

PENERAPAN METODE *COOPERATIVE LEARNING* DALAM PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN KETEPATAN CUCI TANGAN DI IGD (INSTALASI GAWAT DARURAT) RSUD WONOSARI

Rinaldi Sahputera¹, Merita Arini², Kusbaryanto³

¹Student of Master Hospital Management, Post Graduate Program, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

²Lecturer of Medical Education, Faculty of Medicine and Health science, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

³Lecturer of Master Hospital Management, Post Graduate Program, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

E-mail: renaldisahputera@gmail.com

Keyword: *Hand hygiene, Healthcare Associated Infections*

Abstract: *Hand washing with soap is the cheapest and most effective health intervention to reduce the risk of transmission of Healthcare Associated Infections (HAIs). However, the implementation of hand hygiene (HH) usually low. This study aims to improve the knowledge and accuracy of the HH procedure improvement by using cooperative learning methods at the Emergency Installation of Wonosari Regional Hospital. This research is a quantitative research with Quasi-Experiment by pre-test and post-test design. There were 30 healthcare workers (HCW) obtained with the total sampling technique. Univariate and bivariate data analysis using paired t-test analysis. The results showed that there were differences in knowledge before and after being given training with a significant value of 0.002 ($p < 5\%$). There were differences in the accuracy of HH procedure before and after being given training at emergency installation with a significant value of 0.002 ($p < 5\%$). Our study suggests the need for continuity evaluation and innovative activities to refresh the knowledge and skills of HCW in order to improve their behavior on HAIs prevention.*

LATAR BELAKANG

HAIs yang terdapat seluruh dunia mencapai 9% - 21% atau disebutkan lebih dari 1,4 juta pasien rawat inap yang terdapat di rumah sakit yang ada di seluruh dunia yang terdapat HAIs di dalamnya. Sedangkan, HAIs yang terdapat yaitu 8,7% dari 55 rumah sakit yang terdapat di 14 negara yang berasal dari Timur tengah, Eropa, Asia Pasifik serta wilayah Asia Tenggara sebanyak 10,0%.⁴⁷ Negara Indonesia termasuk salah satu angka HAIsnya masih cukup tinggi, terdapat data kejadian HAIs di Indonesia

yang mana dapat kita lihat berdasarkan data surveilans yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI pada tahun 1987 di 10 RSU pendidikan bahwa diperoleh angka HAIs menurut Depkes RI yaitu sebesar 6-16% dengan nilai rata – rata 9,8% serta terdapat penelitian yang pernah dilakukan pada 11 rumah sakit di DKI Jakarta pada tahun 2004 yaitu menunjukkan bahwa 9,8% pasien rawat inap mendapatkan infeksi yang baru selama dirawat di Rumah sakit (Balaguris, 2009).

Infeksi yang terjadi karena adanya interaksi segitiga epidemiologi yang sering kali kita kenal dengan istilah trias epidemiologi yaitu: *host* (hospes / penjamu), *environment* (lingkungan) dan *agent* (mikro organisme / bakteri). Semua mikroorganisme yang diantaranya bakteri, virus, jamur dan parasit yang dapat menyebabkan HAls. HAls dapat disebabkan oleh mikroorganisme yang berasal dari tubuh pasien atau disebabkan oleh flora normal dari pasien (Maryani & Muliani, 2010). Mayoritas infeksi yang didapat di rumah sakit disebabkan oleh faktor luar yaitu transmisi mikroorganismenya melalui benda yang terkontaminasi mikroorganisme atau tidak steril, termasuk dari tangan petugas kesehatan yang kurang bersih akibat tidak menerapkan panduan kebersihan tangan secara baik dan benar (WHO, 2009).

