

NASKAH PUBLIKASI

**EFEKTIVITAS SIMULASI *HAND HYGIENE*
PADA *HANDOVER* KEPERAWATAN
DALAM MENINGKATKAN KEPATUHAN *HAND HYGIENE* PERAWAT**

**Diajukan Guna Memenuhi Sebagian Persyaratan
untuk Memperoleh Gelar Sarjana Strata 2**

Program Studi Manajemen Rumah Sakit



ZULPAHIYANA

20111030130

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

2013

NASKAH PUBLIKASI

**EFEKTIVITAS SIMULASI *HAND HYGIENE*
PADA *HANDOVER* KEPERAWATAN
DALAM MENINGKATKAN KEPATUHAN *HAND HYGIENE* PERAWAT**

**Diajukan Oleh:
ZULPAHIYANA
20111030130**

**Yogyakarta, 23 Desember 2013
Ketua Dewan Redaksi Jurnal *Medicoeticolegal*
Manajemen Rumah Sakit**

Dr. Susanto, M.S

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Zulpahiyana
NIM : 20111030130
Program Studi : Manajemen Rumah Sakit
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (Non Exclusive Royalti-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Efektivitas Simulasi *Hand Hygiene* pada *Handover* Keperawatan dalam Meningkatkan Kepatuhan *Hand Hygiene* Perawat”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta berhak menyimpan, mengalih mediakan, dan mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya (dengan atau tanpa pembimbing tesis) sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Dibuat di Yogyakarta
Pada Tanggal 23 Desember 2013

Yang Menyatakan

Zulpahiyana

EFEKTIVITAS SIMULASI *HAND HYGIENE*
PADA *HANDOVER* KEPERAWATAN
DALAM MENINGKATKAN KEPATUHAN *HAND HYGIENE* PERAWAT

Elsye Maria Rosa, Zulpahiyana
Program Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, bantul, Yogyakarta 55183

INTISARI

Latar Belakang: *Hospital Associated Infections* (HAIs) menjadi masalah dunia, yang menjadi salah satu penyebabnya karena kepatuhan *hand hygiene* petugas kesehatan khususnya perawat yang masih rendah. Data penelitian menunjukkan 80% penyebab infeksi disebarkan melalui tangan, dan tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* rata-rata dibawah 50%. Simulasi *hand hygiene* merupakan salah satu jenis pelatihan yang dilaksanakan setiap *handover* keperawatan, guna membentuk perilaku dan meningkatkan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *hand hygiene*.

Metode: Jenis penelitian ini adalah *quasy experiment* dengan desain *one group pre-posttest design*. Populasi semua perawat ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul, jumlah sampel 12 orang. Uji analisis menggunakan *chi-square* untuk mengetahui perbedaan kepatuhan sebelum dan setelah simulasi *hand hygiene*

Hasil dan Pembahasan: Hasil penelitian didapatkan, pelaksanaan *hand hygiene* sebelum intervensi (simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan) sebesar 39,17%, dimana persentase perawat yang melakukan *hand hygiene* sesuai dengan prosedur yang benar 0%. Pelaksanaan *hand hygiene* meningkat setelah intervensi menjadi 61,66% dengan persentase pelaksanaan *hand hygiene* yang benar sebesar 40,83%. Uji statistik menunjukkan hasil yang signifikan, dimana nilai $p=0,045$ ($p<0,05$), artinya terdapat perbedaan sebelum dan setelah pemberian simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan.

Kesimpulan dan saran: Simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan efektif dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* perawat. Oleh karena itu, pihak manajemen rumah sakit dapat menggunakan metode ini guna meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* perawat.

Kata kunci: *hand hygiene*, kepatuhan, perawat, simulasi, *handover* keperawatan.

ABSTRACT

Background : *Hospital Associated Infections (HAIs) is the world's problems, one of causes is nurses hand hygiene compliance are still low. Data showed 80% of infections spread by hand , and the level of adherence to hand hygiene nurse in an average of under 50%. Simulation of hand hygiene is one of the types of training conducted every nursing handover , in order to shape the behavior and accomplish their increased compliance in hand hygiene.*

Methods: *This research was an experimental design with one group pre-posttest design. Population were all of nurses in intensive care unit (ICU) PKU Muhammadiyah Hospital in Bantul, the sample size of 12 nurses. Test analysis using chi-square.*

Results and Discussion: *The results obtained, prior to the implementation of a hand hygiene intervention (simulation of hand hygiene in nursing handover) 39.17%, where the percentage of nurses who perform hand hygiene in accordance with proper procedures 0%. Implementation of hand hygiene improved after the intervention to 61.66% with the percentage of correct implementation of hand hygiene 40.83%. The statistical test showed significant results, where the value of $p = 0.045$ ($p < 0.05$), meaning that there is a difference before and after administration of simulated hand hygiene in nursing handover.*

Conclusions and suggestions: *Simulation of hand hygiene in nursing handover equally effective to improving hand hygiene compliance of nurses, therefore it can used to improve hand hygiene compliance of nurses.*

