (McNeil et al., 2019; Voidazan et al., 2020).

Dampak dari HAIs dapat terjadi pada pengunjung rumah sakit dan pasien, tidak terkecuali pada pasien anak. HAIs menyebabkan tingkat morbiditas dan mortalitas yang signifikan terhadap pasien anak dan dewasa di seluruh dunia (Schreiber et al., 2018). Dampak tersebut dapat berupa memanjangnya lama rawat inap (LOS), membengkaknya biaya perawatan, menurunkan pendapatan rumah sakit, penurunan terhadap kepuasan dan keamanan pasien (Damami & Heymann, 2019). Dalam sebuah studi yang mengungkapkan bahwa pasien yang terdampak HAIs berisiko 3,5 kali memiliki LOS yang lebih panjang dibandingkan dengan pasien non-HAIs, sindrom HAIs yang paling banyak adalah pneumonia, infeksi aliran darah, dan infeksi daerah operasi (Stewart et al., 2021), lama rawat inap juga mempengaruhi biaya perawatan, dimana dampak HAIs berisiko 4,2 kali meningkatkan biaya perawatan dibandingkan dengan pasien non-HAIs (Leoncio et al., 2019).

Prevalensi HAIs di Eropa menunjukkan bahwa HAIs muncul pada 5 – 20% pasien di rumah sakit, diperkirakan bahwa di Eropa, setidaknya 7,5 juta pasien (3,5 juta di rumah sakit akut dan 4,2 juta di fasilitas perawatan jangka panjang)

mengalami HAI setiap tahun (Gugliotta et al., 2020). Di Amerika Serikat diperkirakan terdapat 1,7 – 2 juta pasien menderita HAIs dan hampir 90.000 pasien meninggal setiap tahunnya (Damami & Heymann, 2019). Sementara itu, prevalensi HAIs di Indonesia menunjukkan angka yang paling tinggi dibandingkan dengan negara Asia Tenggara lain dengan prevalensi HAIs mencapai 30,4% sedangkan Singapura memiliki prevalensi yang paling rendah yaitu 8,4% (Goh et al., 2023).

HAIs semakin diakui sebagai salah satu masalah utama dalam keselamatan pasien, para praktisi pengendali dan pencegahan infeksi (PPI) baik dokter maupun perawat serta ahli epidemiologi rumah sakit berperan dalam mengidentifikasi dan menerapkan kebijakan untuk menekan kejadian HAIs. Berbagai organisasi PPI seperti *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, *Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)*, dan *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC)* telah membuat pedoman yang berbasis bukti untuk menekan kejadian HAIs, salah satunya adalah kewaspadaan standar (*standard precautions*) seperti kebersihan tangan (*hand hygiene*), APD, pengendalian lingkungan, pengelolaan limbah, pengelolaan peralatan, penyuntikan yang aman, kebersihan pernapasan dan etika batuk, penempatan pasien, dan perlindungan kesehatan petugas (Kemenkes RI, 2020; McNeil et al., 2019).

Salah satu aspek penting dalam kejadian HAIs yang dapat terjadi antara petugas kesehatan, pasien, dan pengunjung adalah *hand hygiene*. Hal ini disebabkan penularan mikroorganisme dapat terjadi dari satu pasien ke pasien lain atau pengunjung ke pasien melalui tangan, atau dari tangan yang telah terkontaminasi dari lingkungan, dapat mengakibatkan infeksi silang dengan cara langsung maupun tidak langsung (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020; Wetson, 2013). Oleh karena itu, pengetahuan terkait *hand hygiene* perlu ditingkatkan baik pada petugas kesehatan, pasien, dan pengunjung.

Tangan pasien dan pengunjung sering kali terkontaminasi patogen, dan inisiatif kebersihan tangan pasien telah terbukti dapat menurunkan penularan

patogen ini. Namun, kebersihan tangan pasien dan keluarga/pengunjung sering kali diabaikan sebagai bagian dari upaya pencegahan HAIs. Berbagai penelitian yang dipublikasikan secara konsisten melaporkan tingkat kebersihan tangan pasien yang kurang optimal, sehingga jelas bahwa ini merupakan target penting untuk peningkatan kualitas (Lo et al., 2021).

Penelitian menunjukkan bahwa *hand hygiene* terbukti dapat menurunkan angka penularan dan menekan kejadian HAIs, seperti pada penelitian Nasution et al. (2019) yang memperlihatkan bahwa mencuci tangan baik menggunakan sabun maupun *hand rub* dapat menurunkan koloni bakteri secara signifikan ($p < 0,05$) (Nasution et al., 2019). Sementara itu, penelitian Santoso et al. (2019) mengungkapkan pengetahuan tentang *hand hygiene* sangat berperan terhadap kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene*, hal ini diungkapkan dalam penelitian dimana terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang *hand hygiene* dan kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene* ($p = 0,000$) (Santoso et al., 2019). Beberapa alasan seperti kurangnya pengetahuan, lupa, keterbatasan waktu, malu atau sungkan untuk mengingatkan, dan tidak adanya fasilitas pendukung menjadi faktor rendahnya praktik *hand hygiene* (Campbell et al., 2020).

Studi pendahuluan yang telah dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Wonosobo menunjukkan bahwa dari 10 pasien di bangsal anak 9 diantaranya tidak mengetahui atau bahkan memahami tentang pengertian dan pentingnya *hand hygiene*. Praktik kebersihan tangan yang efektif tetap menjadi salah satu alat yang paling berguna dalam pencegahan HAIs, infeksi silang, dan penyebaran resistensi antimikroba. Masalah mencuci tangan merupakan masalah yang rumit dan kepatuhan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pengetahuan yang akurat, teknik dekontaminasi yang benar, faktor manusia, lingkungan, dan kepemimpinan yang efektif (Hillier, 2020). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih jauh tentang gambaran tingkat pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan menunjukkan bahwa *hand hygiene* merupakan hal preventif dan efektif untuk mencegah infeksi nosokomial, maka peneliti ingin menjawab rumusan masalah yang muncul yaitu “Bagaimana tingkat pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh orang tua anak tentang *hand hygiene* di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengetahui karakteristik orang tua anak di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.
- b. Mengetahui tingkat pengetahuan orang tua anak tentang *hand hygiene* di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Pasien dan Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi masyarakat khususnya masyarakat yang belum mengetahui pentingnya *hand hygiene* untuk mencegah infeksi di rumah sakit.

2. Manfaat Bagi RS PKU Muhammadiyah Wonosobo

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi para tenaga kesehatan agar dapat meningkatkan perannya dalam edukasi tentang pentingnya cuci tangan dan pencegahan infeksi nosokomial atau HAIs.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat bermanfaat sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah dipelajari selama perkuliahan dalam bentuk pembuatan laporan skripsi serta menambah wawasan pengetahuan bahwa *hand hygiene* merupakan hal preventif dan efektif untuk mencegah infeksi nosokomial atau HAIs.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas tingkat pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo dengan menggunakan data primer dan sumber data dari kuesioner yang dibagikan kepada orang tua pasien anak di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.

F. Target Luaran

Penelitian ini diharapkan dapat dipublikasikan dalam *Jurnal Online Universitas Muhammadiyah Magelang (UNIMMA Journal)* atau sesuai dengan arahan pembimbing.

G. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

Judul Penelitian	Desain dan Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
<i>Knowledge and Practice of Hand Hygiene among Patients' Relatives in Jos University Teaching Hospital (JUTH) Jos-Nigeria.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Jenis: kuantitatif. Desain: analisis deskriptif. Pengambilan data: <i>cross-sectional</i>. Variabel: pengetahuan dan praktik <i>hand hygiene</i>. Populasi: pasien dan pengunjung di <i>Jos University teaching Hospital</i>. 	<p>Terdapat 297 sampel (86,1%) memahami <i>hand hygiene</i> dan 48 sampel (13,9%) tidak memahami <i>hand hygiene</i>.</p>	<p>Persamaan dengan penelitian terdahulu adalah desain yang digunakan sama yaitu analisis secara deskriptif, terdapat variabel penelitian yang sama yaitu pengetahuan tentang <i>hand hygiene</i>. Selain itu, sampel yang digunakan juga</p>	<p>Perbedaan dengan penelitian terdahulu adalah pengambilan sampel yang diambil secara acak dan cenderung lebih besar, sementara penelitian saat ini menggunakan <i>purposive sampling</i>.</p>

Judul Penelitian	Desain dan Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
(Olumide et al., 2019)	6. Sampel : 345 pasien dan pengunjung. 7. Teknik sampling: <i>random sampling</i> . 8. Instrumen: kuesioner. 9. Uji statistik: frekuensi dan persentase.		merupakan pengunjung pasien, analisis yang digunakan juga sama yaitu menggunakan frekuensi dan persentase.	
<i>Hand hygiene knowledge, attitudes, and practices among hospital inpatients: A descriptive study</i> (Srigley et al., 2020)	1. Jenis: kuantitatif. 2. Desain: analisis deskriptif. 3. Pengambilan data: <i>cross-sectional</i> . 4. Variabel: pengetahuan, perilaku, dan praktik <i>hand hygiene</i> . 5. Populasi: pasien rawat inap pada 5 rumah sakit berbeda. 6. Sampel: 268 pasien rawat inap. 7. Teknik sampling: <i>purposive sampling</i> . 8. Instrumen: kuesioner dan survei. 9. Uji statistik: <i>Fisher exact</i> .	Terdapat 66,4% pasien melaporkan selalu menjaga kebersihan tangan setelah menggunakan toilet dan 49,2% sebelum makan. Mayoritas pasien (74,6%) menyatakan bahwa mereka tidak ingin menerima informasi lebih lanjut tentang kebersihan tangan selama di rumah sakit. Tidak terdapat perbedaan antar kelompok usia dan jenis kelamin terhadap frekuensi cuci tangan ($p > 0,05$).	Persamaan dengan penelitian terdahulu adalah desain yang digunakan sama yaitu analisis secara deskriptif, terdapat variabel penelitian yang sama yaitu pengetahuan tentang <i>hand hygiene</i> . Selain itu, pemilihan sampel juga sama menggunakan <i>purposive sampling</i> .	Perbedaan dengan penelitian terdahulu adalah terdapat variabel yang tidak diteliti dalam penelitian ini seperti perilaku dan praktik cuci tangan. Selain itu sampel yang digunakan merupakan pasien rawat inap dan bukan pengunjung atau penunggu pasien. Analisis yang digunakan juga berbeda yaitu menggunakan <i>Fisher exact</i> sementara penelitian saat ini hanya melakukan analisis secara deskriptif.
<i>Improving children's and their visitors' hand hygiene compliance</i> (Lary et al., 2020)	1. Jenis: kuantitatif. 2. Desain: quasi eksperimental. 3. Pengambilan data: prospektif. 4. Variabel: pengetahuan, edukasi interaktif dan kepatuhan <i>hand hygiene</i>	Kepatuhan terhadap kebersihan tangan meningkat sebesar 24,4% ($p < 0,001$) setelah intervensi edukasi, dengan kepatuhan anak-anak mencapai 40,8% dan pengunjung	Persamaan dengan penelitian terdahulu adalah terdapat variabel penelitian yang sama yaitu pengetahuan <i>hand hygiene</i> . Sampel dalam penelitian ini juga sama yaitu	Perbedaan dengan penelitian terdahulu adalah desain yang digunakan dalam penelitian adalah quasi eksperiment sementara penelitian saat ini deskriptif observasional. Teknik sampling

