



## Artikel Penelitian

# Peran SNARS dalam Perubahan Perilaku Kebersihan Tangan pada Profesional Kesehatan

ANDARU DAHESIH DEWI<sup>1</sup>, IWAN DWIPRAHASTO<sup>1,2</sup>, SUPRA WIMBARTI<sup>1,3</sup>, BUDI MULYONO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> RSUP Dr. Sardjito, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup> Departemen Farmakologi dan Terapi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>3</sup> Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada

Email korespondensi: andesihdewi@yahoo.com

Dikirimkan 8 Desember 2018, Diterima 25 Januari 2019

### Abstrak

**Latar Belakang:** Kebersihan tangan adalah kunci keselamatan pasien, menjadi standar akreditasi RS sejak tahun 2012, namun implementasinya masih fluktuatif. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi faktor dan peran Standar Nasional Akreditasi RS (SNARS) dalam perubahan perilaku kebersihan tangan.

**Tujuan:** (1) Mengeksplorasi komponen perubahan perilaku yang mempengaruhi kepatuhan petugas dalam praktik kebersihan tangan; (2) Menyempurnakan metode edukasi, mentoring dan dukungan teknis lingkungan sesuai hasil eksplorasi; dan (3) Mengukur perubahan ketepatan praktik kebersihan tangan setelah intervensi.

**Metode:** Penelitian dilakukan di RSUP Dr Sardjito Yogyakarta Juni 2014–April 2016. Dilakukan 22 wawancara mendalam dan 9 diskusi kelompok terfokus dilakukan terhadap staf, dipilih *judgemental* sampai mencapai saturasi data. Kuesioner yang mengeksplorasi tingkat pengetahuan dan persepsi praktik kebersihan tangan diisi seluruh petugas di ruang rawat intensif dan bedah (n 186), dianalisis dengan chi-square. Hasil digunakan untuk menyesuaikan metode reedukasi. Ketepatan-konsistensi praktik sesuai kategori petugas di ruang observasi diukur dan dianalisis *time series*.

**Hasil:** Persepsi positif praktik tidak dipengaruhi karakteristik demografik. Manajemen perubahan perilaku selanjutnya disesuaikan konsep *mindfulness* mengikuti 'Pendekatan Lewin, *unfreeze–change–refreeze*'. Kampanye kreatif dan partisipasi aktif ditujukan mencairkan cara pikir lama. Reedukasi ditujukan membangun kesadaran dan motivasi bertindak individual/kelompok, melibatkan pimpinan sebagai *role model*. Perubahan dipertahankan dengan sistem audit yang ditautkan ke sistem pembinaan SDM dan evaluasi SNARS diposisikan sebagai tantangan eksternal untuk *refreeze* perubahan menjadi budaya. Analisis *time series* ketepatan dan konsistensi praktik menunjukkan *trend* sistematis meningkat (dari 60-70% menjadi 85-90%) dengan indikasi adanya periode *post-event exhausted*. Intensitas, lama paparan edukasi, mentoring, kreativitas promotif, kekerapan *booster* disesuaikan dengan pola setempat, mengedepankan bukti lokal.

**Kesimpulan:** Pendekatan *mindfulness* berbasis data lokal bermanfaat membangun budaya kebersihan tangan. Instrumen SNARS berperan dalam *refreeze* proses perubahan perilaku profesional petugas. Indikator luaran yang peka mengidentifikasi ketidakpatuhan perlu dieksplorasi lebih lanjut.

Kata kunci: cuci tangan, SNARS, manajemen perubahan perilaku profesional, *re-freeze*

### Latar Belakang

Pencegahan dan pengendalian infeksi di RS merupakan keharusan dalam upaya menuju keselamatan pelayanan untuk pasien, petugas dan lingkungan RS, menjadi bagian tak terpisahkan dari program mutu RS berfokus pada keselamatan. Sasaran mutu pelayanan dengan tujuan fokus

untuk keselamatan pasien perlu didukung sistem dan regulasi RS yang *mapan*, keselamatan fasilitas serta petugas, melibatkan seluruh masyarakat RS sesuai area tugas dan tanggung jawab masing-masing (Ducel dkk., 2007). Kebersihan tangan merupakan aktivitas kunci pencegahan pengendalian infeksi, merupakan cara yang mudah namun efektif untuk mencegah *hospital acquired infection* (HAIs) dan

