

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



**JUDUL:**

**PELAKSANAAN PRINSIP *HAND HYGIENE* DI RUANG INTERNE RSUD  
PROF. DR. M. A HANAFIAH, SM BATUSANGKAR  
TAHUN 2019**

**OLEH:**

**HERVI SUSANTO, S.Kep**

**1814901604**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKes PERINTIS PADANG  
TAHUN AJARAN 2019**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



**Digunakan sebagai salah satu syarat untuk  
Memperoleh Gelar Ners**

**JUDUL:**

**PELAKSANAAN PRINSIP *HAND HYGIENE* DI RUANG INTERNE RSUD  
PROF. DR. M. A HANAFIAH, SM BATUSANGKAR TAHUN 2019**

**OLEH:**

**HERVI SUSANTO, S.Kep**

**1814901604**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKes PERINTIS PADANG  
TAHUN 2018**

## **SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIATISME**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hervi Susanto

NIM : 1814901604

Program Studi : Ners

Judul Skripsi : Pelaksanaan Prinsip *Hand Hygiene* Di Ruang Interne RSUD  
Prof. Dr. M. A Hanafiah, Sm Batusangkar Tahun 2019

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak ada karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ners di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan penulis juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila ternyata kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya.

Bukittinggi, September 2019

Yang membuat pernyataan

Hervi Susanto

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

KARYA ILMIAH AKHIR NERS, SEPTEMBER 2019

HERVI SUSANTO

PELAKSANAAN PRINSIP *HAND HYGIENE* DI RUANG INTERNE RSUD

PROF. DR. M. A HANAFIAH, SM BATUSANGKAR TAHUN 2019

vi + V BAB + 74 Halaman + 11 Diagram + 3 Lampiran

#### ABSTRAK

Manajemen keperawatan adalah pelayanan keperawatan profesional yang mana tim keperawatan dikelola untuk menjalankan 4 fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian. Penerapan prinsip *Hand hygiene* yang baik mencegah terjadinya penyakit baru pada pasien yang dirawat. Terkadang pasien datang yang semula disebabkan oleh satu penyakit, ketika dirawat di rumah sakit pasien mendapatkan penyakit lain yang disebabkan oleh infeksi yang didapatkan atau ditularkan oleh petugas kesehatan yang tidak patuh dalam menerapkan cuci tangan. Tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini agar mampu menerapkan secara langsung tentang *Hand Hygiene* di Ruang Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.. Metode Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah dengan metode wawancara dan observasi. Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah dilaksanakan pada tanggal 29 April - 04 Mei 2019 Di RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar. Berdasarkan pengkajian Dari 14 perawat masih ada perawat yang belum sepenuhnya melakukan *Hand Hygiene* di karenakan beberapa faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan dalam melaksanakan hand hygiene adalah aktivitas yang terlalu sibuk, pasien yang banyak, lupa untuk cuci tangan, mementingkan pasien terlebih dahulu. Hasil Implementasi didapatkan sudah optimalnya pelaksanaan hand hygiene: five moment sesuai dengan PPI di rumah sakit Prof.Dr.MA Hanafiah SM, Batusangkar. Dimana selama observasi yang dilakukan tidak ada ditemukan petugas yang tidak melakukan cuci tangan: five moment. Oleh karena itu diperlukan pemantauan, sosialisasi, seminar, kerjasama yang melibatkan tim medis dalam penerapan hand Hygiene agar bersama-sama ikut andil dalam meningkatkan kesadaran dalam berperilaku supaya tidak terjadinya infeksi nosokomial kepada pasien.

**Kata Kunci: Manajemen, Hand Hygiene, Five Moment**

**Daftar Pustaka: 20 (2008-2019)**

***NERS STUDY PROGRAM***

***INSTITUTE OF HEALTH SCIENCE PERINTIS PADANG***

***ESSAY, SEPTEMBER 2019***

**Hervi Susanto**

***PRINCIPLE OF THE IMPLEMENTATION OF HYGIENE HANDS IN THE  
PROF. DR. M. A HANAFIAH, SM BATUSANGKAR IN 2019***

vi + V BAB + 74 Pages + 11 Diagrams + 3 Official

***ABSTRACT***

*Nursing management is professional nursing where nursing manages to run 4 management management, planning, organizing, implementing and controlling. The application of the principle of good hand hygiene prevents new diseases in translated patients. Sometimes the patient comes from initially caused by one disease, compilation is understood in the hospital the patient gets another disease caused by an infection that is obtained or transmitted by a health worker who is not compliant in applying hand washing. The Final Purpose of the Final Nurse Scientific Work (KIA-N) is to be able to be approved directly on Hand Hygiene Outside of Prof. Surgery Dr. MA Hanafiah, SM Batusangkar .. The Final Nurse Scientific Method is by interview and observation. This Final Scientific Nurse Work was carried out on April 29 - May 4, 2019 at Prof. Dr. M. A Hanafiah, SM Batusangkar. Based on the review of the 14 nurses there were still those who did not complete Hand Hygiene in the factors that caused dissatisfaction in doing hand hygiene were activities that were too busy, many patients, forgetting to wash their hands, prioritizing the patient first to buy. Implementation results obtained are optimal for carrying out hand hygiene: five times in accordance with PPI at Prof. Dr.MA Hanafiah SM, Batusangkar's hospital. Where during the observations made there were no officers who did not wash their hands: five moments. Therefore renewal, socialization, seminars, collaboration is needed by the medical team in the application of hygiene hands so that they can contribute to raising awareness in the battle that supports nosocomial infections for patients.*

