

**PENGARUH KIE ENAM LANGKAH CUCI TANGAN TERHADAP
PERILAKU MENCUCI TANGAN KELUARGA PASIEN
DI RUANG ANGGREK RSUD BULELENG**

SKRIPSI



Oleh

KOMANG RIRIS TRISNAWATI
NIM. 16060145023

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG
2018**

**PENGARUH KIE ENAM LANGKAH CUCI TANGAN TERHADAP
PERILAKU MENCUCI TANGAN KELUARGA PASIEN DI
RUANG ANGGREK RSUD KABUPATEN BULELENG**



Oleh :

KOMANG RIRIS TRISNAWATI
NIM 16060145023

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG**

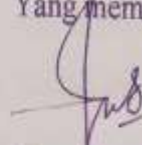
2018

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya menyatakan bahwa skripsi yang berjudul **“Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas Pernyataan ini saya siap menanggung risiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Singaraja, Januari 2018
Yang membuat pernyataan,



Komang Riris Trisnawati
16060145023

PERSETUJUAN

Skripsi ini telah disetujui untuk dipertahankan pada seminar

**“Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci
Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek
RSUD Kabupaten Buleleng ”**

Pada tanggal, 24 Januari 2018

Komang Riris Trisnawati

NIM. 16060145023

Program Studi Ilmu Keperawatan (S-1)

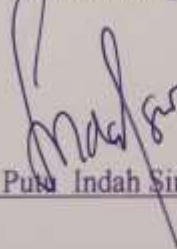
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng

Pembimbing I



(Ns. Ni Md Dwi Yunica A., S.Kep., M.Kep.)

Pembimbing II



(Ns. Putu Indah Sintya D. S.Kep., M.Si)

LEMBAR PENGESAHAN

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi dengan judul :

"Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng"

Dibuat untuk melengkapi salah satu persyaratan menjadi Sarjana Keperawatan Pada Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng. Skripsi ini telah diujikan pada sidang skripsi pada tanggal 24 Januari 2018 dan dinyatakan memenuhi syarat/sah sebagai skripsi pada studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng.

Bungkulan, 24 Januari 2018

Penguji 1

(Dr. Ns. I Made Sundavana, S.Kep., MSi.)

Penguji 2

(Ns. Ni Md Dwi Yunica Astriani, S.Kep., M.Kep)

Penguji 3

(Ns. Putu Indah Sintva Dewi, S.Kep., MSi.)

Mengetahui,
Ketua Program Studi S1 Keperawatan
STIKes Buleleng

(Ns. Putu Indah Sintva Dewi, S.Kep., MSi.)



Mengetahui,
Ketua STIKes Buleleng

(Dr. Ns. I Made Sundavana, S.Kep., MSi.)

MOTTO

Siapa yang sungguh-sungguh, maka ia berhasil

Siapa yang sabar, maka ia menang

Siapa yang menanam, maka ia akan panen

HALAMAN PERSEMBAHAN

Puji syukur saya panjatkan dihadapan Ida Sang Hyang Widhi Wasa, Tuhan Yang Maha Esa karena berkat karunia-Nyalah saya diberikan kemudahan serta kelancaran dalam menyelesaikan tugas akhir ini.

Begitu bahagia dan penuh rasa syukur yang tidak dapat saya ungkapkan atas dukungan semua keluarga besar saya : suami dan anak tercinta, orang tua dan family semuanya. Ucapan terimakasih saya khaturkan kepada lembaga STIKES Buleleng, pimpinan dan para pembimbing serta penguji telah memberikan bimbingan dan nasehatnya.

Ucapan terimakasih juga saya ucapkan kepada pimpinan instansi dan koleganya yang telah membantu meringankan kegiatan penelitian, para responden, serta para senior yang telah banyak membantu. Sukses buat rekan-rekan S1 Keperawatan angkatan 2016 yang selama hampir 2 tahun senantiasa memberikan canda tawa, saling memberikan dukungan serta kerjasama selama kegiatan perkuliahan yang tidak akan pernah saya lupakan.

Akhir kata saya ucapkan terimakasih kepada pembaca dan semoga penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi yang bermakna bagi peneliti selanjutnya.

TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik STIKes Buleleng, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Komang Riris Trisnawati

NIM : 16060145023

Program Studi : S1 Keperawatan

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Kesehatan Buleleng. **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.

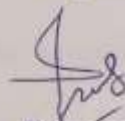
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di :

Pada tanggal :

Yang menyatakan



Komang Riris Trisnawati

NIM. 16060145023

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Ida Sang Hyang Widhi Wasa Tuhan Yang Maha Esa karena berkat karunia-Nyalah penulis dapat menyelesaikan ini dengan judul “Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng” sebagai salah satu syarat untuk meraih gelar sarjana keperawatan.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Skripsi ini. Ucapan terima kasih penulis berikan kepada:

1. Dr. Ns. I Made Sundayana, M.Si, sebagai Ketua STIKES Buleleng atas segala fasilitas yang diberikan peneliti dalam menempuh perkuliahan;
2. Ns. Putu Indah Sintya Dewi, S.Kep.,M.Si, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Buleleng sekaligus sebagai pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk;
3. Ns. Ni Made Dwi Yunica Astriani, S.Kep.,M.Kep, sebagai pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, sehingga dapat menyelesaikan ini tepat waktu;
4. Direktur RSUD Kabupaten Buleleng yang telah memberikan ijin penelitian;
5. Kepala Ruangan dan Perawat di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng yang telah membantu selama penelitian;
6. Rekan-rekan Mahasiswa Jurusan S1 Keperawatan atas segala dukungan, saran dan masukannya; dan

7. Seluruh pihak yang membantu dalam penelitian Skripsi ini yang tidak bisa disebut satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang dapat menyempurnakan Skripsi ini.

Singaraja, Januari 2018

Penulis

ABSTRAK

Riris, Trisnawati Komang. 2018. **Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng**. Skripsi, Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng. Pembimbing (1) Ns. Ni Md Dwi Yunica A., S.Kep., M.Kep., M.Si. Pembimbing (2) Ns. Putu Indah Sintya D, S.Kep., M.Si.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pemberian KIE tentang cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng. Desain penelitian yang digunakan adalah *pra-eksperimental* dengan rancangan *one group pre-post test design*. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah keluarga pasien yang salah satu anggota keluarganya dirawat di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng. Besar sampel yang digunakan adalah 80 responden yang telah dipilih dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku mencuci tangan keluarga pasien, dan variabel independen adalah Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE). Data primer dari responden dikumpulkan dengan menggunakan lembar kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti dan sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Penelitian ini menggunakan uji t (*t-test*) dengan taraf signifikan $\alpha=0,05$. Hasil uji didapatkan nilai *signifikansi* $(0,000) < \alpha (0,05)$, artinya H_0 ditolak dan H_a diterima. Disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian KIE cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng. Oleh karena itu, diharapkan bagi tenaga kesehatan mampu memberikan KIE dengan tujuan untuk mengubah perilaku kesehatan masyarakat.

Kata Kunci: KIE, perilaku, cuci tangan, keluarga pasien

ABSTRACT

*Riris, Trisnawati Komang. 2018. **The Effect of KIE Six Handwashing Steps on Hand-Washing Behavior of Patient Family in Orchid Room of Buleleng District Hospital**. Thesis, Nursing Science Program, College of Health Sciences Buleleng. Supervisor (1) Ns. Ni Md Dwi Yunica A., S.Kep., M.Kep .., M.Si. Supervisor (2) Ns. Putu Indah Sintya D, S.Kep., M.Si.*

This study aims to analyze the effect of KIE on hand washing on hand-washing behavior of patient's family in Anggrek Room of Buleleng District Hospital. The research design used was pre-experimental with one group pre-post test design. The population used in this study is a family of patients whose family members are treated in the Orchid Room of the District Hospital of Buleleng Regency. The sample used is 80 respondents who have been selected by using purposive sampling technique. Dependent variable in this research is patient's hand washing hand behavior, and independent variable is Information Communication and Education (KIE). Primary data from the respondents were collected by using questionnaires made by the researchers themselves and have tested the validity and reliability. This research uses t test (t-test) with significant level $\alpha = 0,05$. The test results obtained the value of pre and post $(0,000) < \alpha (0.05)$, meaning H_0 rejected and H_a accepted. So it can be concluded that there is influence of hand-washing KIE on hand-washing behavior of patient's family at Anggrek Room of RSUD Buleleng Regency. Therefore, it is expected that health workers can provide IEC with the aim to change the behavior of public health.

Keywords: Information Communication Education (KIE), behavior, hand washing, patient's family

DAFTAR ISI

Halaman

SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR SKEMA	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori	8
B. Kerangka Teori.....	37

BAB III METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep	38
B. Desain Penelitian.....	39
C. Hipotesis Penelitian.....	39
D. Definisi Operasional.....	40
E. Populasi dan Sampel	41
F. Tempat Penelitian.....	43
G. Waktu Penelitian	43
H. Etika Penelitian	44
I. Alat Pengumpulan Data	46
J. Prosedur Pengumpulan Data	46
K. Pengolahan Data.....	49
L. Analisa Data	51

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	53
B. Pembahasan	58
C. Keterbatasan Penelitian	66

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan.....	67
B. Saran.....	68

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.....	38
Skema 3.1	Kerangka Konsep Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.....	39

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng	41
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Umur di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng	55
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Jenis kelamin di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng	55
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Pendidikan di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng	56
Tabel 4.4 Data Prilaku Mencuci Tangan responden sebelum KIE (Pre test)	56
Tabel 4.5 Data Prilaku Mencuci Tangan responden setelah KIE (Posttest)	57
Tabel 4.6 Pengaruh Prilaku Mencuci Tangan	57
Tabel 4.7 Analisi Paires Samples Test.....	58

DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Penelitian
2. Pernyataan Keaslian Penelitian
3. Formulir Kesiediaan Pembimbing
4. Persetujuan Responden
5. Pengantar Kuisiner
6. Lembar Kuisisioner
7. Master Tabel Karakteristik Responden
8. Tabulasi Data
9. Tabulasi Data
10. Hasil Uji SPSS
11. Surat Studi Pendahuluan
12. Jawaban Surat Studi Pendahuluan
13. Permohonan Surat Ijin Pengambilan data ke Kesbangpol
14. Jawaban Ijin Pengambilan data dari Kesbangpol
15. Surat Keterangan Penelitian dari Tempat Penelitian
16. Lembar Konsultasi
17. RAB Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cuci tangan merupakan suatu hal yang sangat penting dilakukan di rumah sakit (Rikayanti, 2014). Dokter, perawat dan personil lain yang berada di lingkungan rumah sakit harus bekerja sama untuk memastikan bahwa mereka mencuci tangan sebelum kontak dan sesudah kontak dengan pasien. *Hand hygiens* merupakan istilah umum yang berlaku baik mencuci tangan, mencuci tangan dengan antiseptik maupun dengan *hand rub* antiseptik (Rabani dkk, 2013).

Adapun 6 langkah cuci tangan yang benar menurut WHO (2009), yaitu :

- 1) tuang cairan *handrub* pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar, 2) usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian, 3) gosok sela-sela jari tangan hingga bersih, 4) bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci, 5) gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian, dan 6) letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan.

Hasil Riskesdas Nasional berperilaku benar dalam mencuci tangan secara keseluruhan adalah 47,0%, Provinsi Bali dengan 66,7% (Riskesdas, 2013). Kabupaten Buleleng menduduki peringkat ke 7 dari 9 Kabupaten yang ada di Provinsi Bali dengan nilai 58,4%. Angka ini masih jauh dengan Kabupaten

Gianyar yang menduduki peringkat pertama dengan nilai 78,3% (Risesdas Bali, 2013).

Penelitian oleh Jayastri *dkk* (2014) dengan judul “Pengaruh Bernyanyi Lagu Cuci Tangan terhadap Pelaksanaan Teknik Cuci Tangan pada Anak Usia Pra Sekolah (5-6 tahun) di PAUD Kumara Loka Denpasar”. Penelitian ini merupakan pra-eksperimen dengan rancangan *one group pre-test-postes* tanpa kelompok kontrol. Tempat penelitian dilakukan di PAUD Kumara Loka Denpasar dengan jumlah sampel 45 anak. Pengambilan sampel dengan caranon *probality sampling* dengan teknik *total sampling*. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah bernyanyi lagu cuci tangan dan variabel terikatnya pelaksanaan cuci tangan. Berdasarkan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan tingkat kepercayaan sebesar 95%, $p \leq 0,05$ diperoleh nilai *Asymp. Sig. (2-tailed)* sebesar 0,000 yang memiliki nilai lebih kecil dari α ($p\text{ valvue} < \alpha$, $\alpha = 0,05$), yang menunjukkan pengaruh yang signifikan. Dapat diartikan bahwa ada pengaruh bernyanyi lagu cuci tangan terhadap pelaksanaan teknik mencuci tangan pada anak usia pra sekolah (5-6 tahun) di PAUD Kumara Loka Denpasar.

Rumah sakit merupakan unit pelayanan kesehatan medis yang sangat kompleks. Kompleksitasnya secara garis besar memberikan pelayanan untuk masyarakat berupa pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik, dan pelayanan keperawatan (Septiari, 2012). Hal lain yang menjadi kompleksitas rumah sakit adalah datangnya sejumlah orang yang bersamaan di rumah sakit, sehingga rumah sakit menjadi sebuah gedung pertemuan.

Orang sakit dan orang sehat yang berkumpul di lingkungan rumah sakit dapat menjadi sumber penularan penyakit baik bagi pasien, petugas kesehatan, maupun pengunjung. Penularan penyakit salah satunya dapat disebabkan karena perilaku cuci tangan yang kurang efektif. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengubah perilaku cuci tangan pada keluarga pasien adalah dengan pemberian KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi) tentang cuci tangan yang benar, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Tujuan utama diadakan KIE adalah perubahan perilaku kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Andriani *dkk* (2014) dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Audio Visual Terhadap Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun Anak Pra Sekolah”. Jenis penelitian yang digunakan adalah pre eksperimental dengan menggunakan rancangan *one group pretest-posttest*. Tempat penelitian dilakukan di PAUD Aisyah Dalung dengan jumlah sampel 33 anak. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan dengan audio visual dan variabel terikatnya perilaku cuci tangan. Berdasarkan hasil uji beda sampel berpasangan untuk skala data ordinal yaitu *Wilcoxon Signed Rank Test* pada program SPSS dengan tingkat kepercayaan 95% ($p \leq 0,05$) maka didapatkan nilai $p = 0,001$ (kurang dari nilai $\alpha = 0,05$) artinya dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara pendidikan kesehatan terhadap perilaku cuci tangan pakai sabun pada anak pra sekolah di PAUD Aisyah Dalung.

Kemudian penelitian oleh Murdyaningsih (2015) dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Cuci Tangan terhadap Kepatuhan Mahasiswa Praktek di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi”. Penelitian ini merupakan pra-eksperimen dengan rancangan *one group pre-test-postes* tanpa kelompok kontrol. Tempat penelitian dilakukan di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi, dengan jumlah sampel 48 responden. Pengambilan sampel dengan cara *consecutive sampling*. Berdasarkan hasil uji statistik *Mc Nemar* didapatkan $p=0,007$ ($p<0,05$), sehingga disimpulkan ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan cuci tangan dalam 5 *moment* pada mahasiswa praktik di ruang ICU.