Kita ketahui bahwa terdapat kuman di tanah, udara, benda-benda, air maupun di tubuh setiap manusia yaitu terdapat pada telapak tangan, ujung jari serta di bawah kuku contohnya *Salmonella sp*, *E.coli*, *Clostridium perfringens*, *Shigella sp*, *Giardia lamblia*, dan *virus hepatitis A* (Synder, 1988). Mikroorganisme flora normal yang tidak patogen sering dijumpai terdapat pada kulit seperti *Staphylococcus epidermis*, *Staphylococcus koagulase*, *Corynebacterium* (Trampuz & Widmer, 2004), sedangkan flora normal yang patogen adalah *Staphylococcus aureus* (Synder, 2001). Adanya kuman-kuman yang tidak terlihat atau berukuran mikro sering kali membuat kita tidak sadar akan dampak negatif berbagai penyakit yang dapat ditimbulkan (Rachmawati & Triyana, 2008). Adapun beberapa bakteri penyebab HAls yang paling sering adalah *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*

pneumonia, dan *Enterobacter spp*. Berdasarkan data tersebut penyebab patogen HAls yang paling sering adalah *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus* (Zulkarnain, 2009).

Penyakit infeksi juga dapat menyebar di tempat praktik medis yaitu penyebarannya kontak secara tidak langsung dari alat, bahan-bahan medis dan tempat pelayanan medis tersebut dengan individu atau kontak secara langsung antara manusia dengan manusia (Wibowo, et al., 2009). Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya merupakan suatu standar mutu pelayanan dan penting bagi pasien, petugas kesehatan maupun pengunjung rumah sakit. Pengendalian infeksi harus dilaksanakan oleh semua rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya untuk melindungi pasien, petugas kesehatan dan pengunjung dari kejadian infeksi.

Pencegahan dan pengendalian infeksi mutlak harus dilakukan oleh perawat, dokter/dokter gigi termasuk calon dokter dan seluruh orang yang terlibat dalam perawatan pasien. Salah satu cara/ usaha yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya HAls adalah dengan dekontaminasi tangan dimana transmisi penyakit melalui tangan dapat diminimalisasi dengan menjaga kebersihan tangan dengan cara cuci tangan (Depkes RI, 2007). Perlakuan cuci tangan atau *hand hygiene* adalah tindakan pencegahan transmisi penyakit yang efektif untuk memutuskan rantai penyebaran infeksi, sehingga insidensi HAls dapat berkurang.

Salah satu komponen standar kewaspadaan dan usaha menurunkan HAls adalah menggunakan panduan kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang benar dan mengimplementasikan secara

benar dan efektif (WHO, 2002). Kebiasaan perilaku cuci tangan tidak timbul secara spontan, tetapi harus membiasakan diri sejak kecil atau masa kanak-kanak. Pada masa kanak-kanak merupakan masa terbaik untuk memberikan edukasi pada diri sendiri maupun lingkungannya sekaligus mengajarkan pola hidup bersih dan sehat (Batanao, 2008).

Peran tangan sebagai media perantara penyebaran kuman patogen maka perilaku cuci tangan yang baik dan benar diharapkan memberikan *feedback* yang baik yaitu dalam mencegah transmisi kuman melalui tangan individu. Beberapa penelitian yang mengutarakan bahwa dokter maupun petugas medis melakukan pelayanan medis yang membersihkan tangannya dengan perilaku cuci tangan untuk mencegah transmisi kuman patogen saat sebelum dan sesudah pemeriksaan dan pelayanan medis terhadap pasien dapat mengurangi angka HAs rumah sakit (Teare, 1999). Perilaku cuci tangan adalah tindakan paling sederhana yang biasanya kita lakukan sehari-hari tapi memiliki manfaat yang baik. Perilaku cuci tangan dapat menghilangkan kotoran yang terdapat pada tangan sehingga perilaku cuci tangan dapat menurunkan jumlah kuman patogen yang ada di tangan (Girou, et al., 2002).

Perilaku cuci tangan pakai sabun merupakan intervensi kesehatan yang paling murah dan efektif dibandingkan dengan hasil intervensi kesehatan dengan cara lainnya dalam mengurangi risiko penularan berbagai penyakit (Fewtrell, et al., 2005). Oleh karena itu kebersihan tangan dengan mencuci tangan perlu mendapat prioritas yang tinggi, karena cuci tangan dengan sabun sebagai pembersih, penggosokan, dan pembilasan dengan air mengalir akan menghanyutkan

partikel kotoran yang banyak mengandung mikroorganisme (Fatonah, 2005).