*Keywords: Management, Hand Hygiene, Five Moments*

*References: 20 (2008-2019)*

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **I. IDENTITAS DIRI**

Nama	: Hervi Susanto
NIM	: 1814901604
Tempat/Tanggal Lahir	: Tanding Marga, 23 Oktober 1988
Agama	: Islam
Nama Orang Tua	
Ayah	: Umar Hasan
Ibu	: Nurminah
Anak ke	: 5 dari 7 bersaudara
Alamat	: Ds. Tanding Marga Kecamatan Sungai Rotan Kabupaten Muara Enim Provinsi Sumatera Selatan

### **II. RIWAYAT PENDIDIKAN**

Tahun 1998 – 2004	: SD Negeri Tanding Marga
Tahun 2004 – 2007	: SMP Negeri Sungai Rotan
Tahun 2007 – 2010	: SMK Gajah Mada Palembang
Tahun 2010 – 2014	: STIK Siti Khadijah Palembang
Tahun 2018 – 2019	: STIKes Perintis Padang

## **KATA PENGANTAR**

Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Puji syukur penulis ucapkan kepada ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia- Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul “Pelaksanaan Prinsip Hand Hygiene Ruang Interne RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar” sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan. Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat terselesaikan :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed. Selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Mera Delima M. Kep. Selaku Ketua Program Studi Profesi pendidikan Ners STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Ns. Vera Sesrianti, M.Kep Selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan, yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Nersi ni.
4. Ibu Ns. Yasmi, S.KP, M.Kep Selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Dosen dan staf Program studi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bimbingan, bekal ilmu pengetahuan dan bantuan kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

6. Para sahabat dan teman-teman yang telah sama-sama berjuang dalam suka dan duka menjalani pendidikan ini.
7. Teristimewa buat orang tua dan keluarga yang selalume mberikan do'a dan dukungan yang tidak terhingga.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak terdapat kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Akhir kata penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta penulis mendo'akan semoga segala bantuan yang telah di berikan, mendapatkan balasan dari Allah SWT Amin.

Bukittinggi,

Penulis

## DAFTAR ISI

**COVER**

**JUDUL**

**LEMBAR ORISINALITAS**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ABSTRAK BAHASA INDONESIA**

**ABSTRAK BAHASA INGGRIS**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**KATA PENGANTAR..... i**

**DAFTAR ISI..... iii**

**DAFTAR DIAGRAM..... v**

**DAFTAR LAMPIRAN ..... vi**

### **BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang.....1

1.2 Perumusan Masalah .....5

1.3 Tujuan .....5

1.4 Manfaat Penulisan .....6

### **BAB II TINJAUAN LITERATUR**

2.1 Konsep Manajemen .....7

2.1.1 Definisi.....7

2.1.2 Prinsip Manajemen Keperawatan .....9

2.1.3 Fungsi Management Keperawatan.....11

2.2 Konsep Infeksi Nosokomial .....13

2.2.1 Definisi .....13

2.2.2 Proses Terjadinya Infeksi Nosokomia .....14

2.2.3 Macam-Macam Penyakit Yang di Sebabkan Oleh Infeksi Nosokomial ..16

2.2.4 Faktor Penyebab Infeksi Nosokomial.....18

2.2.5 Dampak Infeksi Nosokomial .....21

2.2.6 Pengelolah Infeksi Nosokomia .....22

2.2.7 Upaya Dan Pencegahan Infeksi Nosokomial .....23

2.3	Konsep Hand Hygiene .....	26
2.3.1	Definisi .....	26
2.3.2	Macam-Macam Pembersih Tangan.....	29
2.3.3	Tujuan Mencuci Tangan.....	33
2.3.4	Manfaat Mencuci Tangan.....	33
2.3.5	Waktu Yang Tepat Mencuci Tangan.....	34
2.4	PenelitianTerkait.....	37
<b>BAB III ANALISIS SITUASIONAL</b>		
3.1.	Pengkajian.....	40
3.1.1	Pengkajian Sejarah Rumah Sakit.....	40
3.1.2	Visi, Misi, Dan Motto RSUD Prof. DR. M.A.Hanafiah, SM Batusangkar .....	42
3.1.3	Kajian Situasi Diruangan Rawat Bedah Di RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar.....	43
3.1.4	Analisa Data.....	64
3.1.5	POA (Planning Of Action).....	65
3.1.6	Implementasi .....	66
3.1.7	Evaluasi .....	67
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>		
4.1	Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait KKMP dan Konsep Kasus Terkait .....	70
4.2	Analisi Intervensi .....	71
4.3	Alternatif Pemecahan Masalah yang dapat dilakukan .....	72
<b>BAB V PENUTUP</b>		
5.1	Kesimpulan .....	73
5.2	Saran.....	74

## DAFTAR DIAGRAM

	<b>Halaman</b>
Diagram 3.1 Distribusi Frekuensi Perawat Diruang Interne .....	54
Diagram 3.2 Distribusi Frekuensi Pendidikan Perawat Diruang Interne .....	55
Diagram 3.3 Distribusi Frekuensi Lama Kerja Di Rumah Sakit .....	55
Diagram 3.4 Distribusi Frekuensi Lama Kerja Diruang Interne .....	56
Diagram 3.5 Distribusi Frekuensi Mengikuti Pelatihan Manajemen .....	56
Diagram 3.6 Distribusi Frekuensi Perilaku Cuci Tangan .....	57
Diagram 3.7 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Five Moment .....	57
Diagram 3.8 Distribusi Frekuensi Memakai Handscoon Dalam Melakukan Tindakan .....	58
Diagram 3.9 Distribusi Frekuensi Memakai Masker Dalam Melakukan Tindakan ..	58
Diagram 3.10 Distribusi Frekuensi Membersihkan Limbah .....	59
Diagram 3.11 Distribusi Frekuensi Observasi Cuci Tangan 6 Langkah .....	59