menjadi indikator perilaku profesional petugas kesehatan dalam melaksanakan pelayanan berkualitas, khususnya pelayanan yang bersih (*clean care*). Berbagai intervensi telah dilakukan untuk mencapai tingkat ketepatan praktik yang diharapkan. Diperlukan studi pada *setting* lokal secara spesifik untuk memaksimalkan efek program mencapai target tingkat kepatuhan dan konsistensi praktik kebersihan tangan yang menginternalisasi dalam keseharian pelayanan sebagai bagian budaya mutu (WHO, 2009). Dalam keterbatasan sumber daya institusi, perlu dilakukan intervensi yang lebih efektif melibatkan pemahaman, kesadaran, komitmen dan peran seluruh sivitas RS akan pentingnya perubahan perilaku konsisten yang memberikan dampak signifikan bagi keselamatan pasien maupun bagi kesejahteraan dirinya secara individual, kelompok, dan institusional. Perilaku profesional seharusnya mampu memicu kreativitas seluruh petugas untuk mengedepankan mutu tanpa terbelenggu oleh keterbatasan fasilitas dan sumber daya finansial. 'Pendekatan *mindfulness*' dikembangkan untuk melengkapi dan mempertajam strategi multi modal WHO berdasarkan hasil eksplorasi faktor-faktor yang berpengaruh pada praktik kebersihan tangan petugas, berdasarkan studi kualitatif. Komponen perubahan perilaku dilengkapi intervensi aspek manajerial dan teknis lingkungan diterapkan untuk mempengaruhi perilaku praktik kebersihan tangan petugas di ruang intensif RSUP Dr Sardjito Yogyakarta. Dilakukan evaluasi terhadap posisi Standar Nasional Akreditasi RS (SNARS) dalam manajemen perubahan perilaku profesional kesehatan.

Tujuan penelitian ini adalah: (1) Mengeksplorasi komponen perubahan perilaku yang mempengaruhi kepatuhan petugas dalam praktik kebersihan tangan (pengetahuan, persepsi, efektivitas diri, teknis dan lingkungan); (2) Menyempurnakan metode edukasi, mentoring dan dukungan teknis lingkungan sesuai hasil

eksplorasi; (3) Mengukur perubahan ketepatan praktik kebersihan tangan setelah intervensi (sesuai tujuan nomor 2).

## Metode

Desain penelitian adalah studi kualitatif untuk eksplorasi perilaku dan *interrupted time series* (ITS) untuk mengevaluasi kecenderungan ketepatan praktik kebersihan tangan dan sustainabilitasnya (indikator proses) dari waktu ke waktu secara kontinum. Untuk menggali determinan perubahan perilaku praktik kebersihan tangan, dieksplorasi dan diinvestigasi domain teoritis perubahan perilaku dominan petugas, selanjutnya dijadikan dasar pengembangan intervensi. Domain teoritis psikologi perubahan perilaku diukur secara kuantitatif menggunakan skor penilaian hasil pengisian kuesioner, diikuti metode kualitatif wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus. Pertanyaan dalam kuesioner, panduan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus dikembangkan berdasarkan implementasi *Theoretical Domain Framework* (TDF) yang telah dikelompokkan sesuai tema *hand hygiene* dan divalidasi (Michie dkk., 2005).

Penelitian berjalan selama 23 bulan (Juni 2014-April 2016) terbagi dalam 5 fase, terdiri atas *pre*-intervensi (7 bulan), fase pengembangan desain intervensi (paralel di 4 bulan terakhir fase *pre*-intervensi, paralel dengan proses studi kualitatif), fase implementasi intensif 'Pendekatan *Mindfulness*' (5 bulan), fase evaluasi pasca intervensi awal (7 bulan) dan fase evaluasi akhir (4 bulan). Keseluruhan penelitian berjalan secara kontinum, dievaluasi bulanan. Data pengetahuan dan psikologi perilaku kebersihan tangan subjek petugas diukur dengan kuesioner dua kali pada awal penelitian dan pada evaluasi pasca intervensi awal.