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 18 Agustus 2017, jumlah pasien ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng selama bulan Januari hingga September 2017 sebanyak 945 pasien. Berdasarkan wawancara kepada 10 orang keluarga pasien rata-rata mereka tidak tahu tentang cara mencuci tangan yang baik dan benar, 6 orang (60%) mengatakan cuci tangan menggunakan air mengalir tanpa sabun, 4 orang (40%) mengatakan mencuci tangan tetapi hanya menggosokkan telapak dan punggung tangannya saja tanpa membersihkan sela-sela jari dan kuku. Hal ini disebabkan karena kurang efektifnya pemberian KIE tentang cuci tangan dari petugas kesehatan, dan juga kurangnya kesadaran keluarga pasien untuk melakukan cuci tangan yang baik dan benar.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng”.

B. Rumusan Masalah

Orang sakit dan orang sehat yang berkumpul di lingkungan rumah sakit dapat menjadi sumber penularan penyakit baik bagi pasien, petugas kesehatan, maupun pengunjung. Penularan penyakit salah satunya dapat disebabkan karena perilaku cuci tangan yang kurang efektif. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengubah perilaku cuci tangan pada keluarga pasien adalah dengan pemberian KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi) tentang cuci tangan yang benar, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Tujuan utama diadakan KIE adalah perubahan perilaku kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

Dari latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka peneliti dapat merumuskan penelitian sebagai berikut: “Adakah Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh KIE Enam Langkah cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi perilaku enam langkah cuci tangan keluarga pasien sebelum mendapatkan KIE tentang cuci tangan yang benar.
- b. Mengidentifikasi perilaku enam langkah cuci tangan keluarga pasien sesudah mendapatkan KIE tentang cuci tangan yang benar.
- c. Mengidentifikasi perbedaan perilaku enam langkah cuci tangan sebelum dan sesudah mendapatkan KIE tentang cuci tangan yang benar.
- d. Menganalisis Pengaruh KIE enam langkah cuci tangan terhadap perilaku keluarga pasien

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan keilmuan keperawatan tentang pengaruh KIE cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien. Selanjutnya hal tersebut dapat menjadi informasi dasar dalam kurikulum pembelajaran yang tepat mengenai masalah PHBS.

2. Bagi RSUD Kabupaten Buleleng

Diharapkan hasil penelitian ini dapat berguna sebagai bahan masukan dan pertimbangan dalam meningkatkan derajat kesehatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat digunakan sebagai acuan atau gambaran informasi untuk pelaksanaan penelitian lebih lanjut berkaitan dengan pengaruh KIE enam langkah cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien.

4. Bagi Masyarakat

Dapat memberikan informasi mengenai pengaruh pemberian KIE tentang enam langkah cuci tangan terhadap perubahan perilaku mencuci tangan pada keluarga pasien khususnya dan masyarakat pada umumnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)

a. Komunikasi

1) Pengertian Komunikasi

Komunikasi senantiasa berperan penting dalam proses kehidupan manusia. Komunikasi merupakan inti dari kehidupan sosial manusia dan merupakan komponen dasar dari hubungan antar manusia, karena komunikasi yang baik dapat melancarkan kegiatan sosial manusia. Banyak permasalahan dapat diidentifikasi dan dipecahkan melalui komunikasi, tetapi banyak pula hal kecil dalam kehidupan manusia yang berubah menjadi permasalahan yang besar karena komunikasi (Suryani, 2015).

Komunikasi diartikan sebagai suatu pengiriman dan penerimaan pesan atau berita melalui suatu media antar dua orang atau lebih sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami (Mubarak & Chayatin, 2009). Komunikasi merupakan dialog yang bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran seseorang sehingga orang tersebut mampu melakukan perubahan dalam dirinya (Frisch & Frisch, 2011 dalam Suryani, 2015).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa komunikasi adalah suatu proses pertukaran ide, perasaan dan pikiran diantara dua orang atau lebih.

Komunikasi bertujuan untuk menentukan perubahan sikap dan tingkah laku, serta penyesuaian yang dinamis diantara orang-orang yang terlibat dalam komunikasi.

2)Unsur-unsur Komunikasi

Menurut Notoatmodjo (2014) agar terjadi komunikasi yang efektif antara pihak satu dengan pihak yang lain, antara kelompok satu dengan yang lain, atau seseorang dengan orang lain, diperlukan beberapa keterlibatan unsur-unsur komunikasi seperti berikut.

a) Komunikator (*source*)

Komunikator adalah orang atau sumber yang menyampaikan atau mengeluarkan stimulus antara lain dalam bentuk informasi, atau lebih tepat disebut pesan-pesan (*message*) yang harus disampaikan kepada pihak atau orang lain, dan diharapkan orang atau pihak lain tersebut memberikan respon atau jawaban.

b) Komunikan (*receiver*)

Komunikan adalah pihak yang menerima stimulus dan memberikan respon terhadap stimulus tersebut. Respon tersebut dapat bersifat pasif yakni memahami dan mengerti apa yang dimaksud oleh komunikan, atau dalam bentuk aktif yakni dalam bentuk ungkapan melalui bahasa lisan atau tulisan (verbal) atau menggunakan simbol-simbol (nonverbal).

c) Pesan (*message*)

Adalah isi stimulus yang dikeluarkan oleh komunikator (sumber) kepada komunikan (penerima).Isi stimulus yang berupa pesan atau informasi ini

dikeluarkan oleh komunikan, tetapi secara aktif dan positif berupa perilaku atau tindakan.

d) Saluran (*channel*)

Saluran (*channel*) atau lebih populer disebut media adalah alat atau sarana yang digunakan oleh komunikan dalam menyampaikan pesan atau informasi kepada komunikan. Jenis media komunikasi sangat bervariasi, mulai dari yang tradisional yakni melalui mulut (lisan), bunyi-bunyian (kentongan), tulisan (cetakan), sampai yang paling modern, yakni televisi dan internet.

3) Bentuk-bentuk Komunikasi

Dalam melakukan komunikasi kesehatan yang menjadi pesan pokok adalah kesehatan dan problem-problem yang dihadapi. Menurut Notoatmodjo (2014) agar proses komunikasi kesehatan itu efektif dan terarah, dapat dilakukan melalui bentuk-bentuk komunikasi antara lain sebagai berikut:

a) Komunikasi intrapersonal (*personal communication*)

Adalah komunikasi di dalam diri sendiri, terjadi apabila seseorang memikirkan masalah yang dihadapi. Komunikasi intrapersonal juga terjadi apabila seseorang melakukan pertimbangan sebelum mengambil suatu keputusan.

b) Komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*)

Komunikasi ini adalah suatu bentuk komunikasi yang paling efektif, karena antara komunikan dan komunikator dapat langsung tatap muka, sehingga stimulus yakni pesan atau informasi yang disampaikan oleh komunikan, langsung dapat direspon atau ditanggapi pada saat itu juga.

c) Mass communication (*communication through the mass media*)

Komunikasi ini menggunakan saluran media massa, atau berkomunikasi melalui media massa. Komunikasi melalui media massa kurang efektif bila dibandingkan dengan komunikasi interpersonal, meskipun mungkin lebih efisien.

Media yang digunakan dalam komunikasi massa atau lebih populer disebut media massa ini bermacam-macam antara lain: media cetak; koran majalah, jurnal, selebaran (*flyer*) dan media elektronik; radio, televisi, internet dan sebagainya.

d) Komunikasi organisasi

Adalah komunikasi yang terjadi di antara organisasi, institusi atau lembaga. Komunikasi organisasi juga dapat terjadi diantara unit. Organisasi itu sendiri misalnya antar bagian, antar seksi atau antar sub bagian, antar departemen, dan sebagainya.

b. Informasi

1) Pengertian Informasi

Informasi adalah hasil kesaksian atau rekaman dari orang yang melihat atau menyaksikan suatu peristiwa atau fenomena. Jika sebuah peristiwa tidak ada yang menyaksikan, merekam atau memberitakannya kepada orang lain, maka dari peristiwa ini tidak ada informasi yang dilahirkan. Peristiwa akan tetap tersembunyi sampai suatu saat ada yang menemukan bekas-bekas peristiwanya (Yusup, 2014).

Menurut Estabrook dalam Yusup (2014), informasi adalah suatu rekaman fenomena yang diamati atau bisa juga berupa putusan-putusan yang dibuat seseorang. Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa informasi adalah suatu

pesan yang disampaikan oleh seseorang atas kesaksian atau rekaman dari orang yang melihat atau menyaksikan peristiwa atau fenomena yang disampaikan kepada orang lain.

c. Edukasi

1) Pengertian Edukasi

Pendidikan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam individu, kelompok atau masyarakat sendiri (Mubarak & Chayatin, 2009).

Pendidikan adalah proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok, atau masyarakat, untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat dimasyarakat maupun di lingkungan. Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar pada individu kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai kesehatan menjadi tahu (Triwibowo & Pusphandani, 2013).

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah) dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran. Sehingga perilaku tersebut diharapkan akan

berlangsung lama (*long lasting*) dan menetap, karena didasari oleh kesadaran (Notoatmodjo, 2010).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan pendidikan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain, melainkan perubahan tersebut terjadi karena kesadaran dari dalam individu secara personal atau masyarakat itu sendiri.

2) Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Mubarak & Chayatin (2009) tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar orang mampu:

- a) menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri,
- b) memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar, dan
- c) memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat.

3) Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Triwibowo & Pusphandani (2013), sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam tiga kelompok sasaran.

a) Sasaran primer (*primary target*)

Sasaran langsung pada masyarakat segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan.

b) Sasaran sekunder (*secondery target*)

Sasaran para tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat sekitarnya.

c) Sasaran tersier (*tersier target*)

Sasaran pada pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun ditingkat daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

d. Pengertian Komunikasi Informasi dan Edukasi

KIE merupakan suatu usaha menyebarluaskan hal-hal baru agar masyarakat tertarik dan berminat untuk melaksanakan dalam kehidupan mereka sehari-hari. KIE juga merupakan suatu kegiatan mendidik kepada masyarakat, memberi mereka pengetahuan, informasi-informasi, dan kemampuan-kemampuan baru agar mereka dapat membentuk sikap dan berperilaku hidup menurut apa yang seharusnya (Arifin & Heriyani, 2014).

KIE merupakan usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Tujuan utama diadakan KIE adalah perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Selanjutnya perilaku masyarakat yang sehat tersebut akan berpengaruh kepada meningkatnya derajat kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan KIE adalah suatu usaha yang dilakukan untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat,

dengan cara menyampaikan materi menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa.

1)Metode KIE

Menurut Notoatmodjo (2014), beberapa metode KIE seperti berikut.

a) Metode individual (perorangan)

Metode ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi.

b) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya.

c) Wawancara (*interview*)

Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan.

d) Metode Kelompok

Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

(1) Kelompok Besar

Kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar.

(2)Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain: diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow balling*), kelompok-kelompok kecil (*buzz group*), bermain peran (*role play*), permainan simulasi (*simulation game*).

e) Metode Massa

Metode massa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa, sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut.

2) Faktor-faktor yang Mempengaruhi KIE

Menurut Suryani (2014), mengemukakan agar proses KIE dapat berjalan dengan lancar dan dapat mencapai tujuan yang diharapkan, ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan seperti berikut.

a) Kredibilitas

Kredibilitas (*credibility*) komunikator sangat memengaruhi keberhasilan proses komunikasi, karena hal ini memengaruhi tingkat kepercayaan sasaran atau komunikan terhadap pesan yang disampaikan.

b) Isi pesan

Pesan yang disampaikan hendaknya mengandung isi yang bermanfaat bagi sasaran. Pesan yang disampaikan harus dapat memenuhi kebutuhan masyarakat atau dapat memecahkan masalah.

c) Kesesuaian dengan kepentingan sasaran

Pesan yang disampaikan harus berhubungan dengan kepentingan sasaran, karena semakin erat hubungannya tersebut, semakin besar keberhasilan komunikasi.

d) Kejelasan

Kejelasan (*clarity*) pesan yang disampaikan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan komunikasi. Pesan yang membingungkan akan membuat sasaran bingung sehingga tidak terjadi perubahan perilaku.

e) Kesenambungan dan konsistensi

Faktor ini berpengaruh pada pesan, karena pesan yang disampaikan haruslah konsisten dan berkesinambungan. Jika pesan yang disampaikan selalu berubah-ubah, akan sulit diharapkan terjadinya perubahan perilaku.

f) Saluran

Saluran atau media yang digunakan harus disesuaikan dengan pesan yang ingin disampaikan. Pemilihan media yang tepat dapat meningkatkan pemahaman sasaran sehingga perubahan yang diharapkan dapat tercapai.

g) Kapabilitas sasaran

Kapabilitas sasaran (*capability of the audience*) berhubungan dengan komunikasi. Dalam menyampaikan pesan komunikator harus memperhitungkan kemampuan sasaran dalam menerima pesan.

2. Cuci Tangan

a. Pengertian Cuci Tangan

Kebersihan tangan (cuci tangan) merupakan suatu prosedur tindakan membersihkan tangan dengan menggunakan sabun atau antiseptik di bawah air mengalir atau dengan menggunakan *handrub* yang bertujuan untuk menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara (Perdalin, 2010 dalam Saragih & Rumapea, 2010).

Mencuci tangan dengan sabun adalah suatu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari dengan menggunakan air dan sabun oleh manusia untuk menjadi bersih dan memutuskan mata rantai kuman (Infodatin, 2014). Cuci tangan adalah kegiatan menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang menempel di tangan. Cuci tangan harus dilakukan dengan menggunakan air bersih dan sabun (Proverawati & Rahmawati, 2012).

Dari pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa cuci tangan adalah proses suatu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan menggunakan sabun atau antiseptik di bawah air mengalir atau dengan menggunakan *handrub* yang bertujuan untuk menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dan mengurangi jumlah mikroorganisme.

b. Manfaat Cuci Tangan

Cuci tangan sangat berguna untuk membunuh kuman penyakit yang ada ditangan. Tangan yang bersih akan mencegah penularan penyakit seperti diare dan cacingan. Dengan mencuci tangan maka tangan menjadi bersih dan bebas dari

kuman (Proverawati & Rahmawati, 2012). Menurut Rohani & Setio, (2010) juga menyebutkan manfaat cuci tangan antara lain:

- 1) meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme di tangan,
- 2) mencegah perpindahan mikroorganisme dari lingkungan ke pasien dan dari pasien ke petugas (infeksi silang).

c. Waktu yang Tepat untuk Cuci Tangan

1). Lingkungan Tempat Tinggal (Proverawati & Rahmawati, 2012)

- a) Setiap kali tangan kotor (setelah; memegang uang, memegang binatang, berkebun, dll).
- b) Setelah buang air besar.
- c) Setelah menceboki bayi atau anak.
- d) Sebelum makan dan menyuapi anak.
- e) Sebelum memegang makanan.
- f) Sebelum menyusui bayi.
- g) Sebelum menyuapi anak.
- h) Setelah bersin, batuk, membuang ingus, setelah pulang dari berpergian.
- i) Sehabis bermain atau memberi makanan atau memegang hewan peliharaan.

2). Lingkungan Rumah Sakit (Rohani & Setio, 2010)

- a) Pada waktu datang ke rumah sakit, untuk mencegah terbawanya kuman dari luar, sebelum dan sesudah masuk ke ruang perawatan.
- b) Sebelum dan sesudah kontak fisik dengan pasien.