Berdasarkan Hasil Studi *Water and Sanitation Program* tentang Perilaku Higienitas menjelaskan bahwa perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) belum menjadi diterapkan secara umum (USAID, 2006), dan disebutkan pula angka prevalensi nasional tentang berperilaku benar dalam cuci tangan mencapai 23,2% (Depkes RI, 2008). Kebiasaan masyarakat Indonesia dalam mencuci tangan pakai sabun hingga kini masih tergolong rendah, indikasinya dapat terlihat dengan tingginya prevalensi penyakit diare (Depkes RI, 2008) dan tercatat rata-rata hanya terdapat 12% masyarakat yang berperilaku cuci tangan menggunakan sabun (Kemenkes RI, 2010). Dari 99,6% mahasiswa kedokteran mengetahui prosedur cuci tangan yang benar, namun dalam kenyataannya hanya 52,9% dari mereka menganggap itu sebagai tindakan preventif yang paling penting untuk mengontrol infeksi (Huang, et al., 2013). Cuci tangan adalah tindakan sederhana, tetapi kurangnya ketepatan penyedia layanan kesehatan adalah masalah di seluruh dunia (WHO, 2009).

Penelitian lain yang melakukan penelitian tingkat ketepatan cuci tangan petugas kesehatan di unit perawatan intensif (ICU) Rumah Sakit Pantai Indah Kapuk Jakarta Utara yang mana hasilnya menunjukkan bahwa tingkat ketepatan perilaku cuci tangan paling tinggi adalah perawat 43%, dokter 19% dan tenaga kesehatan lainnya 28% (Jamaluddin, et al., 2012), sedangkan hasil penelitian perbedaan angka kepatuhan dan ketepatan cuci tangan petugas kesehatan di RSUP Kariadi Semarang hasilnya adalah angka kepatuhan cuci tangan perawat 31,31%, residen 21,22% dan Co Ass 21,69% (Suryoputri, 2011). Tingkat kepatuhan dan

ketepatan cuci tangan dikalangan mahasiswa program pendidikan profesi kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Denpasar juga masih rendah, terbukti dari data RSUP Sanglah Denpasar menunjukkan tingkat kepatuhan cuci tangan periode April – Juni 2014 adalah 24,32% , periode Juli – September 2014 adalah 44,83%.

Infeksi dapat terjadi pada semua orang yang kontak dengan pasien termasuk tenaga medis di IGD RSUD Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta. Hal ini dikarenakan tenaga medis selalu kontak baik secara langsung dan tidak langsung dengan mikroorganisme dalam *saliva* dan darah pasien. Penyebaran infeksi bisa tersebar melalui transmisi mikroorganisme dari serum darah dan dari tangan yang tidak bersih. Hal ini dapat menyebabkan pelayanan di IGD sangat memiliki resiko tinggi terutama terdapat pada penyakit menular / HAIs (*Healthcare Associated Infection*) berbahaya yang disebabkan oleh kuman patogen dan virus dari pasien dan sebaliknya pada waktu menjalankan tugasnya di IGD RSUD Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta.

Dengan adanya permasalahan tersebut di atas mendorong peneliti untuk melakukan penelitian tentang penerapan metode *cooperative learning* dalam peningkatan pengetahuan dan ketepatan cuci tangan di IGD (Instalasi Gawat Darurat) RSUD Wonosari. Penelitian ini akan direalisasikan dengan *metode cooperative learning*, yaitu sebuah metode dimana peneliti akan melakukan pemantauan yang nantinya hasil pemantauan tersebut akan diintervensi dengan beberapa perlakuan, salah satunya adalah penyuluhan. Metode ini diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan ketepatan mencuci tangan di lingkungan

tenaga medis dengan menggunakan 6 langkah menurut WHO (2013).