Tabel 1. Komponen 'Pendekatan Mindfulness' Perubahan Perilaku Praktik HH

Komponen intervensi	Modul	Keterangan
Manajerial	Program Personil Penanggung Jawab Komitmen pemangku kepentingan Sistem pembinaan SDM Audit HH & <i>feedback</i> tersistem tepat waktu	Target RS : 90% IPCN :5 Direksi dan jajarannya sebagai <i>role model</i> <i>Reward &amp; disreward</i> (indikator kinerja, peran <i>peer group</i> , lomba-2), mentoring Sistem informasi RS
Teknis/lingkungan	Ketersediaan <i>handrub</i> Sabun cair & <i>towel tissue</i> di wastafel Cara perhitungan fasilitas penunjang	Produksi RS Pilihan bahan di RS
Perilaku	Edukasi interaktif/partisipatif praktik HH Bukti praktik HH-HAIs lokal RS Peraga & <i>reminder at place</i> partisipatif <i>Attractive partisipatif event</i> : HUT RS, <i>World HH day</i> , PERSI, HCTPS, pemilihan <i>champion</i> Edukasi yang melibatkan peran pasien	Fasilitator terlatih ' <i>mindfulness training</i> ' Pengembangan video edukasi lokal RS Lomba desain <i>reminder</i> 'saat-1' HW, lokal  Pelaksanaan menyeluruh tingkat RS dan Propinsi D.I Yogyakarta, penetapan 'Duta HH'

Subjek penelitian terdiri atas petugas anggota tetap/penuh waktu di ruang target, terdiri atas dokter dan perawat, peserta didik dan petugas lain yang kontak *intens* dengan pasien. Besar sampel minimal kesempatan praktik kebersihan tangan yang diobservasi setiap bulan menggunakan rumus besar sampel pada penelitian analitis kategorikal berpasangan, sejumlah 204 kesempatan (dengan  $P_1=80\%$  dan  $P_2=90\%$ ) (Dahlan, 2013). Dokter dan perawat yang rutin kontak *intens* dengan pasien

(seminggu  $>3x$ ) dan bersedia berpartisipasi dimasukkan sebagai subjek target observasi konsistensi praktik.

Sikap terhadap praktik kebersihan tangan diukur dengan kuesioner yang berisi pernyataan tentang persepsi, penerimaan perilaku, penilaian terhadap kesiapan lingkungan yang mendukung praktik kebersihan tangan, termasuk efikasi diri, interaksi *peer group*, dan ekspektasi luaran. Pengukuran

menggunakan skala Likert (1-5) dan dikategorikan ‘Sikap Positif’ bila rerata skor  $\geq 3,5$  atau skor total  $\geq 175$ . Responden studi kualitatif dipilih secara *judgemental* dari petugas dan para pemangku kepentingan yang bergiat di pelayanan dan memiliki perhatian tentang PPI. Jumlah responden sesuai prinsip saturasi data.

Ketepatan praktik kebersihan tangan (%) adalah proporsi jumlah praktik kebersihan tangan benar (tepat indikasi, tepat langkah prosedur) di antara jumlah kesempatan yang diobservasi dalam 1 periode waktu pengamatan yang telah ditetapkan di suatu ruang target. Ketepatan mencapai target bila tingkat ketepatan 90% sesuai sasaran Program Kebersihan Tangan PPI RS.

Konsistensi praktik adalah proporsi jumlah praktik kebersihan tangan benar pada seorang individu (dokter atau perawat) dalam 30 kesempatan yang dimilikinya dalam satu periode observasi tertentu. Sesi pengamatan ditetapkan pada aktivitas pelayanan tinggi di pagi hari kerja dalam durasi waktu 30 menit. Konsistensi mencapai target bila tingkat pelaksanaan tepat oleh seorang dokter atau perawat 90% dari minimal 30 kesempatan yang diamati.

Validitas dan reliabilitas kuesioner dipastikan sebelum pengambilan data, diuji dengan korelasi *Pearson Product Moment* dan statistik *alpha Cronbach’s*. Validitas studi kualitatif dilakukan dengan triangulasi data dan metode. Validitas dan reliabilitas observasi kebersihan tangan dipastikan dengan pelatihan observer yang kompeten dan

menjalani uji validitas di kelas simulasi dan uji reliabilitas di *setting* pelayanan.