Keywords : *hand hygiene, compliance, nurse, simulation, handover of nursing.*

PENDAHULUAN

Hospital Associated Infections (HAIs) adalah infeksi yang didapatkan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit (RS). HAIs masih menjadi permasalahan diseluruh dunia. Angka kejadian HAIs di Indonesia belum diketahui jumlahnya, namun terdapat data dari beberapa negara di dunia seperti *United Kingdom* (UK) menunjukkan sekitar 300.000 pasien terkena HAIs, dan sekitar 5.000 orang diantaranya meninggal dikarenakan infeksi tersebut. HAIs menyebabkan *length of stay* (LOS), mortalitas dan biaya perawatan meningkat. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa pada 7 juta orang yang terkena HAIs terdapat peningkatan biaya perawatan sebesar 80 milyar dolar Amerika. *Central of Disease Control* (CDC) mengestimasi biaya pengeluaran RS meningkat menjadi 208% dikarenakan infeksi tersebut¹.

Jika dilihat dari unit di RS, maka *Intensive Care Unit* (ICU) menjadi urutan pertama terjadinya HAIs, karena ICU adalah unit dimana pasiennya memiliki kerentanan terkena infeksi. Pasien di ICU banyak mendapatkan tindakan invasif dan post operasi, yang memungkinkan mikroorganisme memiliki banyak peluang untuk berkembang, oleh karenanya harus tetap dipertahankan kesterilannya. Kesterilan maksudnya disini, tidak hanya kesterilan ruangan, tetapi juga kesterilan petugas kesehatan sebelum ataupun setelah kontak dengan pasien.

Jika melihat banyaknya kerugian yang disebabkan oleh HAIs, maka diperlukan upaya untuk menekan angka kejadian tersebut, salah satunya dengan membersihkan tangan, karena 80% infeksi disebarkan melalui tangan¹. Beberapa patogen penyebab HAIs memiliki frekuensi yang cukup tinggi ditangan, seperti: *Staphylococcus aureus* yang merupakan penyebab utama dari infeksi luka paska operasi dan *pneumonia* memiliki frekuensi sekitar 10-78% ditangan, *pseudomonas spp* merupakan patogen penyebab infeksi nafas bawah

memiliki frekuensi sekitar 1-25% ditangan, jamur termasuk *candida sp* sekitar 23-81% dan dapat bertahan selama satu jam ditangan². Hal tersebut menunjukkan bahwa setiap petugas di rumah sakit harusnya melakukan kebersihan tangan sebelum melakukan berbagai aktivitas, khususnya pada 5 momen penting yaitu: sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah berisiko kontak dengan cairan tubuh, setelah kontak dengan pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan³

Perawat yang merupakan salah satu petugas kesehatan memiliki resiko tinggi menularkan patogen melalui tangan, karena perawat memiliki peluang yang besar berada pada 5 momen penting tersebut, sehingga kepatuhan mencuci tangan perawat hendaknya ditingkatkan. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul yang merupakan tempat penelitian ini, didapatkan hasil dari 6 momen indikasi *hand hygiene* hanya 2 dilaksanakannya *hand hygiene*, serta langkah-langkah pelaksanaannya tidak sesuai dengan prosedur, dimana tidak ada perawat yang melakukan 6 langkah *hand hygiene* dengan benar, sehingga dibutuhkan cara untuk meningkatkan kepatuhan tersebut yakni melalui pelatihan.

Pelatihan adalah serangkaian aktivitas yang dirancang untuk meningkatkan keahlian, pengetahuan, pengalaman, ataupun perubahan sikap individu⁴. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal, diperlukan latihan secara terus menerus. Namun ada beberapa hal yang menjadi pertimbangan untuk melaksanakan pelatihan yang berkelanjutan antara lain: biaya untuk pelaksanaan pelatihan dan waktu luang perawat yang tidak mengganggu waktu kerja. Sulit untuk melaksanakan pelatihan khusus bagi semua perawat dalam satu waktu disebuah unit atau bangsal, karena perawat harus *standby* merawat pasien, apalagi di ICU dimana kondisi pasiennya lebih banyak dalam keadaan kritis atau kondisi yang memerlukan pemantauan yang intensif.

Salah satu cara untuk memberikan pelatihan yang berkontinuitas tanpa mengeluarkan biaya dan waktu khusus yaitu dengan melakukan simulasi pada *handover* keperawatan. Simulasi *hand hygiene* merupakan salah satu jenis metode pelatihan dengan memperagakan 6 langkah mencuci tangan yang benar pada 5 momen penting *hand hygiene*. Simulasi *hand hygiene* pada penelitian ini akan dilaksanakan setiap pergantian shift, pada saat dilakukan *handover* keperawatan. Tata caranya yaitu: salah satu perawat yang bertugas memimpin *handover* keperawatan membacakan 5 momen dilakukannya *hand hygiene* dan memperagakan simulasi 6 langkah *hand hygiene* yang benar dengan diikuti oleh seluruh perawat yang. Waktu yang dibutuhkan untuk simulasi ini sekitar 3 menit.

Simulasi *hand hygiene* yang dilaksanakan pada *handover* keperawatan diharapkan dapat sebagai media pengingat serta dapat meningkatkan motivasi perawat dalam melakukan *hand hygiene*. Harapan akhirnya terjadi perubahan sikap yaitu peningkatan kepatuhan *hand hygiene* perawat. Untuk mengetahui efektivitas simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* perawat dibutuhkan pembuktian secara ilmiah, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan hal tersebut.