- c) Sesudah kontak dengan produk darah, cairan tubuh, membran mukosa, dan kulit yang rusak.
- d) Sebelum dan sesudah memegang benda-benda yang tercemar atau benda-benda disekitar pasien.
- e) Sebelum memberikan makanan atau obat-obatan kepada pasien.
- f) Sebelum makan dan minum.
- g) Sebelum masuk dan sesudah keluar dari toilet.
- h) Jika tangan tampak kotor.
- i) Sebelum pulang ke rumah.

d. Teknik Cuci Tangan *Handrub* Antiseptik

Antiseptik untuk tangan (*handrubantiseptic*) adalah cairan antiseptik yang digunakan keseluruh permukaan tangan untuk meminimalkan pertumbuhan mikroorganisme tanpa menggunakan air atau handuk. Kegiatan ini dilakukan pada kondisi-kondisi tertentu ketika cuci tangan menggunakan air tidak memungkinkan (Rohani & Setio, 2010). Dilakukan selama 20-30 detik (WHO, 2009).

Persiapan alat :

Antiseptik berbasis alkohol

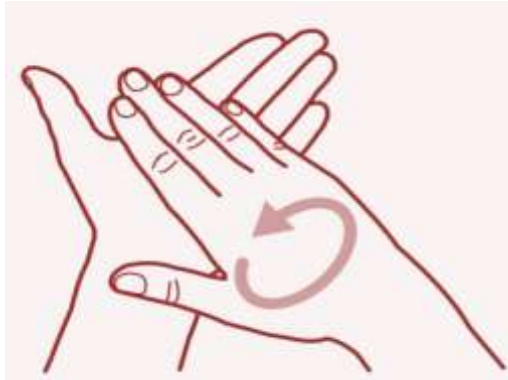
Pelaksanaan (WHO, 2009):

- 1) Tuangkan segenggam penuh bahan antiseptik kedalam tangan.



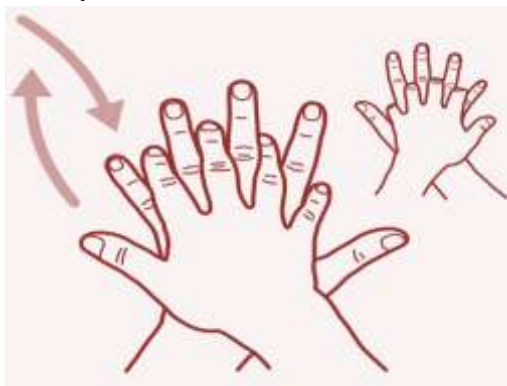
Gambar 2.13. Menuangkan cairan *handrub*.

- 2) Ratakan dengan kedua telapak tangan.



Gambar 2.14. Menggosok telapak tangan dengan memutar.

- 3) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.



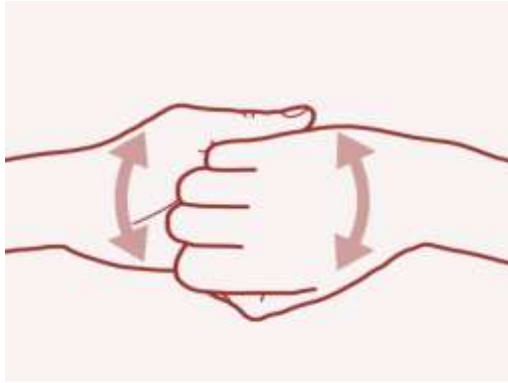
Gambar 2.15. Telapak tangan kanan menggosok punggung tangan kiri.

- 4) Gosok kedua telapak dan sela-sela jari.



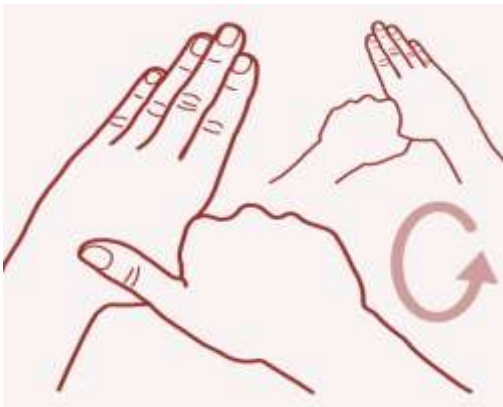
Gambar 2.16. Menggosok telapak sampai sela-sela jari.

- 5) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.



Gambar 2.17. Jari-jari saling menggosok dan tangan saling mengunci.

- 6) Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.



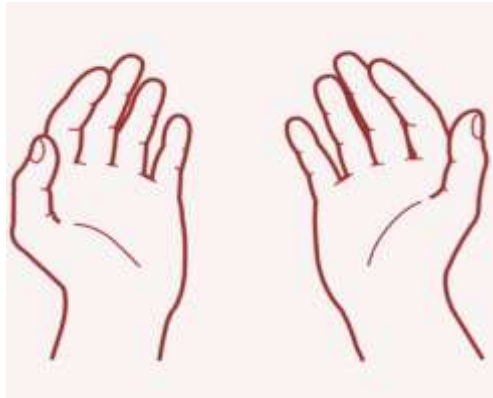
Gambar 2.18. Menggosok jari dengan memutar ujung jari-jari dengan tangan kanan.

- 7) Gosok dengan memutar ujung jari-jari di telapak tangan kiri dan sebaliknya.



Gambar 2.19. Menggosok telapak tangan dengan ujung jari-jari.

8) Saat tangan kita benar-benar kering maka tangan kita telah aman.



Gambar 2.20. Tangan sudah kering dan aman.

e. Kisi-kisi Enam Langkah Cuci Tangan

Tabel 2.1 Kisi-kisi Enam Langkah Cuci Tangan

No	Perilaku Mencuci Tangan	Sifat Pernyataan	No Butir	Jumlah Butir
1.	Pengetahuan tentang cuci tangan	Pernyataan positif	1,2	2
2.	Sikap	Pernyataan positif	3,4,5	3
3.	Waktu yang tepat untuk cuci tangan	Pernyataan positif	6,7,8,9,10,11,12	7
4.	Enam langkah cuci tangan	Pernyataan positif	13,14,15,16, 17 dan 18	6
Jumlah Soal				18

3. Perilaku

a. Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar), oleh karena perilaku manusia terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespon, sehingga teori Skinner disebut teori “S-O-R” (*stimulus-organisme-respon*) (Skinner, 1938

dalam, Notoatmodjo, 2010). Perilaku manusia merupakan hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Lestari, 2015). Perilaku dari aspek biologis diartikan sebagai suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Aktivitas tersebut ada yang diamati secara langsung maupun secara tidak langsung (Kholid, 2014).

Dari pengertian di atas, maka saya dapat menarik kesimpulan bahwa perilaku adalah hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam pengetahuan, sikap dan tindakan.

b. Jenis-jenis Perilaku

Perilaku dapat diberi batasan sebagai suatu tanggapan individu terhadap rangsangan yang berasal dari dalam maupun dari luar diri individu tersebut. Menurut Lestari (2015) secara garis besar bentuk perilaku ada dua macam.

1) Perilaku Pasif (Respon Internal)

Perilaku yang sifatnya masih tertutup, terjadi dalam diri individu dan dapat diamati secara langsung. Perilaku ini sebatas sikap belum ada tindakan yang nyata.

2) Perilaku Aktif (Respon Eksternal)

Perilaku yang sifatnya terbuka, perilaku aktif adalah perilaku yang dapat diamati secara langsung, berupa tindakan yang nyata.

c. Aspek-aspek Perilaku (Notoatmodjo, 2010)

1) Pengamatan

Pengamatan adalah pengenalan subjek (manusia) terhadap objek disekitarnya melalui indra: dengan cara melihat, mendengar, meraba, mengecap, dan membau. Kegiatan-kegiatan ini biasanya disebut sebagai modalitas pengamatan.

- a) Penglihatan adalah pengenalan objek melalui mata, objek yang dikenal melalui mata adalah objek yang bersifat konkret.
- b) Pendengaran adalah menangkap bunyi (suara) atau radio dengan indra pendengaran (telinga). Bunyi berfungsi sebagai pendukung arti, sehingga yang ditangkap adalah artinya, bukan bunyinya.
- c) Pengecapan, penciuman, dan perabaan merupakan sebagai penunjang dalam proses pembelajaran, pendidikan atau pembentukan perilaku.

Karena yang paling berperan dalam pembentukan perilaku adalah modalitas penglihatan dan pendengaran.

2) Perhatian

Secara umum perhatian dapat dikelompokkan seperti berikut.

a) Berdasarkan intensitasnya

Banyak sedikitnya kesadaran yang menyertai suatu kegiatan. Terdiri dari perhatian intensif dan tidak intensif. Perhatian intensif adalah perhatian yang intensitasnya tinggi. Sedangkan perhatian tidak intensif adalah perhatian yang intensitasnya rendah misalnya membaca koran sambil mendengarkan ceramah.

b) Berdasarkan cara timbulnya

Terdiri dari perhatian spontan dan perhatian disengaja. Perhatian spontan adalah perhatian yang timbul tanpa disengaja atau tidak dikehendaki oleh subjeknya. Perhatian disengaja adalah perhatian yang timbul memang karena diusahakan atau disengaja.

c) Berdasarkan luasnya objek yang dikenai perhatian

Terdiri dari perhatian terpecah (distributif) dan perhatian terpusat (konsentratif). Perhatian terpecah, yaitu dalam suatu saat perhatian dapat tertuju kepada bermacam-macam objek (sasaran). Perhatian terpusat, yaitu perhatian yang pada suatu saat hanya tertuju kepada satu objek atau kepada sasaran yang sangat terbatas.

d) Tanggapan

Tanggapan adalah gambaran dari hasil melakukan pengamatan (melihat, mendengar, membau, dan sebagainya) yang tinggal dalam ingatan. Tanggapan ini akan berpengaruh terhadap pembelajaran dalam rangka pengembangan dan perubahan perilaku. Oleh karena itu, di dalam proses pembelajaran perilaku kesehatan hendaknya berusaha agar dapat membentuk tanggapan yang benar dan cermat pada diri sasaran belajar.

e) Fantasi

Fantasi adalah kemampuan untuk membentuk tanggapan-tanggapan yang telah ada. Tanggapan-tanggapan baru ini tidak harus sama dengan tanggapan yang telah ada. Dalam proses pembelajaran, fantasi ini sangat penting, dan terwujud dalam, daya kreatifitas sasaran belajar. Relevansi fantasi di dalam kehidupan sehari-hari adalah sebagai berikut:

- a) Dengan fantasi, maka orang dapat melepaskan diri dari ruangan dan waktu sehingga orang dapat memahami apa yang terjadi ditempat lain dan pada waktu yang lain.
- b) Dengan fantasi, maka orang dapat menempatkan diri dalam kehidupan pribadi orang lain, sehingga ia dapat memahami sesama manusia, serta dapat memahami kebudayaan asing dan masalah kemanusiaan pada umumnya.
- c) Dengan fantasi, orang dapat melepaskan diri dari kesukaran yang dihadapi serta melupakan hal-hal yang tidak menyenangkan dimasa yang lalu.
- d) Dengan fantasi, orang dapat menciptakan sesuatu yang ingin dikejar, dan berusaha mencapainya.

f)Ingatan

Ingatan adalah kemampuan untuk menerima, menyimpan, dan memproduksi kesan-kesan. Ingatan yang baik mempunyai sifat-sifat seperti berikut.

- a) Cepat, artinya mudah mencamkan kesan-kesan yang diterima.
- b) Setia, artinya apa yang telah diterima (dicamkan) akan disimpan baik dan tidak akan berubah.
- c) Teguh, artinya dapat menyimpan kesan dalam waktu lama, tidak mudah lupa.
- d) Luas, artinya dapat menyimpan banyak macam kesan.

- e) Siap, artinya dengan mudah dapat memproduksi hal-hal yang telah dicamkan dan disimpan.

g) Berpikir (Pengenalan Melalui Akal)

Berpikir adalah proses pengenalan melalui akal yang sifatnya idealistis yang menggunakan abstraksi-abstraksi (ideas). Dalam berpikir orang meletakkan hubungan antara bagian-bagian informasi yang ada pada dirinya yang berupa pengertian-pengertian. Pada prinsipnya berfikir ini mencakup 3 langkah pokok :

- a) pembentukan pengertian,
- b) pembentukan pendapat, dan
- c) penarikan kesimpulan.

h) Prosedur Pembentukan Perilaku

Menurut Skinner dalam Kholid, (2014) prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* ini seperti berikut.

- a) Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
- b) Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.

- c) Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
- d) Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu. Apabila komponen pertama telah dilakukan maka hadiahnya diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau perilaku ini sudah terbentuk kemudian dilakukan komponen (perilaku) yang kedua, diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi), demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk.

d. Faktor Pengaruh Perilaku (Notoatmodjo, 2010)

1) Sikap

Sikap merupakan konsep yang sangat penting dalam komponen sosio-psikologis, karena merupakan kecenderungan bertindak, dan berpersepsi. Beberapa karakteristik sikap:

- a) Sikap merupakan kecenderungan berperilaku, berpersepsi dan bertindak.
- b) Sikap mempunyai daya pendorong (motivasi).
- c) Sikap relatif lebih menetap, dibanding emosi dan perilaku.

- d) Sikap mengandung aspek penilaian atau evaluatif terhadap objek, dan mempunyai 3 komponen yaitu: komponen kognitif, komponen afektif, komponen konatif.

2) Emosi

Dalam perilaku manusia, emosi mempunyai beberapa keuntungan dalam pengendalian perilaku, antara lain seperti berikut.

- a) Sebagai pembangkit energi (*energizer*). Seorang pemain sepak bola yang mendapatkan teriakan dari suporter akan membangkitkan semangatnya lagi.
- b) Pembawa informasi (*messenger*). Seseorang yang mendapat kabar baik atau buruk tentang dirinya, akan berpengaruh baik secara intrapersonal, maupun interpersonal untuk meresponnya, baik secara positif, maupun secara negatif.
- c) Merupakan sumber informasi tentang keberhasilan kita. Dengan luapan emosi seseorang, menangis, atau tertawa, maka hal tersebut merupakan informasi bagi orang lain.

3) Kepercayaan

Kepercayaan sering bersifat rasional atau irasional. Kepercayaan yang rasional apabila kepercayaan orang terhadap sesuatu tersebut masuk akal. Kepercayaan irasional apabila kepercayaan terhadap sesuatu tidak masuk akal. Kepercayaan dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan, dan kepentingan. Hal ini dimaksudkan bahwa orang percaya kepada sesuatu dapat disebabkan karena ia mempunyai pengetahuan.

4) Kebiasaan

Kebiasaan adalah aspek perilaku manusia yang menetap, berlangsung secara otomatis, dan tidak direncanakan. Kebiasaan merupakan hasil pelaziman yang berlangsung dalam waktu yang lama atau sebagai reaksi khas yang diulangi berkali-kali. Kebiasaan memberikan pola perilaku yang dapat diramalkan, karena sering dikaitkan dengan adat istiadat yang turun-temurun. Karena kebiasaan pada umumnya sudah melekat pada diri seseorang, termasuk kebiasaan yang kurang menguntungkan bagi kesehatan, maka sulit untuk diubah.

5) Kemauan

Kemauan sebagai dorongan tindakan yang merupakan usaha orang untuk mencapai tujuan. Kemauan merupakan hasil keinginan untuk mencapai tujuan tertentu yang begitu kuat sehingga mendorong orang untuk mengorbankan nilai-nilai yang lain. Kemauan dipengaruhi oleh kecerdasan dan energi yang diperlukan untuk mencapai tujuan.

e. Cara Mengukur Perilaku

Domain atau ranah utama perilaku manusia adalah: kognitif, afektif (emosi) dan konasi, yang dalam bentuk operasionalnya adalah ranah: pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan atau praktek (*practice*) (Notoatmodjo, 2010).