Judul Penelitian	Desain dan Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
	<p>pada pasien anak serta pengunjung.</p> <p>5. Populasi: pasien anak dan pengunjung di 6 rumah sakit berbeda di <i>East Midlands</i>.</p> <p>6. Sampel: 31 pasien anak dan pengunjung.</p> <p>7. Teknik sampling: <i>clutser random sampling</i>.</p> <p>8. Instrumen: <i>Glo-vo</i> dan kuesioner.</p> <p>9. Uji statistik: <i>Chi-square</i>.</p>	<p>sebesar 50,8%. Kepatuhan bervariasi tergantung pada momen kebersihan mana yang diamati ($p < 0,001$).</p>	<p>pengunjung pasien anak.</p>	<p>dalam penelitian terdahulu dilakukan secara acak bertingkat sementara penelitian saat ini adalah <i>purposive sampling</i>. Analisis dalam penelitian saat ini hanya dilakukan hingga tahap univariat sementara penelitian terdahulu dilakukan menggunakan uji <i>Chi-square</i>.</p>
<p>Hubungan Pengetahuan dan Pengawasan dengan Perilaku <i>Hand Hygiene</i> untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial pada Perawat di Ruang Rawat Inap (Gurning et al., 2022)</p>	<p>1. Jenis: kuantitatif.</p> <p>2. Desain: deskriptif analitik.</p> <p>3. Pengambilan data: <i>cross-sectional</i>.</p> <p>4. Variabel: pengetahuan, pengawasan, dan perilaku <i>hand hygiene</i>.</p> <p>5. Populasi: seluruh perawat di ruang rawat inap RSUD Scholoo Keyen.</p> <p>6. Sampel: 69 perawat.</p> <p>7. Teknik sampling: <i>total sampling</i>.</p> <p>8. Instrumen: kuesioner.</p> <p>9. Uji statistik: <i>Chi-square</i>.</p>	<p>Terdapat hubungan antara pengetahuan dan pengawasan dengan perilaku <i>hand hygiene</i> ($p < 0,05$).</p>	<p>Persamaan dengan penelitian terdahulu adalah terdapat variabel pengetahuan <i>hand hygiene</i>. Pengambilan data memiliki pendekatan yang sama menggunakan <i>cross-sectional</i>.</p>	<p>Perbedaan dengan penelitian terdahulu adalah desain yang digunakan dalam penelitian saat ini deskriptif observasional sementara penelitian terdahulu analisis deskriptif. Teknik sampling dalam penelitian saat ini adalah <i>purposive sampling</i> sementara penelitian terdahulu <i>total sampling</i>. Analisis dalam penelitian saat ini hanya dilakukan hingga tahap univariat sementara penelitian terdahulu <i>Chi-square</i>.</p>
<p>Hubungan Pengetahuan dan Sikap Orang Tua dengan</p>	<p>1. Jenis: kuantitatif.</p> <p>2. Desain: kolerasional.</p>	<p>Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan cuci</p>	<p>Persamaan dengan penelitian terdahulu adalah terdapat variabel penelitian yang</p>	<p>Perbedaan dengan penelitian terdahulu adalah penelitian ini tidak meneliti variabel sikap,</p>

Judul Penelitian	Desain dan Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
Pelaksanaan Cuci Tangan di Rumah Sakit (Simanungkalit et al., 2022)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pengambilan data: <i>cross-sectional</i>. 4. Variabel: pengetahuan, sikap, dan pelaksanaan <i>hand hygiene</i>. 5. Populasi: Seluruh orang tua pasien yang berada di ruang perawatan anak di suatu rumah sakit Indonesia bagian Barat. 6. Sampel: 128 orang tua pasien. 7. Teknik sampling: <i>accidental sampling</i>. 8. Instrumen: kuesioner. 9. Uji statistik: <i>Chi-square</i>. 	<p>tangan ($p = 0,374$). Terdapat hubungan antara sikap dan pelaksanaan cuci tangan ($p = 0,001$).</p>	<p>sama yaitu pengetahuan <i>hand hygiene</i>. Pengambilan data penelitian sama. Sampel dalam penelitian ini juga sama yaitu pengunjung pasien anak.</p>	<p>desain yang digunakan dalam penelitian terdahulu adalah studi korelasional. Teknik sampling dalam penelitian terdahulu adalah <i>accidental sampling</i> sementara penelitian saat ini menggunakan <i>purposive sampling</i>. Analisis dalam penelitian saat ini hanya dilakukan hingga tahap univariat sementara penelitian terdahulu dilakukan dengan uji <i>Chi-square</i>.</p>

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. *Hand Hygiene*

a. Pengertian

Hand hygiene merupakan suatu praktik dalam membersihkan tangan menggunakan sabun dan air yang mengalir bila terdapat bagian tangan yang terlihat kotor atau setelah terkena cairan tubuh. *Hand hygiene* juga dapat dilakukan dengan menggunakan cairan yang memiliki bahan dasar alkohol (*Alcohol Base Handrubs/ABH*) bila tangan tidak tampak kotor (Kemenkes RI, 2020).

Sementara itu, menurut *World Health Organization (WHO)* *hand hygiene* merupakan tindakan antiseptik tangan apapun yang higienis untuk mengurangi flora mikroba sementara (umumnya dilakukan dengan menggosok tangan dengan formula berbasis alkohol atau mencuci tangan dengan sabun biasa atau sabun antimikroba dan air) (WHO, 2024).

Hand hygiene merupakan tindakan pencegahan yang penting untuk mengurangi prevalensi HAIs dengan cara mengurangi transmisi mikroorganisme yang dapat terjadi melalui tangan dengan melakukan tindakan sanitasi yang tepat dengan air bersih maupun cairan berbasis alkohol (Sinanto & Djannah, 2020).

b. Tujuan

Hand hygiene merupakan salah satu aspek penting dari Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dimana infeksi dapat dicegah melalui *hand hygiene* dengan cara yang benar dan waktu yang tepat. *Hand hygiene* bertujuan untuk mencegah terjadinya *cross-contamination* dari tangan petugas kesehatan ke pasien atau pengunjung maupun sebaliknya

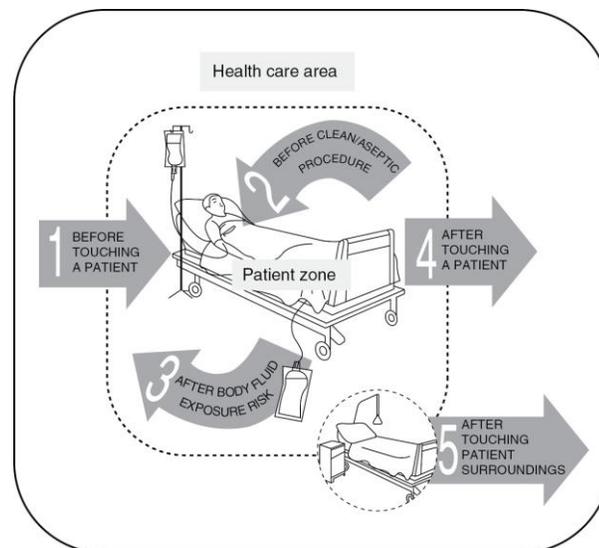
(Kemenkes RI, 2020). Menurut Andersen (2019) terdapat beberapa tujuan dalam melakukan *hand hygiene* sebagai berikut:

- 1) Mencegah terjadinya penularan dari tangan yang terkontaminasi ke pasien, antar pasien, antara pasien dan petugas, serta ke peralatan, makanan, minuman, tekstil, dan permukaan.
- 2) Melindungi diri sendiri, pasien, pengunjung, petugas, dan lingkungan dari penularan dan kolonisasi mikroba patogen.

c. Indikasi

Menurut World Health Organization (2024) indikasi dalam melakukan *hand hygiene* berupa mencuci tangan yang sering dikenal dengan “*Your 5 Moments for Hand Hygiene*” adalah sebagai berikut (Damami & Heymann, 2019):

- 1) Sebelum bersentuhan dengan pasien
- 2) Sebelum melakukan tindakan aseptik
- 3) Setelah bersentuhan dengan pasien
- 4) Setelah terkena cairan tubuh pasien yang berisiko
- 5) Setelah menyentuh lingkungan atau benda-benda di sekitar pasien.



