

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Konsumen rumah sakit merupakan unit pelayanan medis yang sangat kompleks. Kompleksitasnya sebuah rumah sakit tidak hanya dari jenis dan macam penyakit yang harus memperoleh perhatian dari para dokter ataupun tenaga medis lainnya untuk mengetahui diagnostik dan menentukan jenis terapinya (Darmadi, 2008). Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan (Siregar, 2005). Mengingat pelayanan kesehatan sangat penting bagi setiap penduduk, oleh karena itu rumah sakit mempunyai peranan yang sangat penting dalam menjawab kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan (Tomey, 2006).

HAI (*Health-care Associated Infection*) adalah infeksi yang terjadi akibat pelayanan kesehatan. Kriteria HAI adalah infeksi yang terjadi atau yang didapat di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan setelah 48 jam atau lebih, dan bukan merupakan dampak dari tanda dan gejala infeksi sebelumnya. Infeksi ini dapat menambah biaya perawatan pasien dan juga

akan memperpanjang perawatan di rumah sakit serta menimbulkan biaya untuk uji diagnostik dan pengobatan lain (Soedarmo dkk, 2008).

HAIIs banyak terjadi di seluruh dunia dengan kejadian terbanyak di negara miskin dan negara berkembang. Suatu penelitian yang dilakukan oleh (WHO, 2009), menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit dari 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik tetap menunjukkan adanya HAIIs dengan Asia Tenggara sebanyak 10,0%.

Beberapa studi menunjukkan bahwa jenis dan ruang perawatan mempunyai risiko HAIIs tertinggi. Jenis HAIIs tertinggi adalah infeksi pada luka operasi (ILO), saluran kemih (ISK), dan saluran nafas bawah (WHO, 2009). Hingga kini, ILO nampak sebagai jenis HAIIs yang paling banyak disurvei dan merupakan jenis infeksi terbanyak di negara berkembang. Insiden ILO mencapai 1,2 hingga 23,6 per-100 prosedur bedah (WHO, 2009). Berdasarkan ruang rawatnya, prevalensi HAIIs tertinggi terdapat di *intensive care unit* (ICU) dan di ruang rawat bedah dan ortopedi (WHO, 2009). Berdasarkan studi multisenter terbaru di Eropa, didapatkan proporsi pasien yang mengalami infeksi di ICU mencapai 51 % dengan mayoritas merupakan HAIIs dan risiko infeksi meningkat sesuai dengan peningkatan durasi lama rawat. Secara umum, pasien-pasien di *critical care* memiliki kerentanan lebih tinggi menderita HAIIs termasuk *devices-related infections* (WHO, 2009). Angka infeksi menjadi tinggi pada pasien dengan peningkatan kerentanan oleh karena usia, adanya penyakit lain yang mendasari (*underlying disease*), serta obat-obatan (WHO, 2009).

Di Indonesia terdapat data HAIs dari 10 Rumah Sakit Umum (RSU) yang didapatkan angka kejadian HAIs yang cukup tinggi yaitu berkisar antara 6-16 % dengan rata-rata 9,8 %. Infeksi yang paling umum terjadi adalah infeksi luka operasi (ILO). Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa angka kejadian ILO pada RS di Indonesia bervariasi antara 2-18 % dari keseluruhan prosedur pembedahan (Depkes RI, 2008). Menurut hasil studi deskriptif Suwarni (2006), di semua rumah sakit di Yogyakarta tahun 2009 menunjukkan bahwa proporsi kejadian HAIs berkisar antara 0,0% hingga 12,06% dengan rata-rata keseluruhan 4,26%. Selama 10-20 tahun belakangan telah banyak perkembangan yang telah dibuat untuk mencari masalah utama terhadap meningkatnya angka kejadian HAIs di banyak negara.

Teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi adalah dengan cara cuci tangan. Mencuci tangan secara tepat merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menurunkan insidensi HAIs. Langkah sederhana namun efektif dalam melindungi pasien dari kejadian infeksi adalah cuci tangan (Williams dkk, 2009). Namun, penerapan cuci tangan yang sesuai prosedur oleh petugas kesehatan masih rendah. Secara umum, tingkat pemenuhan cuci tangan sesuai prosedur oleh petugas kesehatan di bawah 50% (Mani dkk, 2010).