- 1) Pengetahuan adalah hal apa yang diketahui oleh orang atau responden terkait dengan sehat dan sakit atau kesehatan, misal tentang penyakit (penyebab, cara penularan, cara pencegahan), gizi, sanitasi, pelayanan kesehatan, kesehatan lingkungan, keluarga berencana, dan sebagainya.

- 2) Sikap adalah bagaimana pendapat atau penilaian orang atau responden terhadap hal yang terkait dengan faktor resiko kesehatan. Misalnya: bagaimana pendapat atau penilaian responden terhadap penyakit demam berdarah, anak dengan gizi buruk, tentang lingkungan, tentang gizi makanan, dan seterusnya.
- 3) Praktek (tindakan) adalah hal apa yang dilakukan oleh responden terhadap terkait dengan kesehatan (pencegahan penyakit), cara peningkatan kesehatan, cara memperoleh pengobatan yang tepat dan sebagainya.

4. Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain, yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama (Leininger dalam Andarmoyo, 2012). Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupannya yang terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan lainnya (Jhonson & Leny, 2010).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan (Andarmoyo, 2012). Dari pengertian di atas, maka saya dapat menyimpulkan bahwa keluarga adalah

unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah yang berkumpul dan tinggal di bawah satu atap dan saling ketergantungan satu sama lain.

b. Tipe Keluarga

Menurut Jhonson & Leny (2010) ada beberapa tipe keluarga, yaitu:

- 1) Keluarga inti, yang terdiri dari suami, istri, dan anak atau anak-anak,
- 2) Keluarga konjugal, yang terdiri dari pasangan dewasa (ibu dan ayah) dan anak-anak mereka, dimana terdapat interaksi dengan kerabat dari salah satu atau dua pihak orang tua, dan
- 3) Keluarga luas yang ditarik atas dasar garis keturunan di atas keluarga aslinya. Keluarga luas ini meliputi hubungan antara paman, bibi, keluarga kakek dan keluarga nenek.

c. Tugas Keluarga

Menurut Jhonson & Leny (2010) pada dasarnya tugas pokok keluarga seperti berikut.

- 1) Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- 2) Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.
- 3) Pembagian tugas masing-masing keluarga sesuai dengan kedudukan masing-masing.
- 4) Sosialisasi antar anggota keluarga.
- 5) Pengaturan jumlah anggota keluarga.
- 6) Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
- 7) Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga.

d. Fungsi Keluarga

Menurut Jhonson & Leny (2010), dalam kehidupan sehari-hari fungsi keluarga dapat kita lihat dan sekaligus sudah dapat diterapkan oleh masyarakat atau kelompok keluarga. Adapun fungsi yang dijalankan keluarga adalah seperti berikut.

1) Fungsi pendidikan

Fungsi pendidikan dilihat dari bagaimana keluarga mendidik dan menyekolahkan anak untuk mempersiapkan kedewasaan dan masa depan anak.

2) Fungsi sosialisasi anak

Fungsi sosialisasi anak dilihat dari bagaimana keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik.

3) Fungsi perlindungan

Fungsi perlindungan dilihat dari bagaimana keluarga melindungi anak sehingga anggota keluarga merasa terlindung dan merasa aman.

4) Fungsi perasaan

Fungsi perasaan dilihat dari bagaimana keluarga merasakan perasaan dan suasana anak dan anggota yang lain dalam berkomunikasi dan berinteraksi antar sesama anggota keluarga.

5) Fungsi agama

Fungsi agama dilihat dari bagaimana keluarga memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota keluarga lain melalui kepala keluarga menanamkan keyakinan yang mengatur kehidupan kini dan kehidupan lain setelah dunia.

6) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi dilihat dari bagaimana kepala keluarga mencari penghasilan, mengatur penghasilan sedemikian rupa sehingga dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga.

7) Fungsi rekreatif

Fungsi rekreatif dilihat dari bagaimana menciptakan suasana yang menyenangkan dalam keluarga, seperti acara menonton TV bersama, bercerita tentang pengalaman masing-masing, dan lainnya.

8) Fungsi biologis

Fungsi biologis dilihat dari bagaimana keluarga meneruskan keturunan sebagai generasi selanjutnya memberi rasa aman, kasih sayang, perhatian diantara keluarga.

5. Pengaruh KIE terhadap Perubahan Perilaku

a. Komunikasi Kesehatan Masyarakat Sebagai Intervensi Perubahan Perilaku

(Notoatmodjo, 2010)

Komunikasi kesehatan masyarakat kini sudah menjadi disiplin ilmu baru yang berbasiskan aplikasi dilapangan dan berupaya untuk menumbuhkan sikap serta mempengaruhi perilaku kesehatan secara sistematis dengan menggunakan metode komunikasi massa (*mass communication*). Disamping itu komunikasi kesehatan telah menggunakan prinsip desain pengajaran, pemasaran sosial analisis perilaku dan antropologi medis.

Tujuan pokok dari program komunikasi kesehatan adalah perubahan perilaku kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan. Dengan

adanya intervensi komunikasi kesehatan juga diharapkan dapat menumbuhkan permintaan (*demand*) terhadap produk atau pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, seperti keluarga berencana, kelangsungan hidup anak, pencegahan penyakit infeksi yang aman dan efektif. Dalam proses ini, konsumen atau klien ditempatkan pada posisi yang penting dan dianggap menentukan.

Upaya menumbuhkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan merupakan efek dari proses komunikasi yang memberikan informasi kepada anggota masyarakat bahwa telah tersedia pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan, mudah didapat dan digunakan. Informasi ini diharapkan dapat mengubah perilaku masyarakat yang mulanya tidak pernah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan karena tidak tahu, kini bahkan menjadi kebutuhan.

b. Pendidikan Kesehatan Sebagai Proses Perubahan Perilaku (Mubarak & Chayatin, 2009)

Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu, kelompok, dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses belajar. Perubahan perilaku mencakup tiga ranah perilaku, yaitu: pengetahuan, sikap, dan keterampilan melalui proses pendidikan kesehatan (perilaku sehat). Perilaku sehat dapat berupa emosi yang positif, pengetahuan yang baik, pikiran sehat, keinginan yang realistis, dan sebagainya yang selanjutnya perilaku tersebut diaplikasikan secara nyata oleh tiap-tiap individu dalam lingkungan keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Menurut Kelman dalam Mubarak & Chayatin, (2009) ada tiga cara perubahan perilaku.

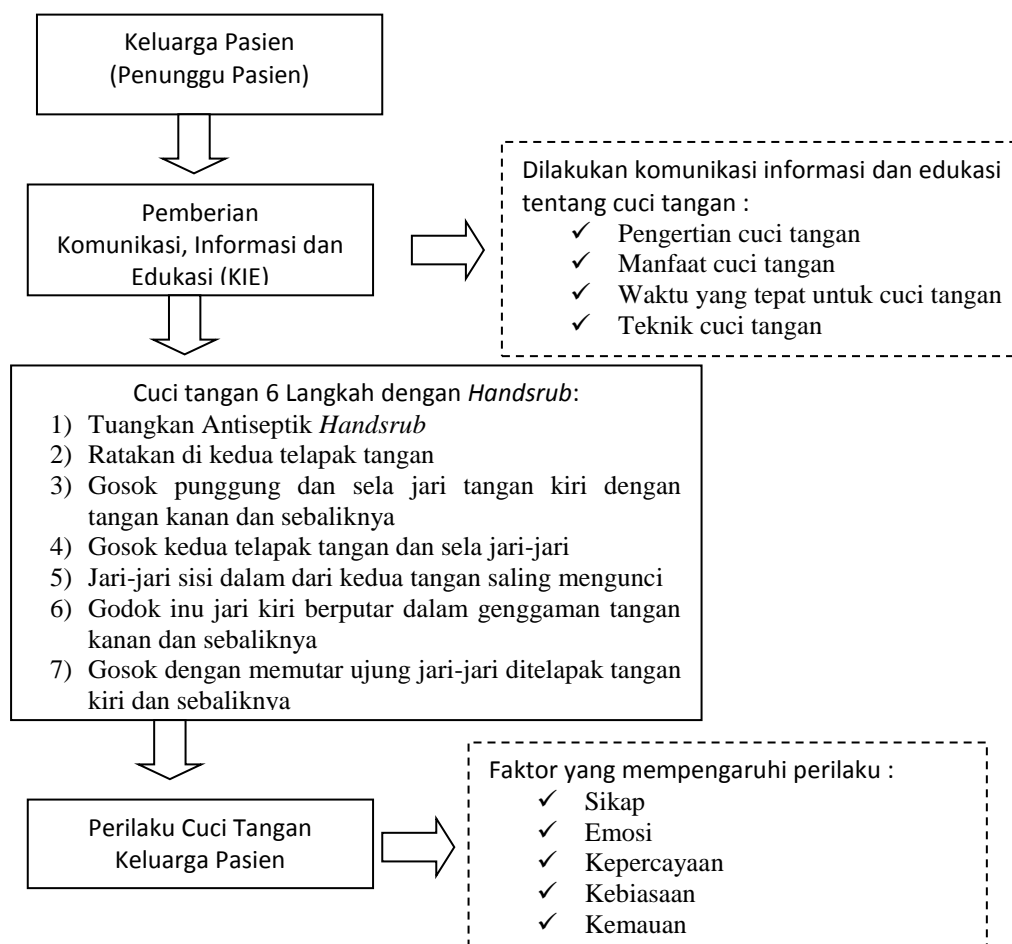
- 1) Terpaksa (*compliance*), individu mengubah perilakunya karena mengharapkan memperoleh imbalan, pengakuan dari kelompok, dan terhindar dari hukuman agar tetap terjadi hubungan baik dengan yang menganjurkan perubahan perilaku tersebut. Model perubahan ini biasanya tidak mendasar, tidak kekal, dan karena terpaksa.
- 2) Peniruan (*identification*), individu mengubah perilakunya karena ingin disamakan dengan seseorang yang dikaguminya.
- 3) Menghayati manfaatnya (*internalization*), perubahan perilaku yang terjadi benar-benar mendasar yang sudah menjadi bagian hidupnya. Oleh karena itu, perubahan seperti ini akan kekal dan hal inilah yang menjadi tujuan akhir dari penyuluhan kesehatan masyarakat.

Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan bilamana sakit dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari kesehatan bilamana sakit dan sebagainya. Kesadaran masyarakat di atas disebut tingkat kesadaran atau pengetahuan masyarakat tentang kesehatan atau disebut “melek kesehatan” (*healthy literacy*).

Pendidikan kesehatan juga penting untuk mencapai perilaku kesehatan (*healthy behavior*). Jadi, kesehatan bukan hanya disadari dan disikapi melainkan

dilaksanakan dalam kehidupan sehari-hari (Triwibowo & Pusphandani, 2013).Suliha dalam penelitian Murdyaningsih (2015), menyatakan bahwa pengetahuan seseorang dapat diubah dengan strategi persuasi, yaitu dengan memberikan informasi kepada orang lain dengan memberikan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan berbagai metode salah satunya dengan metode demonstrasi.

B. Kerangka Teori



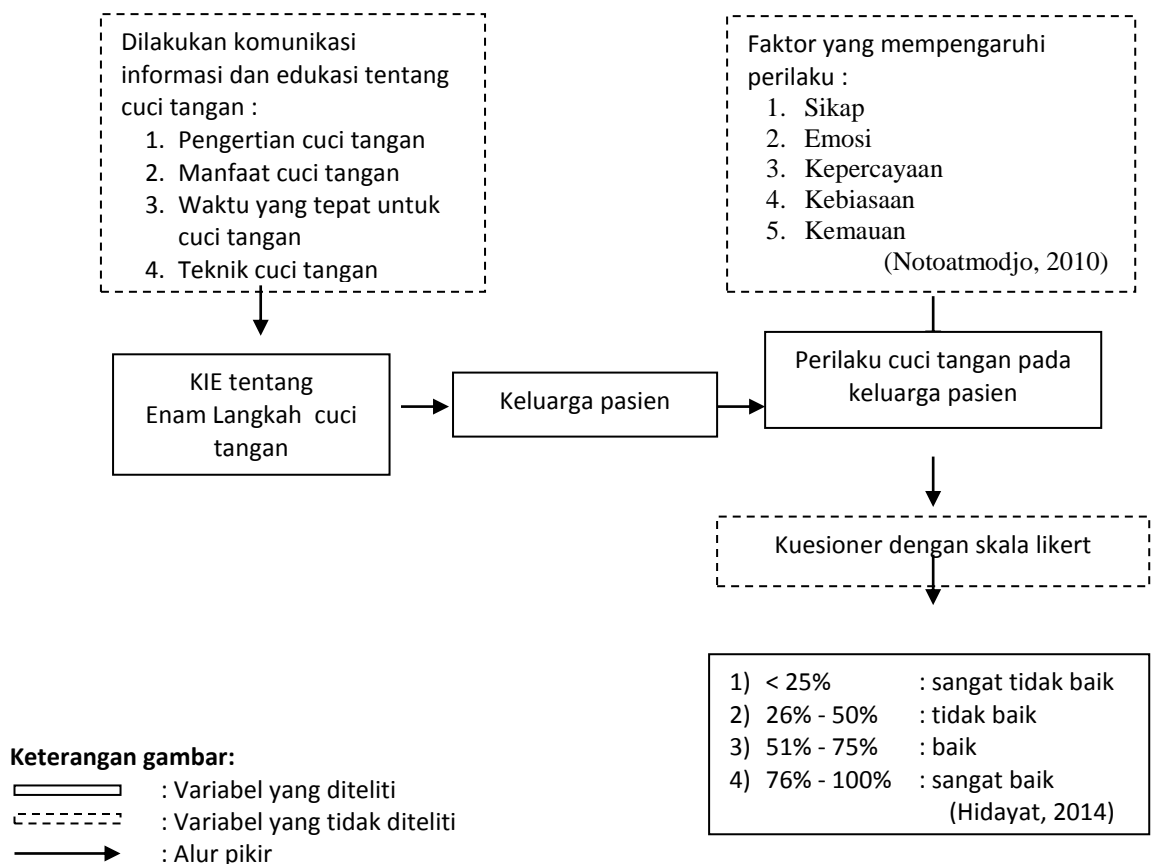
Skema 2.1 Kerangka teori Pengaruh KIE Cuci Tangan 6 Langkah Terhadap Prilaku Cuci Tangan keluarga Pasien di Ruang Anggrek

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Menurut Hidayat (2014), kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah. Kerangka konsep dalam penelitian ini dijelaskan seperti skema 3.1.



Skema 3.1 Kerangka Konsep Pengaruh KIE Cuci Tangan terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD

Kabupaten Buleleng.

B. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *pra-eksperimental*, dengan rancangan *one group pre-post test* desain rancangan ini berupaya mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2014). Desain penelitian adalah seperti berikut.

Tabel 3.1 Rancangan Penelitian Pengaruh KIE Cuci Tangan terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K	O	I	OI
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan:

K : Subjek (keluarga pasien)

O : Pengukuran perilaku mencuci tangan keluarga pasien sebelum diberikan KIE

I : Intervensi (KIE cuci tangan)

OI: Pengukuran perilaku mencuci tangan keluarga pasien sesudah diberikan KIE

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2010), yang dapat dirumuskan seperti berikut.