BAHAN DAN CARA

Jenis penelitian ini adalah *quasy experiment* dengan desain *one group pre-posttest design*. Penelitian ini terdiri dari satu kelompok yang diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi. Populasi penelitian ini adalah semua perawat yang bekerja di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul yang berjumlah 12 orang perawat. Tehnik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *total sampling* yaitu seluruh perawat yang bekerja di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul, yang berjumlah 12 orang perawat, sedangkan jenis pengambilan data sampel penelitian menggunakan *quota*

sampling dimana peneliti mengambil 10 momen pada setiap perawat, sehingga data yang didapatkan berjumlah 120 momen.

Pengumpulan data dilakukan dengan metode observasi dengan menggunakan *checklist* untuk mengetahui tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene*. *Checklist* ini terdiri dari 3 bagian yaitu: 5 momen penting *hand hygiene*, tata cara mencuci tangan, dan *hand rubbing* menggunakan bahan berbasis alkohol.

Data dikumpulkan melalui 2 tahap, yaitu pretes dan postes. Pretes dilakukan untuk mengetahui tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* sebelum dilakukannya intervensi (simulasi *hand hygiene* pada *hand over* keperawatan). Cara mengumpulkan datanya dengan melakukan observasi langsung selama 10 hari. Setelah dilakukan intervensi yang berupa simulasi *hand hygiene*, selanjutnya dilakukan postes. Pengambilan data postest dilakukan satu minggu setelah intervensi. Cara pengumpulan datanya sama dengan pretes yaitu dengan melakukan observasi langsung untuk mengetahui kepatuhan *hand hygiene*. Waktu pelaksanaan postes yakni 18 hari, karena jumlah pasien di ICU yang sedikit sehingga aktivitas perawatan pasien kurang. Sedangkan untuk proses pelaksanaan simulasi *hand hygiene* mengacu pada *guideline* simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan yang dibuat oleh peneliti.

Analisis data pada penelitian ini digolongkan menjadi univariat dan bivariat. Analisis data univariat meliputi: jenis kelamin, usia, dan tingkat pendidikan yang disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. Sedangkan analisis bivariat yang digunakan yaitu *chi-square* untuk mengetahui perbedaan tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat sebelum dan setelah dilakukannya simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan.

HASIL

Tabel 1. Frekuensi simulasi *hand hygiene*

No.Responden	Memimpin Simulasi <i>Hand Hygiene</i>	Peserta Simulasi <i>Hand Hygiene</i>	Total
1	4	4	8
2	6	5	11
3	2	8	10
4	0	10	10
5	0	8	8
6	3	5	8
7	0	7	7
8	1	9	9
9	0	8	8
10	1	8	9
11	0	8	8
12	2	6	10
Total	19 kali	Rata-rata	8,83 kali

Sumber: Data primer

Tabel diatas menunjukkan frekuensi simulasi *hand hygiene*. Dapat dilihat bahwa total pelaksanaan simulasi *hand hygiene* yaitu 19 kali. Perawat yang menjadi pemimpin simulasi adalah perawat yang memimpin *handover* keperawatan, terdiri dari kepala ruang atau ketua tim. Pada beberapa kali pertemuan perawat pelaksana pernah memimpin simulasi karena pada saat itu kepala ruang ataupun ketua tim tidak memiliki jadwal jaga. Frekuensi perawat yang mengikuti simulasi hampir sama dengan rata-rata 8,83 kali.

Tabel 2. Frekuensi 5 moment *hand hygiene*

No	Kriteria Observasi	Pretest		Posttest	
		n	%	n	%
1	Sebelum kontak pasien	37	30,83	41	34,16
2	Sebelum tindakan aseptis	9	7,5	6	5
3	Setelah kontak pasien	32	26,67	38	31,67
4	Setelah kontak dengan cairan tubuh	19	15,83	14	11,67
5	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	23	19,17	21	17,5
TOTAL		120	100	120	100

Sumber: Data Primer

Tabel diatas menunjukkan frekuensi *5 moment hand hygiene*. Didapatkan hasil momen yang paling banyak terjadi, baik pada pretest maupun posttest yakni pada momen sebelum kontak pasien, sedangkan momen yang paling sedikit terjadi pada momen sebelum tindakan aseptis.

Tabel 3. Frekuensi kepatuhan *hand hygiene* pada setiap momen

No	Kriteria Observasi	Pretest		Posttest	
		Patuh	Tidak Patuh	Patuh	Tidak patuh
1	Sebelum kontak pasien	0	37	11	30
2	Sebelum tindakan aseptis	0	9	1	5
3	Setelah kontak pasien	0	32	20	18
4	Setelah kontak dengan cairan tubuh	0	19	9	5
5	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	0	23	8	13
TOTAL		0	100	120	100

Sumber: Data Primer

Angka kepatuhan *hand hygiene* perawat mengalami peningkatan pada setiap momen, dan angka ketidak patuhannya mengalami penurunan. Pada saat pretest, ketidak patuhan *hand hygiene* perawat terbanyak pada momen sebelum kontak dengan pasien, namun mengalami penurunan pada saat posttest. Angka kepatuhan pada saat posttest mengalami peningkatan pada momen ini. Angka kepatuhan yang paling rendah pada momen sebelum kontak dengan pasien, namun angkat ketidakpatuhannya mengalami penurunan.