*Hand hygiene* adalah istilah yang digunakan untuk mencuci tangan menggunakan antiseptik pencuci tangan. Pada tahun 2009, WHO mencetuskan global *patient safety challenge* dengan *clean care is safe care*, yaitu merumuskan inovasi strategi penerapan *hand hygiene* untuk petugas

kesehatan dengan *My five moments for hand hygiene*, yaitu melakukan cuci tangan sebelum bersentuhan dengan pasien, sebelum melakukan prosedur bersih dan steril, setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien, setelah bersentuhan dengan pasien, setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien (Jamaluddin dkk, 2012).

Kebersihan tangan merupakan salah satu cara yang paling penting untuk mencegah penyebaran infeksi. Penyedia layanan kesehatan harus berlatih dan membiasakan dengan kebersihan tangan pada titik-titik kunci sebelum kontak dengan pasien, setelah kontak dengan cairan tubuh atau darah atau permukaan yang terkontaminasi, sebelum prosedur invasif, dan setelah melepas *handscoens* (CDC, 2012).

Dari hasil pengamatan yang dilakukan oleh Musadad dkk (2005) tentang perilaku cuci tangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat menunjukkan bahwa sebagian besar petugas tersebut tidak melaksanakan cuci tangan. Hal ini terlihat pada waktu petugas akan memeriksa pasien, baik saat pertama kali atau pergantian dari pasien satu ke pasien lainnya. Perawat pada umumnya mencuci tangan setelah selesai melakukan pemeriksaan pasien keseluruhannya. Kondisi seperti ini dapat memicu terjadinya HAIs.

Menurut teori Green dalam Notoadmojo (2007) menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan dimana kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu faktor perilaku (*Behavior Causes*) dan

faktor diluar perilaku (*Non Behavior Causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai. Kemudian faktor-faktor pendukung (*Enabling Factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya fasilitas untuk cuci tangan; dan faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Perubahan perilaku individu baru menjadi dapat optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses *internalisasi* dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya.

Faktor-faktor yang dianggap berkontribusi dalam kebersihan tangan (*hand hygiene*) perawat adalah karakteristik perawat itu sendiri. Karakteristik perawat merupakan ciri-ciri pribadi yang dimiliki seseorang yang memiliki pekerjaan merawat klien sehat maupun sakit (Adiwimarta, et.al. 2009 dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia). Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *hand hygiene* perawat meliputi usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, masa kerja, ketersediaan fasilitas untuk mencuci tangan, kondisi pasien dan kebijakan rumah sakit (Lankford, *et al*, 2005). Perawat yang bekerja di rumah sakit mempunyai karakter yang berbeda-beda dan sangat beragam baik tingkat

pendidikan, umur, masa kerja, maupun tingkat pengetahuannya. Perbedaan karakteristik ini tentunya akan berpengaruh terhadap penguasaan ilmu pengetahuan, keterampilan dan sikap profesional seorang perawat dalam menjalankan perannya.

Apabila dilihat dari indikasi 5 momen *hand hygiene* perawat menunjukkan bahwa perawat mengabaikan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien, hal ini didasarkan pada perawat yang kurang menyadari bahwa tangan perawat dapat membuat pasien terkontaminasi kuman dari tindakan sebelumnya setelah menyentuh pasien sebelumnya atau barang disekitar pasien. Takahashi dan Turale (2010) menyebutkan ada dua faktor yang mempengaruhi perilaku petugas kesehatan terhadap pelaksanaan *hand hygiene* perawat yaitu faktor personal dan faktor lingkungan. Faktor personal meliputi kurangnya pengetahuan tentang praktek *hand hygiene* sesuai standar, kurangnya petugas kesehatan mengikuti seminar tentang HAIs, kurangnya pengetahuan tentang proses perjalanan HAIs serta kurangnya pengetahuan akan pentingnya melakukan *hand hygiene* dalam mengurangi penyebaran bakteri dan mencegah terjadinya kontaminasi pada tangan. Sedangkan faktor lingkungan antara lain kurangnya fasilitas *hand hygiene*, komite pengendalian HAIs, evaluasi terhadap perilaku petugas kesehatan terhadap *hand hygiene*, kurangnya tenaga kesehatan, pasien yang terlalu banyak atau *overcrowding*, iritasi kulit dan kurang komitmen dari institusi tentang *hand hygiene* yang baik.