Intervensi dirancang berbasis pendekatan manajerial, teknis dan *need assessment* spesifik (pengaruh lingkungan kerja, lingkungan pendidikan, lingkungan sosial umum, *self-efficacy*, *cross-efficacy*, ekspektasi *outcome*, niat personal, dll) (Michie dkk., 2005). Intervensi disusun dalam suatu Modul yang berisi pokok-pokok elemen kegiatan dengan *keluwesan (fleksibilitas)* penyesuaian penerapannya di lapangan berdasarkan variasi sumber daya (Tabel 1), berdasarkan *Template for Intervention Description and Replication- TIDieR* (Hoffman dkk., 2014). Sedangkan *Ethical Clearance* penelitian ini diterbitkan oleh Komite Etik RS FKKMK UGM dengan nomor KE/FK/343/EC pada 15 April 2014.

## Hasil

Hasil pengukuran pengetahuan dan psikologi perilaku pasca intervensi menunjukkan peningkatan pengetahuan dan persepsi positif pada petugas. Analisis multivariat menampilkan hasil analisis regresi logistik pada variabel prediktor adanya intervensi, usia dan profesi subjek, latar belakang pendidikan dan pelatihan yang pernah dijalani subjek. Faktor independen yang mempengaruhi pencapaian target tingkat pengetahuan maupun persepsi positif perilaku kebersihan tangan di RS ditunjukkan dengan hasil OR yang signifikan (Tabel 2).

Tabel 2. Faktor Prediktor Pencapaian Target Tingkat Pengetahuan dan Persepsi Positif Kebersihan Tangan di RS

Faktor Prediktor	Tingkat pengetahuan baik		
	OR	95% CI	p
Intervensi (+)	2,27	1,31-16,32	0,042*
Pendidikan $\geq$ Diploma	4,73	1,58-10,49	0,004*
Pelatihan PPI/HH (+)	1,87	0,87-3,99	0,108
Persepsi positif kebersihan tangan			
	OR	95% CI	p
Intervensi (+)	2,12	0,34-13,16	0,422
Pendidikan $\geq$ Diploma	1,15	0,91-3,47	0,719
Umur >35 tahun	1,34	0,31-5,71	0,695
Profesi Dokter	1,54	0,55-4,11	0,117

Studi kualitatif mengeksplorasi temuan studi kuantitatif melalui wawancara mendalam (22 responden) dan diskusi kelompok terfokus (9 responden). Analisis koding tematik menghasilkan 9 kategori yang memperkuat identifikasi masalah-masalah:

1. Kurangnya kesadaran atas kejadian HAIs yang faktual ada di sekitar area tugas masing-masing dan mengandung potensi risiko berdampak pada individu atau keluarga petugas
2. Kurangnya empati petugas pada kejadian HAIs yang dianggap sedikit dengan mengabaikan filosofi

keselamatan pasien ‘Bila Pasien Itu Saya’, sekecil apa pun perlu upaya pencegahan maksimal

3. Kurangnya empati petugas pada kejadian HAIs karena dalam kesadarannya tidak terkait dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing
4. Petugas lebih mementingkan standar yang dianggap sulit dan kompleks; terdapat persepsi bahwa tindakan yang sederhana, mudah atau praktis itu tidak penting sehingga cenderung diremehkan (disepelekan)
5. Belum disadarinya bahwa perubahan besar yang melibatkan seluruh masyarakat di RS seharusnya diawali oleh setiap individu yang berperan maksimal, tidak

menunggu pihak lain bertindak. Setiap pribadi profesional kesehatan sesungguhnya perlu menjadi pemimpin bagi dirinya sendiri dan kelompoknya untuk suatu perubahan, betapa pun kecil, menuju kebaikan

6. Peran edukasi yang dirasakan masih bersifat normatif teoritis dan selalu merujuk pada bukti-bukti ilmiah ataupun panduan Internasional yang tidak nyata dapat diterapkan pada *setting* lokal
7. Peran media pengingat yang belum efektif mengingatkan
8. Peran pengawasan yang terlepas dari sistem pembinaan kinerja petugas yang berkelanjutan
9. Masih diperlukan kegiatan yang menyenangkan/menggembirakan, mengundang partisipasi dan kreativitas banyak pihak untuk menarik perhatian semua yang terlibat (atraktif) dan konsistensi berbagi apresiasi secara proporsional.