Tabel 4 Frekuensi *hand hygiene*

	Pretest		Posttest	
	N	%	n	%
<i>Hand washing</i>	35	29,17	43	35,83
<i>Hand rubbing</i>	12	10	31	25,83
Tidak melakukan <i>hand hygiene</i>	73	60,83	46	38,34

Sumber: Data Primer

Dari tabel diatas, dapat diketahui bahwa responden banyak yang tidak melakukan *hand hygiene* baik sebelum ataupun setelah intervensi. Namun, terjadi penurunan jumlah responden yang tidak melakukan *hand hygiene* setelah dilakukannya intervensi. Responden lebih banyak melakukan *hand washing* dibandingkan dengan *handrub* baik sebelum ataupun setelah intervensi, dan keduanya mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi.

Tabel 5. Kepatuhan *hand hygiene*

	Pretest		Posttest	
	N	%	n	%
Patuh	0	0	49	40,83
Tidak Patuh	120	100	71	59,17

Sumber: Data Primer

Sebelum dilakukannya simulasi *hand hygiene*, tingkat kepatuhan *hand hygiene* 0 dari 120 momen, dan setelah diberikan intervensi (simulasi *hand hygiene*) kepatuhannya meningkat menjadi 49 momen yakni 27 momen pada *hand washing* dan 22 momen pada *hand rubbing*.

Tabel 6. Expected Count

	Pretest	Posttest
Patuh	60,0	Normal
Tidak patuh	60,0	Normal

Sumber: Data Primer

Tabel diatas menunjukkan nilai *expected* yang merupakan syarat dari uji *chi-square*. Didapatkan hasil lebih dari 5 yakni 60 baik pada pretest ataupun pada posttest, sehingga dapat dilanjutkan menggunakan uji *chi-square*.

Tabel 7. Uji Hipotesis

	Mean	Standar Deviasi	Chi-Square	p
Pretest	0,23	0,11	4,033	0,045
Posttest	0,52	0,24		

Sumber: Data Primer

Tabel tersebut menunjukkan hasil uji hipotesis menggunakan *chi-square*. Didapatkan rata-rata kepatuhan *hand hygiene* perawat sebelum intervensi 0,22 dengan standar deviasi sebesar 0,11, sedangkan setelah intervensi meningkat menjadi 0,52 dengan standar deviasi 0,24. Nilai p yang didapat yakni 0,045 ($p < 0,05$), artinya ada perbedaan kepatuhan *hand hygiene* perawat sebelum dan setelah intervensi dengan nilai *chi-square* = -4,033.

PEMBAHASAN

1. Gambaran Pelaksanaan simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan

Simulasi *hand hygiene* merupakan salah satu jenis pelatihan dengan memperagakan 6 langkah *hand hygiene* yang benar berdasarkan standar WHO. Kegiatan ini dilakukan setiap *handover* keperawatan (tiga kali dalam sehari), dimana perawat yang bertugas memimpin *handover* keperawatan memimpin pelaksanaan simulasi dengan menyebutkan 5 momen *hand hygiene* serta memimpin peserta lainnya untuk memperagakan 6 langkah *hand hygiene* secara bersama-sama. Sebelum pelaksanaan simulasi, terlebih dahulu ketua PPI RS PKU Muhammadiyah Bantul memberikan materi kepada perawat ICU serta instruksi agar perawat melaksanakan kegiatan ini pada saat *handover* keperawatan.

Simulasi *hand hygiene* pada penelitian ini dilakukan selama 7 hari. Hari pertama adalah pemberian materi dan pengantar pelaksanaan *hand hygiene*. Pada saat ini, setiap perawat juga diberikan modul yang berisi materi tentang *hand hygiene* guna meningkatkan pengetahuannya. *Handover* berikutnya adalah pelaksanaan simulasi oleh perawat sendiri

yang berjumlah 19 kali simulasi. Dalam sehari, setiap perawat memiliki peluang dua kali mengikuti *hand hygiene*, yakni pada saat akan jaga, dan lepas jaga. Perawat yang tidak mengikuti *hand hygiene* dikarenakan libur jaga dan cuti sehingga rata-rata perawat yang mengikuti simulasi saat penelitian sebesar 8,83 kali.

2. Gambaran Pelaksanaan 5 momen *hand hygiene*

Pelaksanaan 5 moment *hand hygiene* baik sebelum dan setelah intervensi hampir sama, dimana frekuensi momen terbanyak pada saat sebelum kontak pasien yakni 30,83% pada pretest dan 34,16% pada posttest. Banyak perawat yang tidak menyadari keharusan mencuci tangan sebelum bersentuhan dengan pasien. Terlebih ketika perawat akan melakukan tindakan yang mengharuskan untuk menggunakan *handscoon*. Perawat merasa aman jika sudah menggunakan *handscoon*, sehingga dianggap tidak perlu untuk melakukan *hand hygiene* lagi.