Gambar 2. 1 *Your 5 Moments for Hand Hygiene*

d. Tata Laksana

Terdapat 2 jenis tata laksana dalam melakukan *hand hygiene* yaitu sebagai berikut (Kemenkes RI, 2020):

- 1) Membersihkan tangan dengan sabun dan air mengalir (durasi 40 – 60 detik).
 - a) Pastikan seluruh aksesoris yang melekat pada tangan seperti cincin, gelang, dan jam tangan dilepas atau tidak terpakai serta kuku harus pendek dan tidak menggunakan pewarna kuku atau kuteks.
 - b) Jika lengan atas pakaian menjulur hingga ke pergelangan tangan maka sisihkan terlebih dahulu dengan menggulung hingga 2/3 tangan ke arah siku.
 - c) Atur aliran air sesuai kebutuhan.
 - d) Basahilah tangan dan ambil cairan sabun atau antiseptik ± 2 cc ke telapak tangan.
 - e) Gosok kedua telapak tangan;
 - f) Gosok kedua punggung tangan bergantian;
 - g) Gosok pada sela-sela jari;
 - h) Gosok ruas-ruas jari dengan posisi tangan saling mengunci;
 - i) Gosok secara memutar kedua ibu jari bergantian;
 - j) Gosok kuku dengan memutar pada telapak tangan dari arah dalam ke luar;
 - k) Bilas kedua tangan dengan air;
 - l) Keringkan kedua tangan dengan handuk sekali pakai;
 - m) Gunakan handuk untuk mematikan keran air;
 - n) Kedua tangan kini sudah bersih dan steril.
- 2) Membersihkan tangan dengan cairan berbasis alkohol (durasi 20 – 30 menit).

- a) Pastikan seluruh aksesoris yang melekat pada tangan seperti cincin, gelang, dan jam tangan dilepas atau tidak terpakai serta kuku harus pendek dan tidak menggunakan pewarna kuku atau kuteks.
- b) Jika lengan atas pakaian menjulur hingga ke pergelangan tangan maka sisihkan terlebih dahulu dengan menggulung hingga $\frac{2}{3}$ tangan ke arah siku.
- c) Basahilah tangan dan ambil cairan berbasis alkohol.
- d) Gosok kedua telapak tangan;
- e) Gosok kedua punggung tangan bergantian;
- f) Gosok pada sela-sela jari;
- g) Gosok ruas-ruas jari dengan posisi tangan saling mengunci;
- h) Gosok secara memutar kedua ibu jari bergantian;
- i) Gosok kuku dengan memutar pada telapak tangan dari arah dalam ke luar;
- j) Kedua tangan kini sudah bersih dan steril.

e. Sarana

Berikut merupakan sarana yang diperlukan dalam melakukan *hand hygiene* (Kemenkes RI, 2020):

- 1) Wastafel dengan air yang mengalir menggunakan keran yang memiliki tangkai, selain itu sabun cair atau cairan antiseptik dalam dispenser, pengering tangan seperti tisu, handuk sekali pakai dan tempat limbah non infeksius.
- 2) *Handrub* kemasan pabrik yang banyak tersedia dalam produk siap pakai (ikuti instruksi pabrik untuk digunakan) atau siapkan alkohol tangan dengan mencampurkan 97 ml alkohol 70% dalam 3 ml gliserin. Berikut merupakan cara pembuatan *handrub*:

Campurkan 97 ml alkohol 70% dalam 3 ml gliserin = 100 ml *handrub*

2. *Healthcare-Associated Infection (HAIs)*

a. Pengertian

Infeksi merupakan suatu keadaan yang muncul disebabkan oleh mikroorganisme yang bersifat patogen, infeksi ini dapat disertai dengan gejala klinis maupun tanpa gejala klinis (Kemenkes RI, 2020). Menurut Kemenkes RI (2020) HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien yang sedang dalam perawatan rumah sakit, dimana tidak ditemukan infeksi maupun tidak dalam masa inkubasi ketika pasien masuk dan mulai perawatan di rumah sakit maupun saat perawatan di rumah sakit, tetapi muncul setelah pasien pulang atau selesai perawatan dari rumah sakit (Kemenkes RI, 2020).

Sementara menurut McNeil et al. (2019) merupakan infeksi yang didapatkan pasien saat menerima perawatan untuk kondisi lain di lingkungan layanan kesehatan (McNeil et al., 2019). HAIs adalah infeksi yang didapatkan secara nosokomial, hal ini alasan nama lain dari HAIs adalah infeksi nosokomial, dimana infeksi ini nfeksi ini biasanya didapat setelah dirawat di rumah sakit dan muncul 48 jam setelah masuk rumah sakit. Infeksi ini dipantau secara ketat oleh organisasi rumah sakit seperti Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Pengawasan ini dilakukan untuk mencegah HAIs dan meningkatkan keselamatan pasien. Infeksi HAIs meliputi *central line-associated bloodstream infections (CLABSI)*, *catheter-associated urinary tract infections (CAUTI)*, *surgical site infections (SSI)*, *hospital-acquired pneumonia (HAP)*, ventilator-associated pneumonia (VAP), dan *clostridium difficile infections (CDI)* (Monegro et al., 2024).

b. Etiologi

Risiko HAIs bergantung pada praktik pengendalian infeksi di fasilitas tersebut, status imun pasien, dan prevalensi berbagai patogen dalam komunitas. Faktor risiko untuk HAIs meliputi immunosupresi, usia lanjut,

lama tinggal di rumah sakit, beberapa penyakit penyerta yang mendasari, kunjungan sering ke fasilitas kesehatan, dukungan ventilasi mekanis, prosedur invasif baru-baru ini, perangkat *indwelling*, dan perawatan di unit perawatan intensif (ICU). Rawat inap memainkan peran utama dalam pengelolaan penyakit akut, dan juga meningkatkan risiko pasien yang rentan terhadap beberapa patogen HAIs dan seringkali resistan terhadap antimikroba. Patogen ini dapat diperoleh dari pasien lain, staf rumah sakit, atau fasilitas rumah sakit. Risikonya lebih tinggi di antara pasien di ICU (Monegro et al., 2024).

Clostridium difficile adalah organisme yang menyebabkan *clostridium difficile colitis* (CDI). Organisme umum penyebab CLABSI adalah *candida spp.*, *Enterobacteriaceae*, dan *Staphylococcus aureus*. Patogen umum yang diketahui menyebabkan CAUTI adalah *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas*, *proteus*, *Klebsiella*, dan *Candida*. Menurut *National Healthcare Safety Network*, organisme penyebab umum SSI meliputi *Staphylococcus aureus*, *coagulase-negative staphylococcus*, *Enterococcus*, *E Coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*, *Klebsiella pneumoniae*. Patogen yang paling umum untuk HAP dan VAP adalah *Staphylococcus aureus* dan *Pseudomonas aeruginosa*, sedangkan *E Coli* dan *Klebsiella pneumoniae* dapat ditemukan dalam proporsi yang lebih tinggi pada populasi anak-anak (Monegro et al., 2024).

c. Tanda dan Gejala

Adanya tanda dan gejala infeksi sistemik (misalnya demam, takikardia, takipnea, ruam kulit, malaise umum), sumber infeksi terkait HAIs dapat ditunjukkan oleh instrumentasi yang digunakan dalam berbagai prosedur. Misalnya, tabung endotrakeal dapat dikaitkan dengan sinusitis, trakeitis, dan pneumonia; kateter intravaskular dapat menjadi sumber flebitis atau infeksi saluran; dan kateter Foley dapat dikaitkan dengan infeksi saluran kemih (Haque et al., 2018; Revelas, 2012).

Pasien dengan pneumonia mungkin mengalami demam, batuk, dahak bernanah, dan temuan auskultasi dada yang tidak normal seperti penurunan suara napas, bunyi berderak, atau *wheezing*. Pasien dengan infeksi saluran kemih dapat datang dengan atau tanpa demam. Pasien dengan sistitis dapat mengalami nyeri suprapubik sementara mereka yang menderita pielonefritis dapat mengalami nyeri kostovertebral. Setelah diperiksa, urin mereka dapat keruh dan berbau busuk. Di sisi lain, neonatus biasanya tidak menunjukkan temuan apa pun di atas dan mungkin memiliki tanda-tanda infeksi yang sangat halus dan tidak spesifik. Demam mungkin ada atau tidak. Tanda-tanda infeksi dapat meliputi ketidakstabilan suhu dan/atau tekanan darah, apnea, bradikardia, kelesuan, kerewelan, dan intoleransi makan (Haque et al., 2018; Revelas, 2012).

d. Transmisi

Infeksi dapat terjadi baik dari jalur endogen di mana sumber mikroorganisme berasal dari mikro flora pasien sendiri, misalnya dari usus karena rusaknya penghalang mukosa usus yang disebabkan oleh kemoterapi pada pasien kanker, atau jalur eksogen di mana mikroorganisme berasal dari sumber lain, misalnya dari tangan petugas kesehatan yang terkontaminasi, barang, peralatan, dan/atau lingkungan. Penting untuk dicatat bahwa agar infeksi terjadi, patogen harus menempel pada reseptor untuk masuk ke dalam tubuh. Pada sebagian besar infeksi, penularan terjadi ketika inang yang rentan terpapar mikroba. Selain itu, penting untuk diingat, bahwa setiap paparan mikroorganisme tidak selalu menyebabkan infeksi (Damami & Heymann, 2019).

Menurut Kemenkes RI (2020) terdapat beberapa jenis transmisi eksogen yaitu (Kemenkes RI, 2020):

1) Transmisi Kontak

Transmisi infeksi yang ditularkan melalui kontak langsung seperti bersentuhan dengan tangan pembawa mikroorganisme patogen, peralatan, makanan, atau sarana lain.

2) Transmisi Droplet

Transmisi infeksi melalui sekresi yang dikeluarkan melalui saluran pernapasan selama batuk, bersin, atau berbicara. Droplet tidak dapat melayang di udara namun dapat menempel pada permukaan benda atau barang.