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Quesioner Hand Hygiene

Lampiran 2 : Lembar Observasi

Lampiran 3 : Jurnal Terkait

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Manajemen keperawatan adalah pelayanan keperawatan profesional yang mana tim keperawatan dikelola untuk menjalankan 4 fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian. keempat fungsi tersebut saling berhubungan satu sama lain dan memerlukan keterampilan-keterampilan teknis, hubungan antara manusia dan konseptual yang mendukung tercapainya suatu asuhan keperawatan yang bermutu, berdaya dan berhasil guna kepada klien. Adanya alasan tersebut menunjukkan bahwa manajemen keperawatan perlu mendapat prioritas yang utama dalam pengembangan kinerja keperawatan dimasa depan. Hal tersebut berkaitan dengan tuntutan global dan tuntutan profesi bahwa setiap perubahan dan perkembangan memerlukan tindakan secara profesional dengan memperhatikan setiap perubahan yang terjadi (Nursalam, 2014).

Perawat ditekankan untuk selalu melaksanakan dan meningkatkan asuhan keperawatan dengan benar atau rasional dan baik atau etikal, hal ini dilakukan sebagai bentuk profesionalisme keperawatan (Nursalam, 2014). Salah satunya yaitu Pencegahan dan pengendalian infeksi yang merupakan tantangan terbesar perawat dalam tatanan pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi di suatu Rumah Sakit yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan yang cukup besar bagi pasien maupun para tenaga kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Upaya

pengendalian infeksi terdepan adalah dengan melakukan cuci tangan yang tepat (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang mempunyai staf medis profesional yang terorganisir, mempunyai fasilitas rawat inap, dan memberikan pelayanan 24 jam. Menyediakan pelayanan yang komprehensif, pengobatan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (WHO, 2017). Undang-Undang No.44 Tahun 2009, mendefinisikan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit sebagai salah satu bagian sistem dalam pemberian pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mencakup kepada pelayanan medik, rehabilitasi medic, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan perawatan (Septiari, 2012). Perawat adalah tenaga profesional yang sangat berperan dalam pelayanan rumah sakit serta memiliki kontak langsung dengan pasien lebih lama, bahkan hingga 24 jam penuh, Sehingga perawat memiliki peranan yang cukup besar dalam kejadian infeksi nosokomial (Nursalam, 2014). Terkendalinya infeksi nosocomial adalah salah satu indikator pelayanan kesehatan yang baik dirumah sakit. Tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit dilihat dari angka kejadian infeksi nosokomial dan izin operasional sebuah rumah sakit dapat dicabut karena tingginya angka kejadian infeksi nosokomial (Septiari, 2012).

Infeksi nosokomial dapat terjadi pada pasien, tenaga kesehatan dan setiap orang yang berkunjung ke rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh WHO di 55 rumah sakit di 14 negara (termasuk Timur Tengah, Eropa, Asia Tenggara dan Asia Pasifik) menunjukkan bahwa 8,7% pasien dirumah sakit Mengalami infeksi selama menjalani perawatan. Sementara di Negara berkembang, diperkirakan pasien yang terkena infeksi nosocomial dirumah sakit lebih dari 40%. Di Indonesia penelitian yang dilakukan disebelass rumah sakit di DKI Jakarta pada tahun 2004 menunjukkan bahwa 9,8% pasien yang di rawat mendapat infeksi baru selama menjalani perawatan dirumah sakit (Nursalam, 2011). Terkadang pasien datang yang semula disebabkan oleh satu penyakit, ketika dirawat di rumah sakit pasien mendapatkan penyakit lain yang disebabkan oleh infeksi yang didapatkan atau ditularkan oleh petugas kesehatan yang tidak patuh dalam menerapkan cuci tangan (Septiari, 2012).

Hasil penelitian (Wulandari R, dkk, 2017) menunjukkan bahwa dari 29 perawat di bangsal ICU dan NICU RSUD Sukoharjo, 17 responden sudah menerapkan *five moment* cuci tangan dengan persentasi 58,6% dan 12 responden tidak menerapkan *five moment* cuci tangan dengan presentasi 41,4%. Hasil penelitian (Ernawati, E, dkk, 2014) menunjukkan bahwa dari 54 orang perawat berdasarkan pengamatan kepatuhan *Hand Hygiene* perawat ruang rawat inap rumah sakit masih rendah yaitu (35%). Kepatuhan *Hand Hygiene* perawat lebih banyak dilakukan sebelum perawat melakukan tindakan invasif aseptik, dan paling sedikit dilakukan sebelum perawat kontak dengan pasien. Tingkat pengetahuan perawat sebagian besar (64%) masih kurang.

Menurut World Health Organization (WHO), cuci tangan (*Hand Hygiene*) adalah suatu istilah yang sering digunakan untuk membersihkan tangan dengan menggunakan antiseptic pencuci tangan, yang mana biasanya tenaga kesehatan menggunakan cairan berbasis formulasi antiseptic alkohol (*handrub*) atau menggunakan sabun dan air (*handwash*). WHO merumuskan inovasi strategi penerapan cuci tangan untuk petugas kesehatan dengan cuci tangan lima momen (*five moments for Hand Hygiene*), yaitu 1)Sebelum kontak langsung dengan pasien, 2)Sebelum melakukan tindakan aseptik, 3)Setelah terpapar cairan tubuh pasien risiko tinggi, 4)Setelah kontak langsung dengan pasien, 5)Setelah kontak langsung dengan lingkungan sekitar pasien (WHO, 2009).

Hasil penelitian (Susilo, D, 2015) menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan petugas kesehatan pada setiap momen masih rendah. Semua responden (100%) hanya melakukan kegiatan *Hand Hygiene* pada saat sesudah kontak dengan pasien. Kegiatan *Hand Hygiene* tidak pernah dilakukan saat momen sebelum tindakan aseptis.