Frekuensi momen terbanyak kedua yakni setelah kontak dengan pasien sebesar 26,67% pada pretest dan 31,67% pada posttest. Perawat menganggap tidak perlu melakukan *hand hygiene* jika hanya bersentuhan dengan pasien dalam waktu beberapa detik. Perawat seringkali tidak melakukan *hand hygiene* setelah kontak dengan pasien kemudian kontak lagi dengan pasien lainnya, bahkan masih menggunakan *handscoon* yang sama tanpa diganti. Perawat juga pernah melakukan tindakan pada beberapa pasien, namun masih menggunakan *handscoon* yang sama, tanpa diganti atau dilepas melainkan melakukan *handrub* dengan *handscoon* yang masih terpakai.

Penggunaan sarung tangan baik bersih ataupun steril tidak mengubah atau menggantikan pelaksanaan *hand hygiene*. *Hand hygiene* harus dilakukan sebelum mengenakan sarung tangan dan setelah sarung tangan dilepas³. *Hand hygiene* harus

dilakukan dengan benar sebelum dan setelah melakukan tindakan keperawatan walaupun menggunakan sarung tangan atau alat pelindung diri guna menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang ada ditangan sehingga penyebaran penyakit dapat dikurangi dan pasien terjaga dari infeksi.

Perawat ICU memiliki peluang yang besar untuk bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien, karena di ruang ICU keluarga pasien tidak dapat secara langsung membantu merawat pasien, sehingga segala kebutuhan pasien dilakukan oleh perawat. Walaupun hanya tindakan yang sederhana misalnya memperbaiki selimut pasien. Perawat sering melakukan tindakan yang sederhana tanpa melakukan *hand hygiene* setelahnya, misalnya menyentuh tempat tidur pasien, memperbaiki letak posisi infus, dan memperbaiki monitor yang ada disamping tempat tidur pasien.

Persentasi momen setelah kontak dengan lingkungan pasien pada penelitian ini didapatkan hasil 19,17% pada pretest dan 17,5% pada posttest. Indikasi ini ditentukan oleh terjadinya kontak terakhir dengan benda disekitar pasien dan permukaan di lingkungan pasien (tanpa menyentuh pasien). Tujuannya untuk melindungi petugas kesehatan dari kolonisasi oleh kuman yang mungkin ada pada permukaan / benda di lingkungan pasien dan untuk melindungi lingkungan perawatan terhadap kontaminasi kuman dan potensi penyebarannya³.

Momen setelah kontak dengan cairan tubuh pada penelitian ini sebesar 15,83% pada pretest dan 11,67% pada posttest. Tindakan yang termasuk pada momen ini meliputi melakukan *suction*, membuang urine pasien setiap 8 jam sekali, melakukan *oral hygiene* setiap pagi, dan resiko terpapar dengan darah misalnya memasang infus, memperbaiki infus, pengambilan darah dan membersihkan luka yang masih basah. Biasanya setelah melakukan

tindakan ini perawat langsung melakukan *hand hygiene* karena persepsi perawat yang menganggap cairan tubuh pasien itu kotor.

Momen setelah melakukan tindakan aseptis sebesar 7,5% pada pretest dan 5% pada posttest. Sebelum tindakan aseptis yaitu segera setelah menyentuh bagian tubuh pasien yang berisiko infeksi. Contoh: sebelum melakukan *oral hygiene* pasien, meneteskan obat tetes mata, pemeriksaan vagina atau rectal, pemeriksaan mulut, hidung, telinga dengan atau tanpa menggunakan instrumen, sebelum melakukan perawatan luka, dan sebagainya.

Indikasi ini ditentukan oleh terjadinya kontak terakhir dengan permukaan di daerah perawatan dan dalam zona pasien (termasuk pasien dan lingkungannya) , prosedur yang melibatkan kontak langsung maupun tidak langsung dengan lendir membran , kulit atau perangkat medis untuk tindakan invasif. Tujuannya yaitu untuk mencegah penularan kuman dari satu bagian tubuh kebagian tubuh lainnya pada pasien yang sama melalui inokulasi³.

3. Pelaksanaan *hand washing* dan *handrubbing*

Jenis *hand hygiene* pada penelitian ini terdiri dari *hand washing* dan *handrubbing*. Pada saat pretest perawat yang melakukan *hand washing* sebesar 29,17% sedangkan pada saat posttest mengalami peningkatan sebesar 35,83%. Sebelum intervensi dari 35 momen dilakukannya *hand washing*, tidak ada yang melakukan prosedur *hand washing* dengan benar, dimana tidak ada yang melakukan poin 6 langkah cuci tangan terlaksana, 3 momen tidak mengeringkan dengan handuk satu kali pakai / tisu, dan 22 momen waktunya kurang dari 40-60 detik.