3) Transmisi Udara (*Airbone*)

Penyebaran infeksi yang ditularkan melalui udara yang terhirup atau keluarnya mikroorganisme dari saluran pernapasan. Transmisi ini dapat melayang-layang di udara selama beberapa waktu dan secara teoritis partikel infeksius ini dapat berukuran $\leq 5 \mu\text{m}$.

e. Pencegahan dan Pengendalian

Salah satu cara pencegahan dan pengendalian HAIs adalah dengan melakukan kebersihan tangan (*hand hygiene*) dimana pencegahan dan pengendalian ini masuk dalam kewaspadaan isolasi yang merupakan bagian dari kewaspadaan standar (*standard precaution*) (Kemenkes RI, 2020). Adapun pencegahan dan pengendalian lain untuk menurunkan prevalensi HAIs diantaranya adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2020):

- 1) Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
- 2) Pengendalian lingkungan
- 3) Pengelolaan limbah hasil pelayanan kesehatan
- 4) Pengelolaan peralatan medis
- 5) Pengelolaan linen
- 6) Penyuntikan yang aman

- 7) Kebersihan pernapasan dan etika batuk
- 8) Penempatan pasien
- 9) Perlindungan kesehatan petugas

Pencegahan dan pengendalian berbasis transmisi yang berfokus pada keluarga (pengunjung) dan perawatan yang berpusat pada anak (*child-centered care*) juga dapat dilakukan sebagai berikut (McNeil et al., 2019):

Tabel 2. 1 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Berbasis Transmisi untuk Pengunjung

Tindakan Pencegahan Isolasi	Target
Pencegahan Kontak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengunjung pasien dengan patogen enterik (misalnya, <i>C. difficile</i>, norovirus) 2. Pengunjung pasien dengan MRSA atau VRE jika mereka akan mengunjungi beberapa pasien (misalnya, pendeta) 3. Pertimbangkan dengan: 4. Pengunjung pasien yang terkolonisasi atau terinfeksi organisme gram negatif yang resistan terhadap obat secara luas 5. Wabah 6. Pengunjung pasien tunggal dengan MRSA atau VRE yang mengalami gangguan kekebalan tubuh atau tidak dapat menjaga <i>hand hygiene</i> dengan baik
Pencegahan Droplet	Semua pengunjung, kecuali mereka yang memiliki paparan luas terhadap pasien sebelum masuk (misalnya, anggota keluarga pasien)
Pencegahan <i>Airbone</i>	Pengunjung pasien yang sedang menjalani tindakan pencegahan penularan virus melalui udara, kecuali mereka yang telah lama terpapar dengan pasien sebelum masuk rumah sakit

3. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari mengetahui, dan hal ini dapat terjadi ketika seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu materi atau objek tertentu (Sumakul et al., 2022).

Rasa ingin tahu, yang muncul sebagai hasil dari pengindraan terhadap sesuatu, dikenal sebagai pengetahuan. Pendengaran, penciuman, rasa, penglihatan, dan raba adalah pancaindra yang digunakan oleh manusia untuk mendapatkan pengetahuan. Mata dan telinga juga merupakan sumber utama pengetahuan manusia (Khasanah et al., 2023).

b. Domain

Menurut taksonomi Bloom terdapat beberapa domain dalam pengetahuan atau pembelajaran, diantaranya adalah sebagai berikut (Bolon, 2021):

1) Ranah kognitif (*cognitive domain*)

Pengetahuan, yang merupakan hasil dari pengindraan manusia—atau pemahaman seseorang tentang sesuatu melalui indra mereka, seperti lidah, telinga, hidung, dan mata, antara lain—adalah ukuran dari ranah kognitif. Domain ini berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek intelektual seperti pengetahuan, pengertian, dan keterampilan berpikir.

2) Ranah afektif (*affective domain*)

Sikap adalah ukuran dari ranah afektif; ini bukan tindakan tetapi kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Domain ini berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek perasaan dan emosi seperti minat, sikap, apresiasi, dan cara penyesuaian diri.

3) Ranah psikomotor (*psychomotor domain*)

Ranah psikomotor dapat diukur dengan keterampilan. Ranah psikomotor adalah sikap yang tidak selalu terwujud dalam tindakan.

Domain ini berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek keterampilan motorik seperti tulisan tangan, mengetik, berenang, mengoperasikan mesin.

c. Pengukuran Pengetahuan

Evaluasi pengetahuan individu dapat dicapai melalui proses mengajukan pertanyaan untuk memperoleh tanggapan yang mencerminkan pemahaman mereka tentang materi pelajaran tertentu. Respons ini, yang dapat disampaikan secara vokal atau tertulis, berfungsi sebagai reaksi terhadap stimulus yang diberikan. Metode pengukuran pengetahuan dapat memantapkan dirinya melalui beberapa cara, seperti wawancara atau kuesioner (Khasanah et al., 2023). Kategorisasi tingkat pengetahuan, yang dapat digambarkan berdasarkan nilai persentase sebagai berikut:

- 1) Derajat pengetahuan tergolong “Baik” apabila nilainya sama dengan atau lebih dari 75%.
- 2) Tingkat pengetahuan dapat diklasifikasikan sebagai "Cukup" ketika berada dalam kisaran 56% hingga 74%.
- 3) Derajat pengetahuan termasuk dalam kategori “Kurang” bila nilainya kurang dari 55%.

d. Tingkat pengetahuan

Terdapat beberapa tingkatan yang mencakup pengetahuan dalam domain kognitif (Sumakul et al., 2022):

1) Pengetahuan (*knowledge*)

Akuisisi pengetahuan pada tingkat terendah dicirikan oleh tindakan mengetahui, yang memerlukan retensi informasi yang diperoleh sebelumnya. Kata kerja seperti menyebutkan, mendeskripsikan, mendefinisikan, dan menyatakan adalah ilustrasi alat linguistik yang digunakan untuk menilai pemahaman individu tentang materi pelajaran yang sedang diperiksa.

2) Memahami (*comprehension*)

Kemampuan untuk memahami dan menginterpretasikan konsep yang diketahui dikenal sebagai pemahaman.

3) Aplikasi (*application*)

Konsep menerapkan pengetahuan yang diperoleh dalam skenario atau konteks praktis biasanya disebut sebagai aplikasi.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk membagi sesuatu menjadi bagian-bagian yang saling berhubungan tetapi tetap berada dalam struktur organisasi.

5) Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan dalam menyusun formulasi baru dari yang sudah ada, seperti merencanakan, meringkas, dan menyesuaikan terhadap teori atau rumusan yang telah ada, dikenal sebagai sintesis.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi mengacu pada kapasitas kognitif untuk menilai dan membuat penilaian tentang item atau entitas. Evaluasi dapat dilakukan dengan kriteria yang sudah ada sebelumnya atau kriteria tertentu.

e. Sumber Pengetahuan

Metode dalam memperoleh pengetahuan adalah sebagai berikut (Khasanah et al., 2023):

1) Cara non ilmiah

a) Cara uji coba (*trial and error*)

Metode coba-coba ini menggunakan sejumlah kemungkinan untuk memecahkan masalah. Jika satu kemungkinan tidak berhasil, dicoba lagi dengan kemungkinan kedua, jika kemungkinan ketiga tidak berhasil, dicoba lagi dengan kemungkinan ketiga, dan seterusnya sampai masalah dapat diselesaikan.

b) Cara kebetulan

Orang yang terlibat tidak disengaja menemukan kebenaran.

c) Cara kekuasaan atau otoritas

Para pemimpin agama, pemegang pemerintahan, pemimpin masyarakat formal dan informal, dan lainnya dapat berfungsi sebagai sumber pengetahuan cara lain. Pengetahuan ini berasal dari pemegang otoritas, yaitu mereka yang memiliki kekuasaan atau otoritas, seperti yang dimiliki oleh tradisi, pemerintah, pemimpin agama, atau ilmuwan. Pada dasarnya, orang lain dapat menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang memiliki otoritas tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris maupun pendapat sendiri.

d) Berdasarkan pengalaman

Salah satu cara untuk mendapatkan pengetahuan adalah melalui pengalaman pribadi. Ini dilakukan dengan mengulangi pengalaman yang telah Anda alami saat mencoba menyelesaikan masalah sebelumnya.

e) Cara akal sehat (*common sense*)

Terkadang, akal sehat dapat menemukan teori kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan muncul, orang tua dahulu memaksa anak-anak mereka untuk mengikuti nasihat orang tuanya atau menggunakan hukuman fisik, seperti menjewer telinganya atau mencubit mereka, jika mereka salah. Ternyata, hukuman telah berkembang menjadi teori atau kebenaran bahwa hukuman adalah cara (meskipun bukan yang terbaik) untuk mendidik anak-anak.

f) Kebenaran melalui wahyu

Ajaran agama mencakup wahyu-wahyu ilahi yang dianugerahkan kepada para Nabi oleh Tuhan, dan dipandang sebagai kewajiban untuk dipatuhi dan diyakini di antara mereka

yang menyelaraskan diri dengan keyakinan agama tertentu, terlepas dari rasionalitas sudut pandang mereka sendiri. Alasan mengapa penerimaan kebenaran-kebenaran ini oleh para nabi sebagai wahyu dan bukan sebagai hasil penalaran atau penyelidikan manusia bisa dikaitkan dengan fenomena ini.

g) Secara intuitif

Fenomena orang dengan cepat memperoleh kebenaran melalui proses bawah sadar, tanpa penalaran sadar atau pertimbangan kognitif. Kejujuran yang diperoleh dari proses intuitif mungkin sulit untuk diterima karena ketergantungannya pada metodologi yang metodis dan masuk akal. Kebenaran hanya dapat ditemukan melalui pemanfaatan suara batin atau intuisi seseorang.

h) Melalui jalan pikiran

Orang telah belajar dengan menggunakan penalarannya untuk mengetahui kebenaran. Mereka telah menggunakan penalarannya dalam pikiran mereka, baik melalui induksi maupun deduksi.

i) Induksi

Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dengan pertanyaan khusus dan berakhir dengan pernyataan umum. Ini menunjukkan bahwa proses berpikir menginduksi pengambilan kesimpulan yang didasarkan pada pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra. Kemungkinan disimpulkan ke dalam suatu ide yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu gejala. Ini karena proses berpikir induksi beralih dari hal-hal nyata ke hal-hal abstrak.

j) Deduksi

Pembuatan kesimpulan dari pertanyaan umum ke khusus

disebut deduksi. Berpikir deduksi berarti bahwa apa yang dianggap benar secara umum juga benar untuk semua kejadian.

2) Cara ilmiah

Saat ini, metode pengetahuan baru atau kontemporer lebih logis, sistematis, dan ilmiah. Ini juga bisa disebut sebagai metode penelitian ilmiah, atau, dalam istilah yang lebih umum, metode penelitian.

f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain (Sumakul et al., 2022):

1) Akses informasi kesehatan

Faktor ini menjadi sebuah jembatan yang menghubungkan sumber informasi, sehingga informasi yang dibutuhkan oleh setiap individu dapat terpenuhi.