Hasil observasi dan wawancara yang mahasiswa lakukan pada tanggal 29 April - 1 Mei 2019 di ruang rawat bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar. Dari 14 perawat masih ada perawat yang belum sepenuhnya melakukan *Hand Hygiene* di karenakan beberapa faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan dalam melaksanakan hand hygiene adalah aktivitas yang terlalu sibuk, pasien yang banyak, lupa untuk cuci tangan, mementingkan pasien terlebih dahulu. Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan penerapan prinsip *Hand Hygiene* agar berkurangnya angka kejadian infeksi

nosokomial di ruang rawat bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Berdasarkan hal tersebut, maka penulis merumuskan masalah bagaimana penerapan *Hand Hygiene* di Ruangan Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar

## **1.3 Tujuan Praktek Manajemen**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu menerapkan secara langsung tentang *Hand Hygiene* di Ruangan Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa mampu memahami konsep *Hand Hygiene* di Ruangan Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian manajemen terkait dalam penerapan *Hand Hygiene* di Ruangan Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- c. Mahasiswa mampu menegakan diagnosa manajemen terkait dalam penerapan *Hand Hygiene* di Ruangan Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- d. Mahasiswa menerapkan pemberian edukasi *Hand Hygiene* pada perawat di Ruangan Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- e. Mahasiswa merencanakan penerapan *Hand Hygiene* dari salah satu jurnal *Hand Hygiene* terkait di Ruangan Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.

- f. Mahasiswa mampu melakukan monitoring dan evaluasi penerapan *Hand Hygienedi* Ruang Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- g. Mahasiswa menganalisis hasil evaluasi dari penerapan *Hand Hygienedi* Ruang Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

##### **1.4.1 Bagi Pasien**

Diharapkan pasien puas dengan informasi dan pelayanan yang diberikan oleh perawat.

##### **1.4.2 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan angka kejadian infeksi nosokomial di rumah Sakit dapat di minimalkan.

##### **1.4.3 Bagi Perawat**

Diharapkan dapat mengurangi resiko tertular dari pasien yang mempunyai penyakit menular.

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

Konsep manajemen ini membahas tentang penerapan prinsip hand hygiene untuk lebih jelasnya akan di jelaskan di bawah ini :

#### **2.1 Konsep Manajemen**

##### **2.1.1 Definisi**

Management adalah suatu pendidikan yang dinamis dan proaktif dalam menjalani suatu kegiatan diorganisasi sedangkan management keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan Asuhan Keperawatan secara professional (Nursalam, 2014). Menurut Swanburg (2010), manajemen keperawatan adalah koordinasi dan integrasi sumber daya melalui perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, pengarahan dan pengawasan untuk mencapai tujuan institusional yang spesifik dan objektif.

Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan pengobatan dan bantuan terhadap para pasien (Triwibowo, 2013). Menurut Suyanto (2008), Manajemen keperawatan diartikan secara singkat sebagai proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan, dan rasa aman kepada pasien / keluarga / masyarakat.

Manajemen keperawatan adalah perencanaan. Perencanaan adalah yang utama untuk seluruh aktivitas yang lain atau fungsi-fungsi dari manajemen.

Perencanaan adalah suatu konsep atau pemikiran nyata yang sering dilaksanakan dalam penulisan, meskipun masih banyak orang menggunakan perencanaan secara informal dalam perawatan, tanggung jawab dari perencanaan tidak dituliskan, kemungkinan perencanaan tidak dilaksanakan (Swansburg, 2012).

Pada hakekatnya proses manajemen keperawatan harus sejalan dengan proses keperawatan sebagai salah satu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara professional yang akhirnya keduanya saling menopang. Dalam manajemen keperawatan ada beberapa proses keperawatan yang terdiri dari: pengumpulan data, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil.

Manajemen (Hersey dan Blanchard, 2005) adalah suatu proses melakukan kegiatan atau usaha untuk mencapai tujuan organisasi melalui kerja sama dengan orang lain dan merupakan suatu rangkaian kegiatan (termasuk pengorganisasian, perencanaan, pembuatan keputusan, pengarahan dan pengendalian) yang diarahkan pada sumber daya organisasi (fisik, tenaga kerja, keuangan, dan informasi yang bertujuan untuk mencapai sasaran organisasi dengan cara yang efisien dan efektif).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah bekerja bersama orang-orang untuk menentukan, menginterpretasikan dan mencapai tujuan organisasi dengan melaksanakan fungsi-fungsi perencanaan, pengorganisasian, penyusunan personalia/kepegawaian, pengarahan dan kepemimpinan serta pengawasan.

### 2.1.2 Prinsip Manajemen Keperawatan

Prinsip Manajemen keperawatan menurut Swanburg (2010), adalah sebagai berikut :

a. Management keperawatan perencanaan

Perencanaan adalah hal yang paling utama dalam melaksanakan fungsi dan aktivitas manajemen. Tahap perencanaan dan proses manajemen terdiri atas pembuatan tujuan, identifikasi kebutuhan pegawai, mengalokasikan anggaran, dan penetapan struktur organisasi yang diinginkan. bukan hanya terdiri dari penentuan kebutuhan keperawatan pada berbagai kondisi klien. Perencanaan adalah pemikiran atau konsep-konsep dalam tindakan yang umumnya tertulis dan merupakan fungsi terpenting di dalam mengurangi resiko dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah, dan efek – efek serta perubahan. Selama proses perencanaan, hal yang bisa dilakukan oleh pemimpin keperawatan adalah menganalisis dan mengkaji sistem, menentukan tujuan jangka panjang dan pendek dan mengatur strategi organisasi, mengkaji sumber daya organisasi, mengidentifikasi kemampuan yang ada, dan aktivitas spesifik serta prioritas kegiatan yang akan dilakukan. Perencanaan dalam manajemen mendorong seorang pemimpin keperawatan untuk menganalisis aktivitas dan struktur yang dibutuhkan dalam organisasinya.