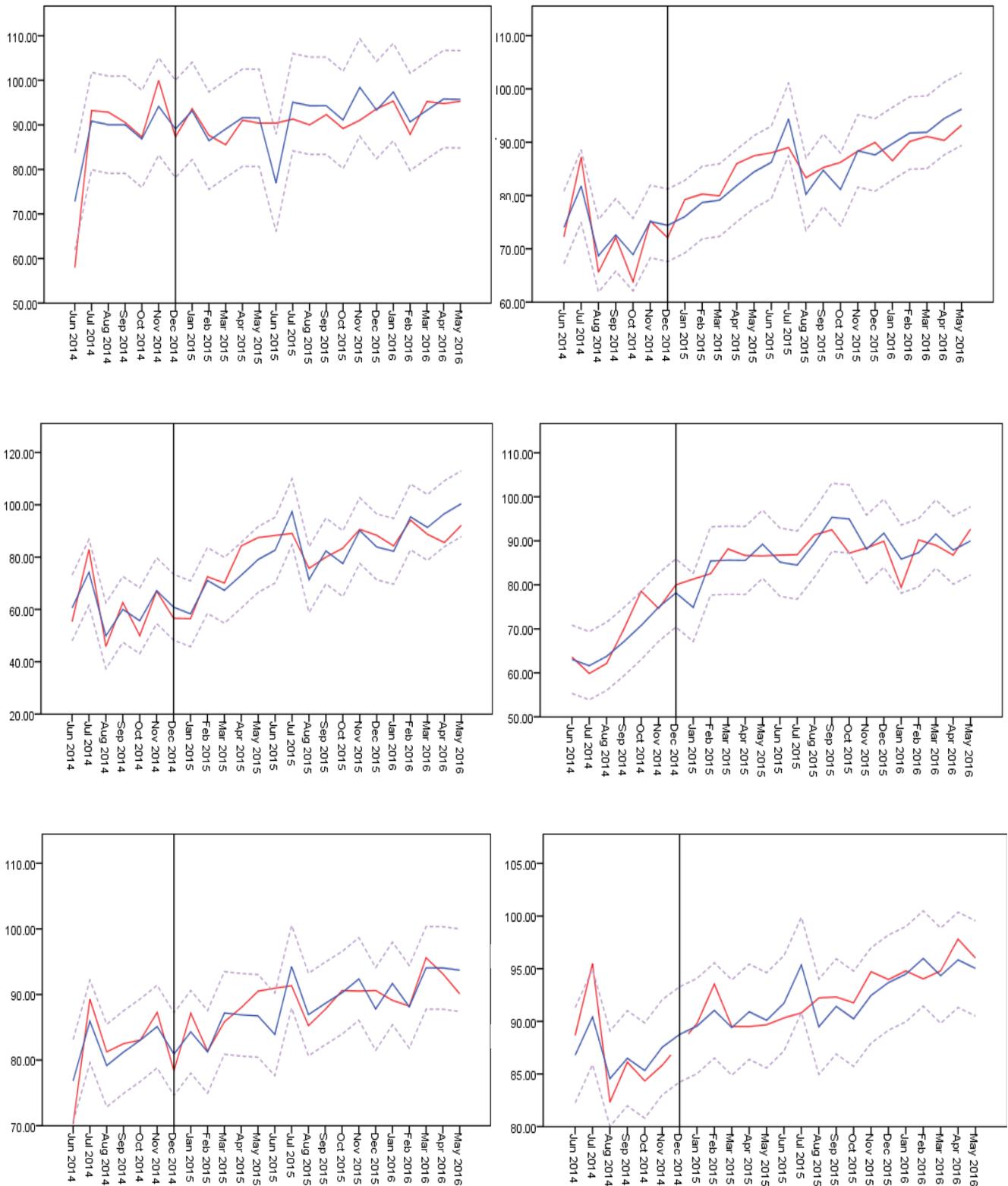
Sedangkan kekuatan yang dapat dimanfaatkan untuk peningkatan praktik profesional menuju budaya keselamatan pasien adalah: (1) Petugas memiliki latar belakang religiusitas yang tinggi; (2) Kemampuan, ketrampilan, keyakinan efektivitas diri sangat baik; (3) Sistem manajemen mutu telah dijalankan sesuai regulasi standar KARS.

Masyarakat RS setuju membudayakan iklim kerja mendukung keselamatan pasien, khususnya melalui ketepatan praktik kebersihan tangan sebagai inti *clean care*.

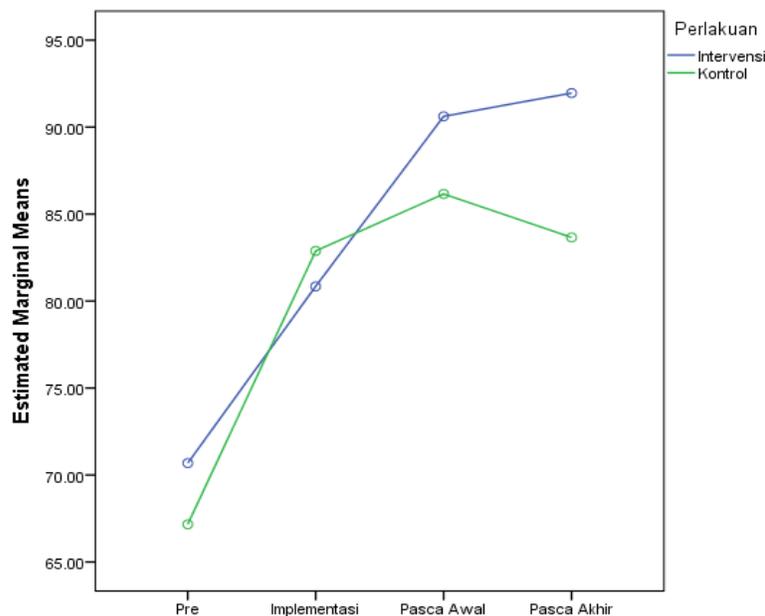
Validitas observasi kebersihan tangan dipastikan selama penelitian dengan 3 metode. Gambar 1 menunjukkan kecenderungan peningkatan ketepatan praktik kebersihan tangan. Analisis *time series* menunjukkan kecenderungan fluktuatif yang mengindikasikan terdapat fase-fase tertentu di luar kontinuitas intervensi menyebabkan tingkat ketepatan praktik meningkat tajam atau sebaliknya menurun.

Tabel 3. Evaluasi Pencapaian Target Ketepatan Kebersihan Tangan Pasca Intervensi

Variabel Prediktor	Target <i>threshold</i> ketepatan		
	RSS (90%)		
	(+)	(-)	p
Intervensi			0,0001*
(+)	53(68,8%)	24(31,2%)	OR 1,917
(-)	46(59,7%)	31(41,3%)	(1,312-2,8)
Kategori petugas			0,0001*
Dokter	5(22,7%)	17(87,2%)	
Perawat	18(81,8%)	4(18,2%)	
Peserta didik	19(86,4%)	3(13,6%)	
Lain-lain	9(40,9%)	13(59,1%)	
Dokter			0,026*
Ahli (spesialis)	5(22,7%)	17(87,2%)	OR 0,261
Residen	11(50%)	11(50%)	(0,21-0,97)
Pendidikan			0,059
≥Diploma	23(52,3%)	21(47,7%)	
< Diploma	28(63,6%)	16(36,4%)	
<i>Hand hygiene</i>			0,248
HW	20(90,9%)	2(9,1%)	
HR	19(86,4%)	3(13,6%)	
Indikasi saat			0,0001*
Sebelum kontak	13(59,1%)	9(40,9%)	
Sebelum tindakan aseptik	20(90,9%)	2(9,1%)	
Setelah kontak	21(95,5%)	1(4,5%)	
Setelah kontak cairan tubuh	21(95,5%)	1(4,5%)	
Setelah kontak lingkungan sekitar pasien	12(54,5%)	10(45,5%)	



Gambar 1. Kecenderungan ketepatan praktik HH di RSS : (a) Total (b) Dokter (c) perawat  
 — Observed — Fit ..... batas atas dan bawah



Gambar 2. Perbandingan kecenderungan perubahan ketepatan praktik menurut fase penelitian

## Pembahasan

Hasil pengukuran pengetahuan dan psikologi perilaku pasca intervensi menunjukkan peningkatan pengetahuan dan persepsi positif pada petugas. Analisis multivariat menampilkan hasil analisis regresi logistik pada variabel prediktor adanya intervensi, usia dan profesi subjek, latar belakang pendidikan dan pelatihan yang pernah dijalani subjek. Faktor independen yang mempengaruhi pencapaian target tingkat pengetahuan maupun persepsi positif perilaku kebersihan tangan di RS ditunjukkan dengan hasil OR yang signifikan (Tabel 2). Pengembangan metode secara khusus untuk menjamin reliabilitas data observasi diperlukan karena observasi ketepatan praktik kebersihan tangan pada *setting* alamiah pelayanan sangat dinamis dan tidak mungkin direplikasi. Sebagai metode ke-3, untuk tujuan *randomisasi* data, digunakan cara pencampuran (*mixing*) hasil pengamatan observer ruangan dan IPCN area dengan rasio 2:1. Observasi oleh masing-masing observer secara tersamar dapat dilakukan karena petugas di ruangan tidak mengetahui secara tepat siapa observer dan waktu observasi.

Terdapat indikasi kebutuhan 'pendekatan' yang lebih intensif, konsisten dan berkelanjutan, spesifik ditekankan pada saat 'sebelum kontak pasien' dan 'setelah kontak lingkungan sekitar pasien' serta pada sasaran profesi dokter (khususnya dokter ahli). Gambar 1 menunjukkan kecenderungan peningkatan ketepatan praktik kebersihan tangan. Kecenderungan peningkatan di R. Intervensi lebih baik dibandingkan R. Kontrol, menunjukkan peran Intervensi pada perbaikan praktik. Perbaikan ketepatan praktik kebersihan tangan yang juga terjadi di R. Kontrol mengindikasikan bahwa peran faktor-faktor di luar intervensi juga berpengaruh

disamping kenyataan obyektif bahwa pengaruh intervensi tidak dapat diisolasi hanya di R. Intervensi. Pencapaian target ketepatan dan konsistensi praktik kebersihan tangan juga dipengaruhi dorongan eksternal dan tantangan yang dihadapi RS.

Analisis *time series* menunjukkan kecenderungan fluktuatif yang mengindikasikan terdapat fase-fase tertentu di luar kontinuitas intervensi menyebabkan tingkat ketepatan praktik meningkat tajam atau sebaliknya menurun. Faktor eksternal yang menunjukkan pengaruh besar pada peningkatan ketepatan praktik adalah penerimaan norma oleh staf internal terhadap penilaian oleh pihak di luar RS yaitu survei akreditasi dan paparan-paparan serupa yang lain. Semakin tinggi tantangan dan target yang dihadapi, semakin kuat upaya yang dilakukan dan memberikan dorongan, motivasi, penerimaan norma dan ekspektasi luaran yang juga lebih tinggi. Intensitas dan jangka waktu paparan edukasi, mentoring, kampanye dan bentuk-bentuk kreativitas lain promosi kesehatan memberikan perbedaan pengaruhnya di masing-masing fase evaluasi.

Perubahan merupakan hal penting pada suatu organisasi untuk terus berkembang dan memenangkan kompetisi secara positif. Tatalaksana perubahan perilaku profesional tenaga kesehatan dalam organisasi RS berdasarkan Teori *Change Management* dari Kurt Lewin 'a three stage theory of change', terjadi melalui tahapan 'Unfreeze, Change (transisi, movement), dan Refreeze'. Resolusi problem fluktuasi praktik kebersihan tangan di RS adalah dengan merencanakan perubahan melalui pembelajaran yang dapat mempengaruhi, mengubah dan membentuk persepsi baru yang mendasari konsistensi kepatuhan. Tahapan perubahan perilaku pada masyarakat RS terjadi melalui proses pencairan dari persepsi

dan situasi *status quo*, dilanjutkan proses tumbuhnya kesadaran untuk berubah berdasarkan fakta obyektif yang mampu memotivasi, kebutuhan serta keyakinan diri menuju perilaku patuh dan diakhiri dengan membekukan (*refreeze*) kepatuhan praktik, menjadi konsisten dan *sustainable*. Kampanye kreatif dan partisipatif praktik HH ditujukan mencairkan cara pikir lama. Reduksi '*mindfulness*' ditujukan membangun kesadaran dan motivasi bertindak individual/kelompok, melibatkan pimpinan sebagai *role model*. Perubahan yang telah dicapai dipertahankan dengan sistem audit yang ditautkan ke sistem pembinaan SDM dan evaluasi SNARS diposisikan sebagai tantangan eksternal untuk *refreeze* perubahan menjadi budaya mutu. Keseimbangan positif selanjutnya dicapai dengan selalu memperkuat dorongan motivasi kepatuhan praktik (ketersediaan antiseptik yang nyaman, kemudahan akses, dll). Pada saat yang sama, perlu adanya upaya meminimalkan faktor-faktor penghambat atau faktor pendorong ke arah ketidakpatuhan (Sarayreh dan Khudair (2013) dan Hussain dkk. (2016)). Terdapat fenomena kecenderungan penurunan ketepatan praktik pada fase '*post event*' (fenomena kejenuhan), hari besar atau libur panjang, pada akhir tahun dan pada keadaan lonjakan jumlah pasien. Meskipun pasca intervensi fluktuasi yang ditemukan semakin berkurang, namun pemahaman terhadap fase-fase spesifik yang dapat diidentifikasi ini menjadi panduan pengelola program untuk meningkatkan supervisi dan mengintensifkan *feedback*. Kecenderungan peningkatan yang semakin landai pada evaluasi pasca akhir (Gambar2), mengindikasikan bahwa proses '*booster*' reedukasi harus diberikan dalam periodisasi tidak lebih dari 7 bulan, diusulkan dalam periodisasi 6 bulanan.