2) Tingkat pendidikan

Pendidikan merupakan suatu upaya pembelajaran pada seseorang agar orang tersebut termotivasi untuk melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara atau mengatasi masalah-masalah kesehatan.

3) Usia

Seiring bertambahnya usia seseorang akan mengalami penurunan kemampuan berpikir dan kemampuan fungsi sensorinya, keadaan tersebut dapat mempengaruhi kemampuan membaca dan menangkap informasi, sehingga dapat berpengaruh pada pengetahuan yang diterima.

4) Pendapatan

Pendapatan dapat mempengaruhi pendidikan dan pelayanan kesehatan, seseorang dengan pendapatan tinggi cenderung mendapatkan pendidikan yang baik, sehingga mempengaruhi dalam

memahami dan menggunakan informasi kesehatan.

5) Pekerjaan

Pekerjaan dapat mempengaruhi ekonomi, hal tersebut menentukan seseorang dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan mendapatkan sumber informasi kesehatan.

6) Bahasa

Bahasa mempengaruhi seseorang dalam mendapatkan ilmu dan mengaplikasikan kemampuan. Apabila bahasa yang digunakan dalam sehari-hari bukanlah bahasa nasional maka seseorang akan mengalami kesulitan dalam memahami informasi kesehatan.

7) Etnis

Budaya akan mempengaruhi pola pencarian pelayanan kesehatan dan cara berkomunikasi dengan petugas kesehatan.

8) Jenis kelamin

Jenis kelamin di beberapa negara memiliki pengaruh terhadap pengetahuan seseorang, seperti di India perempuan kurang mendapatkan sumber informasi dan pelayanan kesehatan yang baik dibandingkan pria.

9) Akses pelayanan kesehatan

Akses pelayanan kesehatan yang mudah akan memberikan kemudahan seseorang dalam mendapatkan informasi kesehatan yang diinginkannya.

Adapun faktor lain yang dijelaskan oleh Khasanah et al. (2023) adalah sebagai berikut:

1) Faktor internal

Faktor internal yang dimaksud adalah keadaan atau kondisi jasmani. Faktor internal terdiri dari dua aspek, yaitu:

a) Aspek fisiologis

Keadaan organ dan persendian tubuh secara keseluruhan

dapat berdampak pada motivasi dan tingkat keterlibatan individu dalam proses pembelajaran. Kehadiran kondisi organ yang terganggu dapat mengurangi motivasi individu untuk belajar, sehingga retensi atau pemahaman yang tidak memadai terhadap konten yang dipelajari. Kapasitas untuk mengasimilasi informasi dan memperoleh pengetahuan juga dapat dipengaruhi oleh keadaan fakultas pendengaran.

b) Aspek psikologis

Banyak variabel dalam domain psikologis yang dapat memengaruhi jumlah dan kualitas pengetahuan yang dimiliki seseorang. Di antara variabel-variabel ini, beberapa yang dianggap paling penting adalah sebagai berikut:

(1) Inteligensia

Tidak diragukan lagi bahwa tingkat pengetahuan sangat bergantung pada tingkat kecerdasan manusia, juga dikenal sebagai *Intelligence Quotient (IQ)*.

(2) Sikap

Jika Anda memiliki sikap positif terhadap materi yang diajarkan, Anda akan mulai belajar dengan baik. Jika Anda memiliki sikap negatif terhadap materi yang diajarkan, Anda akan menghadapi kesulitan dalam belajar.

(3) Bakat

Seseorang yang memiliki bakat yang sesuai akan lebih mudah menyerap pengetahuan. Bakat umumnya didefinisikan sebagai kemampuan untuk mencapai kesuksesan.

(4) Minat

sebagai suatu minat atau keinginan yang kuat terhadap sesuatu. Minatnya mendorong seseorang untuk memperhatikan dan memperdalam pengetahuan.

(5) Motivasi

Motivasi, dalam esensi dasarnya, mengacu pada kondisi intrinsik makhluk, yang meliputi manusia dan hewan, yang merangsang respons perilaku mereka. Dalam skenario saat ini, motivasi dapat didefinisikan sebagai kekuatan pendorong yang mendorong seseorang untuk terlibat dalam tindakan tertentu.

2) Faktor eksternal

a) Lingkungan sosial

Rasa ingin tahu seseorang untuk belajar dapat dipengaruhi oleh lingkungan sosial di sekolah, seperti teman-teman, staf, dan administrasi. Para perawat yang selalu menunjukkan sikap dan perilaku yang baik dan memperhatikan siswa teladan yang baik dan rajin, terutama dalam hal belajar, dapat membantu siswa belajar.

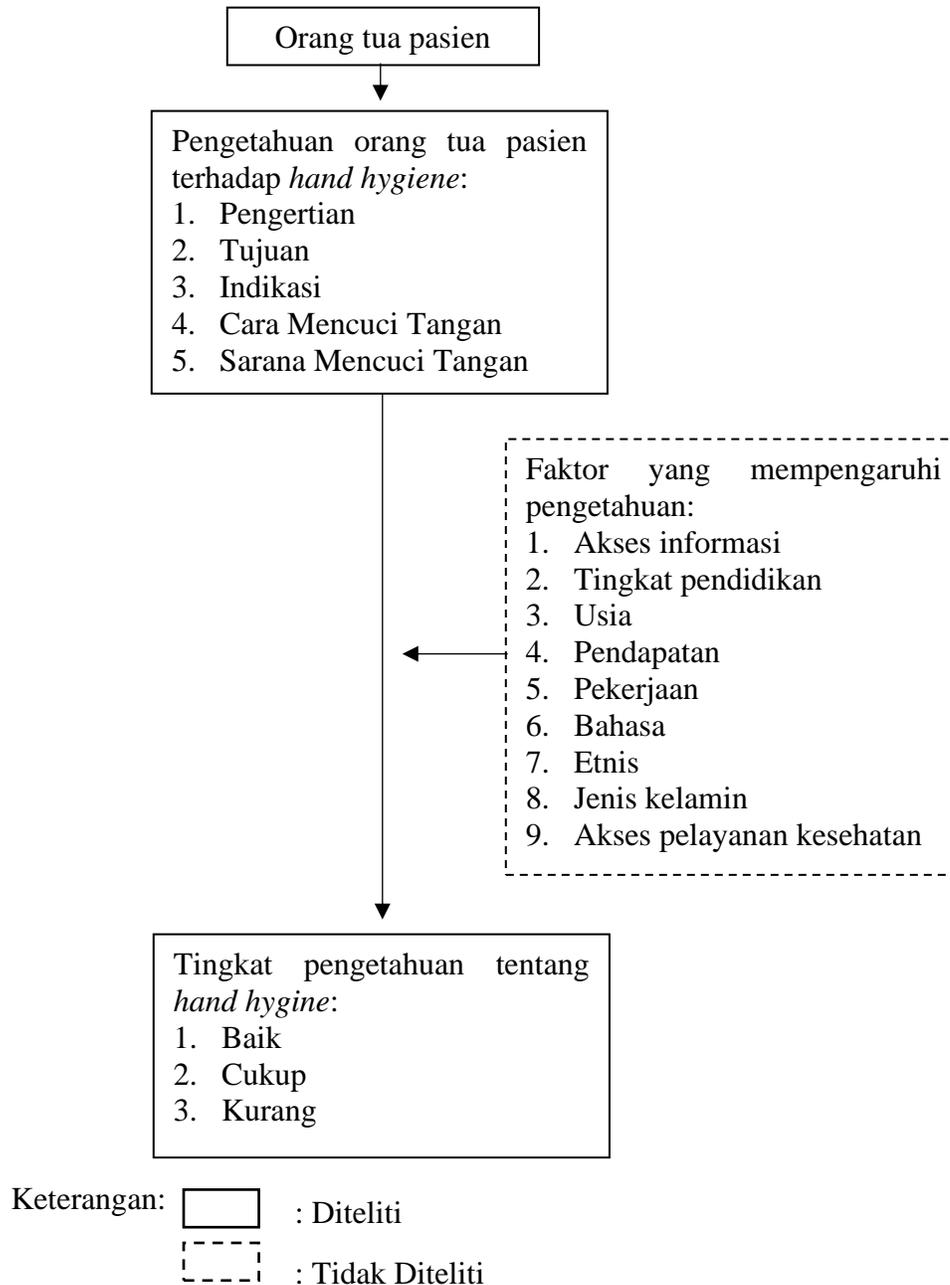
b) Lingkungan non sosial

Faktor lingkungan non sosial termasuk gedung tempat belajar, rumah, lokasi, alat-alat belajar, cuaca, dan waktu yang digunakan siswa untuk belajar. Tingkat keberhasilan siswa juga dipengaruhi oleh faktor-faktor ini.

3) Faktor pendekatan belajar

Jenis upaya belajar yang disebut faktor pendekatan belajar mencakup semua strategi dan teknik pembelajaran.

B. Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori

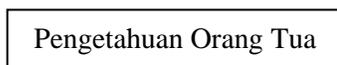
Sumber: Kemenkes RI, 2020; McNeil et al., 2019; Sumakul et al., 2022

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif observasional dengan pendekatan pengambilan data secara *cross-sectional*. Penelitian kuantitatif merupakan penelitian yang mengambil subjek penelitian dengan jumlah yang banyak dan menggunakan pendekatan statistik dalam analisisnya, penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan (mendeskripsikan) gambaran tingkat pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo, penelitian ini juga dilakukan dengan pendekatan pengambilan data *cross-sectional* yang hanya dilakukan pengukuran satu kali dan tidak terbatas tepat pada satu waktu yang bersamaan (Sugiyono, 2019).

B. Kerangka Konsep



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

C. Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pengetahuan Orang Tua	Segala sesuatu yang orang tua ketahui tentang <i>hand hygiene</i> mencakup pengertian, tujuan, indikasi, cara mencuci tangan, dan sarana <i>hand hygiene</i> .	Kuesioner pengetahuan <i>hand hygiene</i> berisi 25 pertanyaan dengan skala <i>Gutmann</i> .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baik jika nilai > 18 2. (> 75%) 3. Cukup Nilai jika 14 – 18 (56% - 74%) 4. Kurang jika nilai < 14 (< 55%) 	Ordinal

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2019).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh orang tua pasien di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo pada bulan Juni 2024 dengan jumlah pasien anak sebesar 66 pasien.

2. Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan menggunakan Rumus Yamane karena populasi telah diketahui sebesar 66 pasien. Berikut perhitungan besar sampel dengan tingkat kesalahan (*sampling error*) sebesar 5% (Sugiyono, 2019):

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

n : Besar sampel yang diperlukan

N : Jumlah populasi

e : Tingkat kesalahan (*sampling error*) 5%

maka besar sampel dapat dihitung sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{66}{1 + 66(0,05)^2} = 56,65 \approx 57$$

Jadi, sampel yang diperlukan sebesar 57 orang tua pasien di RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.

Sampel merupakan bagian populasi yang diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik populasi (Sugiyono, 2019). Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *non-probability purposive sampling* yang merupakan teknik pengambilan sampel dimana peneliti memilih siapa saja orang tua di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, maka pasien tersebut dapat diambil menjadi sampel dalam penelitian (Sugiyono, 2019). Berikut kriteria inklusi dan eksklusi:

- a. Kriteria inklusi:
 - 1) Responden merupakan orang tua kandung pasien.
- b. Kriteria eksklusi:
 - 1) Pasien atau orang tua pasien menolak atau keluar saat penelitian berlangsung.
 - 2) Pasien tidak kooperatif hingga mengganggu proses penelitian.

E. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada 1 Juni – 1 Juli 2024 di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.

F. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data atau dikenal dengan instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengumpulkan atau memperoleh data dalam melakukan suatu penelitian (Sugiyono, 2019). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pertanyaan-pertanyaan yang dapat menggambarkan pengetahuan orang tua pasien tentang *hand hygiene* di RS PKU Muhammadiyah Wonosobo dalam bentuk kuesioner.

Kuesioner sendiri merupakan sejumlah pertanyaan tertulis yang di gunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya, atau hal yang diketahui. Kuesioner digunakan sebagai

panduan dalam mengetahui tingkat pengetahuan orang tua pasien tentang *hand hygiene*. Kuesioner dibagi dalam beberapa bagian. Bagian pertama berisikan karakteristik responden secara umum, seperti nama responden (inisial), usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, bahasa, etnis, akses informasi, dan akses pelayanan kesehatan. Bagian kedua berisikan beberapa pertanyaan untuk dijawab oleh responden (Sugiyono, 2019).

Kuesioner pengetahuan *hand hygiene* terdiri dari 25 pertanyaan. Pertanyaan yang digunakan adalah kuesioner tertutup atau berstruktur dimana kuesioner tersebut dibuat sedemikian rupa sehingga orang tua pasien dapat memilih jawaban yang telah disediakan. Berdasarkan analisis pada kuesioner pengetahuan *hand hygiene* yang sudah ada terdapat domain penilaian yaitu pengertian, tujuan, indikasi, tata laksana, dan sarana *hand hygiene*. Jawaban dari kuesioner ini berupa skala *Guttman* dengan jawaban benar bernilai 1 dan salah bernilai 0. Sehingga jumlah nilai yang dapat diperoleh setiap responden adalah berkisar dari nilai 0 – 25 dimana semakin tinggi nilai kuesioner menggambarkan pengetahuan tentang *hand hygiene* yang semakin tinggi.

Uji validitas kuesioner pengetahuan *hand hygiene* menggunakan metode uji *Point Biserial* karena jawaban kuesioner berupa skala dikotomi. Berikut merupakan hasil uji validitas *Point Biserial* dari 25 pertanyaan kuesioner pengetahuan *hand hygiene* terhadap 30 sampel orang tua di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo:

Tabel 3.2 Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan *Hand Hygiene*

Item Soal	r_{hitung}	Kesimpulan
Pengertian <i>Hand Hygiene</i>		
<i>Item1</i>	0,391	Valid
<i>Item2</i>	0,665	Valid
<i>Item3</i>	0,591	Valid
<i>Item4</i>	0,415	Valid
<i>Item5</i>	-0,496	Valid
Tujuan <i>Hand Hygiene</i>		
<i>Item6</i>	-0,390	Valid
<i>Item7</i>	-0,364	Valid

Item Soal	r_{hitung}	Kesimpulan
<i>Item8</i>	-0,570	Valid
<i>Item9</i>	-0,689	Valid
<i>Item10</i>	0,364	Valid
Indikasi Hand Hygiene		
<i>Item11</i>	0,395	Valid
<i>Item12</i>	-0,441	Valid
<i>Item13</i>	0,441	Valid
<i>Item14</i>	0,464	Valid
<i>Item15</i>	0,464	Valid
Tata Laksana Hand Hygiene		
<i>Item16</i>	-0,656	Valid
<i>Item17</i>	0,435	Valid
<i>Item18</i>	0,565	Valid
<i>Item19</i>	-0,387	Valid
<i>Item20</i>	-0,497	Valid
Sarana Hand Hygiene		
<i>Item21</i>	-0,800	Valid
<i>Item22</i>	0,736	Valid
<i>Item23</i>	-0,546	Valid
<i>Item24</i>	0,460	Valid
<i>Item25</i>	0,546	Valid

Pada jumlah sampel 30 ($df = 28$) dengan taraf signifikansi 0,05 didapatkan nilai kritis $r_{tabel} = 0,3610$. Pengambilan keputusan kuesioner dikatakan valid jika $r_{hitung} > r_{tabel}$, dengan demikian dari 25 item kuesioner pengetahuan tentang *hand hygiene* di atas tidak ada satu pun item pertanyaan yang dieliminasi.

Uji reliabilitas kuesioner pengetahuan tentang *hand hygiene* menggunakan metode uji *Split-Half Spearman Brown* karena jawaban kuesioner berupa skala dikotomi. Berikut merupakan hasil uji reliabilitas *Split-Half Spearman Brown* pada kuesioner pengetahuan tentang *hand hygiene*:

Tabel 3.3 Uji Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan Tentang *Hand Hygiene*

Kuesioner Pengetahuan Tentang <i>Hand Hygiene</i>	<i>Gutmann Split-Half Coefficient</i>	Kesimpulan
Pengertian <i>Hand Hygiene</i>	0,594	Reliabel
Tujuan <i>Hand Hygiene</i>	-0,992	Reliabel

Kuesioner Pengetahuan Tentang <i>Hand Hygiene</i>	<i>Gutmann Split-Half Coefficient</i>	Kesimpulan
Indikasi <i>Hand Hygiene</i>	0,390	Reliabel
Tata Laksana <i>Hand Hygiene</i>	0,601	Reliabel
Sarana <i>Hand Hygiene</i>	-0,625	Reliabel

Pada jumlah sampel 30 ($df = 28$) dengan taraf signifikansi 0,05 didapatkan nilai kritis $r_{tabel} = 0,3610$. Pengambilan keputusan kuesioner dikatakan reliabel jika *Gutmann Split-Half Coefficient* $> r_{tabel}$, sehingga kuesioner pengetahuan tentang *hand hygiene* yang berjumlah 25 pertanyaan dinyatakan reliabel.

Tabel 3.4 Kisi Kuesioner Pengetahuan Tentang *Hand Hygiene*

Aspek	Pertanyaan		Jumlah
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Pengertian <i>Hand Hygiene</i>	1, 5	2, 3, 4	5
Tujuan <i>Hand Hygiene</i>	7, 8, 9	6, 10	5
Indikasi <i>Hand Hygiene</i>	11, 12	13, 14, 15	5
Tata Laksana <i>Hand Hygiene</i>	16, 19, 20	17, 18	5
Sarana <i>Hand Hygiene</i>	21, 23	22, 24, 25	5
Total			25

Pengetahuan tentang *hand hygiene* memiliki rentang nilai 0 – 25, dimana pengetahuan dikatakan kategori baik jika jawaban benar > 18 , pengetahuan cukup nilai 14 – 18, dan pengetahuan kurang < 14 .

2. Metode Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan tahap pengumpulan data primer dan sekunder; kedua sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Data primer

Semua orang tua pasien yang memenuhi kriteria sampel akan diberikan kuesioner oleh peneliti bersama dengan surat persetujuan. Sebelum memberikan kuesioner, peneliti akan menjelaskan tujuan dari penelitian dan cara mengisi kuesioner. Apabila responden setuju untuk

dijadikan sampel, mereka harus mengisi dan menandatangani surat persetujuan. Data primer dalam penelitian ini adalah pengetahuan orang tua pasien tentang *hand hygiene*.

b. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari instansi terkait, yaitu data jumlah pasien di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.

Adapun tahap-tahap dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1) Tahap persiapan

Pada tahap persiapan ini berisikan beberapa kegiatan pengumpulan data meliputi:

- a) Peneliti telah mengusulkan judul dan tema penelitian.
- b) Peneliti telah melakukan studi pendahuluan dan materi studi pustaka untuk mendukung penelitian.
- c) Peneliti telah berkonsultasi dengan dosen pembimbing terkait judul penelitian.
- d) Peneliti telah menyusun proposal penelitian yang dianjurkan dengan pengujian proposal penelitian.
- e) Peneliti telah mengajukan surat ke fakultas dalam rangka meminta izin untuk melakukan studi pendahuluan.
- f) Peneliti telah melakukan koordinasi dengan Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang untuk melaksanakan penelitian di RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.
- g) Peneliti telah melakukan pengumpulan data dan studi pendahuluan di RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.
- h) Peneliti telah membuat kuesioner terkait pengetahuan tentang *hand hygiene*.
- i) Peneliti telah melakukan bimbingan dan revisi proposal bersama dengan dosen pembimbing.

