

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Profil RSUD Wonosari

Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari terletak di Kabupaten Gunungkidul. Kabupaten Gunungkidul merupakan daerah perbukitan kapur / KARST atau yang lebih dikenal sebagai kawasan Gunung Seribu. Kabupaten Gunungkidul masuk dalam wilayah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan batas wilayah sebagai berikut : sebelah timur berbatasan dengan wilayah Kabupaten Wonogiri dan Pacitan, sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Klaten dan Sleman, Sebelah barat berbatasan dengan kabupaten Bantul sementara sebelah selatan dibatasi oleh Samudera Indonesia, luas wilayah Kabupaten Gunungkidul secara keseluruhan mencapai 1.485,36 km² atau sekitar 46,63% dari keseluruhan wilayah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari menempati lokasi di Dusun Jeruksari, Kalurahan Wonosari, Kecamatan Wonosari, Kabupaten Gunungkidul. Berada di jantung kota Wonosari Kabupaten Gunungkidul atau sebelah utara kantor Bupati Gunungkidul yang beralamat di Jalan Taman Bhakti nomor 06 Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta Kode Pos 55812. Sejak awal berdirinya sampai sekarang, RSUD Wonosari telah mengalami beberapa peningkatan baik mengenai fisik bangunan, sarana dan prasarana rumah sakit hingga peningkatan jumlah sumber daya manusianya.

Visi RSUD Wonosari yaitu Rumah Sakit Pilihan Utama, Unggul dalam pelayanan, terjangkau oleh semua.

Misi :

1. Meningkatkan Pelayanan Kesehatan yang berkualitas dan terjangkau
2. Mengoptimalkan sarana prasarana untuk menunjang pelayanan
3. Meningkatkan kapasitas SDM yang profesional pada bidang tugasnya
4. Meningkatkan kinerja administrasi dan keuangan yang efektif dan efisien.

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 19-23 Agustus 2018 dengan responden penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang bertugas di Instalasi Unit Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari sebanyak 30 orang terdiri dari 6 Dokter, 4 Bidan dan 20 Perawat. RSUD Wonosari terletak di pusat kota Wonosari, Gunung Kidul. Karena letaknya yang strategis, kunjungan pasien setiap harinya menjadi tinggi terutama kasus-kasus kegawatdaruratan. IGD RSUD Wonosari dalam sehari bisa menangani 60 sampai 80 kasus kegawatdaruratan medis.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Tenaga Kesehatan Tentang Cuci Tangan

- 1) Pengetahuan Tenaga Kesehatan Sebelum diberikan Pelatihan
(*Pretest*)

Distribusi frekuensi untuk pengetahuan tenaga kesehatan sebelum diberikan penyuluhan cuci tangan dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1. Hasil Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tenaga Kesehatan Sebelum Penyuluhan

No.	Kategori	Jumlah (f)	Persentase (%)
1.	Baik	23	76,7
2.	Cukup	7	23,3
	Jumlah	30	100

Sumber : Data Primer diolah, 2018

Dari 30 perawat, pengetahuan tenaga kesehatan sebelum penyuluhan cuci tangan sebagian besar berada pada kategori baik sebanyak 23 responden (76,7%) dan kategori cukup sebanyak 7 responden (23,3). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan tenaga kesehatan sebelum diberikan penyuluhan cuci tangan adalah baik namun masih ada beberapa responden yang masih berpengetahuan cukup.

Untuk mengetahui secara lebih detail dari jawaban dari pertanyaan kusioner pengetahuan sebelum diberikan penyuluhan dalam analisis deskriptif maka dapat dijabarkan dalam tabel berikut :

2) Pengetahuan Tenaga Kesehatan Sesudah diberikan Penyuluhan
(*Postest*)

Distribusi frekuensi untuk pengetahuan tenaga kesehatan sesudah diberikan penyuluhan cuci tangan dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2. Hasil Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tenaga Kesehatan Sesudah Penyuluhan Pelatihan

No.	Kategori	Jumlah (f)	Persentase (%)
1.	Baik	29	96,7
2.	Cukup	1	3,3
	Jumlah	30	100

Sumber : Data Primer diolah, 2018

Dari 30 perawat, pengetahuan tenaga kesehatan sesudah diberikan penyuluhan cuci tangan mayoritas berada pada kategori baik sebanyak 29 responden (96,7%) namun masih ada 1 responden (3,3%) kategori cukup.

b. Distribusi Frekuensi Tingkat Ketepatan Tenaga Kesehatan Tentang Cuci Tangan

1) Ketepatan Tenaga Kesehatan Sebelum diberikan Penyuluhan (*Pretest*)