b. Management keperawatan adalah penggunaan waktu yang efektif

Manajer keperawatan harus menghargai waktu agar mampu menyusun perencanaan supaya dapat terprogram dengan baik dan kegiatan

dilaksanakan sesuai dengan waktu yang telah di tentukan. Keberhasilan seorang pemimpin keperawatan tergantung pada penggunaan waktu yang efektif. Dalam keperawatan, manajemen sangat dipengaruhi oleh kemampuan yang dimiliki oleh pimpinan keperawatan. Dalam konteks ini, seorang pemimpin harus mampu memanfaatkan waktu yang ada secara efektif. Hal itu dibutuhkan agar dapat mencapai produktifitas yang tinggi dalam tatanan organisasinya.

c. Management keperawatan adalah pembuat keputusan

Kemampuan komunikasi para pemimpin sangat mempengaruhi proses pengambilan keputusan karena dalam berbagai situasi dan permasalahan yang terjadi pengambilan keputusan akan sangat berpengaruh pada proses dan jalannya kegiatan yang dilakukan.

d. Management keperawatan adalah terorganisasian

Pengorganisasian manajemen keperawatan dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan. Terdapat 4 buah struktur organisasi, yaitu unit, departemen, top atau tingkat eksekutif dan tingkat operasional. Prinsip pengorganisasian mencakup hal – hal dalam pembagian tugas (the devision of work), koordinasi, kesatuan komando, hubungan staf dan lini, tanggung jawab dan kewenangan yang sesuai adanya rentang pengawasan.

Dalam keperawatan, pengorganisasian dapat dilaksanakan dengan cara penugasan dan fungsional, alokasi pasien perawatan grup/tim keperawatan, dan pelayanan keperawatan utama.

- e. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif. Komunikasi adalah suatu bagian penting dan efektivitas dalam manajemen. Komunikasi dapat mengurangi kesalahpahaman jika dilakukan secara efektif, dan akan memberikan perasaan, pengertian diantara pegawai dan pandangan arah dalam suatu tatanan organisasi.
- f. Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan  
Pengendalian dalam manajemen keperawatan dilakukan untuk mengarahkan suatu kegiatan manajemen sesuai dengan hal yang sudah direncanakan. Selain itu, pengendalian dilaksanakan pada kegiatan yang dilakukan tidak banyak terjadi kesalahan yang berakibat negatif terhadap klien dan pihak yang terkait dengan manajemen. Pengendalian meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, menetapkan prinsip-prinsip, pemberian instruksi melalui penetapan standar, dan membandingkan penampilan dengan standar serta memperbaiki kekurangan yang ada (Agus Kuntoro, 2010).

### **2.1.3 Fungsi Management Keperawatan**

Fungsi management keperawatan memerlukan peran orang yang terlibat didalamnya untuk menyikapi posisi masing-masing sehingga diperlukan fungsi-fungsi yang jelas mengenai management (suarli dan Bahtiar, 2009). Fungsi management ini merujuk pada fungsi sebagai proses management yang terdiri dari perencanaan, pengorganisian, ketenagaan, pengarahan, pengawasan (marquis dan Huston, 2010). Sedangkan menurut G.R. Terry adalah Planing, organizing, actuating, dan kontrolling.

Secara umum peran dan fungsi management keperawatan terdiri dari planning, organizing, staffing, directing dan controlling.

a. Planning

Pada proses perencanaan, menentukan visi, misi, tujuan , kebijakan, prosedur dan peraturan-peraturan dalam pelayanan keperawatan, kemudian membuat perkiraan proyeksi jangka pendek, jangka panjang serta mengatur menentukan jumlah biaya dan mengatur adanya perubahan berencana.

b. Organizing

Meiputi beberapa kegiatan diantaranya menentukan struktur organisasi, menentukan model penugasan keperawatan sesuai dengan keadaan klien dan ketenagaan, mengelompokkan aktifitas-aktifitas untuk menentukan tujuan dari unit bekerja dalam struktur organisasi yang telah ditetapkan dan memahami serta menggunakan kekuasaan dan otoritas yang sesuai.

c. Staffing

Meliputi kegiatan yang berhubungan dengan kepegawaian diantaranya rekrutmen, wawancara, mengorientasikan staf, menjadwalkan dan mensosialisasikan pegawai baru serta pengembangan staf.

d. Directing

Meliputi pemberian motivasi, supervisi, mengatasi adanya konflik, pendelegasian, cara berkomunikasi dan fasilitasi untuk kolaborasi

e. Controlling

Meliputi pelaksanaan penilaian kinerja staf, pertanggung jawaban, pengendalian mutu, pengendalian aspek legal dan etik serta pengendalian profesionalisme asuhan keperawatan.

## **2.2 Konsep infeksi Nosokomial**

### **2.2.1 Pengertian Infeksi Nosokomial**

Menurut Soedarto (2016) Infeksi nosokomial rumah sakit juga disebut sebagai *Hospital-acquired infections* (HAI) adalah infeksi yang didapat selama penderita di rawat di rumah sakit, dengan catatan pada waktu masuk rumah sakit masa inkubasi penyakit tidak berlangsung.

Menurut Sabarguna (2011) Infeksi nosokomial adalah kejadian infeksi yang didapat atau timbul pada waktu pasien dirawat di rumah sakit. Menurut Nursalam (2012) infeksi nosokomial adalah infeksi yang muncul selama seseorang tersebut dirawat atau setelah selesai dirawat.