1. Hipotesis Alternatif (H_a)

Hipotesis alternatif (H_a) adalah hipotesis penelitian. Hipotesis ini menyatakan adanya suatu hubungan antar dua variabel atau adanya perbedaan antar dua kelompok (Arikunto, 2010). H_a : Ada pengaruh KIE cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.

2. Hipotesis Nol (H_0)

Hipotesis nol (H_0) disebut juga hipotesis statistik, karena biasanya dipakai dalam penelitian yang bersifat statistik, yaitu diuji dengan perhitungan statistik. Hipotesis nol menyatakan tidak adanya perbedaan antar dua variabel, atau tidak adanya pengaruh antar dua variabel (Arikunto, 2010). H_0 : Tidak ada pengaruh KIE cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian. Pada definisi operasional akan dijelaskan secara padat mengenai unsur penelitian yang meliputi bagaimana caranya menentukan variabel (Setiadi, 2013). Adapun perumusan definisi operasional dalam penelitian ini akan diuraikan dalam tabel 3.2.

Tabel 3.2 Definisi Operasional dan Variabel Penelitian Pengaruh KIE Cuci Tangan terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Parameter	Skala	Alat Ukur	Hasil Ukur
Independen : Komunikasi informasi dan edukasi (KIE) tentang cuci tangan	Bentuk pemberian informasi tentang cuci tangan yang baik dan benar dengan menggunakan media <i>leaflet</i>	Komunikasi informasi dan edukasi (KIE) tentang cuci tangan dilakukan	-	SOP cuci tangan dengan memakai <i>handrub</i> serta leaflet	-
Dependen: Perilaku mencuci tangan keluarga pasien dengan <i>handrub</i>	Suatu kegiatan membersihkan tangan dan jari-jemari menggunakan <i>handrub</i> dengan teknik enamel langkah cuci tangan benar menurut WHO	Pengukuran perilaku dengan menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert dengan memberi ceklist pada kolom SL: selalu, SR: sering, KD: kadang-kadang, TP: tidak pernah	Interval	Kuesioner dengan skala Likert	1) < 25% 2) 26% - 50% 3) 51% - 75% 4) 76% - 100%

Sumber : WHO (2009)

E. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2014). Populasi dari penelitian ini adalah keluarga pasien yang salah satu anggota keluarganya dirawat di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng. Dari studi pendahuluan

yang telah dilakukan jumlah pasien ruang ANGGREK RSUD Kabupaten Buleleng selama bulan September 2017 sebanyak 100 pasien.

2. Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Dalam penelitian keperawatan, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel tersebut digunakan (Hidayat, 2014). Kriteria sampel seperti berikut.

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Hidayat, 2014). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) keluarga pasien yang salah satu anggota keluarganya dirawat di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng minimal 3×24 jam,
- 2) keluarga pasien yang belum pernah mendapat KIE tentang cuci tangan, dan
- 3) keluarga pasien yang mau mengikuti KIE sampai selesai.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Hidayat, 2014). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) keluarga pasien yang tidak bisa membaca dan menulis, dan
- 2) keluarga pasien yang tidak bersedia menjadi responden.

3. Besar Sampel

Menurut Nursalam (2014), besarnya sampel yang digunakan menggunakan rumus slovin yaitu:

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

$$n = \frac{100}{1 + 100 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{100}{1 + 0,0025}$$

$$n = 80$$

Keterangan:

n = Besar sampel

N = Besar populasi

d = Tingkat kesalahan (0,05)

4. Teknik Sampling

Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel. Untuk memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2014). Penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling*, yaitu *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.

F. Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.

G. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada 6 Desember 2017-6 Januari 2018.

H. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan (Hidayat, 2014).

1. Informed consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, serta mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain : partisipasi pasien, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2. Anonymity

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek peneliti dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Confidentiality

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

4. Beneficence

Peneliti selalu berupaya agar segala tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien mengandung prinsip kebaikan (*promote good*). Prinsip berbuat yang baik bagi klien tentu saja dalam batas-batas hubungan terapeutik antara peneliti dan klien (Notoatmodjo, 2012). Peneliti dalam memberikan tindakan pada penelitian yang dilakukan berusaha untuk memberikan manfaat yang optimal dan meminimalkan dampak yang merugikan bagi responden. Contohnya dalam penelitian ini, peneliti ingin memberikan KIE cuci tangan yang bertujuan untuk mengubah perilaku mencuci tangan pada keluarga pasien.

5. Justice

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi (Nursalam, 2014). Peneliti menjaga prinsip keadilan dengan memperlakukan responden sesuai dengan haknya dan mendapat perlakuan yang sama, serta tidak membedakan responden dari segi umur, agama yang satu dengan yang lainnya.

I. Alat Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner adalah suatu cara pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengedarkan suatu daftar pertanyaan yang berupa formulir. Lembar kuesioner yang digunakan adalah kuesioner perilaku mencuci tangan terdiri dari 16 pernyataan. Kuesioner akan diuji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu oleh peneliti.

Kuesioner perilaku mencuci tangan dibuat sendiri oleh peneliti berupa skala *likert* dengan 4 alternatif jawaban, yaitu: untuk pernyataan positif SL (Selalu) = 4, SR (Sering) = 3, KD (Kadang-kadang) = 2, TP (Tidak Pernah) = 1. Total skor akan dijadikan dalam bentuk persen dan dimasukkan kategori. Kategori dimodifikasi dari referensi (Hidayat, 2014).

- 1) < 25% : sangat tidak baik
- 2) 26% - 50% : tidak baik
- 3) 51% - 75% : baik
- 4) 76% - 100% : sangat baik

J. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2014). Cara yang digunakan untuk mengumpulkan data perilaku mencuci tangan keluarga pasien dengan menggunakan kuesioner skala

likert. Pemberian kuesioner dilakukan pada saat sebelum dan sesudah diberikan KIE tentang cuci tangan.

Langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan secara langsung oleh peneliti dalam penelitian ini seperti berikut.

1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan yang dilakukan antara lain:

- a. Permohonan izin dari pihak kampus untuk melakukan studi pendahuluan, peneliti meminta izin ke RSUD Kabupaten Buleleng untuk melakukan pengambilan data jumlah pasien yang dirawat di ruang Anggrek.
- b. Peneliti mempersiapkan materi dan konsep yang akan mendukung penelitian.

2. Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan yang dilakukan antara lain:

- a. Melakukan izin pengumpulan data dan penelitian yang ditandatangani oleh Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Buleleng. Izin tersebut ditujukan kepada Kesbanglinmas Kabupaten Buleleng.
- b. Setelah mendapatkan izin dari Kesbanglinmas Kabupaten Buleleng untuk melakukan penelitian, peneliti mengajukan surat permohonan izin untuk mengadakan penelitian di RSUD Kabupaten Buleleng.
- c. Peneliti menentukan responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan sebelumnya. Pendekatan secara informal pada responden dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden. Kemudian peneliti memberikan *informed consent* pada

responden untuk ditanda tangani sebagai bukti persetujuan menjadi responden penelitian.

- d. Selanjutnya responden diberikan kuesioner *pre-test* sebelum diberikan KIE dengan tujuan untuk mengetahui perilaku mencuci tangan keluarga pasien.
- e. Setelah dilakukan *pre-test*, responden diberikan KIE yang dilakukan oleh peneliti.
- f. Metode yang digunakan dalam pemberian KIE adalah penyuluhan dengan menggunakan media *leaflet*.
- g. Setelah diberikan KIE, seluruh responden diberikan *post-test* untuk mengetahui perilaku mencuci tangan keluarga pasien setelah diberikan KIE.
- h. Hasil pengumpulan data tersebut direkapitulasi dan dicatat pada lembar rekapitulasi yang telah disediakan oleh peneliti untuk diolah.

K. Validitas dan Reliabilitas

1.Uji Validitas

Uji validitas dimaksudkan untuk mengetahui tingkat ketepatan instrumen dalam mengukur apa yang hendak diukur, sehingga terdapat kesesuaian antara instrumen dengan tujuan yang hendak diukur atau dicapai. Untuk memperoleh kuesioner dengan hasil yang mantap maka diadakan proses uji coba. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan, dapat mengungkapkan kata dari variabel yang diteliti secara tepat (Nursalam, 2014).

Teknik yang dipakai dalam uji validitas adalah “*Product Moment*” yang dibantu dengan program komputer.

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. (Nursalam, 2014). Uji reliabilitas dilakukan dengan teknik *Cronbach Alpha* yang dibantu dengan program komputer.

L. Pengolahan Data

Menurut Setiadi (2013), pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu, sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan. Terdapat beberapa cara yang dilakukan oleh peneliti dalam pengolahan data ini seperti berikut.

1. Editing

Editing adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data. Pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah selesai ini dilakukan terhadap: kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban.

2. Coding

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam bentuk angka atau bilangan. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara

memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban. Kegunaan dari *coding* adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data. *Coding* dalam penelitian ini dilakukan seperti berikut.

1) Umur responden diberi kode :

1 = < 50 tahun 2 = > 50 tahun

2) Jenis kelamin diberi kode :

1 = Laki-laki 2 = perempuan

3) Pendidikan diberi kode :

1 = tamat SD, 2 = tamat SMP, 3 = tamat SMA/SMK, 4 = tamat PT

4) Variabel perilaku mencuci tangan dibagi menjadi kode :

1 = < 25% : sangat tidak baik

2 = 26% - 50% : tidak baik

3 = 51% - 75% : baik

4 = 76% - 100% : sangat baik

3. Entry data

Entry data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau data base komputer.

4. Cleaning

Cleaning merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat meng-*entry* data ke komputer.

5. Penyajian data

Data statistik perlu disajikan dalam bentuk yang mudah dibaca dan dimengerti. Tujuannya adalah memberikan informasi dan memudahkan interpretasi hasil analisis. Penyajian data ini dapat dibuat dengan 3 cara, antara lain:

- a. tulisan/narasi (textual),
- b. tabel/daftar (tabular), dan
- c. diagram/grafik.

6. Melakukan Teknik Analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis.

M. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisa ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012). Analisa univariat dalam penelitian ini adalah identifikasi karakteristik responden dan identifikasi perilaku cuci tangan responden. Identifikasi karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, dan pendidikan terakhir responden yang akan diteliti.

Variabel yang terdapat pada penelitian ini adalah KIE tentang cuci tangan dan perilaku mencuci tangan. Variabel independennya adalah KIE cuci tangan. Variabel ini tidak memiliki, skala karena KIE adalah perlakuan atau tindakan

yang akan dilakukan oleh peneliti. Variabel dependennya adalah perilaku mencuci tangan. Analisis univariat yang dilakukan dengan menggunakan kategori < 25%: sangat tidak baik, 26% - 50%: tidak baik, 51% - 75%: baik dan 76% - 100%: sangat baik.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan pada dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Hal ini digunakan untuk menguji hipotesis yang sudah dibuat dan dilakukan untuk menganalisis pengaruh lebih lanjut antara dua variabel setelah melakukan analisis univariat (Notoatmodjo, 2012).

Dalam analisis bivariat ini digunakan untuk mengetahui perbedaan bermakna sebelum dan setelah dilakukan perlakuan. Karena data yang terkumpul merupakan data interval, maka uji yang dilakukan adalah uji *t-test* (Sugiyono, 2013). Analisis bivariat menggunakan bantuan program komputer dengan tingkat kepercayaan yaitu $p < 0,05$, maka dikatakan ada perbedaan bermakna sebelum dan setelah dilakukan perlakuan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang Pengaruh KIE Cuci Tangan terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang langsung didapat dari keluarga pasien melalui wawancara. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Desember 2017. Adapun hasil penelitian yang diperoleh seperti berikut.

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Buleleng didirikan pada tahun 1995 berdasarkan SK Gubernur Bali tanggal 4 Oktober 1989, No. 287/1986 dan SK Menkes tanggal 30 April 1987 No. 303/Menkes/SK/1987. Berdasarkan SK Menkes No.476/Menkes/SK/V/1997 ditetapkan sebagai Rumah Sakit Type B non Pendidikan. Tahun 2006 ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum (BLU).

RSUD Kabupaten Buleleng berlokasi di Jalan Ngurah Rai No. 30 dengan batas wilayah sebelah utara Jalan Yudistira, sebelah selatan Rumah Sakit KDH Singaraja, sebelah timur jalan menuju kelurahan Banyuning dan sebelah barat adalah Jalan Ngurah Rai.

RSUD Kabupaten Buleleng memiliki beberapa ruang unit pelayanan kesehatan yang terdiri dari ruang Instalasi Gawat Darurat yang memberikan pelayanan 24 jam yang dilayani oleh tenaga bersertifikat kegawat daruratan dengan respon time rata-rata <5 menit. Ruang Operasi, tindakan operasi yang dilaksanakan seperti: kebidanan dan penyakit kandungan, bedah umum, bedah tulang, bedah tumor, operasi mata, bedah urologi, bedah digestif. Instalasi rawat jalan meliputi 16 poliklinik spesialisasi yaitu: poli Interna, Bedah, Kebidanan dan Kandungan, Anak, Jantung, Saraf, Jiwa, Kulit, Anestesi dan Nyeri, Gigi dan Mulut, Orthopedi, Paru, THT, Mata, VCT, dan Gizi. Instalasi rawat inap meliputi ruang Mahotama, Flamboyan, Anggrek, Kamboja, Mawar (ICU), Jempiring, Cempaka, Melati, Sakura, Kemuning (NICU), Anggrek, Padma, Sandat, Lely 1 dan Lely 2. Jumlah tenaga perawat sebanyak 541 orang dan bidan 188 orang.

2. Karakteristik Subjek Penelitian

Adapun yang menjadi subjek dalam penelitian ini adalah keluarga pasien yang salah satu anggota keluarganya di rawat di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng. Data yang diambil menggunakan teknik sampling *purposive sampling* yang dimana termasuk dalam *nonprobability sampling*. Didapatkan sebanyak 80 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Karakteristik Berdasarkan Umur

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
<50	55	69
>50	25	31
Total	80	100

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dilihat bahwa dari 80 responden sebagian besar responden berumur kurang dari 50 tahun yaitu 55 orang (69%), dan sebagian kecil responden berumur lebih dari 50 tahun yaitu 25 orang (31%).

b. Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	60	75
Perempuan	20	25
Total	80	100

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa dari 80 responden sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 60 orang (75%), dan sebagian kecil responden berjenis kelamin perempuan yaitu 20 orang (25%).

c. Karakteristik Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SD	29	36
SMP	10	13
SMA/SMK	25	31
PT (Perguruan Tinggi)	16	20
Total	80	100

Berdasarkan tabel 4.3 dapat dilihat bahwa dari 80 responden jumlah terbanyak pada responden berpendidikan SD yaitu 29 orang (36%), dan pendidikan terendah berada pada pendidikan SMP, yaitu 10 orang (13%).

3. Analisa Data

a. *Pre Test* (Sebelum diberikan KIE Enam Langkah Cuci Tangan)

Tabel 4.4 Skor Perilaku mencuci tangan keluarga pasien sebelum diberikan KIE cuci tangan di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng

Data	N	Mean	Min	Max	SD	SE	95% CI
Pre KIE	80	61,0425	40,30	100	16,82	1,88	57,30 – 64,78

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat bahwa dari 80 responden sebelum diberikan KIE cuci tangan, didapatkan skor minimal = 40,30, skor maksimal=100 dengan nilai mean=61,0425.

b. *Post Test* (Sesudah diberikan KIE Enam Langkah Cuci Tangan)

Tabel 4.5 Skor Perilaku mencuci tangan keluarga pasien sesudah diberikan KIE cuci tangan di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.