- j) Peneliti telah melakukan presentasi proposal penelitian.
- 2) Tahap pelaksanaan
- a) Peneliti melakukan koordinasi dengan RS PKU Muhammadiyah Wonosobo untuk menjelaskan tujuan penelitian yang dilakukan serta meminta izin untuk melakukan penelitian terhadap orang tua pasien di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.
 - b) Peneliti melakukan Uji Kelayakan Etik.
 - c) Kemudian peneliti mengajukan izin penelitian ke RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.
 - d) Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap 30 responden.
 - e) Peneliti mengambil total 57 responden dengan menggunakan teknik *non-probability purposive sampling*.
 - f) Peneliti memilih terlebih dahulu pasien yang dianggap sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Pemilihan sampel dilakukan saat pasien berada di ruang perawatan.
 - g) Peneliti melakukan *informed consent* kepada sampel dan menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian ini.
 - h) Setelah itu, peneliti membagikan kuesioner kepada sampel dalam rangka mengumpulkan data terkait tingkat pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* di RS PKU Muhammadiyah Wonosobo serta menjelaskan cara pengisian kuesioner.
 - i) Peneliti mendampingi pasien hingga pengisian kuesioner selesai.
 - j) Langkah tersebut dilakukan satu per satu kepada setiap responden hingga jumlah sampel terpenuhi.
 - k) Peneliti mencatat data-data yang dibutuhkan dalam penelitian seperti nama responden (inisial), usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, bahasa, etnis, akses informasi, dan akses pelayanan kesehatan.

- 3) Tahap penyelesaian
 - a) Peneliti menganalisis data penelitian dengan komputerisasi menggunakan *software* SPSS 26.0.
 - b) Peneliti melakukan konsultasi dengan dosen pembimbing terkait data yang telah dianalisis.
 - c) Peneliti melaksanakan presentasi terkait hasil penelitian yang telah dilaksanakan.

G. Metode dan Analisa Data

1. Metode Analisa Data

Data yang terkumpul dilakukan pengolahan terlebih dahulu. Tahap pengolahan data adalah sebagai berikut:

a. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa setiap daftar pertanyaan yang sudah diisi. Ini memeriksa kelengkapan dan kesalahan pengisian. Ini dilakukan saat data diambil, sehingga data dapat diperbaiki dengan mudah jika terjadi kekurangan atau kesalahan. *Editing* dilakukan dengan cara mengevaluasi seluruh item kuesioner yang telah diisi, jika terdapat kuesioner yang tidak lengkap maka kuesioner tersebut dinyatakan gugur.

b. *Scoring*

Scoring dilakukan untuk menghitung rekapitulasi data pada tiap variabel penelitian yaitu jumlah nilai yang didapatkan oleh setiap responden pada variabel tingkat pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene*.

c. *Coding*

Untuk mempermudah analisis data, penelitian ini menggunakan data kategorik; sampel dikodekan untuk analisis deskriptif, yang mengategorikan nama responden (inisial), usia, jenis kelamin, pendidikan,

pekerjaan, pendapatan, bahasa, etnis, akses informasi, akses pelayanan kesehatan, dan tingkat pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene*. *Coding* dilakukan pada variabel yang memiliki data kategorik dengan memberi angka sesuai dengan kategori yang ditentukan.

d. *Entry*

Memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam program komputer untuk selanjutnya diolah. *Entry* dilakukan dengan cara memasukkan data yang telah dikodekan kedalam lembar kerja pada perangkat lunak *IBM SPSS 26.0*.

e. *Tabulating*

Data yang didapatkan dari hasil observasi dan pemeriksaan pada responden diolah menggunakan program *IBM SPSS 27.0* untuk mendapatkan hasil frekuensi dari semua data. *Tabulating* dilakukan dengan cara menganalisis setiap variabel yang disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase.

2. Analisa Data

Data yang telah terkumpul menghasilkan distribusi dan persentase, setiap variabel dari hasil penelitian diuji melalui analisis univariat. Data dianalisis menggunakan statistik deskriptif untuk menghasilkan tabulasi data. Seluruh data dimasukkan dan kemudian diolah menggunakan statistik deskriptif untuk menunjukkan distribusi frekuensi dan persentase (%). Penelitian analisis univariat adalah jenis penelitian di mana setiap variabel yang mempengaruhi hasil penelitian dievaluasi. Analisa univariat adalah teknik yang digunakan untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang bermanfaat. Peringkasan dapat berbentuk ukuran statistik, tabel, atau grafik. Masing-masing variabel yang dikaji melalui analisis univariat (Notoatmodjo, 2018). Analisa univariat yang akan disajikan meliputi nama responden (inisial), usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, bahasa, etnis, akses

informasi, akses pelayanan kesehatan, dan tingkat pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene*.

H. Etika Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti memperhatikan prinsip-prinsip dasar etik penelitian yang terdiri dari *beneficience*, *respect for human dignity* dan *justice* dengan menjaga kerahasiaan responden penelitian sesuai etika penelitian yang dijunjung diantaranya sebagai berikut (Polit & Beck, 2018):

1. Asas manfaat (*beneficience*)

Prinsip etika dasar manfaat adalah salah satu yang paling signifikan, peneliti harus memaksimalkan keuntungan bagi peserta studi sambil meminimalkan bahaya apa pun yang dapat mengakibatkan kerugian.

2. Bebas dari kerugian dan ketidaknyamanan

Peneliti harus mencoba untuk meminimalkan dan mencegah penderitaan responden dan hilangnya sumber daya fisik, emosional, sosial, dan keuangan. Untuk melakukan ini, peneliti harus terlebih dahulu mendapatkan persetujuan (*informed consent*) (Polit & Beck, 2018).

3. Bebas dari eksploitasi

Peserta dan informasi yang mereka dapatkan, menurut responden, tidak akan menempatkan mereka dalam bahaya di masa depan (Polit & Beck, 2018). Para responden diberitahu oleh para peneliti bahwa semua informasi dan data hanya digunakan untuk penelitian.

4. Asas menghargai hak asasi manusia (*respect for human dignity*)

Kekuatan pengambilan keputusan peserta survei tidak terbatas. Mereka bebas dari paksaan dan ancaman dan memiliki hak untuk memutuskan apakah untuk terlibat dalam studi atau tidak serta untuk meninggalkan proses kapan saja saat masih berlangsung tanpa takut menghadapi konsekuensi atau tindakan hukum. Sebagai hasil dari partisipasi sukarela responden dalam proses

penelitian, para peneliti sangat menghormati dan menerima semua keputusan yang dibuat oleh pasien atau keluarga.

5. Hak untuk memperoleh informasi (*the right to full disclosure*)

Sebelum penelitian dimulai, peneliti menjelaskan apa yang akan terjadi pada pasien; setelah penjelasan ini, pasien atau keluarga mereka memiliki kesempatan untuk bertanya tentang studi dan memutuskan apakah mereka ingin berpartisipasi di dalamnya. Informasi yang diberikan kepada responden akan didasarkan pada.

6. Asas keadilan (*justice*)

Dalam penelitian, gagasan perlakuan yang adil melibatkan memilih responden berdasarkan kriteria sampel, bukan niat atau sikap tertentu. Karena responden diperlakukan sama dan tanpa prasangka, peneliti harus mempertimbangkan berbagai pandangan, budaya, dan latar belakang sosioekonomi peserta. Pemilihan responden yang memenuhi kriteria inklusi adalah aplikasi penelitian.

7. Hak untuk mendapatkan privasi (*the right to privacy*)

Hak untuk bertanya tentang data atau informasi pribadi mereka diberikan kepada responden untuk alasan keamanan. Peneliti tidak diminta untuk menulis nama responden di lembar pengumpulan data untuk melindungi privasi mereka dalam penelitian ini.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada 1 Juni hingga 1 Juli 2024 di bangsal anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo, peneliti telah berhasil melakukan pengumpulan data sebanyak 57 sampel orang tua pasien dan mengukur tingkat pengetahuan tentang *hand hygiene* menggunakan kuesioner penelitian. Hasil penelitian yang disajikan dalam penelitian berupa karakteristik responden yang mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, bahasa, kemudahan akses informasi, dan kemudahan akses pelayanan kesehatan. Selain itu, untuk mengetahui gambaran pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene*, dalam penelitian ini disajikan pula data berupa tingkat pengetahuan tentang *hand hygiene* secara keseluruhan serta aspek-aspek yang mencakup pengertian, tujuan, indikasi, tata laksana, dan sarana *hand hygiene*.

1. Karakteristik Responden

Deskripsi berupa tabel yang disajikan dalam bentuk frekuensi dimana memperlihatkan karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4. 1 Karakteristik Responden dalam Penelitian ($N = 57$)

Karakteristik Responden	<i>n</i>	Persentase (%)
Usia (tahun)		
23 – 35	19	33,3
36 – 45	22	38,6
46 – 55	16	28,1
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	18	31,6
Perempuan	39	68,4
Pendidikan		
SD	18	31,6
SMP	11	19,3
SMA	20	35,1
Perguruan Tinggi	8	14

Pekerjaan		
Pegawai	8	14
Petani	10	17,5
Wiraswasta	12	21,1
Buruh	15	26,3
Tidak Bekerja	12	21,1
Penghasilan		
< Rp. 3.000.000	28	49,1
Rp. 3.000.000 – Rp. 5.000.000	21	36,8
> Rp. 5.000.000	8	14
Total	57	100

Berdasarkan Tabel 4.1 dapat dilihat bahwa usia orang tua paling banyak dalam penelitian ini adalah pada rentang 36 – 45 tahun dengan jumlah 22 sampel atau 38,6% dan jenis kelamin orang tua paling banyak adalah perempuan atau ibu pasien dengan jumlah 39 sampel atau 68,4%. Pada karakteristik pendidikan orang tua paling banyak memiliki pendidikan SMA dengan jumlah 20 sampel atau 35,1% sementara pekerjaan orang tua paling banyak adalah sebagai buruh dengan jumlah 15 sampel atau 26,3%. Sedangkan penghasilan orang tua paling banyak memiliki penghasilan < Rp. 3.000.000 dengan jumlah 28 sampel atau 49,1%.