Menurut Tarwoto (2015) Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang terjadi akibat penularan selama di rumah sakit atau yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Infeksi nosokomial dapat terjadi pada pasien, keluarga pasien, pengunjung, atau petugas kesehatan akibat kontak pasien yang mengalami infeksi dengan sesama pasien, dengan pengunjung, keluarga pasien, atau petugas kesehatan. Pasien juga dapat mengalami infeksi nosokomial akibat tindakan invasif seperti pemasangan infuse, pemberian obat intravena atau intramuscular, pembedahan, maupun tindakan lain seperti pemasangan kateter atau penggunaan pengisapan (suction). Petugas kesehatan juga rentan terhadap terjadinya infeksi nosokomial akibat kontak dengan pasien yang terinfeksi penyakit.

Kesimpulan dari pengertian diatas infeksi nosokomial adalah Infeksi yang terjadi di rumah sakit atau dalam system pelayanan kesehatan yang berasal dari proses penyebaran di sumber pelayanan kesehatan, baik melalui pasien, petugas kesehatan, pengunjung, maupun sumber lainnya.

### **2.2.2 Proses Terjadinya Infeksi Nosokomial**

Menurut Hidayat (2014) proses terjadinya infeksi nosokomial adalah sebagai berikut:

a. Reservoir

Merupakan habitat perumbuhan dan perkembangan mikroorganisme, dapat berupa manusia, binatang, tumbuhan, atau tanah

b. Jalan masuk

Merupakan jalan masuknya mikroorganisme ketempat penampungan dari berbagai kuman, seperti saluran pernapasan, pencernaan, kulit, dan lain-lain

c. Inang (*host*)

Merupakan tempat berkembangnya suatu mikroorganisme yang dapat didukung oleh ketahanan kuman

d. Jalan keluar

Merupakan tempat keluar mikroorganisme dari reservoir, seperti system pernapasan, system pencernaan, alat kelamin, dan lain-lain.

e. Jalur penyebarannya

Merupakan jalur yang dapat menyebarkan berbagai kuman mikroorganisme keberbagai tempat.

Menurut septiari (2012) mikroba patogen ke pejamu yang rentan melalui dua cara:

a. Transmisi langsung

Penularan langsung oleh mikroba patogen kepintu masuk yang sesuai dari pejamu. Contoh adalah adanya gigitan, sentuhan, ciuman atau adanya droplet nuclei saat bersin, batuk, berbicara, atau saat transfuse darah dengan darah yang terkontaminasi mikroba patogen.

b. Transmisi tidak langsung

Penularan yang diakibatkan oleh mikroba patogen yang memerlukan adanya suatu perantara baik berupa makanan/minuman, barang/bahan, udara, air, maupun vektor.

c. Vehicle born

Sebagai media perantara penularan ini adalah barang/bahan yang telah terkontaminasi seperti peralatan infus/transfuse, peralatan makan, dan minum, peralatan laboratorium, instrument bedah/kebidanan.

d. Vector borne

Sebagai media perantaranya adalah vektor berupa serangga yang memindahkan mikroba patogen ke penjamu.

e. Food borne

Perantara yang cukup efektif adalah Makanan dan minuman yang dapat membuat menyebarnya mikroba patogen ke penjamu, yaitu melalui pintu masuk (*port d'entrée*) saluran cerna.

f. Water borne

Tersedianya air bersih baik secara kuantitatif maupun kualitatif, terutama untuk kebutuhan rumah sakit.

g. Air borne

Udara sangat mutlak diperlukan oleh setiap orang, namun adanya udara yang terkontaminasi oleh mikroba patogen sangat sulit untuk dideteksi.

Dalam riwayat perjalanan penyakit, pejamu yang peka akan berinteraksi dengan mikroba patogen yang secara alamiah akan melewati 4 tahap:

a. Tahap rentan

Pada tahap ini pejamu masih dalam kondisi relatif sehat, namun peka atau labil, disertai faktor predisposisi yang mempermudah terkena penyakit seperti umur, keadaan, fisik, perilaku/kebiasaan hidup, sosial ekonomi, dan lain-lain.

b. Tahap inkubasi

Setelah masuk ke tubuh pejamu, mikroba patogen mulai bereaksi, namun tanda, dan gejala penyakit belum tampak.

c. Tahap klinis

Merupakan tahap terganggunya fungsi organ yang dapat memunculkan tanda, dan gejala penyakit.

### **2.2.3 Macam-Macam Penyakit Yang di Sebabkan oleh Infeksi Nosokomial**

Menurut Soedarto (2016), infeksi nosokomial menunjukkan bahwa saluran kemih merupakan sumber utama terjadinya infeksi nosokomial, diikuti oleh saluran pernapasan bagian bawah, tempat pembedahan, bagian lain saluran pernapasan, serta jaringan kulit dan jaringan lunak.

a. Infeksi saluran kemih

Infeksi nosokomial yang paling sering terjadi disebabkan penggunaan kateter kandung kemih. Infeksi pada saluran kencing meskipun morbiditasnya lebih rendah dibanding infeksi nosokomial lainnya, tetapi kadang-kadang menyebabkan terjadinya bakterimia dan kematian penderita.

b. Infeksi ditempat dilakukan operasi

Penetapan sebagai infeksi nosokomial berdasar pada gejala klinik berupa keluarnya nanah di sekitar luka atau tempat masuknya pipa saluran (*drain*), atau terjadi penyebaran selulitis dari luka bedah. Infeksi nosokomial yang terjadi di daerah pembedahan berkisar antara 0,5 sampai 15% tergantung pada jenis pembedahan dan keadaan kesehatan penderita. Terjadinya infeksi nosokomial di daerah pembedahan memperpanjang masa rawat inap pasca bedah yang berkisar antara 3 dan 20 hari.