HASIL PENELITIAN

1. Analisis Univariat

a. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Cuci Tangan

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

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

Tabel 4.1. Hasil Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tenaga Kesehatan Sebelum Penyuluhan

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

Sumber : Data Primer diolah, 2018

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

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

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

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

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

Sumber : Data Primer diolah, 2018

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

b. Distribusi Frekuensi Tingkat Ketepatan Tenaga Kesehatan Tentang Cuci Tangan

1) Ketepatan tenaga kesehatan Sebelum diberikan Penyuluhan (*Pretest*)

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

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

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

Sumber : Data Primer diolah, 2018

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

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

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

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

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

Sumber : Data Primer diolah, 2018

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

c. Uji Normalitas

Sebelum dilakukan analisis uji beda, dilakukan uji normalitas terlebih dahulu dengan

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

Tabel 4.5. Hasil Uji Normalitas

Variabel	P value	Keterangan
Pengetahuan Pretest	0,011	Tidak Normal
Pengetahuan Posttest	0,000	Tidak Normal
Ketepatan Pretest	0,000	Tidak Normal

Sumber : Data primer diolah 2018

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

d. Analisis Bivariat

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

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

Variabel	Mean Rank	Sig	Ket.
Pengetahuan Pretest	11,83	0,002	Signifikan
Pengetahuan Posttest	13,17		

Sumber: Data primer 2018

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa gambaran perbandingan skor posttest < pretest sebanyak 3 orang, skor posttest > pretest sebanyak 20 orang

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

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

Variabel	Mean Rank	Sig	Ket.
Ketepatan Pretest	0,000	0,000	Signifikan
Ketepatan Posttest	11,00		

Sumber: Data primer 2018

Hasil analisis menunjukkan tidak ada nilai posttest < pretest, namun secara keseluruhan skor ketepatan setelah dilakukan penyuluhan lebih tinggi dari pretest sebanyak 21 orang dengan nilai *mean rank* pada saat dilakukan *pretest* ketepatan cuci tangan sebesar 0,000 sedangkan pada saat dilakukan *posttest* sebesar 11,00. Nilai signifikan diperoleh 0,000 ($p < 0,05$), maka dapat diketahui

terdapat perbedaan yang signifikan hasil *pretest* dan *posttest* terhadap tingkat ketepatan tenaga kesehatan tentang cuci tangan dengan melakukan penyuluhan. Hasil tersebut membuktikan setelah dilakukan intervensi, hipotesis H_0 ditolak dan H_a diterima. Artinya ada perbedaan ketepatan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan cuci tangan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari.

PEMBAHASAN

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

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

Hasil penelitian membuktikan setelah dilakukan intervensi, ada perbedaan pengetahuan perawat sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan cuci tangan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari. Pengetahuan perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari setelah dilakukan penyuluhan menunjukkan bahwa

sebagian besar responden memiliki pengetahuan kategori baik sebanyak 23 orang (76,7) dan tingkat pengetahuan perawat diketahui 7 orang (23,3%) memiliki pengetahuan cukup.

Adanya beberapa perawat yang masih memiliki pengetahuan cukup mengenai pelaksanaan cuci tangan didukung dengan perolehan nilai tren terendah sebesar 0,23 terdapat pada pertanyaan nomor 4 yaitu "Saya tidak memerlukan lap yang bersih dan kering untuk mengeringkan tangan setelah melakukan *hand washing*". Berdasarkan jawaban responden diketahui 23 orang menjawab salah. Hal tersebut menunjukkan bahwa perawat masih belum memahami pelaksanaan cuci tangan dan dibutuhkan pendidikan tambahan mengenai *hand hygiene* sesuai langkah-langkah yang dianjurkan.

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

Hand hygiene merupakan perilaku membersihkan tangan menggunakan sabun antiseptik dialiri air mengalir (*hand washing*) atau

dengan menggunakan *hand rub* yang terkandung alkohol (*hand rubbing*) dengan langkah-langkah sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah koloni bakteri yang berada pada tangan (WHO, 2009). *Hand washing* (mencuci tangan) adalah proses menggosok kedua permukaan tangan dengan kuat secara bersamaan menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme sebanyak mungkin (Keevil, 2011). Dalam rangka pengendalian bakteri dibutuhkan kesadaran dalam melakukan *hand hygiene* sesuai langkah-langkah yang telah dianjurkan.