Hand washing (mencuci tangan) adalah proses menggosok kedua permukaan tangan dengan kuat secara bersamaan menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme sebanyak mungkin¹. Mencuci

tangan dilakukan apabila tangan terlihat kotor, atau terkontaminasi oleh cairan tubuh. Perawat di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul melakukan *hand washing* dengan tepat yakni ketika tangan terlihat kotor dan selalu pada momen setelah kontak dengan cairan tubuh, tetapi ketika akan menghitung *balance* cairan, perawat sekaligus membuang urin semua pasien dengan menggunakan satu sarung tangan tanpa diganti ataupun tanpa melakukan *hand hygiene* terlebih dahulu.

Salah satu penyebab tidak patuhnya petugas kesehatan melakukan cuci tangan karena ketakutan petugas kesehatan terkena dermatitis iritan terkait dengan semakin seringnya terpapar sabun dan air⁶. Penggunaan sabun yang sering dan berulang memang dapat menyebabkan dermatitis iritan, sehingga perawatan tangan yang mencakup penggunaan krim sangat penting untuk mencegah iritasi pada kulit¹. Oleh karena itu, pihak rumah sakit hendaknya menyediakan krim tersebut sehingga perawat tidak takut lagi terkena dermatitis yang disebabkan karena mencuci tangan.

Ketika tangan tidak terlihat kotor, maka perawat dapat melakukan *handrubbing* dengan bahan berbasis alkohol. Frekuensi pelaksanaan *handrub* pada pretest yakni 12 momen dengan kepatuhan 0 momen, sedangkan pada saat posttest sebanyak 31 momen dengan angka kepatuhan 22 momen. Penyebab ketidakpatuhan tersebut sama dengan pelaksanaan *hand hygiene* dimana perawat tidak melakukan 6 langkah mencuci tangan yang benar dan waktunya kurang dari 20-30 detik.

Hand rub adalah tindakan menggosok tangan dengan berbahan dasar alkohol tanpa air⁷. Penggosokkan tangan ini dilakukan dengan menggunakan senyawa berbahan dasar alkohol (Misalnya, etanol, npropanol atau isopropanol) yang digunakan dengan cara bilas (*rinse*) dan gosok (*rub*) untuk tangan¹. Di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul telah menyiapkan *handrubbing* yang berbahan dasar alkohol disetiap tempat tidur pasien.

4. Kepatuhan *hand hygiene*

Intensive Care Unit (ICU) menjadi urutan pertama terjadinya *Hospital Associated Infection* (HAIs) karena ICU adalah unit dimana pasien memiliki kerentanan terkena infeksi, sehingga dibutuhkan upaya untuk menekan angka tersebut dengan melakukan kebersihan tangan. Kebersihan tangan merupakan salah satu cara yang efektif untuk mencegah terjadinya kontaminasi silang dari petugas kesehatan dengan pasien. Walaupun demikian, masih banyak petugas kesehatan khususnya perawat yang tidak melakukan kebersihan tangan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di RS PKU Muhammadiyah Bantul menunjukkan frekuensi *hand hygiene* perawat sebelum intervensi (simulasi *hand hygiene* sebelum *handover* keperawatan) sebesar 39,17% atau 47 dari 120 momen (35 *handwashing* dan 12 *handrubbing*).

ICU merupakan unit pelayanan rawat inap dirumah sakit yang memberikan perawatan khusus pada penderita yang memerlukan perawatan lebih intensif. Perawat ICU dikenal memiliki stres kerja yang tinggi dan kesempatan lebih banyak untuk melakukan *hand hygiene*. Stres kerja yang tinggi adalah salah satu faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan perawat dalam melaksanakan *hand hygiene*⁸. Namun hasil penelitian yang dilakukan oleh Wandel, dkk (2010) menemukan stres kerja tidak memiliki pengaruh langsung terhadap perilaku *hand hygiene*.

Penyebab tidak dilaksanakannya *hand hygiene* antara lain: kurangnya komitmen kelembagaan dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* akses terhadap fasilitas mencuci tangan, ketakutan petugas kesehatan terkena dermatitis iritan terkait dengan semakin seringnya terpapar sabun dan air, serta kurangnya pengetahuan tentang pentingnya kebersihan tangan dalam mengurangi penyebaran infeksi⁶.

Komitmen kelembagaan dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* di RS PKU Muhammadiyah Bantul belum kuat, walaupun panitia PPI telah melakukan upaya dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* melalui sosialisasi ke setiap unit, namun pelaksanaannya belum maksimal serta belum ada regulasi yang tegas menyatakan *hand hygiene* harus dilaksanakan pada momen yang telah distandarkan. Komitmen kelembagaan sangat penting untuk meningkatkan kepatuhan *hand hygiene*. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Khaled, dkk (2008) menunjukkan adanya prosedur tetap pencegahan infeksi dan dukungan kelembagaan yang diikuti dengan observasi secara terus menerus serta umpan balik kinerja perawat dapat meningkatkan praktik cuci tangan sebesar 97,3%.