c. Pneumonia nosokomial

Pneumonia nosokomial dapat terjadi pada berbagai kelompok penderita yang berbeda, yang dirawat di unit perawatan intensif (ICU) yang dilengkapi ventilator. Mikroorganisme dapat ditemukan di dalam lambung, di jalan napas bagian atas dan bronki dapat menyebabkan infeksi paru (*pneumonia*). Mikroba penyebab terutama bersifat endogen yang berasal dari system pencernaan atau hidung dan tenggorok, atau dapat juga bersifat eksogen yang berasal dari alat bantu pernapasan yang tercemar mikroba.

d. Bakteria nosokomial

Meskipun frekwensi bakterimia nosokomial hanya 5% dari seluruh infeksi nosokomial, tetapi angka kematian akibat bakterimia nosokomial adalah tinggi. Pada beberapa jenis mikroorganisme angka kematian biasa lebih dari 50%, misalnya pada infeksi nosokomial oleh *staphylococcus koagulase-negatif* yang multiresisten, dan yang disebabkan oleh *Candida*. Infeksi dapat terjadi pada kulit di tempat masuknya jarum pada tindakan intravaskuler, atau di tempat masuknya kateter di daerah subkutan (infeksi terowongan *tunnel infection*).

e. Infeksi pembuluh darah

Menurut Nursalam (2012) infeksi ini sangat berkaitan erat dengan penggunaan infuse, kateter jantung dan suntikan. Virus yang dapat menular dari cara ini adalah virus hepatitis B, virus hepatitis C, dan penyakit HIV. Infeksi ini dibagi menjadi dua kategori utama:

- 1) Infeksi pembuluh dara primer, muncul tanpa adanya tanda infeksi sebelumnya, dan berbeda dengan organisme yang ditemukan dibagian tubuh yang lain.
- 2) Infeksi sekunder, muncul sebagai akibat dari infeksi dari organisme yang sama dari sisi tubuh yang lain.

#### **2.2.4 Faktor penyebab infeksi nosokomial**

Menurut penelitian Abdullah (2014), mikroorganisme adalah agen penyebab infeksi termasuk didalamnya bakteri, virus, jamur, dan parasit. Untuk tujuan pencegahan infeksi bakteri dapat dibagi dalam kategori yaitu vegetative (*staphylococcus*), mikrobakteri (*tuberculosis*), dan endospore

(ganggren dan tetanus). Dari semua agen infeksi yang umum, endospore yang paling sulit dimusnakan karena protektif yang kuat (lapisan pelindungnya).

Menurut Soedarto (2016), Pasien akan terpapar berbagai macam mikroorganisme selama ia dirawat di rumah sakit. Infeksi Nosokomial tidak selalu ditimbulkan karena kontak antara pasien dan mikroorganisme karena banyaknya faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial. Kemungkinan terjadi infeksi tergantung pada karakteristik mikroorganisme, resistensi terhadap zat-zat antibiotika, tingkat virulensi, dan banyaknya materi infeksius.

a. Agen

Semua mikroorganisme termasuk bakteri, virus, jamur, dan parasit yang dapat menyebabkan infeksi nosokomial.

1) Bakteri : dapat ditemukan sebagai flora normal dalam tubuh manusia yang sehat. Keberadaan bakteri disini sangat penting dalam melindungi tubuh dari datangnya bakteri pathogen. Tetapi pada beberapa kasus dapat menyebabkan infeksi jika manusia tersebut mempunyai toleransi yang rendah terhadap mikroorganisme . contohnya *Escheria coli* paling banyak dijumpai sebagai penyebab infeksi saluran kemih.

2) Virus : banyak kemungkinan infeksi nosokomial disebabkan oleh berbagai macam virus, termasuk virus hepatitis B dan hepatitis C dengan media penularan dari transfuse,dialysis,suntikan dan endoskopi. Respiratory syncytial virus (RSV), rotavirus, dan

enteroviruses yang ditularkan dari kontak tangan ke mulut atau melalui rute faecal-oral. Hepatitis dan HIV ditularkan melalui pemakaian jarum suntik, dan transfusi darah. Rute penularan untuk virus sama seperti mikroorganisme lainnya. Infeksi gastrointestinal, infeksi traktus respiratorius, penyakit kulit dan darah. Virus lain yang sering menyebabkan infeksi nosokomial adalah *Cytomegalovirus*, *Ebola*, *Influenza virus*, *Herpes simplex virus*, dan *Varicella-zoster virus*.

3) Parasit dan jamur : beberapa parasit seperti *Giardia lamblia* dapat menular dengan mudah ke orang dewasa maupun anak-anak. Banyak jamur dan parasit dapat timbul selama pemberian obat antibiotik bakteri dan obat *immunosupresan*, contohnya infeksi dari *Candida albicans*, *Aspergillus spp*, *Cryptococcus neoformans*, *Cryptosporidium*.

b. Tuan rumah (pasien atau anggota staf)

Menurut septiari (2012), faktor terpenting yang mempengaruhi tingkat toleransi, dan respon tubuh pasien adalah:

- 1) Umur
- 2) Status imunitas penderita
- 3) Penyakit yang diderita
- 4) Obesitas, dan malnutrisi
- 5) Orang yang menggunakan obat-obatan immunosupresan, dan steroid

6) Intervensi yang dilakukan pada tubuh untuk melakukan diagnose, dan terapi

c. Resistensi terhadap agen antibiotik

Resistensi terhadap antimikroba adalah keadaan dimana suatu mikroorganisme sudah kebal terhadap antibiotik yang biasa digunakan. Organisme-organisme yang sudah kebal dapat berupa bakteri, jamur, virus, atau parasit yang sudah resisten terhadap antibiotik, antijamur, antivirus atau antiparasit, sehingga standar pengobatan menjadi tidak lagi efektif, sehingga infeksi dapat lebih mudah menyebar ke orang lain. Penggunaan antimikroba yang tidak tepat dapat mempercepat fenomena alami resistensi. Pengendalian infeksi yang buruk pelaksanaannya meningkatkan penyebaran mikroorganisme yang sudah resisten. Infeksi oleh mikroorganisme yang resisten antibiotik tidak dapat diobati dengan antibiotik yang biasa diberikan sehingga memperpanjang masa sakit dan meningkatkan biaya perawatan serta berisiko lebih tinggi terjadinya kematian.