Distribusi frekuensi untuk ketepatan tenaga kesehatan sebelum diberikan penyuluhan cuci tangan dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut:

Tabel 4.3. Hasil Distribusi Frekuensi Ketepatan Tenaga Kesehatan Sebelum diberikan Penyuluhan

No.	Kategori	Jumlah (f)	Persentase (%)
1.	Tepat	9	30,0
2.	Tidak Tepat	21	70,0
	Jumlah	30	100

Sumber : Data Primer diolah, 2018

Dari 30 tenaga kesehatan, ketepatan sebelum diberikan penyuluhan cuci tangan sebagian besar berada pada kategori tidak tepat sebanyak 21 responden (70,0%) dan kategori tepat sebanyak 9 responden (30,0%). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketepatan tenaga kesehatan sebelum diberikan penyuluhan cuci tangan adalah tidak tepat.

2) Ketepatan Tenaga Kesehatan Sesudah diberikan Penyuluhan (*Postest*)

Distribusi frekuensi untuk ketepatan tenaga kesehatan sesudah diberikan penyuluhan cuci tangan dapat dilihat pada tabel 4.5 berikut:

Tabel 4.4. Hasil Distribusi Frekuensi Ketepatan Tenaga Kesehatan Sesudah diberikan Penyuluhan

No.	Kategori	Jumlah (f)	Persentase (%)
1.	Tepat	30	100
	Jumlah	30	100

Sumber : Data Primer diolah, 2018

Dari 30 tenaga kesehatan, ketepatan sesudah diberikan penyuluhan semua responden berada pada kategori tepat sebanyak 30 responden (100%). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa

ketepatan tenaga kesehatan sesudah diberikan penyuluhan cuci tangan adalah tepat.

c. Uji Normalitas

Sebelum dilakukan analisis uji beda, dilakukan uji normalitas terlebih dahulu dengan menggunakan *Shapiro-Wilk* (data berjumlah kurang dari 50) untuk menguji apakah distribusi data yang digunakan normal atau tidak. Hasil uji normalitas dapat dilihat berdasarkan tabel 4.5 berikut:

Tabel 4.5. Hasil Uji Normalitas

Variabel	<i>P value</i>	<i>Keterangan</i>
Pengetahuan Pretest	0,011	Tidak Normal
Pengetahuan Posttest	0,000	Tidak Normal
Ketepatan Pretest	0,000	Tidak Normal

Sumber : Data primer diolah 2018

Hasil *Shapiro-Wilk* diperoleh nilai *P value* pengetahuan pretest sebesar $0,011 < 0,05$, pengetahuan posttest $0,000 < 0,05$ dan kepatuhan pretest $0,000 < 0,05$ sehingga data dikatakan tidak berdistribusi normal. Hasil *pretest* dan *posttest* berdistribusi tidak normal, sehingga analisis uji hipotesis menggunakan uji *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

d. Analisis Bivariat

Hasil *pretest* dan *posttest* pengetahuan tentang cuci tangan dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.6 Tabel Uji Wilcoxon Signed Ranks Test Tingkat Pengetahuan tentang Cuci Tangan

Variabel	Perbandingan Skor Pretest Dan Posttest	Mean Rank	Sig	Ket.
a. Pengetahuan Pretest	Posttest < Pretest sebanyak 3 orang	11,83	0,002	Signifikan
b. Pengetahuan Posttest	Posttest > Pretest sebanyak 20 orang	13,17		
	Posttest = Pretest sebanyak 7 orang			

Sumber: Data primer 2018

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa gambaran perbandingan skor posttest < pretest sebanyak 3 orang, skor posttest > pretest sebanyak 20 orang dan posttest = pretest sebanyak 7 orang dengan nilai *mean rank* pada saat dilakukan *pretest* pengetahuan sebesar 11,83 sedangkan pada saat dilakukan *posttest* sebesar 13,17. Sehingga skor posttest lebih tinggi dari pretest dengan signifikan diperoleh 0,002 ($p < 0,05$), maka dapat diketahui terdapat perbedaan yang signifikan hasil *pretest* dan *posttest* terhadap tingkat pengetahuan tentang cuci tangan dengan melakukan penyuluhan. Hasil tersebut membuktikan setelah dilakukan intervensi, hipotesis H_0 ditolak dan H_a diterima. Artinya ada perbedaan pengetahuan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan cuci tangan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari.