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

3. Ketepatan Tenaga Kesehatan Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan Cuci Tangan di Instalansi

Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari.

Hasil penelitian diketahui ketepatan cuci tangan atau *hand hygiene* tenaga kesehatan sebelum diberikan penyuluhan menunjukkan sebagian besar tidak tepat sebanyak 21 orang (70,0%) dan kategori tepat sebanyak 9 orang (30,0). Sesudah diberikan penyuluhan tingkat ketepatan tenaga kesehatan mengenai *hand hygiene* menunjukkan bahwa semua tenaga kesehatan berada pada kategori tepat sebanyak 30 orang (100%). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat peningkatan ketepatan tenaga kesehatan sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan mengenai *hand hygiene*.

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

Dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 disebutkan bahwa penyuluhan kesehatan di selenggarakan guna meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan ketepatan individu untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam

upaya kesehatan (Depkes RI, 2010). Tujuan penyuluhan kesehatan adalah tercapainya perubahan perilaku individu, dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Program penyuluhan kesehatan, dapat dilakukan dengan menggunakan alat peraga agar lebih memudahkan kedua belah pihak dalam kegiatan penyuluhan yakni pihak yang menyuluh dan pihak yang disuluh, seperti ceramah.

Penyuluhan tentang cuci tangan yang dilakukan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari dengan pengukuran *pretest* dan *posttest* diketahui ketepatan tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Hasil analisis variabel kepatuhan menunjukkan nilai signifikan 0,000 ($p < 0,05$). Setelah dilakukan intervensi, ada perbedaan ketepatan tenaga kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan cuci tangan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari. Sesudah diberikan penyuluhan diketahui bahwa ketepatan tenaga kesehatan mengalami peningkatan yaitu sebesar 30 orang (100%) perawat tepat dan melaksanakan semua tahap cuci tangan sesuai 6 langkah menurut WHO.

Ketepatan cuci tangan merupakan tindakan utama dalam pengendalian infeksi nosokomial. Cuci tangan adalah kegiatan dengan air mengalir ditambah sabun atau sabun antiseptik yang bertujuan untuk membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganisme (Rohani, 2010). Mencuci tangan adalah membersihkan

tangan dari segala kotoran, dimulai dari ujung jari sampai siku dan lengan dengan cara tertentu sesuai dengan kebutuhan. Cuci tangan perlu dilakukan oleh setiap orang yang berada di lingkungan rumah sakit baik petugas kesehatan maupun pasien. Fungsi dari mencuci tangan adalah meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme di tangan, mencegah perpindahan mikroorganisme (infeksi silang) dari lingkungan ke pasien dan dari pasien ke petugas (Rohani, 2010).

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

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

Berdasarkan hasil penelitian teori dan penelitian sebelumnya dapat dinyatakan bahwa terdapat perbedaan ketepatan *hand hygiene* tenaga kesehatan sebelum dan sesudah

dilakukan penyuluhan kesehatan. Adanya penyuluhan tersebut diharapkan dapat meningkatkan ketepatan dan kemampuan terutama tenaga kesehatan untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan.

KESIMPULAN

1. Ada perbedaan pengetahuan tenaga kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan cuci tangan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari dibuktikan dengan hasil analisis uji *Wilcoxon* nilai signifikan masing-masing sebesar 0,002 ($p < 0,05$).
2. Ada perbedaan ketepatan tenaga kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan cuci tangan di Instalansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari dibuktikan dengan hasil analisis uji *Wilcoxon* nilai signifikan masing-masing sebesar 0,000 ($p < 0,05$).