Data	N	Mean	Min	Max	SD	SE	95% CI
POST KIE	80	77,2287	48,60	100,00	15,38	1,72	73,81 – 80,65

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa dari 80 responden sesudah diberikan KIE cuci tangan responden didapatkan skor minimal = 48,60, skor maksimal=100 dengan nilai mean=77, 287.

c. Hubungan Nilai *Pre* dan *Post Test*

Tabel 4.6 Hubungan Skor Perilaku Mencuci Tangan *Pre* dan *Post Test*

No.	Kategori	Frekuensi Prilaku			
		Pre Test		Post Tes	
		N	Persen (%)	N	Persen (%)
1	< 25	0	0	0	0
2	26 – 50	40	50	11	13,8
3	51 - 75	31	38,8	48	60
4	76 - 100	9	11,2	21	26,2
	Jumlah	80	100	80	100

Dari tabel 4.6 didapatkan hasil observasi bahwa frekuensi responden kelompok pre test dengan skor 26 – 50 sebanyak 40 orang (50%), skor 51 - 75 sebanyak 31 orang (38,8%) dan skor 76-100 sebanyak 9 orang (11,2%). Kelompok post test dengan skor 26 – 50 sebanyak 11 orang (13,8%), skor 51 - 75 sebanyak 48 orang (60%) dan skor 76-100 sebanyak 21 orang (26,2%).

d. Analisis Data Nilai *Pre dan Post Test* Penelitian dengan *t-test*

Tabel 4.7 Analisis Pengaruh KIE terhadap Perilaku Mencuci Tangan
(*paired samples Test*)

Data	N	Mean	SD	SE	t	sig	Corr
Paired Test Pre-Post KIE	80	16,19	17,36	1,94	2,915	0,000	0,765

Berdasarkan hasil uji *t- test* (manual) didapatkan bahwa test hasil *t* hitung sebesar 2,915 sedangkan harga kritik dari *t* table uji dua ekor dengan interval kepercayaan sebesar 95 % dan *d.f* (*degrre of freedom*) = 79 adalah 1,980. Nilai Mean=16,19 dengan korelasi 0,765 dan signifikansi <0,05. Dengan demikian, harga *t* hitung lebih besar dari harga *t* tabel ($2,915 > 1,980$) dan signifikansi $0,000 < 0,05$ dengan korelasi yang bermakna 0,765. Artinya, ada pengaruh pemberian KIE terhadap perilaku mencuci tangan yang signifikan dan bermakna

Dari perbandingan hasil *t* hitung dan *t* tabel di atas dapat disimpulkan bahwa pengaruh KIE enam langkah cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kab. Buleleng pada saat sebelum ada KIE tidak ada pengaruh yang bermakna dalam perubahan perilaku enam langkah mencuci tangan. Sedangkan pada saat setelah post test terdapat perbedaan yang bermakna dalam perubahan perilaku enam langkah mencuci tangan. Jadi, ada pengaruh KIE enam langkah cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kab. Buleleng. Dengan tingkat

kepercayaan (95%) hasil tersebut masih signifikan artinya dengan tingkat kesalahan 0,05 %.

B. Pembahasan Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 80 responden sebagian besar responden berumur kurang dari 50 tahun yaitu 55 orang (69%), dan sebagian kecil responden berumur lebih dari 50 tahun yaitu 25 orang (31%).

Pada penelitian ini umur merupakan wujud dari pengalaman yang nantinya akan menambah wawasan pengetahuan menjadi lebih baik. Umur berpengaruh terhadap pola pikir seseorang dan sebaliknya pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Umur seseorang secara garis besar menjadi indikator dalam setiap mengambil keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya, dengan semakin tua umur maka dalam menerima sebuah intruksi dan dalam melaksanakan suatu prosedur akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman (Saragih dan Rumapea, 2010). Dalam hal ini umur merupakan wujud dari pengalaman yang nantinya akan menambah wawasan pengetahuan menjadi lebih baik.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Murdyaningsih (2015) yang berjudul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Cuci Tangan terhadap Kepatuhan Mahasiswa Praktek di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi” dengan usia yang semakin dewasa maka responden dapat menerima informasi

pengetahuan melalui pendidikan kesehatan dan semakin patuh tentang cuci tangan.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 80 responden sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 60 orang (75%), dan sebagian kecil responden berjenis kelamin perempuan yaitu 20 orang (25%).

Pada penelitian ini, penelitian berasumsi bahwa tidak ada pengaruh antara jenis kelamin dengan perilaku. Hal ini, karena tidak ada teori yang mendukung adanya hubungan antara jenis kelamin dan perilaku. Perbedaan jenis kelamin, baik jenis kelamin laki-laki maupun perempuan tidak mempengaruhi tingkat perilaku responden setelah diberikan KIE. Walaupun perbedaan perhatian yang diberikan responden saat penyuluhan berbeda, dimana responden perempuan lebih memberikan perhatian dibandingkan dengan responden laki-laki selama pemberian penyuluhan. Perhatian adalah banyak sedikitnya kesadaran yang menyertai suatu aktivitas yang dilakukan (Suryabrata dalam Wati, 2011).

Pada penelitian ini pendidikan seseorang akan mempengaruhi perbedaan pengetahuan. Hal tersebut dikarenakan pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan responden maka daya tangkap terhadap informasi semakin tinggi, sehingga semakin mudah untuk menerima informasi. Pendidikan berpengaruh terhadap pola pikir individu. Sedangkan pola pikir seseorang yang berpendidikan rendah akan berbeda dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan tinggi (Saragih dan Rumapea, 2010).

Pernyataan tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Imanda Amalia (2009) yang berjudul “Hubungan antara Pendidikan, Pendapatan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Pedagang Hidangan Istimewa Kampung (HIK) di Pasar Kliwon dan Jebres Kota Surakarta” menyatakan bahwa tingkat pendidikan pedagang HIK sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap menuju perilaku hidup bersih dan sehat. Tingkat pendidikan pedagang HIK yang rendah akan mempengaruhi pedagang HIK dalam memperoleh dan mencerna informasi untuk kemudian menentukan pilihan dalam menerapkan hidup sehat. Pendidikan masyarakat yang rendah menjadikan pedagang HIK sulit memahami akan arti pentingnya hygiene perorangan dan sanitasi lingkungan untuk mencegah terjangkitnya penyakit menular.

2. Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien Sebelum Diberikan KIE Enam Langkah Cuci Tangan

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa perilaku cuci tangan keluarga pasien sebelum diberikan KIE tentang cuci yang diukur dengan menggunakan kuesioner. Hasilnya menunjukkan dari 80 responden sebelum diberikan KIE cuci tangan, didapatkan skor minimal = 40,30, skor maksimal=100 dengan nilai mean=61,0425. Data pada tabel 4.6 juga menunjukkan bahwa sebelum diberikan KIE cuci tangan sebagian besar responden mendapatkan skor 26-50 yaitu 40 orang (50%), skor 51-75 sebanyak 31 orang (38,8%) dan skor 76-100 sebanyak 9 orang (11,2%).

Peneliti memandang bahwa sebelum adanya KIE terhadap perilaku mencuci tangan nilai mean=61,0425 berada pada skor interval 51-75. Namun demikian, mayoritas responden ada pada skor 26-50 sebanyak 40 orang (50%). Artinya, secara umum rata-rata perilaku responden dengan memperhatikan nilai mean = 61, 0425 ada perilaku baik.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Andriani *dkk* (2014) dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Audio Visual Terhadap Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun Anak Pra Sekolah”. Sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan audio visual sebagian besar anak prasekolah di PAUD Aisyiah Dalung berada di kategori perilaku cukup baik untuk melakukan cuci tangan pakai sabun, yaitu 30 anak (90,9%), 3 anak (9,1%) di kategori berperilaku kurang baik, dan tidak terdapat anak dengan kategori perilaku baik dalam melakukan cuci tangan pakai sabun.

Perilaku cuci tangan yang tidak baik dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan yang dimiliki khususnya mengenai penggunaan air mengalir, penggunaan sabun, langkah-langkah mencuci tangan yang baik dan benar, ketersediaan fasilitas cuci tangan, serta kapan waktu yang tepat untuk mencuci tangan. Selain itu beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku adalah sikap, emosi, kepercayaan, kebiasaan dan kemauan (Notoatmodjo, 2010).

3. Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien Sesudah Diberikan KIE Enam Langkah Cuci Tangan

Dari hasil pengukuran *post test*, perilaku cuci tangan setelah diberikan KIE tentang cuci tangan. Hasilnya menunjukkan dari 80 responden skor minimal = 48,60, skor maksimal=100 dengan nilai mean=77, 287. Dengan perolehan skor 51-75 sebanyak 48 orang (60%), yang mendapatkan skor 76-100 sebanyak 21 orang (26,2%), dan yang mendapatkan skor 26-50 sebanyak 11 orang (13,8%).

Peneliti melihat terjadi kenaikan mean menjadi 77, 287 dan nilai minimal menjadi 48,30. Artinya, dengan memperhatikan interval skor, maka 77,287 masuk dalam skor interval (76-100%) atau perilaku sangat baik. Namun dari perolehan skor mayoritas pada interval 51-75 sebanyak 48 orang (60%). Dengan demikian, tampak bahwa ada pengaruh yang berarti dari pemberian KIE enam langkah cuci tangan.

Penulis berpendapat bahwa KIE merupakan usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Berarti salah satu tujuan utama diadakan KIE adalah terjadinya perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Selanjutnya perilaku masyarakat yang sehat tersebut akan berpengaruh kepada meningkatnya derajat kesehatan masyarakat.

Pendidikan kesehatan juga penting untuk mencapai perilaku kesehatan (*healthy behavior*). Jadi, kesehatan bukan hanya disadari dan disikapi

melainkan dilaksanakan dalam kehidupan sehari-hari (Triwibowo & Pusphandani, 2013). Perubahan perilaku mencakup tiga ranah perilaku, yaitu: pengetahuan, sikap, dan keterampilan melalui proses pendidikan kesehatan (perilaku sehat). Perilaku sehat dapat berupa emosi yang positif, pengetahuan yang baik, pikiran sehat, keinginan yang realistis, dan sebagainya yang selanjutnya perilaku tersebut diaplikasikan secara nyata oleh tiap-tiap individu dalam lingkungan keluarga, kelompok, dan masyarakat (Mubarak & Chayatin, 2009).

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Andriani *dkk* (2014) dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Audio Visual Terhadap Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun Anak Pra Sekolah”, yang menunjukkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan dengan audio visual tentang cuci tangan pakai sabun selama 15-30 menit sebanyak enam kali pertemuan dalam tiga minggu didapatkan hasil seluruh anak prasekolah di PAUD Aisyiah Dalung (33 anak atau 100%) berada di kategori perilaku baik dalam melakukan cuci tangan pakai sabun.

4. Analisis Pengaruh Pemberian KIE Enam Langkah Cuci Tangan

Berdasarkan hasil uji *t- test* (manual) didapatkan bahwa pada uji *paired samples test* hasil *t* hitung sebesar 2,915 sedangkan harga kritik dari *t* table uji dua ekor dengan interval kepercayaan sebesar 95 % dan *d.f* (*degrre of freedom*) = 79 adalah 1,980. Dengan hasil perhitungan tersebut, maka harga *t* hitung lebih besar dari harga *t* tabel ($2,915 > 1,980$).

Peneliti berpendapat bahwa dari perbandingan hasil t hitung dan t tabel di atas dapat disimpulkan bahwa pengaruh KIE Enam langkah cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kab. Buleleng pada saat sebelum ada KIE tidak ada pengaruh yang bermakna dalam perubahan perilaku enam langkah mencuci tangan. Sedangkan pada saat setelah post test terdapat perbedaan yang bermakna dalam perubahan perilaku enam langkah mencuci tangan. Jadi, ada pengaruh KIE enam langkah cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kab. Buleleng. Dengan tingkat kepercayaan (95%) hasil tersebut masih signifikan artinya dengan tingkat kesalahan 0,05 %.

Dari penelitian ini menunjukkan bahwa, pemberian KIE tentang cuci tangan sangat efektif digunakan untuk merubah perilaku cuci tangan. Dimana sebelum responden diberikan KIE sebagian besar responden masih berperilaku tidak baik dalam mencuci tangan. Setelah diberikan KIE perilaku mencuci tangan responden meningkat menjadi baik, namun beberapa responden masih berperilaku tidak baik. Hal ini, karena responden tersebut kurang kooperatif dalam mengikuti KIE.

KIE merupakan suatu kegiatan mendidik kepada masyarakat, memberi mereka pengetahuan, informasi-informasi, dan kemampuan-kemampuan baru agar mereka dapat membentuk sikap dan berperilaku hidup menurut apa yang seharusnya (Arifin & Heriyani, 2014). Komunikasi kesehatan masyarakat kini sudah menjadi disiplin ilmu baru yang berbasiskan

aplikasi dilapangan dan berupaya untuk menumbuhkan sikap serta mempengaruhi perilaku kesehatan secara sistematis dengan menggunakan metode komunikasi massa (*mass communication*). Tujuan pokok dari program komunikasi kesehatan adalah perubahan perilaku kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

Dengan adanya intervensi komunikasi kesehatan juga diharapkan dapat menumbuhkan permintaan (*demand*) terhadap produk atau pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Upaya menumbuhkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan merupakan efek dari proses komunikasi yang memberikan informasi kepada anggota masyarakat bahwa telah tersedia pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan, mudah didapat dan digunakan. Informasi ini diharapkan dapat mengubah perilaku masyarakat yang mulanya tidak pernah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan karena tidak tahu, kini bahkan menjadi kebutuhan (Notoatmodjo, 2010).

Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya, pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan bilamana sakit dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari kesehatan bilamana sakit dan sebagainya. Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu, kelompok, dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses belajar (Mubarak & Chayatin, 2009).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Estriana (2014) dengan judul “Pengaruh Pemberian KIE Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan di Puskesmas Mergangsan Yogyakarta Tahun 2014”, didapatkan ada peningkatan pengetahuan dilihat dari sebelum dan sesudah diberikan KIE. Hal ini bisa terjadi dikarenakan pada saat pemberian KIE terjadi perpindahan informasi dari pemberi informasi kepada responden melalui penyuluhan.

Demikian juga penelitian Murdyaningsih (2015) yang berjudul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Cuci Tangan terhadap Kepatuhan Mahasiswa Praktek di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi” menyatakan bahwa jenis kelamin tidak berbeda dengan kepatuhan cuci tangan. Sampel baik laki-laki maupun perempuan mengalami peningkatan kepatuhan cuci tangan dengan baik. Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 80 responden sebagian besar responden berpendidikan SD yaitu 29 orang (36%), dan pendidikan sedikit adalah pendidikan SMP, yaitu 10 orang (13%).

Uraian ini juga didukung oleh penelitian Wati (2011) tentang “Pengaruh Pemberian Penyuluhan PHBS tentang Mencuci Tangan terhadap Pengetahuan dan Sikap Mencuci Tangan pada Siswa Kelas V di SDN Bulukantil Surakarta”, yang menunjukan adanya pengaruh pemberian penyuluhan PHBS tentang mencuci tangan terhadap pengetahuan dan sikap mencuci tangan dengan nilai signifikansi $p < \alpha$ ($0.000 < 0.05$).