Tabel 4.7 Tabel Uji Wilcoxon Signed Ranks Test Ketepatan tentang Cuci Tangan

Variabel	<i>Perbandingan Skor Pretest Dan Posttest</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sig</i>	<i>Ket.</i>
a. Ketepatan <i>Pretest</i>	Tidak ada yang memperoleh nilai Posttest < Pretest	0,000	0,001	Signifikan
b. Ketepatan <i>Posttest</i>	Posttest > Pretest sebanyak 21 orang Posttest = Pretest sebanyak 9 orang	11,00		

Sumber: Data primer 2018

Hasil analisis menunjukkan tidak ada nilai posttest < pretest, namun secara keseluruhan skor ketepatan setelah dilakukan penyuluhan lebih tinggi dari pretest sebanyak 21 orang dengan nilai *mean rank* pada saat dilakukan *pretest* ketepatan cuci tangan sebesar 0,000 sedangkan pada saat dilakukan *posttest* sebesar 11,00. Nilai signifikan diperoleh 0,001 ($p < 0,05$), maka dapat diketahui terdapat perbedaan yang signifikan hasil *pretest* dan *posttest* terhadap tingkat ketepatan tenaga kesehatan tentang cuci tangan dengan melakukan penyuluhan. Hasil tersebut membuktikan setelah dilakukan intervensi, hipotesis H_0 ditolak dan H_a diterima. Artinya ada perbedaan ketepatan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan cuci tangan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari.

C. Pembahasan

1. Pengetahuan Tenaga Kesehatan Sebelum dan Sesudah Pelatihan Cuci Tangan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari.

Penyuluhan tentang cuci tangan yang dilakukan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari dengan pengukuran *pretest* dan *posttest* diketahui pengetahuan tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Hasil analisis variabel pengetahuan menunjukkan nilai signifikan 0,002 ($p < 0,05$). Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Indrawinata (2015) menunjukkan ada perbedaan antara *pre* dan *post* pada pemberian pendidikan kesehatan cuci tangan terhadap pengetahuan dan perilaku cuci tangan di RSUP Dr. Soedirman Kebumen.

Hasil penelitian membuktikan setelah dilakukan intervensi, ada perbedaan pengetahuan tenaga kesehatan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan cuci tangan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari. Pengetahuan tenaga kesehatan di di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari setelah dilakukan penyuluhan menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan kategori baik sebanyak 23 orang (76,7) dan tingkat pengetahuan tenaga kesehatan diketahui 7 orang (23,3%) memiliki pengetahuan cukup.

Adanya beberapa tenaga kesehatan yang masih memiliki pengetahuan cukup mengenai pelaksanaan cuci tangan didukung dengan perolehan nilai

tren terendah sebesar 0,23 terdapat pada pertanyaan nomor 4 yaitu “Saya tidak memerlukan lap yang bersih dan kering untuk mengeringkan tangan setelah melakukan *hand washing*. Berdasarkan jawaban responden diketahui 23 orang menjawab salah. Hal tersebut menunjukkan bahwa tenaga kesehatan masih belum memahami pelaksanaan cuci tangan dan dibutuhkan pendidikan tambahan mengenai *hand hygiene* sesuai langkah-langkah yang dianjurkan.

Sesudah dilakukan intervensi atau penyuluhan di IGD RSUD Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta diketahui bahwa dari 30 responden yang mengikuti penyuluhan hasil postest menunjukkan hampir keseluruhan pengetahuan tenaga kesehatan berada pada kategori baik. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sharif, *et al.*, (2015) yaitu sebagian besar perawat (195, 74,5%) memiliki pengetahuan yang baik tentang kebersihan tangan. Karena jenis dan periode hubungan tenaga kesehatan dengan pasien, pengetahuan *hand hygiene* sangat diperlukan tenaga kesehatan.

Hand hygiene merupakan perilaku membersihkan tangan menggunakan sabun antiseptik dialiri air mengalir (*hand washing*) atau dengan menggunakan *hand rub* yang terkandung alkohol (*hand rubbing*) dengan langkah-langkah sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah koloni bakteri yang berada pada tangan (WHO, 2009): *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 (Keevil, 2011). Dalam rangka pengendalian bakteri dibutuhkan kesadaran dalam melakukan *hand hygiene* sesuai langkah-langkah yang telah dianjurkan.

Program penyadaran (*Awareness program*) yang dimaksud disini adalah program untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan cuci tangan yang pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan dan ketepatan cuci tangan pada tenaga medis di IGD RSUD Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta dengan perubahan perilaku kesehatan yang dikembangkan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan atau *Health Belief Model*. Dengan proses *sosialisasi* cuci tangan yang baik dan benar melalui proses penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan, melalui latihan (peragaan dan praktik) untuk meningkatkan ketrampilan cuci tangan tenaga kesehatan di IGD RSUD Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta.