Menurut WHO (2010) untuk meningkatkan pelaksanaan *hand hygiene* diperlukan multidimensi strategi pendekatan, diantaranya adalah perubahan sistem dengan menyediakan *hand rub* berbasis alkohol selain wastafel dan sabun *antiseptic* disetiap titik perawatan, pendidikan dan pelatihan kepada petugas kesehatan secara teratur serta adanya pengingat di tempat kerja untuk promosi dan meningkatkan kepedulian petugas kesehatan. Dengan demikian kunci keberhasilan dalam pelaksanaan *hand hygiene* perawat adalah berasal dari berbagai intervensi yang melibatkan perubahan perilaku, pendidikan kreatif, monitoring dan evaluasi serta yang lebih penting adalah keterlibatan supervisor sebagai *role model* serta adanya dukungan dari pimpinan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 7 November 2014, pada pukul 08.00 sampai 10.30 di bangsal Ar Royan RS PKU Muhammadiyah Gamping Sleman, dari 30 kali cuci tangan yang dilakukan oleh perawat, hanya ada 5 cuci tangan yang dilakukan dengan tepat berdasarkan 5 *moment* cuci tangan dan 6 langkah cuci tangan. Berdasarkan hal tersebut, peneliti ingin mengetahui “Gambaran Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Hand Hygiene* Perawat Di Bangsal Ar Royan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pengetahuan, ketersediaan fasilitas untuk mencuci

tangan dan kebijakan rumah sakit mempengaruhi pelaksanaan *hand hygiene* perawat di bangsal Ar Royan Rumah Sakit PKU Gamping Sleman?

### **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pengetahuan, ketersediaan fasilitas untuk mencuci tangan dan kebijakan rumah sakit pada *hand hygiene* perawat di bangsal Ar Royan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Memberikan informasi tentang pentingnya cuci tangan untuk mencegah berbagai penyakit karena HAIs.

#### 2. Bagi Instansi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi petugas kesehatan terutama bagian Manajemen Rumah Sakit dan tim PPI rumah sakit tentang pelaksanaan HH yang telah dijalankan.

#### 3. Bagi Peneliti selanjutnya

Menjadi bahan acuan untuk penelitian selanjutnya.

#### 4. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat lebih memperhatikan pelayanan dalam memberikan tindakan keperawatan pada pasien dan menjadi bahan masukan serta pertimbangan pada pengembangan prosedur cuci tangan selama tindakan keperawatan dalam upaya pencegahan infeksi.



## E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berhubungan dengan determinan pelaksanaan *hand hygiene* perawat sebelumnya sudah pernah dilakukan oleh:

1. Penelitian Sumarni (2012) yang meneliti tentang “Hubungan Antara Ketepatan Cuci Tangan Steril dengan Kejadian Infeksi Pasien Post Operasi Secsio Cessaria di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta”. Variabel yang digunakan dalam penelitian tersebut adalah ketepatan cuci tangan steril dan kejadian infeksi pasien post operasi secsio cessaria. Desain penelitian korelasional dengan menggunakan *crosssectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara ketepatan cuci tangan steril dan kejadian infeksi pasien post operasi secsio cessaria di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada tahun penelitian, tempat penelitian dan subyek penelitian. Sedangkan persamaannya dengan penelitian ini adalah pada topik penelitian yang digunakan.
2. Penelitian Lisa (2008) tentang “Efektivitas Pemberian Simulasi *Hand Hygiene* Terhadap Kepatuhan *Hand Hygiene* Petugas Non Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II”. Sampel yang digunakan adalah petugas non medis dibagian keamanan, gizi, dan kebersihan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah II Yogyakarta yang berjumlah 37 orang. Desain penelitian *one group pre post test design* dengan menggunakan analisis Uji t. Hasil penelitian menunjukkan bahwa didapatkan pelaksanaan *hand hygiene* sesuai prosedur yang benar sebesar

0,55% dan tingkat kepatuhan sebesar 13,83% setelah dilakukan simulasi *hand hygiene*. Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada judul penelitian, tahun penelitian, dan subyek penelitian. Sedangkan persamaannya dengan penelitian ini adalah tempat penelitian.