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Lingkungan yang kurang kondusif mengakibatkan perhatian responden tidak fokus selama mengikuti KIE dan data berpotensi menjadi tidak valid. variabel pengganggu lainnya yang berpeluang merusak data peneliti berharap hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang terkait baik bidan, perawat, tenaga kesehatan lainnya, dan bagi institusi pendidikan serta peneliti selanjutnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari penelitian dan pembahasan, sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Dari 80 responden sebagian besar responden berumur kurang dari 50 tahun yaitu 55 orang (69%), dan sebagian kecil responden berumur lebih dari 50 tahun yaitu 25 orang (31%). Kemudian dari 80 responden sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 60 orang (75%), dan sebagian kecil responden berjenis kelamin perempuan yaitu 20 orang (25%).
2. Perilaku cuci tangan sebelum diberikan KIE tentang cuci tangan, diperoleh nilai mean=61,0425 dengan jumlah skor 26-50 yaitu 40 orang (50%), skor 51-75 sebanyak 31 orang (38,8%) dan skor 76-100 sebanyak 9 orang (11,2%).
3. Perilaku cuci tangan sesudah diberikan KIE tentang cuci tangan, selama 3-5 kali pertemuan. Dari 80 responden sesudah diberikan KIE cuci tangan responden ditemukan mean=77,2287 dengan skor 51-75 sebanyak 48 orang (60%), yang mendapatkan skor 76-100 sebanyak 21 orang (26,2%), dan yang mendapatkan skor 26-50 sebanyak 11 orang (13,8%).
4. Berdasarkan uji analisa data hasil uji *t- test* (manual) didapatkan bahwa pada saat uji *paired samples test* hasil *t* hitung sebesar 2,915 sedangkan harga kritik dari *t* table uji dua ekor dengan interval kepercayaan sebesar

95 % dan *d.f (degre of freedom)* = 79 adalah 1,980, dengan hasil perhitungan tersebut, maka harga *t* hitung lebih besar dari harga *t* tabel ($2,915 > 1,980$). Hal ini berarti bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian disimpulkan bahwa ada pengaruh KIE enam langkah cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien di ruang Anggrek RSUD Kab. Buleleng. Dengan tingkat kepercayaan (95%) hasil tersebut masih signifikan artinya dengan tingkat kesalahan 0,05 %.

B. Saran

1. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi untuk meningkatkan perilaku cuci tangan yang baik dan benar dengan cara memberikan KIE kepada keluarga atau pengunjung pasien.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan keilmuan keperawatan tentang pengaruh KIE terhadap perilaku mencuci tangan. Selanjutnya, hal tersebut dapat menjadi informasi dasar dalam kurikulum pembelajaran yang tepat mengenai masalah PHBS.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan atau gambaran informasi untuk pelaksanaan penelitian lebih lanjut berkaitan dengan pengaruh KIE cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien.

4. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber referensi dan wawasan serta informasi untuk pemberian KIE Enam langkah cuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan keluarga pasien dan masyarakat sekitarnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, I. 2009. Hubungan antara Pendidikan, Pendapatan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Pada Pedagang Hidangan Istimewa Kampung (HIK) di Pasar Kliwon dan Jebres Kota Surakarta. *Skripsi* (tidak diterbitkan). Surakarta : Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Andarmoyo, S. 2012. *Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Jilid Pertama. Edisi Pertama. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Andriani dkk. 2014. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Audio Visual terhadap Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun Anak Pra Sekolah. *Community of Publishing in Nursing, Volume 2 No (3) Edisi Bulan September-Desember 2014*.
- Arifin, H.S & Heriyani, F. 2014. *Kapita Selekta Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jilid Pertama. Edisi Pertama. Banjarmasin : In Media.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Djarkoni dkk. 2014. Hubungan Perilaku Mencuci Tangan Pakai Sabun Dengan Kejadian Diare di SD Advent Sario Kota Manado. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik, Volume 2 No (3) hal: 95-98*.
- Estriana, E.J. 2014. Pengaruh Pemberian KIE Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan di Puskesmas Mergangsari Yogyakarta Tahun 2014. *Skripsi* (tidak diterbitkan). Yogyakarta : Program Studi Bidan Pendidik Jenjang D IV Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Yogyakarta.
- Fajriyah, N.N. 2015. Pengetahuan Mencuci Tangan Penunggu Pasien Menggunakan Lotion Antiseptic. *University Research Coloqium*, hal : 557-562.
- Hidayat, A.A, 2014. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Infodatin. 2014. *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI tentang Perilaku Mencuci Tangan Pakai Sabun di Indonesia*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Jayastri dkk. 2014. Pengaruh Bernyanyi Lagu Cuci Tangan terhadap Pelaksanaan Teknik Cuci Tangan pada Anak Usia Pra Sekolah (5-6 tahun) di PAUD

- Kumara Loka Denpasar. *Skripsi* (tidak diterbitkan). Denpasar : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Jhonson & Leny. 2010. *Keperawatan Keluarga Plus Contoh Askep Keluarga*. Jilid Pertama. Edisi Pertama. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Kholid, A. 2014. *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya untuk Mahasiswa dan Praktisi Kesehatan*. Jilid Pertama. Edisi Kedua. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Lestari, T. 2015. *Kumpulan Teori Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Jilid Pertama. Edisi Pertama. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Mubarak, W.I & Chayatin, N. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Murdyaningsih. 2015. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Cuci Tangan Terhadap Kepatuhan Mahasiswa Praktik di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi. *Skripsi* (tidak diterbitkan). Surakarta : Program Studi S1 Keperawatan STIKES Kusuma Husada.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jilid Pertama. Edisi Pertama. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jilid Pertama. Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2014. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jilid Pertama. Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam, 2014. *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan. Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pranata dkk. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Dalam Bentuk Angka Riskesdas 2013 Provinsi Bali*. Jilid Pertama. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Proverwati, A. & Rahmawati, E. 2012. *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jilid Pertama. Edisi Pertama. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rabani dkk. 2013. Hubungan Pengetahuan Terhadap Perilaku Cuci Tangan Petugas Kesehatan di Bagian Ilmu Kesehatan Anak BLU RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Skripsi* (tidak diterbitkan). Manado : Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado.

- Rikayanti, K.H dan Arta, S.K. 2014. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Mencuci Tangan Petugas Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Badung Tahun 2013. *Community Healt, Volume 2 No (1) hal :21-31*.
- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2013*. Jakarta: Departemen Kesehtana RI.
- Rohani & Setio,H. 2010. *Panduan Praktik Keperawatan Nosokomial*. Jilid Pertama. Edisi Pertama. Yogyakarta : PT Citra Aji Parama.
- Saragih, R & Rumapea, N. 2010. Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan. *Skripsi* (tidak diterbitkan). Medan : Program Studi S1 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Darma Agung Medan.
- Septiari, B.B. 2012. *Infeksi Nosokomial*. Jilid Pertama. Edisi Pertama. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Setiadi. 2013. *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*. Edisi Kedua. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. 2013. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suryani. 2015. *Komunikasi Terapeutik Teori & Praktik*. Jilid Pertama. Edisi Kedua. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Triwibowo, C. & Pusphandani, M.E. 2013. *Kesehatan Lingkungan dan K3*. Jilid Pertama. Edisi Pertama. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Wati, R. 2011. Pengaruh Pemberian Penyuluhan PHBS tentang Mencuci Tangan terhadap Pengetahuan dan Sikap Mencuci Tangan pada Siswa Kelas V di SDN Bulukantil Surakarta. *KTI* (tidak diterbitkan). Surakarta : Program Studi D IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- World Health Organization. 2009. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care : a Summary*. 2016.
- Yusup, P.M. 2014. *Ilmu Informasi, Komunikasi, dan Kepustakaan*. Jilid Pertama. Edisi Ketiga. Jakarta : PT Bumi Aksara.

Lampiran 1 : Jadwal Penelitian

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Bulan/tahun																							
		Juli-Agustus 2017				September 2017				Oktober 2017				November 2017				Desember 2017				Januari 2018			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Identifikasi masalah	√	√	√	√																				
2	Penyusunan Proposal	√	√	√	√	√	√	√	√																
3	Seminar proposal									√	√														
4	Revisi proposal										√	√	√												
5	Pengurusan ijin penelitian										√	√	√												
6	Pengumpulan Data													√	√	√	√	√							
7	Pengolahan Data														√	√	√	√	√	√					
8	Analisis Data															√	√	√	√	√					
9	Penyusunan Laporan															√	√	√	√	√					
10	Seminar Hasil Penelitian																				√	√			
11	Revisi Laporan																				√	√			
12	Penyerahan Laporan																					√	√	√	
13	Publikasi																						√	√	

Bungkulan, Januari 2018
Penulis,

Komang Riris Trisnawati
NIM. 16060145023

Lampiran 2 : Pernyataan Bebas Plagiarisme

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya menyatakan bahwa Proposal saya yang berjudul “***Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng***” ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini saya siap menanggung risiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya.

Singaraja, Januari 2015

Komang Riris Trisnawati

NIM. 16060145023

Lampiran 3 : Surat Pernyataan Kesiadaan Pembimbing



**YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA KESEHATAN (YKWK)
SINGARAJA – BALI**

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG

S-1 Ilmu Keperawatan, D-3 Kebidanan, Program Profesi Ners (TERAKREDITASI B)

Office : Jln. Raya Air Sanih Km. 11 Bungkulan, Singaraja – Bali Telp. (0362)

701130, Fax. (0362) 3435033

Email. stikesbuleleng@gmail.com

web.stikesbuleleng.ac.id

FORMULIR KESEDIAAN SEBAGAI PEMBIMBING SKRIPSI

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES BULELENG

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Pt Indah Sintya Dewi, S.Kep.,MSi.

NIK : 2010 0104 025

Pangkat/Jabatan : Dosen

Dengan ini menyatakan kesediaan sebagai Pembimbing Pendamping Skripsi bagi mahasiswa di bawah ini:

Nama : Komang Riris Trisnawati

NIM : 16060145023

Semester : III (Tiga)

Jurusan : S1 Keperawatan

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Singaraja, November 2017

Pembimbing Skripsi

Ns. Putu Indah Sintya Dewi., S.Kep.,MSi.

NIK. 2010 0104 025



**YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA KESEHATAN (YKWK)
SINGARAJA – BALI**

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG

S-1 Ilmu Keperawatan, D-3 Kebidanan, Program Profesi Ners (TERAKREDITASI B)

Office : Jln. Raya Air Sanih Km. 11 Bungkulan, Singaraja – Bali Telp. (0362)

701130, Fax. (0362) 3435033

Email. stikesbuleleng@gmail.com

web.stikesbuleleng.ac.id

FORMULIR KESEDIAAN SEBAGAI PEMBIMBING SKRIPSI

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES BULELENG

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Ni Made Dwi Yunica Astriani, S.Kep.,M.Kep

NIK : 2010 1108 034

Pangkat/Jabatan : Dosen

Dengan ini menyatakan kesediaan sebagai Pembimbing Utama Skripsi bagi mahasiswa di bawah ini:

Nama : Komang Riris Trisnawati

NIM : 16060145023

Semester : III (Tiga)

Jurusan : S1 Keperawatan

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Singaraja, November 2017

Pembimbing Skripsi

Ns. Ni Made Dwi Yunica A. S.Kep.,M.Kep

NIK. 2010 1108 034

Lampiran 4 : Persetujuan Responden

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya telah mendapatkan penjelasan dengan baik mengenai tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul **“Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng”**.

Saya mengerti bahwa saya akan diminta untuk mengisi instrumen penelitian dan memberikan jawaban yang sesuai dengan yang dirasakan serta mengikuti prosedur intervensi. Apabila ada pernyataan yang menimbulkan respon emosional, maka penelitian akan dihentikan. Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan, dan kerahasiaan ini akan dijamin. Informasi mengenai identitas saya akan ditulis dengan inisial dan akan tersimpan di tempat terkunci.

Saya mengerti bahwa saya berhak menolak untuk berperan serta dalam penelitian ini atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya. Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai penelitian ini atau mengenai peran serta saya dalam penelitian ini dan telah dijawab serta dijelaskan secara memuaskan.

Saya secara sukarela dan sadar bersedia berperan serta dalam penelitian ini dengan menandatangani Surat Persetujuan Menjadi Responden.

Singaraja, November 2017

Peneliti,

Responden,

Komang Riris Trisnawati

.....

Mengetahui

Saksi ke-1,

Saksi ke-2,

.....

.....

Lampiran 5 : Pengantar Kuisioner

PENGANTAR KUISONER

Judul Penelitian : Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng.

Peneliti : Komang Riris Trisnawati

Pembimbing I : Ns. Ni Made Dwi Yunica A., S.Kep.M.Kep,

Pembimbing II : Ns. Putu Indah Sintya Dewi, S.Kep.MSi.

Saudara Yang Terhormat,

Saya adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Majapahit Singaraja. Dalam rangka untuk menyelesaikan Tugas Akhir, saya bermaksud mengadakan Penelitian dengan judul **“Pengaruh KIE Enam Langkah Cuci Tangan Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Keluarga Pasien di Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Buleleng”**. Pengumpulan data melalui pengisian Instrumen penelitian ini, agar tidak terjadi kesalahan saya mohon petunjuk pengisian dibaca secara seksama.

Hasil penelitian ini sangat tergantung pada jawaban yang saudara berikan, oleh karena itu saya mohon diisi sesuai dengan keadaan yang saudara rasakan. Kerahasiaan Identitas saudara akan dijaga dan tidak disebarluaskan. Penulisan Identitas pada lembar Instrumen penelitian cukup dengan inisial saudara, misalnya Made Jeggeg ditulis MJ.

Saya sangat menghargai kesediaan, perhatian serta perkenaan saudara, untuk itu saya sampaikan terima kasih. Semoga partisipasi saudara dapat mendukung dalam perkembangan ilmu keperawatan dan kinerja profesi di masa sekarang.