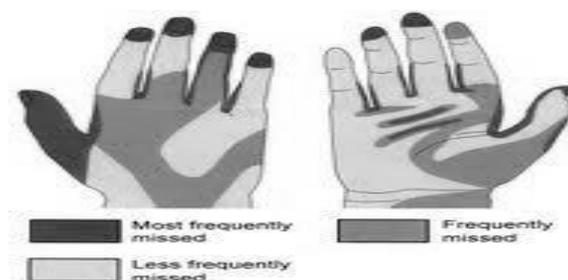
Panitia PPI RS PKU Muhammadiyah Bantul juga bertanggung jawab untuk menyediakan fasilitas *hand hygiene* diberbagai unit termasuk di ICU. Terdapat 1 wastafel di ners station, dan bahan untuk *handrub* disetiap tempat tidur pasien. Ketersediaan fasilitas ini seharusnya dapat menjadi pemicu bagi perawat untuk melaksanakan cuci tangan. Diatas wastafel juga telah terpasang poster mengenai langkah-langkah mencuci tangan. Mudahnya akses untuk mencuci tangan serta pemasangan poster yang terus menerus dapat menyebabkan perubahan perilaku. akan tetapi *support* atau motivasi dari pimpinan baik kepala ruang, bidang keperawatan, ataupun petugas PPI sendiri untuk melaksanakan isi dari poster tersebut masih kurang⁹.

Perawat ICU menyatakan tidak khawatir tangannya rusak jika sering melakukan cuci tangan, hanya saja perawat mengeluhkan tangannya yang kering jika sering melakukan cuci tangan. Penggunaan sabun yang sering dan berulang memang dapat menyebabkan dermatitis iritan, sehingga perawatan tangan yang mencakup penggunaan krim sangat penting untuk mencegah iritasi pada kulit³. Oleh karena itu, pihak rumah sakit hendaknya menyediakan

krim tersebut sehingga perawat tidak takut lagi terkena dermatitis yang disebabkan karena mencuci tangan.

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan melaksanakan *hand hygiene*. Tingkat pengetahuan tentang *hand hygiene* tidak hanya sebatas pentingnya pelaksanaannya, namun juga harus mencakup indikasi dan tehnik pelaksanaannya. Banyak perawat yang mengetahui tujuan *hand hygiene* untuk mencegah kontaminasi silang antara petugas kesehatan ke pasien, namun tidak banyak perawat yang mengetahui indikasi dan tehnik pelaksanaan *hand hygiene*. Hal ini terlihat dari tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat sebelum intervensi sebesar 0%, karena tidak ada perawat yang melaksanakan prosedur 6 langkah *hand hygiene* dengan benar. Kepatuhan ini meningkat menjadi 40,83% setelah intervensi.

Hand hygiene perlu memperhatikan area permukaan tangan yang akan digosok. Seringkali *hand hygiene* tidak sesuai prosedur dapat menyebabkan ada bagian area permukaan tangan yang tidak tergosok sehingga mikroorganisme masih menempel pada area tersebut¹⁰. Berikut ini area tangan yang masih terkontaminasi bakteri jika tidak melakukan prosedur mencuci tangan dengan benar.



Gambar 4.1

Gambar yang diarsir terang merupakan area yang sering terlewatkan apabila tidak melakukan *hand hygiene* sesuai dengan prosedur.

5. Pengaruh simulasi *hand hygiene* pada saat operan jaga terhadap kepatuhan perawat

Berdasarkan uji *chi-square* didapatkan hasil yang signifikan yaitu $p=0,045$ yang artinya simulasi *hand hygiene* efektif untuk meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* perawat. Hal ini disebabkan karena simulasi dapat meningkatkan pengetahuan, kemampuan, serta menghasilkan perubahan dalam kebiasaan bekerja.

Simulasi yang merupakan salah satu jenis pelatihan ini dapat meningkatkan pengetahuan para pesertanya, tidak hanya tentang pentingnya *hand hygiene*, tetapi juga tentang tehnik-tehniknya. Ketika memulai pelaksanaan *hand hygiene*, ketua PPI RS PKU Muhammadiyah Bantul memberikan materi selama 30 menit terkait dengan *hand hygiene*, tujuan dan manfaatnya, 5 momen *hand hygiene*, serta langkah-langkah pelaksanaannya. Peneliti juga memberikan modul kepada peserta terkait dengan materi yang disampaikan.

Helder, dkk (2010) juga pernah melakukan penelitian di *Neonatal Intensive Care Unit* yakni memberikan program edukasi selama 30 menit kepada petugas kesehatan, didapatkan hasil terjadi peningkatan kepatuhan setelah diberikan edukasi sebesar 26,3%. Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan, dimana terjadi peningkatan pelaksanaan *hand hygiene* setelah diberikan pelatihan dalam bentuk simulasi sebesar 21,66%.

Pengetahuan merupakan unsur pokok dalam perubahan perilaku bagi setiap individu. Pengetahuan juga dikatakan sebagai suatu pembentukan secara terus menerus oleh seseorang dan setiap saat mengalami reorganisasi karena ada pemahaman- pemahaman baru. Seseorang yang dipaparkan oleh pengetahuan yang terus menerus tentunya akan memberikan pengaruh terhadap perilakunya¹¹. Begitu juga, jika perawat diberikan pengetahuan tentang pentingnya *hand hygiene* maka dapat meningkatkan perilaku *hand hygienenya*. Dapat dilihat pada

penelitian ini bahwa terjadi peningkatan tata cara *hand hygiene* yang benar dari 0% menjadi 40,83% setelah diberikan intervensi.