2. Ketepatan Tenaga Kesehatan Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan Cuci Tangan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari.

Hasil penelitian diketahui ketepatan cuci tangan atau *hand hygiene* tenaga kesehatan sebelum diberikan penyuluhan menunjukkan sebagian besar tidak tepat sebanyak 21 orang (70,0%) dan kategori tepat sebanyak 9

orang (30,0). Sesudah diberikan penyuluhan tingkat ketepatan tenaga kesehatan mengenai *hand hygiene* menunjukkan bahwa semua perawat berada pada kategori tepat sebanyak 30 orang (100%). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat peningkatan ketepatan tenaga kesehatan sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan mengenai *hand hygiene*.

Hasil penelitian yang dilakukan Marfu'ah (2018) menunjukkan bahwa perawat dalam melakukan SOP kebersihan tangan sudah tepat tetapi beberapa tidak dengan persentase 80%. Ketepatan perawat dalam ketepatan kebersihan tangan berdasarkan lima prinsip saat itu ditemukan bahwa perawat dalam melaksanakan momen 1 adalah sebesar 66,7% dan saat 2 adalah 73,4%, persentase itu dikategorikan sebagai ketepatan minimal. Hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya sosialisasi cara mencuci tangan yang benar dan dibutuhkan penyuluhan mengenai cara mencuci tangan yang sesuai dengan prosedur.

Dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 disebutkan bahwa penyuluhan kesehatan di selenggarakan guna meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan ketetapan individu untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan (Depkes RI, 2010). Tujuan penyuluhan kesehatan adalah tercapainya perubahan perilaku individu, dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Program penyuluhan kesehatan, dapat dilakukan dengan menggunakan alat peraga agar lebih memudahkan kedua belah pihak dalam kegiatan penyuluhan yakni pihak yang menyuluh dan pihak yang disuluh, seperti ceramah.

Penyuluhan tentang cuci tangan yang dilakukan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari dengan pengukuran *pretest* dan *posttest* diketahui ketepatan tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Hasil analisis variabel ketepatan menunjukkan nilai signifikan 0,001 ($p < 0,05$). Setelah dilakukan intervensi, ada perbedaan ketepatan tenaga kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan cuci tangan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari. Sesudah diberikan penyuluhan diketahui bahwa ketepatan tenaga kesehatan mengalami peningkatan yaitu sebesar 30 orang (100%) perawat tepat dan melaksanakan semua tahap cuci tangan sesuai 6 langkah menurut WHO.

Ketepatan cuci tangan merupakan tindakan utama dalam pengendalian infeksi nosokomial. Cuci tangan adalah kegiatan dengan air mengalir ditambah sabun atau sabun antiseptik yang bertujuan untuk membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganisme (Rohani, 2010). Mencuci tangan adalah membersihkan tangan dari segala kotoran, dimulai dari ujung jari sampai siku dan lengan dengan cara tertentu sesuai dengan kebutuhan. Cuci tangan perlu dilakukan oleh setiap orang yang berada di lingkungan rumah sakit baik petugas kesehatan maupun pasien. Fungsi dari

mencuci tangan adalah meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme di tangan, mencegah perpindahan mikroorganisme (infeksi silang) dari lingkungan ke pasien dan dari pasien ke petugas (Rohani, 2010).

Infeksi sebagian besar dapat dicegah dengan strategi yang telah tersedia yaitu dengan cuci tangan atau *hand hygiene*. Cuci tangan adalah kegiatan dengan air mengalir ditambah sabun atau sabun antiseptik yang bertujuan untuk membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganisme (Rohani, 2010). *Hand hygiene* menjadi salah satu langkah yang efektif untuk memutuskan rantai transmisi infeksi sehingga insidensi infeksi nosokomial dapat berkurang.

Ketepatan yang baik dan benar dalam melakukan *hand hygiene* dapat mengurangi penularan kuman dan virus. Cuci tangan sangat berguna untuk membunuh kuman penyakit yang ada ditangan. Tangan yang bersih akan mencegah penularan penyakit seperti diare, kolera disentri, typhus, cacangan, penyakit kulit, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), dan flu burung. Dengan mencuci tangan, maka tangan menjadi bersih dan bebas dari kuman (Proverawati dan Rahmawati, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian teori dan penelitian sebelumnya dapat dinyatakan bahwa terdapat perbedaan ketepatan *hand hygiene* tenaga kesehatan sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan kesehatan. Adanya penyuluhan tersebut diharapkan dapat meningkatkan ketepatan dan kemampuan terutama tenaga kesehatan untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan.