

SKRIPSI

**GAMBARAN PELAKSANAAN MENCUCI TANGAN OLEH PERAWAT
DALAM RANGKA PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL
DI RUANG PERAWATAN PAVILIUN PALEM
RS.Dr.WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**



OLEH:

ZULHAM A.HAKIM

C12111712

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

GAMBARAN PELAKSANAAN MENCUCI TANGAN OLEH PERAWAT
DALAM RANGKA PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL
DIRUANG PERAWATAN PAVILIUN PALEM
RS.Dr.WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Hari/ Tanggal : Rabu/ 27 Februari 2013

Pukul : 09.00-11.00 Wita

Tempat : Ruang Rapat Bersama lantai 4 PSIK UNHAS

Oleh:

ZULHAM A.HAKIM
C12111712

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Penguji I : Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN

Penguji II : Arnis Puspita, S.Kep.,NS

Penguji III : Andina Setyawati, S.Kep, Ns., M.Kep

Penguji IV : Rosyidah Arafat, S.Kep,Ns.,M.Kep,SpMB

Mengetahui :

A.n. Dekan

Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Univesitas Hasanuddin

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Prof. Dr. Budu, Ph.D., SpM(K),M.MedEd
NIP. 1966123211995031009

Dr.Werna Nontji, S.Kp., M.Kep
NIP. 19500114 197207 2 001

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI :

GAMBARAN PELAKSANAAN MENCUCI TANGAN OLEH PERAWAT
DALAM RANGKA PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL
DIRUANG PERAWATAN PAVILIUN PALEM
RS.Dr.WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR

ZULHAM A.HAKIM

NIM: C12111712

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk dipertahankan di depan tim penguji

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Andina Setyawati,S.Kep,Ns.,M.Kep Rosyidah Arafat,S.Kep,Ns.,M.Kep,SpMB

Diketahui
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Dr. Werna Nontji, S.Kp.M.Kep
NIP : 19500114 197207 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Zulham A.Hakim

Nomor mahasiswa : C12111712

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, Februari 2013

Yang membuat pernyataan,

(Zulham A.Hakim)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Tiada kata yang patut diucapkan selain syukur kepada Allah S.W.T atas segala limpahan rahmat dan taufik-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Gambaran Pelaksanaan Mencuci Tangan Oleh Perawat Dalam Rangka Pencegahan Infeksi Nosokomial Diruang Perawatan Paviliun Palem RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar”. Skripsi ini dibuat sebagai persyaratan mengikuti seminar skripsi dan melakukan kegiatan penelitian.

Berbagai hambatan dan kesulitan penulis temui dalam proses penyusunan skripsi ini, namun berkat usaha dan kerja keras serta bimbingan dan arahan dari berbagai pihak pada akhirnya skripsi ini dapat penulis rampungkan walaupun masih jauh dari apa yang diharapkan. Dengan segala kerendahan hati, melalui kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Bapak Prof.dr.Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof.dr. Budu Ph.D.,SpM(K),M.MedED, selaku wakil Bidang Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Direktur RSUP. DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang telah memberi ijin penelitian di Instalasi Rawat Inap paviliun Palem.
4. Ibu Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

5. Ibu Andina Setyawati, S.Kep,Ns,M.Kep dan Ibu Rosyidah Arafat, S.Kep .Ns, M.Kep,SpMB selaku pembimbing yang telah memberikan sumbangan pemikiran yang sangat banyak membantu dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
6. Ibu Silvia Malasari,S.kep,Ns,MN dan ibu Arnis Puspitha,S.kep,NS selaku penguji skripsi penelitian ini.
- 7.Seluruh staf PSIK FK UNHAS yang telah memberikan sumbangan pikiran dan kerjasama selama penyusunan skripsi penelitian ini.
8. Seluruh Staf di Paviliun Palem RSUP.DR.Wahidin Sudirohusodo Makassar atas waktu, sumbangsih pikiran pada peneliti selama melakukan penelitian ini.
- 9.Seluruh responden yang telah bersedia menjadi sampel dalam penelitian ini.
10. Rekan-rekan seperjuangan, mahasiswa Ners B 2011 yang telah turut berpartisipasi dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
- 11.Terkhusus untuk orang tua, isteri dan anak-anak tercinta yang telah banyak berkorban dan senantiasa mendukung serta memberikan motivasi dan doa dalam proses pendidikan penulis.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga penulis mengharapkan adanya saran dan kritik konstruktif dari semua pihak, agar penelitian ini dapat berlangsung sebagaimana mestinya dan bermanfaat bagi kita semua. Semoga skripsi ini dapat menjadi acuan dalam penelitian, dan mendapat respon positif dari pihak-pihak terkait.

Akhir kata penulis mengucapkan banyak terima kasih atas segala kebaikan dan bantuan yang diberikan, semoga mendapat balasan dari Allah SWT yang berlipat ganda, Amin.

Makassar, Februari 2013

Penulis

Zulham A.Hakim

ABSTRAK

Zulham A.Hakim, C12111712, Gambaran Pelaksanaan Mencuci Tangan Oleh Perawat Dalam Rangka Pencegahan Infeksi Nosokomial Di Ruang Perawatan Paviliun Palem Rs.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar. Dibimbing oleh Andina Setyawati dan Rosyidah Arafat. (ix + 44 halaman + 4 tabel + 5 lampiran)

Latar Belakang: Infeksi nosokomial mempunyai dampak yang cukup luas, antara lain menambah cacat fungsional dan stres emosional pasien, peningkatan biaya ekonomi, peningkatan lama hari rawat, bahkan dapat menyebabkan kematian. Hal ini dapat dicegah dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau lingkungan sekitarnya.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan mencuci tangan oleh perawat di ruang perawatan paviliun Palem RS. DR.Wahididn Sudirohusodo Makassar

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskripsi dengan menggunakan pendekatan observasional. Sampel yang diunakan sebanyak 53 orang perawat paviliun Palem RS. DR.Wahididn Sudirohusodo Makassar.

Hasil: pada 53 sampel ditemukan bahwa pelaksanaan mencuci tangan yang belum dilaksanakan sesuai prosedur sebanyak 34 orang (64,15 %) dan 38 orang (71,7%) yang belum melaksanakan sesuai *five moment*.

Kesimpulan dan Saran: Berdasarkan hasil penelitian, maka peneliti mengambil kesimpulan bahwa pelaksanaan mencuci tangan di ruang perawatan paviliun Palem RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar belum dilaksanakan seluruhnya sesuai prosedur standard yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit baik cara pelaksanaannya maupun waktu pelaksanaannya. Untuk itu disarankan perlunya perawat memperhatikan dan melaksanakan prosedur mencuci tangan sesuai standar operasional untuk meminimalkan bahkan mencegah terjadinya infeksi nosokomial.

Kata Kunci : .infeksi nosokomial,mencuci tangan

Sumber Literatur : 23 sumber (2002-2013).

ABSTRACT

Zulham A.Hakim, C12111712, description of Implementation Handwashing By Nurse In Order Prevention of Nosocomial Infections in Nursing Pavilion Palembang Rs.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar. Supervised by Andina Setyawati and Rosyidah Arafat. (ix + 44 pages + 4 tables+ 5 appendix).

Background: Nosocomial infections have a wide impact, among others, additional functional disability and emotional stress of patients, an increase in economic costs, an increase in long day care, it can even cause death. This can be prevented by washing hands before and after contact with the patient or the environment surroundings.

Objective: This study aims to describe the implementation of hand washing by nurses in the hospital treatment room pavilion Palembang. DR.Wahidin Sudirohusodo Makassar

Methods: Description Research and observational approach to data collection techniques using total sampling as many as 53 samples.

Results: In this study it was found that the implementation of hand washing has not been carried out according to the procedure where there are 34 people (64.15%) were not implemented in the way that standard, and 38 people (71.7%) were not implemented in accordance five moment.

Conclusions and Recommendations: Based on the findings, the researchers concluded that the implementation of hand washing pavilions care diruang Palembang RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar has not been implemented fully in accordance with procedures established by the standards of the hospital either way implementation and time. It is suggested that the need for nurses and implement appropriate hand washing procedures to minimize operational standards even prevent the occurrence of nosocomial infections

Keywords: Nosocomial infection, hands washing

Literature sources: 23 sources (2002-2013).

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Infeksi Nosokomial	6
Pengertian	6
Etiologi	7
Patofisiologi	8
Frekuensi Infeksi	9
Dampak Infeksi Nosokomial.....	10
Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.....	11
B. Mencuci tangan	21
Pengertian.....	21
Cara penularan infeksi melalui tangan	22
Cara mencuci tangan yang benar	23
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. kerangka konsep penelitian	29

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian	30
B. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian	30
C. Populasi dan sampel	30
D. Alur Penelitian	32
E. Variabel penelitian	33
F. Instrumen Penelitian	33
G. Prosedur Penelitian	33
H. Defenisi operasional dan kriteria obyektif	33
I. Pengolahan data dan Analisa Data	34
J. Etika penelitian.....	35

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. profil Tempat Penelitian	38
B. Hasil penelitian.....	38
C. Pembahasan	41

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan.....	47
B. Saran	48

DAFTAR PUSTAKA	50
----------------------	----

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit merupakan unit pelayanan medis yang sangat kompleks. Kompleksitasnya tidak hanya dari jenis dan macam penyakit yang harus mendapat perhatian dari para *medical provider*, namun juga adanya berbagai macam peralatan medis dari yang sederhana hingga yang modern dan canggih. Hal lain yang merupakan kompleksitas sebuah rumah sakit adalah adanya sejumlah orang atau personil yang secara bersamaan berada dirumah sakit sehingga rumah sakit menjadi sebuah “gedung pertemuan” sejumlah orang/personel secara serentak, berinteraksi secara langsung dan tidak langsung dan mempunyai kepentingan dengan penderita-penderita yang dirawat dirumah sakit. Dari gambaran kondisi tersebut, jelas sulit dan sukar untuk mencegah penularan penyakit infeksi, khususnya mencegah terjadinya “cross infection” atau infeksi silang dari orang/personel tersebut kependerita yang sedang dirawat (Darmadi, 2008).

Penderita yang sedang dalam proses asuhan perawatan dirumah sakit, secara umum tentu keadaan umumnya tidak/kurang baik, sehingga daya tahan tubuhnya menurun. Hal ini akan mempermudah terjadinya infeksi silang karena kuman, virus dan lain sebagainya akan masuk kedalam tubuh penderita yang sedang dalam proses asuhan keperawatan dengan mudah. Infeksi yang terjadi

pada penderita-penderita yang sedang dalam proses asuhan perawatan ini disebut infeksi nosokomial (Darmadi, 2008).

Infeksi nosokomial dikenal pertama kali pada tahun 1847 oleh Semmelweis dan hingga saat ini tetap menjadi masalah yang cukup menyita perhatian. Menurut Prof. Didier Pitet (2009), infeksi nosokomial menyebabkan 1,5 juta kematian setiap hari di seluruh dunia. Studi yang dilakukan WHO di 55 rumah sakit di 14 negara di seluruh dunia juga menunjukkan bahwa 8,7 persen pasien rumah sakit menderita infeksi selama menjalani perawatan di rumah sakit. Sementara di negara berkembang, diperkirakan lebih dari 40 persen pasien di rumah sakit terserang infeksi nosokomial, sementara di Amerika Serikat, ada 20.000 kematian setiap tahun akibat infeksi nosokomial dan diseluruh dunia, 10 persen pasien rawat inap di rumah sakit mengalami infeksi yang baru selama dirawat, 1,4 juta infeksi setiap tahun. Penelitian yang dilakukan di 11 rumah sakit di DKI Jakarta pada 2004 menunjukkan bahwa 9,8 persen pasien rawat inap mendapat infeksi yang baru selama dirawat (Rizki, 2009). Pada tahun 2011 ditemukan angka kejadian infeksi nosokomial di RSUP.Dr.Wahidin Sudirohusodo makassar sebesar 236 atau 1,48% dari total 15903 pasien yg dirawat yang terdiri dari plebitis 193 atau 81,8%, sepsis 12 atau 5,1% dan dekubitus 31 atau 13,1% (*medical record* RSUP.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar, 2011).

Beberapa kegiatan yang telah dilakukan oleh RSUP.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial adalah: Kebersihan tangan rumah sakit (Program cuci tangan), Pengelolaan

limbah rumah sakit, Pengelolaan limbah tajam, Pembersihan ruang perawatan, Alat pelindung diri di rumah sakit dan perlindungan terhadap petugas di rumah sakit, Pemeliharaan alat kesehatan, Petunjuk pengendalian infeksi di rumah sakit, Sterilisasi di rumah sakit, Pengelolaan linen rumah sakit, Sistem pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (pencegahan dan pengendalian infeksi RSUP.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar, 2011).

Mencuci tangan merupakan rutinitas yang murah dan penting dalam prosedur pengontrolan infeksi, dan merupakan metode terbaik untuk mencegah transmisi mikroorganisme (James, 2008). Pada umumnya mencuci tangan dilakukan hanya dengan membersihkan (menggosok) telapak tangan dan punggung tangan saja, sehingga kuman atau bakteri yang ada disela-sela jari dan ujung jari tangan masih tetap menempel ditangan, oleh karena itu mencuci tangan sesuai prosedur yang benar sangat diharapkan untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial (WHO, 2009).

Tindakan mencuci tangan oleh perawat secara signifikan dapat menurunkan angka infeksi nosokomial. Tindakan mencuci tangan dengan menggunakan handrub dapat mengurangi infeksi nosokomial hingga 30% dibanding dengan tidak melakukan cuci tangan (wells, 2003). Hampir semua bakteri transien dapat dihilangkan dengan sabun dan air, tetapi bakteri residen akan tetap tinggal. Pencuci tangan bakterisida membuat prosedur ini lebih efektif karena menghilangkan bakteri residen (James, 2008).

Infeksi nosokomial mempunyai dampak yang cukup luas, antara lain menambah cacat fungsional dan stres emosional pasien, peningkatan biaya eko-

nomi, peningkatan lama hari rawat, bahkan dapat menyebabkan kematian (Duce1, 2002). Sebuah laporan yang di rilis kantor audit nasional Inggris mengungkapkan bahwa infeksi yang didapat di rumah sakit bertanggung jawab atas kematian 5000 pasien pertahun, serta peningkatan biaya pengobatan sekitar £ 1 miliar setiap tahunnya (Murphy, 2002).

B. Rumusan Masalah

Pasien yang sedang dalam proses asuhan perawatan di rumah sakit dapat mengalami infeksi silang yang dapat ditularkan melalui tangan petugas kesehatan, misalnya perawat. Hal ini dapat dicegah dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau lingkungan sekitarnya

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas maka penulis merumuskan masalah penelitian sabagai berikut: Bagaimana Gambaran Pelaksanaan Mencuci Tangan Dalam Rangka Pencegahan Infeksi Nosokomial di RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah diketahuinya gambaran pelaksanaan mencuci tangan oleh perawat dalam rangka pencegahan infeksi nosokomial di RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Untuk diketahuinya gambaran perawat dalam melakukan cuci tangan sesuai prosedur standar.

- b. Untuk diketahuinya frekuensi perawat yang melakukan cuci tangan sesuai dengan *five moment*.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pasien

Menghindarkan pasien dari risiko terjadinya infeksi yang didapat di rumah sakit yang diderita oleh pasien melalui transmisi tangan petugas kesehatan (perawat).

2. Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan

- a. Sebagai salah satu evaluasi pencapaian tindakan pencegahan infeksi nosokomial dengan cara mencuci tangan yang benar dalam rangka peningkatan mutu asuhan keperawatan.

- b. Sebagai masukan kepada rumah sakit/institusi pelayanan keperawatan untuk mengambil keputusan baru didalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

3. Bagi Akademis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dan masukan dalam meningkatkan mutu pendidikan serta dapat dijadikan dokumentasi sebagai bahan bacaan.

4. Bagi Peneliti selanjutnya

Sebagai bahan referensi/ rujukan bagi peneliti selanjutnya dalam rangka melakukan penelitian khususnya tentang masalah infeksi nosokomial.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Infeksi Nosokomial

1. Pengertian

Nosokomial berasal dari bahasa Yunani, dari kata *nosos* yang artinya penyakit dan *komeo* yang artinya merawat. *Nosokomian* berarti tempat untuk merawat /rumah sakit. Jadi infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit (Darmadi, 2008).

Infeksi nosokomial yang juga disebut infeksi yang didapat dirumah sakit (*hospital acquired infections*) dapat juga di defenisikan sebagai infeksi yang didapat oleh pasien dirumah sakit dimana pada saat pasien masuk ke rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya tidak sedang dalam masa inkubasi dari suatu infeksi, ini termasuk infeksi yang diderita oleh pasien selama dirawat tetapi muncul setelah pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan dan juga infeksi akibat pekerjaan diantara petugas kesehatan (Duce, 2002).

Infeksi yang didapat saat dirawat dirumah sakit lebih sering terjadi daripada kecelakaan lalu lintas (James, 2008). Saat ini angka kejadian infeksi nosokomial telah dijadikan salah satu tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit. Infeksi nosokomial dapat menyebabkan pasien dirawat lebih lama sehingga mengeluarkan uang lebih banyak, pihak rumah sakit pun akan lebih besar mengeluarkan biaya untuk pelayanan dan tidak jarang infeksi noso-

komial berakibat kematian. Oleh karena itu pengelola rumah sakit harus mengerahkan semua sumber daya untuk mencegah dan mengendalikan penyakit infeksi yang terjadi di rumah sakit yang biasa disebut infeksi nosokomial. Langkah itu penting bagi kesehatan dan keselamatan pasien, pengunjung rumah sakit dan pemberi pelayanan di rumah sakit (Rizki, 2009).

2. Etiologi

Terjadinya infeksi nosokomial dipengaruhi oleh banyak faktor, baik yang ada di dalam tubuh penderita sendiri maupun faktor yang berada disekitarnya. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan infeksi nosokomial antara lain:

a. Faktor intrinsik yang dapat menyebabkan infeksi antara lain:

- 1) Umur
- 2) jenis kelamin
- 3) kondisi umum
- 4) resiko terapi
- 5) adanya penyakit lain.

b. Faktor ekstrinsik, antara lain:

- 1) Petugas di rumah sakit (dokter, perawat, dll)
- 2) Penderita lain
- 3) Bangsal/lingkungan
- 4) Peralatan/material medis
- 5) Makanan/minuman
- 6) Pengunjung/keluarga

c. Faktor keperawatan:

- 1) Lamanya hari perawatan
- 2) Menurunnya kualitas perawatan
- 3) Padatnya penderita

d. Faktor mikroba patogen:

- 1) Kemampuan invasi/merusak jaringan
- 2) Lamanya pemaparan (Darmadi, 2008).

3. Patofisiologi

Infeksi nosokomial mulai dengan penyebab yang ada pada sumber. Kuman keluar dari sumber melalui tempat tertentu, kemudian dengan cara penularan tertentu masuk ke tempat tertentu di pasien lain. Karena banyak pasien di rumah sakit rentan terhadap infeksi (terutama ODHA yang mempunyai sistem kekebalan yang lemah), mereka dapat tertular dan mendapat sakit 'tambahan'. Selanjutnya, kuman penyakit ini keluar dari pasien tersebut dan meneruskan rantai penularan lagi.

Infeksi nosokomial ini dapat berasal dari dalam tubuh penderita maupun luar tubuh. Infeksi endogen disebabkan oleh mikroorganisme yang semula memang sudah ada didalam tubuh dan berpindah ke tempat baru yang kita sebut dengan self infection atau auto infection, sementara infeksi eksogen (cross infection) disebabkan oleh mikroorganisme yang berasal dari rumah sakit dan dari satu pasien ke pasien lainnya (Parhusip, 2005).

4. Frekuensi infeksi

Infeksi nosokomial terjadi di seluruh dunia dan mempengaruhi sumber daya negara maju dan negara miskin. Infeksi yang diperoleh di layanan kesehatan adalah salah satu penyebab utama kematian dan peningkatan morbiditas pasien di rumah sakit. Infeksi nosokomial merupakan beban yang signifikan baik bagi pasien dan bagi kesehatan masyarakat. Sebuah survei prevalensi yang dilakukan di bawah naungan WHO di 55 rumah sakit dari 14 negara yang mewakili 4 Daerah WHO (Eropa, Mediterania Timur, Asia Tenggara dan Pasifik Barat) menunjukkan rata-rata 8,7% dari pasien rumah sakit menderita infeksi nosokomial. Setiap saat, lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita komplikasi infeksi yang diperoleh di rumah sakit. Frekuensi tertinggi infeksi nosokomial dilaporkan dari rumah sakit di Timur Mediterania dan daerah Asia Tenggara (masing-masing 11,8% dan 10,0%), dengan prevalensi 7,7% dan 9,0% masing-masing di Eropa dan Kawasan Pasifik Barat (Ducek, 2002).

Infeksi nosokomial paling sering adalah infeksi luka bedah, infeksi saluran kemih dan infeksi saluran pernafasan. Studi WHO dan lainnya juga telah menunjukkan bahwa prevalensi tertinggi infeksi nosokomial terjadi pada unit perawatan intensif dan bedah akut serta bangsal ortopedi. Angka infeksi tinggi di antara pasien dengan meningkatkan kerentanan karena usia tua, yang mendasari penyakit atau kemoterapi (Ducek, 2002).

6. Dampak infeksi nosokomial

Infeksi yang didapat di Rumah Sakit menambah cacat fungsional dan stres emosional pasien dan dapat, dalam beberapa kasus, menyebabkan kondisi yang mengurangi kualitas hidup. Infeksi nosokomial juga salah satu penyebab utama kematian, biaya ekonomi yang cukup besar. Lama tinggal untuk pasien yang terinfeksi adalah kontributor terbesar untuk meningkatkan biaya. Satu penelitian menunjukkan bahwa peningkatan secara keseluruhan dalam durasi rawat inap untuk pasien dengan infeksi luka bedah adalah 8,2 hari, mulai dari 3 hari untuk ginekologi menjadi 9,9 untuk operasi umum dan 19,8 untuk operasi ortopedi. Tinggal berkepanjangan tidak hanya meningkatkan biaya langsung kepada pasien atau tetapi juga biaya tidak langsung karena kehilangan pekerjaan. Peningkatan penggunaan obat-obatan, kebutuhan untuk isolasi dan penggunaan laboratorium tambahan dan studi diagnostik lainnya juga berkontribusi terhadap peningkatan biaya. Infeksi yang didapat Rumah Sakit menambah ketidak seimbangan antara alokasi sumber daya untuk perawatan kesehatan primer dan sekunder dengan mengalihkan dana manajermen yang langka ke kondisi yang berpotensi dicegah (Duce, 2002).

Sebuah laporan yang dirilis oleh Kantor Audit Nasional Inggris mengungkapkan bahwa infeksi di rumah sakit mempengaruhi 100.000 orang setiap tahun, biaya National Health Service (NHS) sekitar £ 1 miliar untuk mengobati. Lebih penting lagi, infeksi yang didapat di rumah sakit adalah terutama bertanggung jawab atas kematian 5000 pasien per tahun dan merupakan faktor substansial dalam 3% atau 15.000 kematian per tahun. Selain itu,

laporan ini menemukan bahwa sekitar sepertiga dari Infeksi yang didapat di rumah sakit dapat dicegah dan menyimpulkan bahwa pengendalian infeksi memainkan peran penting dalam meningkatkan perawatan pasien dan mengurangi pengeluaran biaya (Murphy, 2002).

7. Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

Pemerintah telah menyusun kebijakan nasional dengan menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) RI nomor 270/2007 tentang pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain serta Kepmenkes Nomor 82/2007 tentang pedoman pencegahan infeksi di rumah sakit. Pemerintah juga memasukkan indikator pencegahan dan pengendalian infeksi ke dalam standar pelayanan minimal rumah sakit dan bagian dari penilaian akreditasi rumah sakit (Rizki, 2009).

Terus munculnya ancaman kesehatan dalam bentuk penyakit menular membuat langkah pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan sama sekali tidak boleh diabaikan. Penyakit/patogen yang menular merupakan masalah yang terus berkembang, Informasi pengendalian infeksi didasarkan pada informasi yang tersedia mengenai rute utama penularan patogen dan dimaksudkan untuk memberikan pedoman bagi peningkatan keselamatan dan pelayanan kesehatan yang terus-menerus dan berkelanjutan.

Pencegahan infeksi nosokomial adalah tanggung jawab semua individu dan yang menyediakan jasa perawatan kesehatan. Setiap orang harus bekerja sama untuk mengurangi risiko infeksi bagi pasien dan staf. Ini termasuk menyediakan personil perawatan pasien langsung, manajemen, penyediaan ba-

han fisik dan produk, dan pelatihan tenaga kesehatan. Program pengendalian infeksi diberikan secara efektif dan komprehensif yang mencakup pengawasan dan kegiatan pencegahan, serta pelatihan staf. Program juga harus mendapat dukungan yang efektif di tingkat nasional dan tingkat daerah (Duce, 2002).

a. Program Nasional atau regional

Otoritas kesehatan yang bertanggung jawab harus mengembangkan program nasional (atau daerah) untuk mendukung rumah sakit dalam mengurangi risiko infeksi nosokomial. Program tersebut harus:

- 1) menetapkan tujuan nasional yang relevan sesuai dengan tujuan perawatan kesehatan nasional lainnya.
- 2) mengembangkan dan terus-menerus memperbarui pedoman perawatan kesehatan untuk direkomendasikan pengawasan, pencegahan, dan praktek.
- 3) mengembangkan sistem nasional untuk memantau infeksi dan menilai efektivitas intervensi yang dipilih.
- 4) menyelaraskan program pelatihan awal dan berkelanjutan bagi para profesional perawatan kesehatan.
- 5) memfasilitasi akses terhadap bahan dan produk penting untuk kebersihan dan keamanan.
- 6) mendorong fasilitas perawatan kesehatan untuk memantau infeksi nosokomial, dengan umpan balik kepada para profesional bersangkutan.

b. pengendalian infeksi secara profesional (tim pengendalian infeksi).

Fasilitas pelayanan perawatan/kesehatan harus memiliki akses ke spesialis dalam pengendalian infeksi, epidemiologi, dan penyakit menular termasuk dokter pengendalian infeksi dan praktisi pengendalian infeksi (biasanya perawat) . Di beberapa negara, para tenaga profesional tersebut berupa tim khusus yang bekerja untuk rumah sakit atau kelompok dari fasilitas perawatan kesehatan, mereka mungkin secara administratif bagian dari unit lain, (misalnya laboratorium mikrobiologi, medis atau keperawatan, administrasi pelayanan kesehatan). Struktur yang optimal akan bervariasi sesuai dengan jenis, kebutuhan dan sumber daya fasilitas. Struktur pelaporan harus, menjamin tim pengendalian infeksi memiliki otoritas yang memadai untuk mengelola program pengendalian infeksi yang efektif.

c. Manajemen rumah sakit Pemerintah dan / atau manajemen medis rumah sakit harus memberikan kepemimpinan dengan mendukung program pengendalian infeksi rumah sakit.

d. Peran staf perawat

Pelaksanaan praktik perawatan pasien untuk pengendalian infeksi adalah peran staf perawat. Perawat harus akrab dengan praktek untuk mencegah kejadian dan penyebaran infeksi, dan memelihara sesuai praktik untuk semua pasien di seluruh rumah sakit tempat mereka dirawat.

- e. Administrator keperawatan senior yang bertanggung jawab untuk:
- 1) berpartisipasi dalam Komite Pengendalian Infeksi
 - 2) mempromosikan pengembangan dan peningkatan keperawatan teknik aseptik, dan review kebijakan keperawatan yang sedang berlangsung, dengan persetujuan oleh komite pengendali Infeksi.
 - 3) mengembangkan program pelatihan bagi anggota staf perawat
 - 4) mengawasi pelaksanaan teknik untuk pencegahan infeksi di daerah khusus seperti kamar operasi, unit perawatan intensif, unit bersalin dan bayi baru lahir.
 - 5) memantau kepatuhan keperawatan terhadap kebijakan yang ditetapkan.
- f. Perawat pelaksana bertanggung jawab untuk:
- 1) menjaga kebersihan, konsisten dengan kebijakan rumah sakit dan praktik keperawatan baik di bangsal.
 - 2) pemantauan teknik aseptik, termasuk mencuci mencuci dan penggunaan tehnik isolasi.
 - 3) melaporkan segera kepada dokter yang hadir setiap bukti infeksi pada pasien yang menjalani perawatan.
 - 4) membatasi paparan pasien terhadap infeksi dari pengunjung, staf rumah sakit, pasien lain, atau peralatan digunakan untuk diagnosis atau pengobatan
 - 5) mempertahankan pasokan aman dan memadai di lingkungan peralatan, obat-obatan dan perlengkapan perawatan pasien.

g. Peran tim pengendalian infeksi

Program pengendalian infeksi bertanggung jawab untuk pengawasan dan koordinasi dari semua pengendalian infeksi kegiatan untuk memastikan program yang efektif. Tim pengendali infeksi bertanggung jawab untuk:

- 1) Menyelenggarakan program surveilans epidemiologi untuk infeksi nosokomial.
- 2) Berpartisipasi dengan farmasi dalam mengembangkan program untuk mengawasi penggunaan obat-obatan anti infeksi.
- 3) Memastikan praktek perawatan yang tepat untuk menurunkan tingkat risiko infeksi pada pasien.
- 4) Memeriksa kemanjuran dari metode disinfeksi dan sterilisasi dan kemanjuran dari sistem yang dikembangkan untuk meningkatkan kebersihan rumah sakit
- 5) Berpartisipasi dalam pengembangan dan penyediaan program mengajar untuk keperawatan, medis, dan tenaga kesehatan lainnya, serta semua kategori staf lainnya
- 6) Memberikan saran ahli, analisis, dan kepemimpinan dalam penyelidikan wabah dan kontrol (WHO, 2009).

Penularan melalui kontak (termasuk kontaminasi tangan yang diikuti oleh inokulasi tak sengaja) dan aerosol pernapasan infeksius berbagai ukuran dan dalam jarak dekat bisa juga terjadi untuk sebagian patogen (WHO, 2009). Transmisi penyakit melalui tangan dapat dimi-

nimalisasi dengan menjaga hygiene dari tangan. Tetapi pada kenyataannya, hal ini sulit dilakukan dengan benar, karena banyaknya alasan seperti kurangnya peralatan, alergi produk pencuci tangan, sedikitnya pengetahuan mengenai pentingnya hal ini dan waktu mencuci tangan yang lama. Selain itu, penggunaan sarung tangan sangat dianjurkan bila akan melakukan tindakan atau pemeriksaan pada pasien dengan penyakit-penyakit infeksi. Hal yang perlu diingat adalah: Memakai sarung tangan ketika akan mengambil atau menyentuh darah, cairan tubuh atau keringat, tinja, urin, membran mukosa dan bahan yang kita anggap telah terkontaminasi, dan segera mencuci tangan setelah melepas sarung tangan (WHO, 2009).

Penyebaran dari infeksi nosokomial juga dapat dicegah dengan membuat suatu pemisahan pasien. Ruang isolasi sangat diperlukan terutama untuk penyakit yang penularannya melalui udara, contohnya tuberkulosis, dan SARS, yang mengakibatkan kontaminasi berat. Penularan yang melibatkan virus, contohnya DHF dan HIV. Biasanya, pasien yang mempunyai resistensi rendah seperti leukimia dan pengguna obat immunosupresan juga perlu diisolasi agar terhindar dari infeksi. Tetapi menjaga kebersihan tangan dan makanan, peralatan kesehatan di dalam ruang isolasi juga sangat penting. Ruang isolasi ini harus selalu tertutup dengan ventilasi udara selalu menuju keluar. Sebaiknya satu pasien berada dalam satu ruang isolasi, tetapi bila sedang terjadi kejadian luar biasa dan penderita melebihi kapasitas, beberapa pasien dalam satu ruan-

gan tidaklah apa-apa selama mereka menderita penyakit yang sama (Duce, 2002).

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam dalam rangka pencegahan infeksi nosokomial antara lain:

a. Kebersihan tangan

- 1) Cuci tangan (40-60 detik): basahi tangan dan gunakan sabun , gosok seluruh permukaan, bilas kemudian keringkan dengan handuk sekali pakai, sekaligus untuk mematikan keran.
- 2) Penggosokan tangan (20-30 detik): gunakan produk handrub dalam jumlah cukup untuk seluruh bagian tangan, gosok tangan hingga kering.

Indikasi:

- 1) Sebelum dan sesudah kontak langsung dengan pasien dan di antara pasien, baik menggunakan maupun tidak menggunakan sarung tangan.
- 2) Segera setelah sarung tangan dilepas.
- 3) Sebelum memegang peralatan.
- 4) Setelah menyentuh darah, cairan tubuh, sekret, ekskresi, kulit terluka, dan benda-benda terkontaminasi, walaupun menggunakan sarung tangan.
- 5) Selama merawat pasien, saat bergerak dari sisi terkontaminasi ke sisi bersih dari pasien.
- 6) Setelah kontak dengan benda-benda di samping pasien.

b. Sarung tangan

- 1) Gunakan bila akan menyentuh darah, cairan tubuh, sekret, ekskresi, membran mukosa, kulit yang tidak utuh.
- 2) Ganti setiap kali selesai satu tindakan ke tindakan berikutnya pada pasien yang sama setelah kontak dengan bahan-bahan yang berpotensi infeksius.
- 3) Lepaskan setelah penggunaan, sebelum menyentuh benda dan permukaan yang tidak terkontaminasi, dan sebelum pindah ke pasien lain. Lakukan tindakan membersihkan tangan segera setelah melepaskan sarung tangan.

c. Pelindung wajah (mata, hidung dan mulut)

- 1) Masker bedah dan pelindung mata (pelindung mata, kaca mata pelindung) .
- 2) Pelindung wajah untuk melindungi membran mukosa mata, hidung, dan mulut selama tindakan yang umumnya dapat menyebabkan terjadinya percikan darah, cairan tubuh, sekret, dan ekskresi.

d. Baju Pelindung

- 1) Gunakan untuk memproteksi kulit dan mencegah kotornya pakaian selama tindakan yang umumnya bisa menimbulkan percikan darah, cairan tubuh, sekret dan ekskresi.
- 2) Lepaskan baju pelindung yang kotor sesegera mungkin dan bersihkan tangan.

e. Pencegahan luka tusukan jarum dan benda tajam lainnya

Hati-hati bila:

- 1) Memegang jarum, pisau dan alat-alat tajam lainnya.
- 2) Bersihkan alat-alat yang telah digunakan.
- 3) Buang jarum dan alat-alat tajam lainnya yang telah digunakan.

f. Kebersihan pernapasan dan etika batuk

Seseorang dengan gejala gangguan napas harus menerapkan langkah-langkah pengendalian sumber:

- 1) Tutup hidung dan mulut saat batuk/bersin dengan tisu dan masker, serta membersihkan tangan setelah kontak dengan sekret saluran napas.

Fasilitas pelayanan kesehatan harus:

- 1) Menempatkan pasien dengan gejala gangguan pernapasan akut setidaknya 1 meter dari pasien lain saat berada di ruang umum jika memungkinkan.
- 2) Letakkan tanda peringatan untuk melakukan kebersihan pernapasan dan etika batuk pada pintu masuk fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Pertimbangkan untuk meletakkan perlengkapan/ fasilitas kebersihan tangan di tempat umum dan area evaluasi pasien dengan gangguan pernapasan.

g. Kebersihan Lingkungan

Gunakan prosedur yang memadai untuk kebersihan rutin dan disinfeksi permukaan lingkungan dan benda lain yang sering disentuh.

h. Linen

Penanganan, transportasi, dan pemrosesan linen yang telah dipakai dengan cara:

- 1) Cegah pajanan pada kulit dan membran mukosa serta kontaminasi pada pakaian.
- 2) Cegah penyebaran patogen ke pasien lain dan lingkungan.

i. Pembuangan Limbah

- 1) Pastikan pengelolaan limbah yang aman.
- 2) Perlakukan limbah yang terkontaminasi darah, cairan tubuh, sekret, dan ekskresi sebagai limbah infeksius, berdasarkan peraturan setempat.
- 3) Jaringan manusia dan limbah laboratorium yang secara langsung berhubungan dengan pemrosesan spesimen harus juga diperlakukan sebagai limbah infeksius.
- 4) Buang alat sekali pakai dengan benar.

j. Peralatan perawatan pasien

- 1) Peralatan yang ternoda oleh darah, cairan tubuh, sekret, dan ekskresi harus diperlakukan sedemikian rupa sehingga pajanan pada kulit dan membran mukosa, kontaminasi pakaian, dan penyebaran patogen ke pasien lain atau lingkungan dapat dicegah.
- 2) Bersihkan, disinfeksi, dan proses kembali perlengkapan yang digunakan ulang dengan benar sebelum digunakan pada pasien lain (WHO, 2008).

B. Mencuci Tangan

1. Pengertian

Dapat didefinisikan sebagai istilah umum untuk tindakan pembersihan tangan, baik hanya dengan menggunakan air biasa, dengan sabun atau dengan handrub. Mencuci tangan biasa adalah ketika tangan dibersihkan hanya dengan air atau dengan sabun. Sementara mencuci tangan secara anti septik ialah ketika membersihkan tangan dengan menggunakan produk anti septik atau handrub (Rosenthal, 2005).

Mencuci tangan merupakan suatu tindakan yang murah, mudah dan jika dilaksanakan dengan benar akan menjadi salah satu cara yang efektif untuk mencegah infeksi nosokomial. Mencuci tangan adalah praktek pengendalian infeksi yang dengan jelas menunjukkan keberhasilan dan tetap menjadi landasan dari upaya untuk mengurangi penyebaran infeksi. Tidak ada frekuensi yang direkomendasikan untuk mencuci tangan, tetapi direkomendasikan untuk dilakukan setiap sebelum dan setelah kontak dengan pasien. Lebih jauh lagi, disarankan bahwa mencuci tangan menggunakan teknik yang tepat, mencakup seluruh permukaan tangan pada saat yang tepat, adalah lebih penting daripada bahan yang digunakan atau lamanya waktu yang dibutuhkan (WHO, 2012). Mencuci tangan pakai sabun dan air telah dianggap sebagai ukuran kebersihan pribadi dan umumnya telah tertanam dalam kebiasaan agama dan budaya. Namun demikian, hubungan antara mencuci tangan dan penyebaran penyakit ditegakkan sekitar dua abad yang lalu, meskipun hal ini dapat dianggap sebagai langkah awal sehubungan dengan

penemuan Pasteur dan Lister yang terjadi puluhan tahun kemudian. Pada pertengahan 1800-an, studi oleh Ignaz Semmelweis di Wina, Austria, dan Oliver Wendell Holmes di Boston, Amerika Serikat, menemukan penyakit yang didapat di rumah sakit yang ditularkan melalui tangan petugas kesehatan (WHO, 2012).

2. Cara penularan infeksi melalui tangan

Penularan infeksi nosokomial dari satu pasien ke pasien lain melalui tangan petugas kesehatan membutuhkan lima langkah sekuensial:

- a. Organisme yang hadir pada kulit pasien, atau berada pada benda yang mengelilingi pasien.
- b. Organisme harus ditransfer ke tangan petugas kesehatan.
- c. Organisme harus mampu bertahan selama paling sedikit beberapa menit di tangan petugas kesehatan.
- d. Mencuci tangan atau tangan antisepsis oleh petugas kesehatan kurang memadai atau sama sekali dihilangkan, atau bahan yang digunakan untuk kebersihan tangan tidak tepat.
- e. Sisi yang terkontaminasi atau tangan perawat harus bersentuhan langsung dengan pasien lain atau dengan benda yang akan bersentuhan langsung dengan pasien (WHO, 2009).

Dengan pengecualian sabun non-obat , setiap formulasi baru untuk antisepsis tangan harus diuji untuk khasiat antimikroba yang menunjukkan bahwa: memiliki khasiat lebih unggul di atas sabun biasa, memenuhi kinerja standar yang disepakati, formulasi dengan semua bahan harus

dievaluasi untuk memastikan bahwa humektan atau bahan kimia rehidrasi ditambahkan untuk memastikan toleransi kulit yang lebih baik, yang tidak berkompromi dengan cara apapun terhadap antimikroba.

3. Cara mencuci tangan yang benar

Langkah-langkah untuk mencuci tangan dengan menggunakan handrub yang benar adalah:

- a. Ambil produk handrub secukupnya.
- b. Gosokkan kedua telapak tangan
- c. Gosokkan telapak tangan kiri diatas punggung tangan kanan dan sebaliknya.
- d. Gosokkan kedua telapak tangan dengan jari saling menyilang.
- e. Gosokkan ruas tangan dengan posisi jari saling mengunci.
- f. Gosokkan ibu jari kanan secara melingkar di dalam telapak tangan kiri yang berada dalam posisi mengepal,dan sebaliknya.
- g. Gosokkan ujung jari kiri pada telapak tangan kanan dan sebaliknya.(pencegahan dan pengendalian infeksi RSUP.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar, 2010).

Untuk membantu negara dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencapai sistem mengubah dan mengadopsi handrubs berbasis alkohol sebagai standar emas untuk kebersihan tangan dalam perawatan kesehatan, WHO telah mengidentifikasi formulasi untuk persiapan lokal mereka. Logistik, ekonomi, keamanan, dan faktor budaya dan agama semuanya telah hati-hati dipertimbangkan oleh WHO sebelum merekomendasikan formulasi untuk digunakan seluruh

dunia. Saat ini, handrubs berbasis alkohol merupakan sarana yang dikenal cepat dan efektif menonaktifkan beragam mikroorganisme berbahaya pada tangan. WHO merekomendasikan handrubs berbasis alkohol setelah berdasarkan faktor:

1. Berbasis bukti, intrinsik keuntungan cepat bertindak dan aktivitas microbicial spektrum luas dengan risiko yang minimal menghasilkan resistensi terhadap agen antimikroba.
2. Kesesuaian untuk digunakan di daerah dengan sumber daya terbatas atau kurangnya akses ke fasilitas lain untuk kebersihan tangan (termasuk air bersih, handuk, dll).
3. Kapasitas untuk mempromosikan kepatuhan kebersihan tangan ditingkatkan dengan membuat proses lebih cepat dan lebih nyaman.
4. Manfaat ekonomi dengan mengurangi biaya tahunan untuk kebersihan tangan, mewakili sekitar 1% dari ekstra-biaya dihasilkan oleh HCAI
5. Minimalisasi risiko dari efek samping karena peningkatan keamanan terkait dengan penerimaan yang lebih baik dan toleransi dari produk lain. Untuk kepatuhan optimal dengan kebersihan tangan, handrubs harus tersedia, baik melalui dispenser dekat dengan titik perawatan atau dalam botol kecil untuk dibawa tiap orang. Pelayanan kesehatan saat ini menggunakan handrubs komersial ,dapat terus digunakan, asalkan memenuhi standar yang diakui untuk keberhasilan microbicial (ASTM atau Standar EN) dan diterima dengan baik / ditoleransi oleh petugas kesehatan (WHO, 2009).

Memahami praktik kebersihan tangan di antara petugas kesehatan sangat penting dalam perencanaan intervensi dalam perawatan kesehatan. Pada studi observasional yang dilakukan di rumah sakit, petugas kesehatan membersihkan tangan mereka rata-rata dari 5 sampai sebanyak 42 kali per shift dan 1,7-15,2 kali per jam. Dari hasil penelitian, baik perawat maupun dokter ternyata sebagian besar tidak melakukan cuci tangan sebelum menangani pasien. Biasanya mereka mencuci tangan hanya pada saat setelah penanganan pasien secara keseluruhan selesai (Rosenthal, 2005).

Frekuensi rata-rata kebersihan tangan episode berfluktuasi dengan metode yang digunakan untuk pemantauan dan pengaturan tempat pengamatan berada dilakukan; itu berkisar 0,7-30 episode per jam di sisi lain, jumlah rata-rata peluang untuk kebersihan tangan per petugas kesehatan sangat bervariasi antara bangsal rumah sakit dalam beberapa situasi klinis akut, pasien dirawat oleh petugas kesehatan pada saat yang sama dan rata-rata sebanyak 82 peluang kebersihan tangan per pasien per jam.

Sejumlah peluang bagi kebersihan tangan tergantung pada proses perawatan yang diberikan: revisi protokol untuk pasien perawatan dapat mengurangi kontak yang tidak perlu dan akibatnya, kebersihan tangan menjadi lebih baik.

Dalam 11 studi observasi, durasi pembersihan tangan oleh petugas kesehatan berkisar rata-rata dari 6,6 detik sampai 30 detik. Sementara handrubbing ini dipantau dalam satu tambahan study untuk mencuci tangan mereka untuk periode waktu yang sangat singkat, petugas kesehatan sering

gagal untuk mencuci semua permukaan tangan dan jari-jari mereka. Singkatnya, jumlah peluang kebersihan tangan per jam perawatan mungkin akan sangat tinggi dan bahkan jika kepatuhan kebersihan tangan tinggi juga, yang teknik diterapkan mungkin tidak memadai (Rosenthal, 2005).

Kepatuhan petugas kesehatan untuk prosedur kebersihan tangan telah direkomendasikan, dilaporkan dengan angka yang sangat variabel, dengan berarti tingkat dasar berkisar antara 5% sampai 89% yang merupakan rata-rata keseluruhan. Perlu ditunjukkan bahwa metode untuk menentukan kepatuhan (atau ketidakpatuhan) dan metode untuk melakukan pengamatan dilaporkan bervariasi dalam studi, dan banyak artikel tidak merinci informasi tentang metode dan kriteria yang digunakan. Sejumlah peneliti melaporkan peningkatan kepatuhan setelah melaksanakan berbagai intervensi, tetapi kebanyakan penelitian memiliki periode tindak lanjut singkat dan tidak menentukan apakah perbaikan itu dalam jangka waktu yang lama.

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor yang dapat mempengaruhi kebersihan tangan termasuk faktor risiko untuk ketidakpatuhan yang diidentifikasi dalam studi epidemiologi dan alasan yang dilaporkan oleh petugas kesehatan karena kurangnya kepatuhan terhadap kebersihan tangan. Faktor risiko ketidakpatuhan terhadap kebersihan tangan telah ditentukan secara obyektif dalam beberapa studi observasional atau intervensi untuk meningkatkan kepatuhan.

Dalam analisis multivariat, ketidakpatuhan terendah adalah di antara perawat dibandingkan dengan petugas kesehatan lain dan selama akhir pekan.

Ketidakpatuhan lebih tinggi di ICU dibandingkan dengan penyakit dalam, selama prosedur yang membawa risiko tinggi intensitas kontaminasi bakteri, dan ketika perawatan pasien tinggi. Dengan kata lain, semakin tinggi permintaan untuk kebersihan tangan, maka tingkat kepatuhan rendah. Tingkat kepatuhan terendah (36%) ditemukan di ICU, dimana indikasi untuk kebersihan tangan yang biasanya lebih sering (rata-rata, 22 peluang per pasien-jam). Tingkat kepatuhan tertinggi (59%) diamati di pediatri, di mana intensitas rata-rata perawatan pasien lebih rendah dari tempat lain (rata-rata, delapan peluang per pasien-jam).

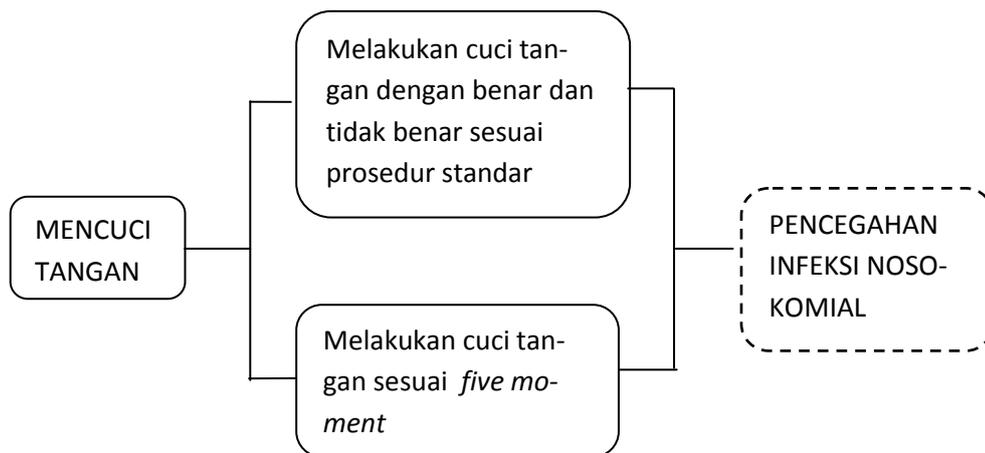
Hasil penelitian ini menyarankan bahwa kepatuhan penuh terhadap pedoman sebelumnya adalah tidak realistis dan bahwa akses mudah ke kebersihan tangan pada titik perawatan pasien, yaitu khususnya melalui alkohol handrubbing, bisa membantu meningkatkan kepatuhan. Berbagai penelitian lain telah mengkonfirmasi hubungan antara intensitas perawatan pasien dan kepatuhan terhadap kebersihan tangan (WHO , 2009).

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka konsep penelitian

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Sugiono, 2010). Adapun Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah:



Skema 3.1. kerangka konsep penelitian

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian.

Desain dari penelitian ini adalah analitik deskriptif observasional dimana yang ingin diteliti adalah gambaran pelaksanaan mencuci tangan oleh perawat.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang paviliun palem RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar karena rumah sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar adalah rumah sakit yang memiliki program *pasien safety*, dimana salah satu kegiatannya adalah pengendalian infeksi nosokomial, yang salah satu programnya adalah mencuci tangan dan penelitian ini akan dilakukan bulan Januari sampai dengan Februari 2013.

C.Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat yang bertugas di ruang paviliun palem RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar , sebanyak 56 orang.

2. Sampel

Pada penelitian ini pengambilan sampel secara total sampling yaitu dengan mengambil sampel seluruh populasi perawat di paviliun palem sebanyak 56 orang.

Adapun sampel yang diambil harus memiliki kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum sampel penelitian dari suatu populasi berdasarkan pertimbangan ilmiah.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

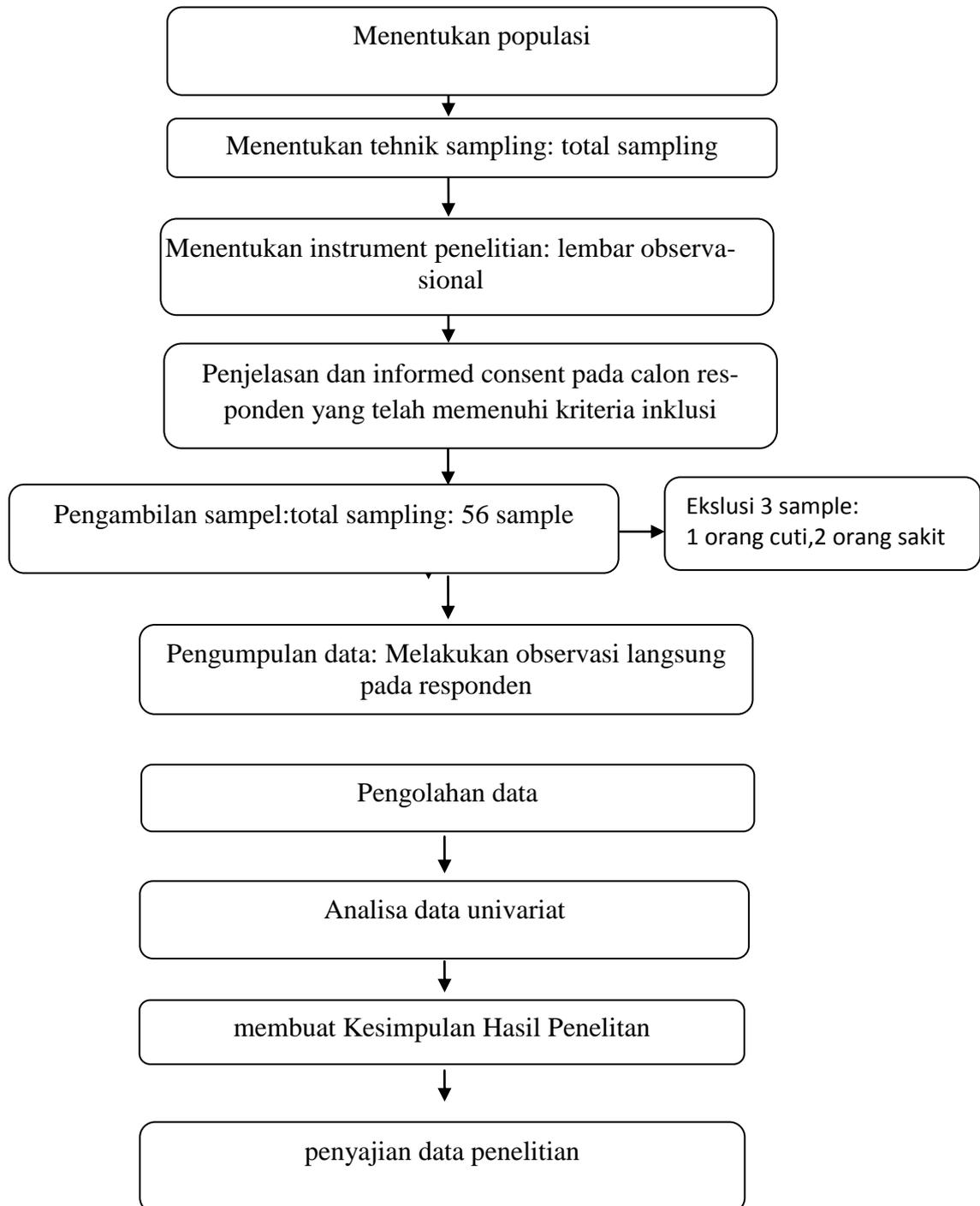
- a. Responden yang menyetujui persyaratan dalam penelitian dan bersedia untuk menandatangani *informed consent*.
 - b. Perawat yang bertugas di ruang perawatan palem atas dan bawah RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar .
2. Kriteria Eksklusi adalah karakteristik umum sampel penelitian dari suatu populasi yang tidak dimasukkan dalam penelitian.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Perawat yang tidak sedang bertugas di ruang perawatan palem atas dan bawah RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo makassar.

D. Alur Penelitian

Alur penelitian yang digambarkan dalam skema sebagai berikut:



Skema 4.1. Alur penelitian

E. Variabel Penelitian

Variabel dalam Penelitian ini adalah variabel tunggal, yaitu: pelaksanaan mencuci tangan.

F. Instrumen Penelitian

Untuk mendapatkan informasi yang diinginkan, peneliti menggunakan lembar observasi sebagai instrumen pengumpulan data yang dikembangkan dengan berpedoman pada hal-hal yang berhubungan dengan gambaran pelaksanaan mencuci tangan oleh perawat, sesuai Standar operasional prosedur di RS.Dr.Wahidin SudiruhusodoMakassar. Lembar observasi terdiri dari data karakteristik responden (umur, jenis kelamin, masa kerja, status kepegawaian, pendidikan, tempat tugas),serta langkah langkah mencuci tangan yang benar.

G. Prosedur Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan melihat dan mengikuti jadwal dinas dari responden.Observasi akan dilakukan minimal 3 kali secara berturut-turut demi untuk memperoleh data yang akurat.

H. Defenisi operasional dan Kriteria obyektif

1. Defenisi operasional Mencuci tangan

Yang dimaksud dengan mencuci tangan adalah tindakan pembersihan tangan baik hanya dengan menggunakan air biasa,sabun atau dengan handrub.

2. Kriteria obyektif:

a. Melakukan cuci tangan sesuai prosedur

1. Melakukan cuci tangan dengan benar : apabila melakukan sesuai prosedur (lampiran 1 dan 3).
2. Tidak melakukan cuci tangan dengan benar: apabila tidak melakukan salah satu langkah cuci tangan sesuai prosedur (lampiran 1 dan 3).

b. Melakukan cuci tangan sesuai waktu *five moment*

1. Melakukan cuci tangan sesuai *five moment*, apabila mencuci tangan sesuai dengan waktu/ untuk mencuci tangan(lampiran 2).
2. Tidak melakukan cuci tangan sesuai *five moment*.

I. Pengolahan Data dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Langkah-langkah pengolahan data yang dilakukan peneliti adalah sebagai berikut (Notoadmojo, 2010):

a. *Editing* data

Yaitu memeriksa data dengan meneliti kembali data yang telah terkumpul dari lembar observasi. Langkah ini dilakukan untuk mengetahui apakah data yang terkumpul sudah cukup baik.

b. *Coding* data

Memberikan simbol untuk setiap jawaban untuk memudahkan pengolahan data,yaitu 1 untuk “dilakukan, dan 2 untuk “tidak dilakukan”.

- c. *Entry data* yaitu memasukkan jawaban yang sudah diberi kode kategori kedalam tabel dan menghitung frekuensi data. Memasukkan data yaitu dengan cara manual atau melalui pengolahan komputer.
- d. *Tabulasi*, yaitu membuat tabel untuk menghubungkan data-data tersebut menurut sifat yang dimiliki.

2. Analisa Data

Teknik yang digunakan adalah dengan menggunakan analisis Un-ivariat, analisa dilakukan pada tiap variabel hasil penelitian dengan memakai tabel frekuensi, sehingga tampak distribusi dari variabel yang diteliti (Notoatmojo, 2010). Untuk menentukan rerata masing-masing variabel dalam hasil penelitian ini menggunakan microsoft excel 2007 dan pengolahan data menggunakan metode statistik dengan menggunakan program SPSS, untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik variable

J. Etika Penelitian

Masalah etika merupakan masalah yang makin mendapat perhatian di dunia. Lebih dari disiplin keilmuan lain, penelitian dan pelayanan kesehatan secara langsung berhadapan dengan kepentingan kemanusiaan. Tidak mengherankan bahwa masalah etika penelitian menjadi masalah yang makin mengemuka dewasa ini. Sejalan dengan hal ini, perhatian dunia juga makin besar dalam proteksi Hak Azasi Manusia, termasuk dalam hal perlindungan subyek penelitian.

Penelitian Kesehatan yang mengikutsertakan subyek manusia harus memperhatikan aspek etik dalam kaitan menaruh hormat atas martabat manusia. Secara hukum hal ini telah tersurat dalam PP 39/1995 tentang penelitian dan pengembangan kesehatan. Menurut PP tersebut, pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan wajib dilakukan dengan memperhatikan kesehatan dan keselamatan jiwa manusia, keluarga dan masyarakat yang bersangkutan. Secara internasional disepakati bahwa prinsip dasar penerapan etik penelitian kesehatan adalah :

1. *Respect for person* (menghargai/menghormati individu)

Sebelum dilakukan penelitian terlebih dahulu calon responden diberikan penjelasan sebelum persetujuan dan bila telah mengerti penjelasan yang diberikan , maka calon responden menandatangani informed consent sebagai bukti bersedia menjadi responden, dan persetujuan ini tidak dalam keadaan tertekan

2. *Beneficience & non maleficience* (manfaat dan tidak merugikan)

Perlakuan yang dilakukan kepada responden akan memberikan manfaat, dimana responden akan mendapatkan pemantauan yang lebih akurat, menjelaskan ke responden bahwa penelitian yang diberikan tidak akan memberikan efek yang dapat merugikan responden serta Informasi hasil pengukuran pada responden tidak akan digunakan dalam hal-hal yang akan merugikan responden dalam bentuk apapun.

3. *Justice* (keadilan)

Keadilan yang dimaksud bila dalam masa penelitian ada hal-hal yang tidak berkenan oleh responden, maka ia boleh mengundurkan diri dari penelitian dan tetap akan mendapatkan perlakuan yang sama (Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2012).

Penelitian ilmu keperawatan 90% mempergunakan manusia sebagai subjeknya, Dalam melakukan penelitian, peneliti memandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini RSUP. DR.Wahidin Sudirohusodo Makassar. Setelah mendapatkan persetujuan barulah menekankan masalah etika penelitian

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Profil tempat penelitian

Tempat penelitian adalah diruangan paviliun Palem RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar. Gedung paviliun Palem terdiri dari dua lantai, pada lantai pertama terdiri dari 23 kamar yang terdiri dari 9 kamar VIP (1 tempat tidur / kamar) dan 14 kamar kelas 1 (2 tempat tidur / kamar). Total tempat tidur yang tersedia di palem bawah sebanyak 37 tempat tidur. Jumlah tenaga perawat diruangan paviliun palem lantai 1 sebanyak 30 orang . Dilantai 2 paviliun Palem terdapat 22 kamar perawatan terdiri dari 9 kamar VIP (1 tempat tidur / kamar) dan 13 kamar kelas 1(2 tempat tidur / kamar). Total tempat tidur di paviliun Palem lantai 2 sebanyak 35 tempat tidur. Jumlah tenaga perawat di lantai 2 paviliun palem sebanyak 26 orang.

Petunjuk prosedur pelaksanaan mencuci tangan baik langkah-langkah pelaksanaannya maupun waktu pelaksanaannya sudah terdapat dimasing-masing lantai paviliun palem, terdempel didinding didekat pintu kamar pasien.

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian observasional dengan teknik pengumpulan data secara total sampling. Dari 56 populasi dipaviliun palem, hanya 53 sampel yang dapat dijadikan responden karena sebanyak 3 orang sedang tidak bertugas (1 orang cuti, 2 orang sakit), dan pengambilan

sampel dilakukan 1 Februari 2013 – 10 Februari 2013 di RS. DR . Wahidin Sudirohusodo Makassar

Analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat untuk melihat perhitungan nilai dari tiap variabel dalam bentuk distribusi frekuensi. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputersasi program SPSS. Adapun hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pelaksanaan mencuci tangan sesuai prosedur.

Table 5.1.1
Distribusi frekuensi pelaksanaan mencuci tangan sesuai prosedur

Sesuai prosedur		Tidak sesuai prosedur	
f	%	f	%
19	35,85	34	64,15

Sumber: Data primer 2013

Dari tabel 5.1.1 diatas menunjukkan bahwa masih ada 34 sample dari 53 sample yang diobservasi (64,15%) yang belum melaksanakan cuci tangan sesuai prosedur.

Table 5.1.2
Gambaran langkah mencuci tangan sesuai standard

No	Kegiatan	Dilakukan	%	Tidak Dilakukan	%	Jumlah
1	Mengambil handrub	53	100	0	0	53
2	Menggosok kedua telapak tangan	53	100	0	0	53
3	Menggosok telapak tangan kiri di atas punggung tangan kanan dan sebaliknya	53	100	0	0	53
4	Menggosok kedua telapak tangan dengan jari saling menyilang	51	96,2	2	3,8	53
5	Menggosok ruas tangan dengan jari saling mengunci	46	86,8	7	13,2	53
6	Menggosok ibu jari kanan secara melingkar didalam	33	62,3	20	37,7	53

	telapak tangan kiri yang berada dalam posisi mengempal dan sebaliknya					
7	Menggosok ujung jari tangan kanan diatas telapak tangan kiri dan sebaliknya	20	37,7	33	62,3	53

Sumber : Data Primer 2013

Dari tabel 5.1.2 menunjukkan bahwa dari 7 langkah mencuci tangan yang sesuai standard, langkah terakhir (ketujuh) yang paling banyak tidak dilakukan yaitu sebanyak 33 sample(62,3%).

2. Pelaksanaan mencuci tangan sesuai *Five moment*

Tabel 5.2.1

Distribusi frekuensi pelaksanaan mencuci tangan sesuai *five moment*

Sesuai <i>five moment</i>		Tidak sesuai <i>five moment</i>	
n	%	n	%
15	28,30	38	71,7

Sumber: data primer 2013

Dari tabel 5.2.1 menunjukkan bahwa pelaksanaan mencuci tangan sesuai *five moment* masih belum dilaksanakan oleh 38 sample (71,7 %).

Tabel 5.2.2

Gambaran pelaksanaan mencuci tangan sesuai *five moment*

Waktu pelaksanaan	Dilakukan	%	Tidak dilakukan	%	Jumlah
Sebelum menyentuh pasien	18	34	35	66	53
Sebelum membersihkan / melakukan prosedur aseptik	35	66	18	34	53
Setelah terpapar cairan tubuh pasien	100	100	0	0	53
Setelah menyentuh pasien	100	100	0	0	53
Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien	42	79,2	11	20,8	53

Sumber : Data Primer 2013

Dari tabel 5.2.2 menunjukkan bahwa pelaksanaan mencuci tangan paling banyak tidak dilakukan yaitu sebelum menyentuh pasien sebanyak 35 orang (66 %).

C. Pembahasan Penelitian

1. Gambaran pelaksanaan mencuci tangan sesuai prosedur standard

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti, pada tabel 5.1.1 menunjukkan bahwa pelaksanaan mencuci tangan sesuai prosedur adalah 19 orang(35.85%) dan yang tidak sesuai prosedur adalah 34 orang (64,15 %), sementara pada table 5.1.2 menunjukkan bahwa dari 7 langkah mencuci tangan yang benar, langkah ke-7 (33 responden = 37,7%) yang paling banyak tidak dilakukan oleh responden.

Mencuci tangan menjadi salah satu langkah yang efektif untuk memutuskan rantai transmisi infeksi, sehingga insidensi infeksi nosokomial dapat berkurang. Mencuci tangan menggunakan teknik yang tepat, mencakup seluruh permukaan tangan pada saat yang tepat, adalah lebih penting daripada bahan yang digunakan atau lamanya waktu yang dibutuhkan (WHO, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Girou et al., (2002) membuktikan bahwa cuci tangan dapat menurunkan jumlah kuman di tangan hingga 58%. Semakin luas budaya mencuci tangan akan membuat kontribusi signifikan untuk memenuhi target pembangunan milenium (Millenium Development Goals/MDGs) yakni mengurangi tingkat kematian anak-anak di bawah usia lima tahun pada tahun 2015 hingga sekitar 70%. Se-

lain itu, dengan hanya mencuci tangan kita dapat mencegah penyakit infeksius lainnya, seperti *meningitis*, *bronchiolitis*, *influenza*, *hepatitis A* (WHO,2009). . Perhatian khusus harus diberikan untuk membersihkan distal ibu jari, termasuk kulit antara ibu jari dan jari telunjuk, yang daerah subungual dan, menengah dan jari manis,serta jari kelingking, mengingat daerah ini sering diabaikan dalam mencuci tangan(Catherine Firanek dan Steven Guest,2011).

Pada umumnya flu dan pilek yang disebabkan oleh virus, tersebar melalui kontak secara langsung. Seseorang yang menderita flu apabila bersin dan menutup dengan kedua tangan lalu menyentuh telepon, *keyboard* ataupun gelas minuman. Kuman tersebut dapat menetap dan hidup beberapa jam di benda yang disentuh tersebut sampai menyebar ke orang lain. Oleh karena itu, peranan cuci tangan untuk pencegahan dan penyebaran penyakit itu sangatlah penting.“Cuci tangan masih merupakan cara terbaik untuk mencegah flu dan infeksi pernafasan yang ditularkan dari tangan ke mulut atau kontak melalui tangan ke hidung/mata”, kata dr. Samuel N. Grief, direktur medis Rumah Sakit di Universitas Illinois, Chicago(Aninditha, L,2013)

Saat ini, kepatuhan terhadap prosedur tetap cuci tangan dipertanyakan mengingat masih tingginya angka kejadian infeksi. angka kepatuhan cuci tangan menjadi penting untuk dicari sebagai evaluasi. Dalam 11 studi observasi, durasi pembersihan tangan oleh petugas kesehatan berkisar rata-rata dari 6,6 detik sampai 30 detik. Sementara

handrubbing ini dipantau dalam satu tambahan study untuk mencuci tangan mereka untuk periode waktu yang sangat singkat, petugas kesehatan sering gagal untuk mencuci semua permukaan tangan dan jari-jari mereka. Singkatnya, jumlah peluang kebersihan tangan per jam perawatan mungkin akan sangat tinggi dan bahkan jika kepatuhan kebersihan tangan tinggi juga, yang teknik diterapkan mungkin tidak memadai (Rosenthal, 2005).

2. Gambaran pelaksanaan encuci tangan sesuai *five moment*

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti, pada tabel 5.2.1 menunjukkan bahwa pelaksanaan mencuci tangan sesuai *five moment* adalah sebesar 28.30% (15 orang) dan yang tidak melaksanakan sesuai *five moment* adalah 38 orang (71,7%), sementara dari table 5.2.2 menunjukkan bahwa pelaksanaan mencuci tangan sesuai *five moment* belum dikerjakan seluruhnya oleh responden. Seluruh responden (53 responden) hanya mencuci tangan setelah terpapar cairan tubuh pasien dan setelah menyentuh pasien (100 %),selebihnya masih ada 35 (66 %) responden yang tidak mencuci tangan sebelum menyentuh pasien, 18 responden (34 %) yang tidak mencuci tangan sebelum membersihkan atau melakukan prosedur aseptik dan 11 responden (20,8 %) yang tidak mencuci tangan setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien.

Faktor risiko ketidakpatuhan terhadap kebersihan tangan telah ditentukan secara obyektif dalam beberapa studi observasional atau intervensi untuk meningkatkan kepatuhan. Dari hasil penelitian, baik perawat

maupun dokter ternyata sebagian besar tidak melakukan cuci tangan sebelum menangani pasien. Biasanya mereka mencuci tangan hanya pada saat setelah penanganan pasien secara keseluruhan selesai (Rosenthal, 2005).

Pengamatan yang dilakukan di kamar operasi Utrecht University Medical Centre (UMCU), rumah sakit akademis di Belanda menunjukkan Kepatuhan terhadap pedoman kebersihan tangan oleh staf sangat rendah. Ini berpotensi mengekspos pasien untuk transmisi mikroba, HCAs, dan membahayakan pasien. Interaksi yang intens antara pasien, staf, dan lingkungan kamar operasi yang diamati, sebanyak 28 operasi yang diamati (60 jam pengamatan). Rata-rata, 0,14 aplikasi kebersihan tangan per jam per anggota staf yang disaksikan. Setelah memasuki atau meninggalkan ruang operasi, kebersihan tangan dilakukan pada 2% (7/363) dan 8% (28/333) dari peluang. staf kamar operasi sering menyentuh pasien, kegagalan untuk menerapkan kebersihan tangan sebelum dan sesudahnya dapat menyebabkan kontaminasi dari alat, sehingga menciptakan reservoir untuk patogen yang dapat menginfeksi pasien berikutnya (AC Krediet, et al, 2011).

Dalam analisis multivariat, ketidakpatuhan terendah adalah di antara perawat dibandingkan dengan petugas kesehatan lain dan selama akhir pekan. Ketidakpatuhan lebih tinggi di ICU dibandingkan dengan penyakit dalam, selama prosedur yang membawa risiko tinggi intensitas kontaminasi bakteri, dan ketika perawatan pasien tinggi. Dengan kata

lain, semakin tinggi permintaan untuk kebersihan tangan, maka tingkat kepatuhan rendah. Tingkat kepatuhan terendah (36%) ditemukan di ICU, dimana indikasi untuk kebersihan tangan yang biasanya lebih sering (rata-rata, 22 peluang per pasien-jam). Tingkat kepatuhan tertinggi (59%) diamati di pediatri, di mana intensitas rata-rata perawatan pasien lebih rendah dari tempat lain (rata-rata, delapan peluang per pasien-jam), dan bahwa akses mudah ke kebersihan tangan pada titik perawatan pasien, yaitu khususnya melalui alkohol handrubbing, bisa membantu meningkatkan kepatuhan. Berbagai penelitian lain telah mengkonfirmasi hubungan antara intensitas perawatan pasien dan kepatuhan terhadap kebersihan tangan. WHO mendefinisikan 'lima momen' untuk kebersihan tangan dan menyoroti perlunya strategi baru untuk meningkatkan praktik kebersihan tangan sehari-hari atas dasar kepatuhan yang rendah saat ini (WHO, 2009).

Penelitian yang dilakukan di RSUP. DR. Kariadi Semarang menunjukkan, dari 1076 kesempatan yang mengindikasikan cuci tangan, hanya 279 prosedur cuci tangan dilaksanakan, sehingga keseluruhan angka cuci tangan yang didapatkan adalah sebesar 25,92% (Suryoputri A,D, 2011). Beberapa studi di Irlandia (2003), Zambia (2007), dan India (2008-2010) menunjukkan angka kepatuhan cuci tangan yang berkisar antara 30–50%. Hasil studi ini tidak jauh berbeda dengan studi-studi serupa yang telah dilaporkan di Nigeria (2011) dan Virginia (2000) dimana angka kepatuhan masih dilaporkan kurang memuaskan hasilnya (Balafa-

ma A, Peace I, 2011). Peningkatan dalam kepatuhan kebersihan tangan merupakan pemain utama dalam menurunkan baik transmisi (multiresisten) mikroorganisme dan tingkat infeksi. Kegagalan dalam kebersihan tangan yang tepat dianggap sebagai penyebab utama kesehatan terkait Infeksi (Haci) dan penyebaran organisme multi-resisten.

Mengingat pentingnya cuci tangan, maka setiap tanggal 15 Oktober dicanangkan sebagai Hari Cuci Tangan Sedunia. Perawat dapat menciptakan lingkungan yang sehat dengan cara mempromosikan perilaku sehat seperti mencuci tangan sebelum beraktifitas, senantiasa menutup mulut ketika batuk, tidak meludah sembarangan dan kebiasaan-kebiasaan kecil lainnya.

BAB VI

PENUTUP

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang gambaran pelaksanaan mencuci tangan oleh perawat di ruang perawatan paviliun palem RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada tanggal 01 Februari 2013–10 Februari 2013 di ruang perawatan paviliun palem, maka dapat diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Untuk mengembangkan ilmu keperawatan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka perawat perlu melakukan penelitian sebagai salah satu peran dan fungsi perawat. Berdasarkan hasil observasi dari penelitian Gambaran pelaksanaan mencuci tangan oleh perawat di ruang perawatan paviliun palem RSUP.DR.Wahidin Sudirohusodo Makassar, maka peneliti mengambil kesimpulan bahwa:

1. pelaksanaan mencuci tangan di ruang perawatan paviliun Palem RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar belum dilaksanakan seluruhnya sesuai prosedur standard yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit.
2. Masih ada perawat yang tidak melaksanakan prosedur mencuci tangan baik cara pelaksanaannya maupun waktu pelaksanaannya sesuai SOP yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh ada beberapa saran yang perlu diberikan, antara lain:

1. Bagi pihak rumah sakit agar sosialisasi pelaksanaan mencuci tangan agar terus dilaksanakan dan ditingkatkan.
2. Pengawasan dan monitoring juga perlu terus dilakukan utamanya oleh masing-masing kepala pelayanan keperawatan terhadap para perawat pelaksana yang langsung berhubungan dengan pasien sehingga pelaksanaan mencuci tangan dapat dilaksanakan sesuai prosedur.
3. Bagi peneliti selanjutnya agar melakukan penelitian dengan metode penelitian yang berbeda dan dengan jumlah populasi dan sampel yang lebih banyak sehingga didapatkan hasil yang lebih akurat dan dapat diketahui faktor-faktor yang menyebabkan perawat sehingga tidak melaksanakan mencuci tangan sesuai prosedur dan juga dapat diteliti hubungan dari pelaksanaan mencuci tangan dengan benar sesuai prosedur standard dengan angka kejadian infeksi nosokomial yang disebabkan melalui transmisi tangan perawat.