Proses perubahan perilaku dapat terjadi dalam waktu pendek (spontan) atau dalam waktu lama bergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhinya¹². Perubahan perilaku yang spontan dapat terjadi apabila seseorang memiliki pemahaman yang baik dan positif, dan berfikir akan mendapatkan kerugian jika tidak melaksanakannya. Perilaku yang didasarkan pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan¹³.

Perubahan perilaku *hand hygiene* dapat terjadi setelah diberikan simulasi dalam waktu satu minggu dimana terjadi peningkatan kepatuhan *hand hygiene* perawat, namun perilaku tersebut tentu saja akan terbentuk secara optimal jika membutuhkan waktu yang lama untuk pembiasaan, yang pada akhirnya akan terbentuk budaya *hand hygiene* yang baik. Untuk itu, pengawasan dari pihak manajemen rumah sakit khususnya tim PPI harus dilaksanakan, dengan melakukan audit *hand hygiene* setiap bulan, sehingga akan terlihat grafik penurunan dan peningkatan kepatuhan *hand hygiene*. Pemberian motivasi juga harus tetap dilakukan, agar perawat terus menerus melakukan *hand hygiene*.

Motivasi adalah faktor yang berpengaruh di dalam proses pembelajaran dan salah satu tujuan dari pelatihan adalah untuk meningkatkan motivasi peserta untuk belajar. Pelatihan juga dapat meningkatkan motivasi. Begitu juga dengan simulasi *hand hygiene* yang merupakan salah satu jenis pelatihan ini tentunya juga dapat meningkatkan motivasi. Seseorang yang memiliki motivasi yang tinggi, dapat meningkatkan kinerjanya, hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Riyadi (2007) yang menemukan adanya hubungan yang signifikan antara kinerja dengan perilaku. Begitu juga, apabila perawat memiliki motivasi yang tinggi, juga dapat meningkatkan kinerjanya dalam melakukan *hand hygiene*. Pada saat pelaksanaan simulasi *hand hygiene*, kepala ruang juga memberikan

motivasi kepada perawat untuk meningkatkan pelaksanaan *hand hygiene*, mengingat pentingnya manfaat dari *hand hygiene* tersebut.

Salah satu manfaat dari pelaksanaan *hand hygiene* yaitu melindungi petugas kesehatan sendiri dari infeksi yang didapat di rumah sakit. Hal yang juga ditekankan kepada perawat pada pertemuan pertama simulasi *hand hygiene* yakni saat pemberian materi oleh tim PPI. Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu itu sendiri.

Pelaksanaan pelatihan merupakan salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* dari 48% menjadi 68%, namun membutuhkan waktu dan biaya yang banyak². Sulit untuk menentukan waktu untuk melaksanakan pelatihan kepada seluruh perawat dalam satu waktu mengingat pekerjaan perawat *pershift*. Simulasi *hand hygiene* yang dilakukan setiap *handover* tidak membutuhkan biaya dan waktu yang diperlukan sekitar 5 menit, sehingga dapat digunakan sebagai alternatif untuk meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* perawat.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian di RS PKU Muhammadiyah Bantul, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut: tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul rendah sebelum diberikan intervensi berupa simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan. Tingkat kepatuhan *hand hygiene* perawat di ICU RS PKU Muhammadiyah Bantul mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi berupa simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan. Simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan efektif dalam meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* perawat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Keevil, Bill. (2011). *Reducing HAIs in ICUs with copper touch surfaces*. University of Southampton.
2. Kampf, Gunter., Loffler, Haraland., & Gastmeier, Petra. (2009). *Hand Hygiene for the Prevention of Nosocomial Infections*. Vol.8, hh. 649-655.
3. World Health Organization. (2009). *A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy*.
4. Shimokura G, Weber D, Miller W, Wurtzel H, Alter M.(2006). *Factors associated with personal protection equipment use and hand hygiene among hemodialysis staff*. Am J Infect Control;34:100-7.
5. Pittet D, Donalson L. (2005) *Clean care is safer care: a worlwide priority*,**366**:1246-7.
6. Boyce, J. M. (1999). *It is Time for Action: Improving Hand Hygiene in Hospitals*. *Annals of Internal Medicine*, 130 (2), 153-155.
7. Widmer AF. (2000). *Replace hand washing with use of a waterless alcohol hand rub?* *Clinical Infectious Disease*. hh: 136-43.
8. Pittet, D. (2001). *Compliance with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections*. *Journal of Hospital Infection*. Hh. 40-46
9. Helder, dkk. (2010). *The impact of an education program on hand hygiene compliance and nosocomial infection incidence in an urban Neonatal Intensive Care Unit: An intervention study with before and after comparison*. Vol. 47. Hh. 1245–1252
10. Rotter ML, Koller W, Neumann R. (1991). *The influence of cosmetic additives on the acceptability of alcohol-based hand disinfectants* *J Hosp Infect* Hh:57—63.
11. Mangkuprawiro. (2003) .*Manajemen Sumber Daya Manusia Stratejik*. Jakarta: PT Ghalia Indonesia.
12. Maulana, Heri, D.J.. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
13. Notoatmodjo, S..(2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.