2. Gambaran Tingkat Pengetahuan Orang Tua tentang *Hand Hygiene* di Bangsal Anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo

Deskripsi berupa tabel frekuensi yang memperlihatkan tingkat pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* baik secara keseluruhan maupun tiap aspek penilaian dapat dilihat pada Tabel 4.2 berikut ini:

Tabel 4. 2 Tingkat Pengetahuan Responden tentang *Hand Hygiene* ($N = 57$)

<i>Pengetahuan tentang Hand Hygiene</i>	<i>n</i>	<i>Persentase (%)</i>
Baik	7	12,3
Cukup	22	38,6
Kurang	28	49,1
Total	57	100

Berdasarkan Tabel 4.3 pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* paling banyak memiliki kategori pengetahuan yang kurang dengan jumlah 28 sampel atau 49,1%, kemudian kategori pengetahuan cukup sebanyak 22 sampel atau 38,6% dan kategori pengetahuan baik sebanyak 7 sampel atau 12,3%.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Hasil menunjukkan bahwa usia paling banyak dalam penelitian ini adalah orang tua dengan usia dewasa akhir, penelitian Hanifah & Suparti (2017) menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan pengetahuan, dimana semakin bertambah usia seseorang maka akan semakin banyak pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki (Hanifah & Suparti, 2017). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Mustikawati (2017) yang menjelaskan bahwa pada sampel dengan rentang usia 25 – 35 tahun sebagian besar responden memang memahami dan memiliki pengetahuan yang baik tentang kebersihan tangan, namun belum menerapkan perilaku yang adekuat dalam melakukan kebersihan tangan, dalam penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa pengetahuan dan sikap yang baik mengenai kebersihan tangan dan ketersediaan fasilitas yang memadai menjadi salah satu aspek penting dalam mendukung penerapan individu dalam melakukan kebersihan tangan (Mustikawati, 2017).

Hasil yang tidak berbeda diungkapkan oleh Handayani et al. (2019) bahwa terdapat hubungan antara usia dan pengetahuan dengan kepatuhan dalam melakukan kebersihan tangan. Usia orang tua dapat menggambarkan pola pikir atau pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene*, idealnya semakin bertambahnya usia seseorang maka tingkat pengetahuan yang dimiliki akan semakin tinggi seiring dengan pengalaman yang dimilikinya. Namun, paparan terhadap informasi mengenai kesehatan dalam hal ini *hand*

hygiene juga dapat menjadi pengaruh terhadap pengetahuan orang tua (Handayani et al., 2019).

b. Jenis Kelamin

Pada dasarnya jenis kelamin seseorang tidak dapat menjadi prediktor dalam menentukan pengetahuan seseorang, namun penelitian Hassan & Masoud (2021) menunjukkan bahwa perempuan memiliki minat yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki dalam mencari informasi tentang kesehatan, selain itu perempuan juga lebih baik dalam memanfaatkan perangkat dan sumber informasi dalam mencari informasi terkait kesehatan (Hassan & Masoud, 2021). Hal ini sejalan dengan penelitian Lumbantoruan & Hutapea (2021) yang menunjukkan bahwa dalam penelitiannya terdapat 34 sampel perempuan (68%) dan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 35 sampel (70%) memiliki pengetahuan dan perilaku yang baik dalam melakukan kebersihan tangan (Lumbantoruan & Hutapea, 2021).

Hal yang tidak jauh berbeda ditunjukkan oleh Sunarni et al. (2020) yang memperlihatkan bahwa pengetahuan terhadap kebersihan tangan dengan kategori baik pada perempuan memiliki proporsi yang lebih tinggi (56,6%) dibandingkan dengan laki-laki (18,9%). Jenis kelamin perempuan memiliki jumlah terbanyak dalam penelitian ini, hal ini menunjukkan bahwa pasien anak yang sedang dalam perawatan lebih banyak dijaga oleh ibunya, hal tersebut dapat berdampak tingginya frekuensi ibu berinteraksi dengan petugas kesehatan yang menjadikannya lebih memahami tentang pengetahuan tentang *hand hygiene* (Sunarni et al., 2020).

c. Pendidikan

Pendidikan orang tua terbanyak dalam penelitian ini tercatat adalah SMA, menurut penelitian Taadi et al. (2019) tingkat pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan dalam melakukan kebersihan tangan seperti melakukan cuci tangan (Taadi et al., 2019), sejalan dengan penelitian tersebut, Randan & Sihombing (2020) mengungkapkan dalam

penelitiannya bahwa mayoritas sampel yang memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi mempunyai pengetahuan kebersihan tangan yang baik. Pendidikan orang tua berperan dalam pengetahuannya terhadap *hand hygiene*, hal ini disebabkan semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin mudah dalam menyerap dan menerima informasi baru, salah satunya informasi tentang *hand hygiene* (Randan & Sihombing, 2020).

d. Pekerjaan

Pekerjaan secara spesifik tidak dapat menentukan pengetahuan seseorang, namun secara umum menurut Bukhsh et al. (2019) status pekerjaan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan seseorang terhadap pengetahuan daripada seseorang yang tidak memiliki pekerjaan (Bukhsh et al., 2019).

Pekerjaan seseorang yang berkaitan dengan kesehatan bisa saja memberikan dampak yang baik terhadap pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene*, namun belum terdapat sumber yang secara spesifik membuktikan bahwa setiap pekerjaan berdampak pada pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* (Bukhsh et al., 2019).

e. Penghasilan

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar penghasilan yang didapatkan oleh kedua orang tua pasien, namun terdapat sebagian orang tua yang hanya mengandalkan penghasilan dari kepala keluarga atau salah satu diantaranya, misalnya ibu yang tidak bekerja merupakan seorang ibu rumah tangga. Kusumo & Mirfat (2023) mengungkapkan bahwa penghasilan tidak mempengaruhi tinggi rendahnya pengetahuan seseorang termasuk pengetahuan tentang *hand hygiene* (Kusumo & Mirfat, 2023). Berbeda dengan Nopemberia et al. (2022) yang mengungkapkan bahwa penghasilan keluarga diatas UMR memiliki peluang untuk mendapatkan pengetahuan dan perilaku kebersihan tangan seperti cuci tangan sebesar 5,4 kali dibandingkan dengan penghasilan keluarga dibawah UMR. Penghasilan

dapat saja menjadi prediktor terhadap pengetahuan orang tua, dengan adanya penghasilan yang baik maka setidaknya orang tua memiliki sarana yang baik dalam melakukan *hand hygiene* di rumah yang berdampak pada pengetahuannya terhadap *hand hygiene* (Nopemberia et al., 2022).

2. Gambaran Tingkat Pengetahuan Orang Tua tentang Hand Hygiene di Bangsal Anak RS PKU Muhammadiyah Wonosobo

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan orang tua pasien tentang *hand hygiene* secara keseluruhan masih kurang, namun terdapat beberapa aspek yang cukup dipahami oleh orang tua pasien seperti tujuan, indikasi, dan saran *hand hygiene*. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan perilaku orang tua dalam melaksanakan *hand hygiene* seperti mencuci tangan dengan benar dan waktu yang tepat, hal tersebut dijelaskan oleh Simanungkalit et al. (2022) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan praktik dan sikap mencuci tangan pada orang tua pasien (Simanungkalit et al., 2022).

Penelitian Bazaid et al. (2020) menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat memprediksi pengetahuan dan praktik seseorang dalam melakukan *hand hygiene* seperti mencuci tangan dengan prosedur yang benar diantaranya adalah jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, penghasilan, status bekerja, dan domisili atau daerah, dalam penelitian tersebut juga disebutkan bahwa faktor-faktor tersebut juga berhubungan dengan pengetahuan seseorang terhadap transmisi penyakit seperti virus (Bazaid et al., 2020). Hal serupa diungkapkan oleh Dagne et al. (2019) bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan praktik dan sikap dalam melakukan cuci tangan terhadap orang tua, selain itu status sosial ekonomi, tingkat pelayanan kesehatan, tingkat pendidikan, serta beragamnya alat pengukuran untuk mengkaji pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* dapat berpengaruh terhadap hasil yang didapatkan. Kurangnya paparan terhadap informasi mengenai pentingnya *hand hygiene* dapat menjadi penyebab rendahnya

pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene*, perlunya edukasi dengan berbagai media dapat menjadi metode yang baik dalam meningkatkan pengetahuan orang tua (Dagne et al., 2019).

C. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan pengalaman langsung peneliti dalam proses penelitian ini, ada beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan. Keterbatasan ini dapat membantu peneliti yang akan datang memperbaiki penelitian mereka. Beberapa keterbatasan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Penelitian ini tidak melakukan analisis lebih jauh terhadap paparan informasi terhadap orang tua tentang *hand hygiene*, sehingga rendahnya pengetahuan pasien dapat diakibatkan oleh hal tersebut.
2. Penelitian ini tidak menganalisis lebih jauh tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene*.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dipaparkan maka peneliti dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Mayoritas responden dalam penelitian ini adalah orang tua pasien berusia dewasa (36 – 45 tahun) yang berjenis kelamin perempuan atau dapat dikatakan sebagai ibu pasien. Responden memiliki latar belakang pendidikan yang beragam, dengan tingkat pendidikan terakhir paling banyak adalah SMA atau sederajat. Sebagian besar responden bekerja sebagai buruh dengan penghasilan di bawah Rp 3.000.000 per bulan.
2. Tingkat pengetahuan orang tua mengenai *hand hygiene* masih tergolong rendah. Tingkat pengetahuan yang rendah pada sebagian besar responden mengindikasikan adanya kesenjangan informasi mengenai pentingnya *hand hygiene* dan teknik yang benar dalam melakukan *hand hygiene*.

B. Saran

1. Saran Bagi Pasien dan Keluarga

Orang tua pasien diharapkan dapat menyadari bahwa pengetahuan tentang *hand hygiene* seperti mencuci tangan yang benar merupakan hak pasien, sehingga pasien dapat meminta media pembelajaran kepada petugas kesehatan untuk meningkatkan pengetahuannya sehingga penyebaran infeksi seperti HAIs dapat dihindari.

2. Saran Bagi RS PKU Muhammadiyah Wonosobo

Petugas kesehatan seperti perawat dapat memberikan edukasi dengan berbagai media pembelajaran yang sederhana dan mudah dipahami oleh orang tua, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene* yang berimplikasi pada penurunan angka HAIs.

3. Saran Bagi Peneliti

Penelitian selanjutnya diharapkan dapat menganalisis lebih jauh tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan orang tua tentang *hand hygiene*, serta menemukan suatu metode yang efektif dan efisien dalam meningkatkan pengetahuan orang tua.