Singaraja, November 2017

Mengetahui,

Peneliti

Pembimbing Utama,

Ns. Ni Made Dwi Yunica A., S.Kep.M.Kep,

Komang Riris Trisnawati

NIK. 2010 1108 035

Lampiran 6 : Kuisisioner

KUESIONER PERILAKU CUCI TANGAN KELUARGA PASIEN DI RUANG ANGGREK RSUD KABUPATEN BULELENG

Data Responden

- 1) Kode Responden :
- 2) Umur :
- 3) Jenis kelamin :
- 4) Pendidikan terakhir :
- 5) Tanggal pengisian :

Petunjuk : Di bawah ini terdapat beberapa pernyataan yang menggambarkan keadaan diri anda. Berikan tanda (√) pada kotak yang disediakan

SL = Selalu, SR = Sering, KD = Kadang-kadang, TP = Tidak Pernah

No	Daftar Pernyataan	SL	SR	KD	TP
1.	Mencuci tangan dengan handrub antiseptik				
2.	Mencuci tangan dengan handrub antiseptik selama 20-30 detik				
3.	Mencuci tangan jika disuruh oleh perawat atau petugas kesehatan				
4.	Mencuci tangan merupakan kebiasaan sehari-hari				
5.	Mencuci tangan tergantung keadaan				
6.	Mencuci tangan sebelum makan dan minum				
7.	Mencuci tangan setelah keluar dari kamar mandi				

8.	Mencuci tangan setelah memegang sampah				
9.	Mencuci tangan setelah bersentuhan dengan orang sakit				
10.	Mencuci tangan setelah memegang hidung, mata, telinga, luka, <i>dll</i>				
11.	Mencuci tangan sebelum masuk ke ruang perawatan				
12.	Mencuci tangan setelah keluar dari ruang perawatan				
13.	Mencuci tangan dengan menggosok telapak tangan secara memutar				
14.	Mencuci tangan dengan menggosok punggung dan sela-sela jari tangan				
15.	Mencuci tangan dengan menggosok kedua telapak dan sela-sela jari				
16.	Mencuci tangan dengan jari-jari sisi dalam saling menggosok dan tangan saling mengunci				
17.	Mencuci tangan dengan menggosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya				
18.	Mencuci tangan dengan menggosok secara memutar ujung jari-jari ditelapak tangan kiri dan sebaliknya				

Skor Total Responden : Skor Akhir : %

$$\text{Skor Akhir} = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan :

Sp = Skor total responden

Sm = Skor maksimal

KISI-KISI KUESIONER PERILAKU MENCUCI TANGAN

No	Perilaku Mencuci Tangan	Sifat Pernyataan	No Butir	Jumlah Butir	Skor			
					Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1.	Pengetahuan tentang cuci tangan	Pernyataan positif	1,2	2	4	3	2	1
2.	Sikap	Pernyataan positif	3, 4,5	3	4	3	2	1
3.	Waktu yang tepat untuk cuci tangan	Pernyataan positif	6,7,8,9,10,11,12	7	4	3	2	1
4.	Enam langkah cuci tangan	Pernyataan positif	13,14,15,16, 17 dan 18	6	4	3	2	1
Jumlah Soal				18				

Lampiran 7 : Master Tabel

No	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan
1	24	Laki-laki	PT
2	35	Laki-laki	SMA
3	42	Laki-laki	SD
4	28	Laki-laki	SMA
5	23	Laki-laki	SMP
6	25	Perempuan	PT
7	30	Laki-laki	SMA
8	32	Perempuan	PT
9	34	Perempuan	PT
10	52	Laki-laki	SD
11	38	Laki-laki	SMP
12	53	Laki-laki	SD
13	55	Perempuan	SD
14	57	Laki-laki	PT
15	24	Laki-laki	SMA
16	56	Laki-laki	SD
17	49	Laki-laki	SMA
18	56	Perempuan	SD
19	26	Perempuan	SMA
20	44	Laki-laki	PT
21	28	Perempuan	SMA
22	40	Laki-laki	SD
23	58	Laki-laki	SD
24	49	Laki-laki	SMP
25	24	Laki-laki	SMA
26	35	Perempuan	SMA
27	56	Laki-laki	SD
28	27	Perempuan	PT
29	52	Laki-laki	SD
30	28	Laki-laki	SMP
31	39	Laki-laki	SMA
32	56	Laki-laki	SD
33	38	Laki-laki	SMA

Usia			
No	Usia	JML	%
1	<50	55	69
2	>=50	25	31
Total		80	100

Jenis Kelamin			
No	Jenis kelamin	JML	%
1	Laki-Laki	60	75
2	Perempuan	20	25
Total		80	100

Tingkat Pendidikan			
No	TP	JML	%
1	SD	29	36
2	SMP	10	13
3	SMA	25	31
4	PT	16	20
Total		80	100

34	32	Laki-laki	SMP
35	35	Laki-laki	SMA
36	48	Laki-laki	SD
37	58	Laki-laki	SD
38	59	Perempuan	SD
39	55	Laki-laki	SD
40	28	Laki-laki	PT

41	26	Laki-laki	PT
42	33	Laki-laki	SMA
43	51	Laki-laki	SD
44	55	Perempuan	SD
45	24	Laki-laki	PT
46	35	Laki-laki	SMA
47	42	Laki-laki	SD
48	28	Laki-laki	SMA
49	23	Laki-laki	SMP
50	25	Perempuan	PT
51	30	Laki-laki	SMA
52	32	Perempuan	PT
53	34	Perempuan	PT
54	52	Laki-laki	SD
55	38	Laki-laki	SMP
56	53	Laki-laki	SD
57	55	Perempuan	SD
58	57	Laki-laki	PT
59	24	Laki-laki	SMA
60	56	Laki-laki	SD
61	49	Laki-laki	SMA
62	56	Perempuan	SD
63	26	Perempuan	SMA
64	44	Laki-laki	PT
65	28	Perempuan	SMA
66	40	Laki-laki	SD
67	58	Laki-laki	SD
68	49	Laki-laki	SMP
69	24	Laki-laki	SMA

70	35	Perempuan	SMA
71	56	Laki-laki	SD
72	27	Perempuan	PT
73	52	Laki-laki	SD
74	28	Laki-laki	SMP
75	39	Laki-laki	SMA
76	56	Laki-laki	SD
77	38	Laki-laki	SMA
78	32	Laki-laki	SMP
79	35	Laki-laki	SMA
80	48	Laki-laki	SD

Lampiran 9 : Data Post tes

No	Pernyataan																		Total	Persen	Kategori	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	53	73,6	51-75	3
3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	54	75,0	51-75	3
4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
5	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	54	75,0	51-75	3
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
9	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	54	75,0	51-75	3
10	3	2	2	3	3	4	3	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	35	48,6	26-50	2
3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
12	4	2	2	2	3	3	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1	1	35	48,6	26-50	2
13	3	2	2	1	2	3	3	3	2	1	2	2	1	3	3	1	1	1	36	50,0	26-50	2
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
17	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	54	75,0	51-75	3
18	3	1	1	2	2	3	3	2	3	3	2	1	2	3	2	1	1	1	36	50,0	26-50	2
19	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
20	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4

21	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	53	73,6	51-75	3
22	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	53	73,6	51-75	3
23	3	1	2	2	3	3	2	3	2	2	1	2	1	3	3	1	1	1	36	50,0	26-50	2
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
26	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	54	75,0	51-75	3
27	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	53	73,6	51-75	3
28	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	51	70,8	51-75	3
29	4	4	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	53	73,6	51-75	3
30	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	51	70,8	51-75	3
31	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	50	69,4	51-75	3
32	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	53	73,6	51-75	3
33	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	53	73,6	51-75	3
34	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	54	75,0	51-75	3
35	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	69	95,8	76-100	4
36	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
37	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	53	73,6	51-75	3
38	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
39	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	53	73,6	51-75	3
40	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	71	98,6	76-100	4
41	3	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	52	72,2	51-75	3
42	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
43	3	2	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2	3	2	2	1	1	1	36	50,0	26-50	2
44	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3

45	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	70	97,2	76-100	4
46	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	4	2	2	2	53	73,6	51-75	3
47	4	2	4	2	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	50	69,4	51-75	3
48	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	53	73,6	51-75	3
49	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	52	72,2	51-75	3
50	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	70	97,2	76-100	4
51	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	71	98,6	76-100	4
52	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	69	95,8	76-100	4
53	4	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	54	75,0	51-75	3
54	3	2	2	3	3	4	3	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	35	48,6	26-50	2
55	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	54	75,0	51-75	3
56	4	2	2	2	3	3	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1	1	35	48,6	26-50	2
57	3	2	2	1	2	3	3	3	2	1	2	2	1	3	3	1	1	1	36	50,0	26-50	2
58	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	70	97,2	76-100	4
59	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	69	95,8	76-100	4
60	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	69	95,8	76-100	4
61	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	3	52	72,2	51-75	3
62	3	1	1	2	2	3	3	2	3	3	2	1	2	3	2	1	1	1	36	50,0	26-50	2
63	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
64	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	70	97,2	76-100	4
65	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
66	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
67	3	1	2	2	3	3	2	3	2	2	1	2	1	3	3	1	1	1	36	50,0	26-50	2
68	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3

69	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	70	97,2	76-100	4
70	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	50	69,4	51-75	3
71	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	50	69,4	51-75	3
72	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	51	70,8	51-75	3
73	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	51	70,8	51-75	3
74	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	52	72,2	51-75	3
75	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
76	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
77	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
78	4	4	4	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	55	76,4	51-75	3
79	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	68	94,4	76-100	4
80	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	51	70,8	51-75	3

No	Interval	JML	%
1	76-100	21	26
2	51-75	48	60
3	26-50	11	14
Total		80	100

Lampiran 8 : Data Pree Tes

No	Pernyataan																		Total	Persen	Kategori	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36	50,0	26-50	2
3	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
4	2	1	2	1	1	4	2	3	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	31	43,1	26-50	2
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
7	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
10	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
11	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
12	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
13	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
14	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	1	4	4	4	3	1	2	1	46	63,9	51-75	3
15	2	1	2	2	4	4	3	4	2	4	1	1	3	3	3	2	2	2	45	62,5	51-75	3
16	2	2	3	2	3	4	3	4	4	3	1	2	4	3	4	2	2	1	49	68,1	51-75	3
17	3	1	2	3	4	4	3	4	3	4	2	3	1	4	3	1	1	1	47	65,3	51-75	3
18	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
19	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
20	3	3	3	3	2	3	2	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	3	56	77,8	76-100	4

21	3	3	4	2	3	4	4	4	2	3	3	2	3	3	2	4	4	2	55	76,4	51-75	3
22	3	3	1	2	4	3	4	4	3	3	4	3	2	4	2	4	2	1	52	72,2	51-75	3
23	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
24	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
26	3	1	2	3	4	4	3	4	3	4	2	3	1	4	3	1	1	1	47	65,3	51-75	3
27	3	2	1	1	2	2	3	3	2	1	1	1	3	3	3	1	1	1	34	47,2	26-50	2
28	2	2	3	4	3	3	4	4	1	3	2	1	4	4	3	3	4	2	52	72,2	51-75	3
29	2	2	1	1	1	4	3	3	2	1	1	2	4	2	1	1	1	1	33	45,8	26-50	2
30	3	1	2	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	2	2	2	3	55	76,4	51-75	3
31	4	2	2	4	1	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	1	1	1	50	69,4	51-75	3
32	2	1	2	1	1	3	3	3	2	1	2	1	4	1	2	1	1	1	32	44,4	26-50	2
33	3	1	1	1	1	4	3	3	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	29	40,3	26-50	2
34	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
35	3	1	3	2	3	3	4	4	2	1	4	4	4	4	1	1	1	1	46	63,9	51-75	3
36	3	1	1	1	1	4	2	3	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	30	41,7	26-50	2
37	4	2	1	1	1	2	3	4	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	32	44,4	26-50	2
38	3	1	2	1	1	4	2	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	33	45,8	26-50	2
39	2	1	1	1	1	3	4	4	2	1	1	2	4	2	2	1	1	1	34	47,2	26-50	2
40	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
41	4	2	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	1	3	1	3	1	55	76,4	51-75	3
42	3	1	1	1	1	4	3	3	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	31	43,1	26-50	2
43	3	2	2	1	1	2	2	4	2	2	1	2	3	3	2	1	1	1	35	48,6	26-50	2
44	2	1	1	1	2	4	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	30	41,7	26-50	2

45	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
46	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36	50,0	26-50	2
47	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
48	2	1	2	1	1	4	2	3	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	31	43,1	26-50	2
49	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
51	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
52	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
53	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54	75,0	51-75	3
54	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
55	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
56	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
57	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	2	1	2	1	1	38	52,8	51-75	2
58	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	1	4	4	4	3	1	2	1	1	46	63,9	51-75	3
59	2	1	2	2	4	4	3	4	2	4	1	1	3	3	3	2	2	2	2	45	62,5	51-75	3
60	2	2	3	2	3	4	3	4	4	3	1	2	4	3	4	2	2	1	1	49	68,1	51-75	3
61	3	1	2	3	4	4	3	4	3	4	2	3	1	4	3	1	1	1	1	47	65,3	51-75	3
62	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
63	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
64	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	4	2	4	3	4	2	4	3	3	53	73,6	76-100	4
65	3	3	4	2	3	4	4	4	2	3	3	2	3	3	2	4	4	2	2	55	76,4	51-75	3
66	3	3	1	2	4	3	4	4	3	3	4	3	2	4	2	4	2	1	1	52	72,2	51-75	3
67	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2
68	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	36	50,0	26-50	2

69	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
70	3	1	2	3	4	4	3	4	3	4	2	3	1	4	3	1	1	1	47	65,3	51-75	3
71	3	2	1	1	2	2	3	3	2	1	1	1	3	3	3	1	1	1	34	47,2	26-50	2
72	2	2	3	4	3	3	4	4	1	3	2	1	4	4	3	3	4	2	52	72,2	51-75	3
73	2	2	1	1	1	4	3	3	2	1	1	2	4	2	1	1	1	1	33	45,8	26-50	2
74	3	1	2	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	2	2	2	3	55	76,4	51-75	3
75	4	2	2	4	1	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	1	1	1	50	69,4	51-75	3
76	2	1	2	1	1	3	3	3	2	1	2	1	4	1	2	1	1	1	32	44,4	26-50	2
77	3	1	1	1	1	4	3	3	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	29	40,3	26-50	2
78	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	100,0	76-100	4
79	3	1	3	2	3	3	4	4	2	1	4	4	4	4	1	1	1	1	46	63,9	51-75	3
80	3	1	1	1	1	4	2	3	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	30	41,7	26-50	2

No	Interval	JML	%
1	76-100	9	11
2	51-75	31	39
3	26-50	40	50
Total		80	100

Lampiran 10 : *Uji Statistik (Paired Samples test)*

Statistics

	VAR00001	VAR00002
N Valid	80	80
N Missing	0	0
Mean	61,0425	77,2287
Median	50,0000	75,0000
Std. Deviation	16,81659	15,37644
Variance	282,798	236,435
Minimum	40,30	48,60
Maximum	100,00	100,00
Sum	4883,40	6178,30

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Pre	61,0425	80	16,81659	1,88015
Post	77,2287	80	15,37644	1,71914

Paired Samples Correlations

Data	N	Correlation	Sig.
Pair 1 PrepPost	80	,765	,000

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
VAR00002	2,915	79	,000	77,22875	73,8069	80,6506

Pre

Data	N	Mean	Min	Max	SD	SE	95% CI	t	sig
Pre KIE	80	61,0425	40,30	100,00	16,82	1,88	57,30 – 64,78	32,246	0,000

Post

Data	N	Mean	Min	Max	SD	SE	95% CI	t	sig
Post KIE	80	77,2287	48,60	100,00	15,38	1,72	73,81 – 80,65	44,923	0,000

Paired test

Data	N	Mean	SD	SE	95% CI	t	sig
Pair Test	80	16,19	17,36	1,94	-20,05	-8,34	0,000

Lampiran 11: RAB Penelitian

REALISASI ANGGARAN BIAYA SKRIPSI

No	Kegiatan	Anggaran
1	Identifikasi masalah	Rp. 100.000
2	Penyusunan Proposal	Rp. 250.000
3	Seminar proposal	Rp. 250.000
4	Revisi proposal	Rp. 150.000
5	Pengurusan ijin penelitian	Rp. 100.000
6	Pengumpulan Data	Rp. 250.000
7	Pengolahan Data	Rp. 100.000
8	Analisis Data	Rp. 200.000
9	Penyusunan Laporan	Rp. 250.000
10	Seminar Hasil Penelitian	Rp. 200.000
11	Revisi Laporan	Rp. 200.000
12	Penyerahan Laporan	Rp. 100.000
13	Publikasi	Rp. 250.000
JUMLAH		Rp. 2.400.000

Singaraja, Januari 2018

Penulis,

Komang Riris Trisnawati

NIM. 16060145023