Daftar Pustaka

- Balaguris. 2009. *HAIs*. Jakarta: Gramedia.
- Batanoa. 2008. Kebiasaan Cuci Tangan dengan Kejadian Diare. **Error! Hyperlink reference not valid.** Diakses tanggal 15 Januari 2017 pukul 23.00 WIB.
- Depkes RI. 2008. *Pedoman Umum Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia..
- Fatonah, Siti. 2005. *Hygiene dan Sanitasi Makanan*. Semarang: Universitas Negri Semarang.
- Fewtrell, L., Kaufmann, R., & Ustun, A. P. 2005. *Lead, Environmental Burden Of Disease Series, No. 2. WHO Protection Of The Human Envirotment, Geneva*.
- Girou, E., Loyeau, S., Legrand, P., Oppein, F., & Buisson, C. B. 2002. Efficacy of Handrubbing with an Alcohol Based Solution Versus Standard Handwashing with Antiseptic Soap: Randomised Clinical Trial. *BMJ*. Page 325 – 362.
- Gintings, A. 2008. *Esensi Praktis Belajar & Pembelajaran*. Bandung: Humaniora.
- Huang, Y., Xie, W., Zeng, J. 2013. *Limited Knowledge And Practice Of Chinese Medical Students Regarding Health-Care Associated Infections. J Infect Dev Ctries, 7(2): 144-151*.
- Jamaluddin, J., Sugeng, S., Wahyu, I., & Sondang, M. 2012. Kepatuhan Cuci Tangan 5 *Moment* di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit Pantai Indah Kapuk Jakarta Utara.
- Keevil, B. 2011. *Reducing HAIs in ICUs With Copper Touch Surfaces*. University Of Southampton.
- Kemkes RI. 2010. Pedoman Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Maryani & Muliani. 2010. *Epidemiologi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Proverawati, A dan Rahmawati, E. 2012. *PHBS Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Rachmawati, F. J. & Triyana, S. Y. 2008. Perbandingan Angka Kuman pada Cuci Tangan dengan Berbagai

- Bahan Sebagai Standarisasi Kerja di Laboratorium Mikrobiologi. *Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia Yogyakarta.*
- Rohani, H. 2010. *Panduan Praktik Keperawatan Nosokomial.* Yogyakarta: Citra Aji Parama
- Sharif *et. All.* 2016. Knowledge, Attitude, and Performance of Nurses toward Hand Hygiene in Hospitals. *Global Journal of Health Science*, Vol.8 No.8
- Suryoputri. 2011. *Perbedaan Angka Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Kesehatan di RSUP DR Kariadi Semarang.* Semarang.
- Synder, P. O. 1988. *Safe Hands Wash Program for Retail Food Operations*, Hospitaly Institute of Technology and Management, St. Paul, MN.
- Synder, P. O. 2001. *Why Gloves Are Not the Solution to the Fingertip Washing Problem.* Hospitaly Institute of Technology and Management. St. Paul, MN.
- Teare, L. 1999. Hand Washing. *British Medical Journal*, 318: 686.
- Tennant, I. & Harding, H. 2005. Microbial Isolates from Patients in An Intensive
- Trampuz, A. & Widmer, A. F. 2004. *Hand Hygiene: A frequently Mised Livesaving Opportunity During Patient Care*, Mayo Clinic Proceedings, 79:109-116.
- USAID, 2006. *Formative Research Report Hygiene and Health.* Jakarta: USAID Indonesia.
- World Health Organization (WHO). 2002. *Prevention Of Hospital-Acquired Infections: A Practical Guide.* World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>. (Diakses tanggal 14 Januari 2018 pukul 23.30 WIB).
- World Health Organization (WHO). 2009. WHO Guidelines on *Hand Hygiene in Health Care.* First Global Patient Savety Challenge Clean Care in Safer. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241_597906_eng.pdf, di akses tanggal 18 Januari 2018 Jam 20.00.
- WHO. 2012. *Hand Hygiene in Outpatient and Home-Based Care and Long-term Care Facilities.* Switzerland: Geneva
- Zulkarnain. 2009. *HAIs.* Jakarta: Interna Publishing