C. Keterbatasan penelitian

Beberapa keterbatasan yang dirasakan peneliti selama melaksanakan penelitian adalah sebagai berikut :

- a. Penelitian dilakukan dengan skala kecil.

- b. Penelitian ini dilakukan hanya di satu ruangan rumah sakit sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasi untuk seluruh ruangan dirumah sakit tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- A. C. Krediet, et al (2011) *Hand-hygiene practices in the operating theatre: an observational study*, British Journal of Anaesthesia 107, <http://bj.oxfordjournals.org/>
- Aninditha, I (2013), *cara mencuci tangan yang baik dan benar : kenapa, kapan & bagaimana*, <http://www.panadol.com/id/>
- Balafama A, Peace I. (2011), *handwashing practices amongst health workers in a teaching hospital*. American Journal of Infectious Diseases. 2011;7(1): 8-15, <http://bj.oxfordjournals.org/>
- Catherine Firanek and Steven Guest (2011), *hand hygiene in peritoneal dialysis*, Baxter Healthcare Corporation, Renal Division, McGaw Park, Illinois, USA, <http://www.pdiconnect.com/>
- Darmadi, (2008), *infeksi nosokomial, problematika dan pengendaliannya*, Salemba Medika, Jakarta
- Departemen Kesehatan R.I, (2005), *Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan* komnas-etik@litbang.depkes.go.id
- Ducel, G, (2002), *Prevention of hospital acquired infections: a practical guide*, <http://www.who.int/csr/resources/publications/whodscsreph200212.pdf>
- Hidayat, A. A, (2007), *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Salemba Medika, Jakarta
- James Joyce, Baker Colin, Swain Helen, (2008), *prinsip-prinsip sains untuk keperawatan*, Erlangga, Jakarta

- Murphy, Janice, (2002), *Literature Review On Relationship between Cleaning and Hospital Acquired Infections*, http://cupe.ca/updir/cleaning_and_infection_control.pdf
- Notoatmodjo, S. (2010), *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Parhusip, (2005), *Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial serta pengendaliannya*, <http://repository.usu.ac.id/paru-parhusip4.pdf>
- Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, (2008), Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar
- Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, (2010), Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar
- Rekam Medis, (2011), Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar
- Rizki Abror, (2009), *Menkes: Infeksi Nosokomial Harus Dikendalikan*, Senin, 9 November 2009 | 08:08 WIB, <http://www.kompas.com>
- Rosenthal Victor D., Guzman Sandra, Safdar Nasia, (2005), *Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina* <http://www.inicc.org/trabajos/196.pdf>
- Sugiono, (2010), *Metode Penelitian Pendidikan*, Alfabeta, Bandung
- Suryoputri, a.d., (2011), *perbedaan angka kepatuhan cuci tangan petugas Kesehatan di RSUP dr. Kariadi*, Karya Tulis Ilmiah, program pendidikan sarjana kedokteran Fakultas kedokteran Universitas Diponegoro.
- Wells, (2003), *Final Guideline: prevention of Health care Associated Infections in Primary and Community Care*, http://www.nice.org.uk/nice_media/pdf/infection_control_fullguideline.pdf

WHO (2008), *Penerapan Kewaspadaan Standar di fasilitas pelayanan kesehatan*, http://www.who.int/csr/resources/publications/AMStandardPrecautions_bahasa.pdf

WHO (2009), *guidelines on hand hygiene in health care*. [www.who. Int / patientsafety / en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en.pdf)

WHO (2012), *Hand Hygiene in Outpatient and Home-based Care and Long-term Care Facilities*, http://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Tempat Tugas :

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar ,dengan :

Nama : Zulham A.Hakim

Nim : C12111712

Judul Penelitian : “ Gambaran Pelaksanaan Mencuci Tangan Oleh Perawat Dalam Rangka Pencegahan Infeksi Nosokomial Di Ruang Perawatan Paviliun Palem RS.Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.”

Saya berharap penelitian ini tidak akan mempunyai dampak negatif serta merugikan bagi saya.

Demikian lembar persetujuan ini saya tanda tangani dan kiranya dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 2013

Responden

(.....)

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada yth.

Bapak/ibu/Sdr(i) Calon responden

Dengan Hormat.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Zulham A.Hakim

Nim : C12111712

Status : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas
Hasanuddin Makassar

Hendak melaksanakan penelitian dengan judul “ Gambaran Pelaksanaan Mencuci Tangan Oleh Perawat Dalam Rangka Pencegahan Infeksi Nosokomial Diruang Perawatan Paviliun Palem Rs.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

Bahwa penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk untuk kepentingan penelitian. Apabila ada biaya yang keluar terkait dengan penelitian ini, maka biaya tersebut akan menjadi tanggung jawab peneliti.

Jika anda tidak bersedia menjadi responden, tidak ada ancaman maupun sanksi bagi anda dan jika anda telah menjadi responden dan terjadi hal yang merugikan, maka anda boleh mengundurkan diri dan tidak berpartisipasi dalam penelitian. Saya sebagai peneliti mengucapkan banyak terima kasih atas kesediaan anda menjadi responden dalam penelitian ini.

peneliti

Lampiran 1. Kegiatan mencuci tangan dengan menggunakan handrub sesuai prosedur standar (pencegahan dan pengendalian infeksi, RS.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar, 2010)

LEMBAR OBSERVASI RESPONDEN

Nomor urut responden :.....

Tempat tugas :.....

NO	Kegiatan mencuci tangan oleh perawat	Dilakukan	Tidak dilakukan
1.	Mengambil handrub		
2.	Menggosok kedua telapak tangan		
3.	Menggosok telapak tangan kiri di atas punggung tangan kanan dan sebaliknya		
4.	Menggosok kedua telapak tangan dengan jari saling menyilang		
5.	Menggosok ruas tangan dengan jari saling mengunci		
6.	Menggosok ibu jari kanan secara melingkar didalam telapak tangan kiri yang berada dalam posisi mengepal dan sebaliknya		
7.	Menggosok ujung jari tangan kanan diatas telapak tangan kiri dan sebaliknya		

Makassar, 2013

Peneliti

(Zulham A.Hakim)

Nim.C12111712

Lampiran 2. Kegiatan mencuci tangan sesuai *five moment* (WHO,2009)

LEMBAR OBSERVASI RESPONDEN

Nomor urut responden :.....

Tempat tugas :.....

No	Kegiatan mencuci tangan	Dilakukan	Tidak dilakukan
1	Sebelum menyentuh pasien		
2	Sebelum mebersihkan/melakukan prosedur aseptik		
3	Setelah terpapar cairan tubuh pasien		
4	Setelah menyentuh pasien		
5	Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien		

Makassar, 2013

Peneliti

(Zulham A.Hakim)
Nim.C12111712

—

MASTER TABEL
 GAMBARAN PELAKSANAAN MENCUCI TANGAN DAN FIVE MOMENT HAND HYGIENE
 DI RS Dr.WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

NO	NO.URUT RESPON- DEN	PELAKSANAAN MENCUCI TANGAN							FIVE MOMENT HAND HYGYENE				
		LANG KAH 1	LANG KAH 2	LANG KAH 3	LANG KAH 4	LANG KAH 5	LANG KAH 6	LANG KAH 7	MO- MENT 1	MO- MENT 2	MO- MENT 3	MO- MENT 4	MO- MENT 5
1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
3	3	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
4	4	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
5	5	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1
6	6	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
7	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	8	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1
9	9	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
10	10	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2
11	11	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
12	12	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
13	13	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
14	14	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1
15	15	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1
16	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	17	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
18	18	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
19	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	21	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2
22	22	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2
23	23	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
24	24	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
25	25	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1
26	26	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1
27	27	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
28	28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	29	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
30	30	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2
31	31	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1
32	32	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1
33	33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
34	34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
35	35	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1

36	36	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
37	37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38	38	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
39	39	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2
40	40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41	41	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
42	42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43	43	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2
44	44	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
45	45	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2
46	46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
47	47	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
48	48	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
49	49	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2
50	50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
51	51	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
52	52	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
53	53	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2

Keterangan: 1= dilakukan 2 = tidak dilakukan

FREQUENCIES VARIABLES=langkah1 langkah2 langkah3 langkah4 langkah5
 langkah6 langkah7 moment1 moment2 moment3 moment4 moment5
 /STATISTICS=MEAN
 /HISTOGRAM
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequencie

Frequency Table

		langkah 1 mencuci tangan			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	dilakukan	53	100.0	100.0	100.0

		langkah 2 mencuci tangan			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	dilakukan	53	100.0	100.0	100.0

		langkah 3 mencuci tangan			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	dilakukan	53	100.0	100.0	100.0

		langkah 4 mencuci tangan			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	dilakukan	51	96.2	96.2	96.2
	tidak dilakukan	2	3.8	3.8	3.8
	Total	53	100.0	100.0	100.0

langkah 5 mencuci tangan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dilakukan	46	86.8	86.8	86.8
	tidak dilakukan	7	13.2	13.2	100.0
Total		53	100.0	100.0	

langkah 6 mencuci tangan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dilakukan	33	62.3	62.3	62.3
	tidak dilakukan	20	37.7	37.7	100.0
Total		53	100.0	100.0	

langkah 7 mencuci tangan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dilakukan	20	37.7	37.7	37.7
	tidak dilakukan	33	62.3	62.3	100.0
Total		53	100.0	100.0	

moment 1 hand higiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dilakukan	18	34.0	34.0	34.0
	tidak dilakukan	35	66.0	66.0	100.0
Total		53	100.0	100.0	

moment 2 hand hygiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dilakukan	35	66.0	66.0	66.0
	tidak dilakukan	18	34.0	34.0	100.0
Total		53	100.0	100.0	

moment 3 hand hygiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dilakukan	53	100.0	100.0	100.0

moment 4 hand hygiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dilakukan	53	100.0	100.0	100.0

moment 5 hand hygiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dilakukan	42	79.2	79.2	79.2
	tidak dilakukan	11	20.8	20.8	100.0
Total		53	100.0	100.0	