## Kesimpulan

Pendekatan studi kualitatif bermanfaat dalam mengeksplorasi faktor-faktor penguat dan *barrier* konsistensi perilaku kebersihan tangan sehingga dapat membentuk pemahaman dan kesadaran untuk mengembangkan strategi intervensi yang lebih sesuai berdasarkan kebutuhan lokal RS. Pendekatan *mindfulness* berbasis data lokal bermanfaat membangun budaya kebersihan tangan.

Instrumen SNARS berperan dalam *refreeze* proses perubahan perilaku profesional petugas. Indikator luaran yang peka mengidentifikasi ketidakpatuhan perlu dieksplorasi lebih lanjut.

## Referensi

Creswell, JW. (2003). *Qualitative Procedures*. In: *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. 2<sup>nd</sup> Ed., SAGE Publications.

Dahlan, MS. (2013). *Menggunakan Rumus Besar Sampel secara Benar*. Dalam: Dahlan Ms. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*

dalam *Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 3, Seri Evidence Based Medicine 2, Salemba Medika.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit (Revised)*, SK MenKes 270/Menkes/SK/III/2007.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Revised)*. Jakarta.

Ducel, G., Fabry, J., Nicolle, L. (2007). *Prevention of Hospital-Acquired Infections, A Practical Guide*. World Health Organization. Department of Communicable Disease, Surveillance and Response.

Francis, JJ., O'Connor, D. and Curran, J. (2012), *Theories of Behavior Change Synthesized Into a Set of Theoretical Groupings: Introducing a Thematic Series on Theoretical Domains Framework. Implementation Science*. 7:35.

Hoffman, TC., Glasziou, PP., Boutron, I., Milne, R., Parera, R., Moher, D., Altman, DG., Barbour, V., Mac Donald, H., Johnston, M., Lamb, SE., Dixon-Woods, M., McCulloch, PJC., Phelan, AWC., Michie, SB. (2014). *Reporting of Interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) Checklist and Guide*. *BMJ*. 348:g1687.

Hussain, ST., Lei, S., Akram, T., Haider, MJ., Hussain, SH., Ali, M. (2016). *Kurt Lewin's Process Model for Organizational Change: The Role of Leadership and Employee Involvement: A Critical Review*. *JIK*. 26.

Joint Commission Internasional. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Including Standards for Academic Medical Center Hospitals 5<sup>th</sup> Ed., Effective 1 April 2014*. Departement of Publication Joint Commission Resources: USA.

Komite Akreditasi RS. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. (2011). Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Michie S., Johnston M., Abraham C., Lawton R., Parker D., Walker A. (2005). *Making Psychological Theory Useful for Implementing Evidence Based Practice: A Consensus Approach*. *Qual Safe Health Care*. 14: 26-33.

Pittet, D., Donaldson, L. (2005). *Clean Care is Saver Care: A Worldwide Priority*. *Lancet*. 366: 1246-47.

Sarayreh, BH., Khudair, H. (2013). *Comparative Study: The Kurt Lewin of Change Management*. *Internasional Journal of Computer and Information Technology*. 626-9.

Sulistomo, A., Astrawinata, DAW. (2009). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan PPI TB di RS dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya, Kesiapan menghadapi Emerging Infectious Disease*. 2<sup>nd</sup> Ed. Departemen Kesehatan RI, JHPIEGO Corporation dan PERDALIN.

World Health Organization. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health-Care-Associated Infection Worldwide, A Systematic Review of the Literature*. *WHO Patient Safety Programme*. Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2009). *WHO Guideline on Hand Hygiene in Health Care*.