### **2.2.5 Dampak Infeksi Nosokomial**

Menurut septiari (2012), infeksi nosokomial dapat memberikan dampak sebagai berikut :

- a. Menyebabkan cacat fungsional, serta stress emosional, dan dapat menyebabkan cacat yang permanen serta kematian.
- b. Dampak tertinggi pada Negara berkembang dengan prevalensi HIV/AIDS yang tinggi.

- c. Meningkatkan biaya kesehatan di berbagai Negara yang tidak mampu, dengan meningkatkan lama perawatan di rumah sakit, pengobatan dengan obat-obat mahal, dan penggunaan pelayanan lainnya.
- d. Morbiditas, dan mortalitas semakin tinggi.
- e. Adanya tuntutan secara hukum.
- f. Penurunan citra Rumah sakit.

Menurut Sabana (2011) akibat yang menonjol dari infeksi nosokomial adalah sebagai berikut :

- a. Lama perawatan (LOS), lebih lama, pada tiap tahunnya; di USA, 8 hari lebih lama.
- b. Bertambahnya biaya operasional rumah sakit, yang secara otomatis menambah biaya bagi pasien.
- c. Secara akibat lanjut akan menambah "waktu tunggu pasien lain" dan menurunkan produktivitas.

#### **2.2.6 Pengelolaan Infeksi Nosokomial**

Menurut septiari (2012) Terjadinya infeksi nosokomial di pengaruhi oleh :

- a. Banyaknya pasien yang dirawat dapat menjadi sumber infeksi baru di lingkungan, dan pasien lainnya.
- b. Kontak langsung antara pasien yang menjadi sumber infeksi dengan pasien lainnya.
- c. Kontak langsung antara petugas Rumah sakit yang tercemar kuman dengan pasien.
- d. Penggunaan alat/peralatan medis yang tercemar oleh kuman.
- e. Kondisi pasien yang lemah akibat penyakit yang dideritanya.

Daya tahan tubuh yang lemah sangat rentan terhadap penyakit infeksi. Masuknya mikroba atau transmisi mikroba ke penderita tentunya berasal dari sekitar penderita, dimana penderita menjalani proses asuhan keperawatan seperti :

- a. Penderita lain, yang juga sedang dalam proses perawatan.
- b. Petugas pelaksana (dokter, perawat, dan seterusnya)
- c. Peralatan medis yang digunakan
- d. Tempat (ruangan/bangsal/kamar) dimana penderita dirawat.
- e. Tempat/kamar dimana penderita menjalani tindakan medis akut seperti kamar operasi, dan kamar bersalin.
- f. Makanan, dan minuman yang disajikan.
- g. Lingkungan Rumah sakit secara umum.

Semua unsur diatas, besar atau kecil dapat memberi kontribusi terjadinya infeksi nosokomial. Pencegahan melalui pengendalian infeksi nosokomial di Rumah sakit saat ini mutlak harus dilaksanakan oleh seluruh jajaran manajemen Rumah sakit. Di mulai dari direktur, wakil direktur pelayanan medis, wakil direktur umum, kepala UPF, para dokter, bidan/perawat, dan lain-lain. Pencegahan artinya jangan sampai timbul, sedangkan pengendalian artinya meminimalisasi timbulnya risiko infeksi. Dengan demikian tugas utama Panitia Medik

### **2.2.7 Upaya dan Pencegahan Infeksi Nosokomial**

Menurut Sabana (2011), Tujuan dari pengendalian infeksi nosokomial adalah:

- a. Terciptanya lingkungan rumah sakit yang memenuhi persyaratan

- b. Menjamin adanya pencegahan infeksi nosokomial
- c. Membantu proses penyembuhan pasien.

Menurut Soedarto (2016), Terjadinya infeksi nosokomial dipengaruhi oleh banyak faktor (multifaktorial), baik faktor yang ada dalam diri (badan, tubuh) penderita sendiri, maupun faktor yang berada disekitarnya. Setiap faktor tersebut hendaknya dicermati, diwaspadai dan dianggap berpotensi. Dengan mengenal faktor yang berpengaruh merupakan modal awal upaya pencegahan infeksi nosokomial.

Tindakan yang harus dilakukan dalam mencegah infeksi nosokomial adalah sebagai berikut :

- a. Menggunakan kateter vena yang sudah dibubuhi antibakteri untuk mencegah agar tidak dapat masuk kedalam aliran darah
- b. Mencegah kontak petugas kesehatan dengan sekresi pernapasan dengan menggunakan pelindung, misalnya masker
- c. Melakukan sterilisasi semua instrument medis dan perlengkapan lainnya untuk mencegah kontaminasi
- d. Mengurangi penggunaan antibiotik secara berlebihan agar tidak mengganggu sistem imun penderita dan mengurangi terjadinya bakteri.

Menurut Nursalam (2012) bahwa pencegahan infeksi nosokomial ini sangat memerlukan suatu rencana yang terintegrasi, monitoring dan program-program yang bertujuan membatasi penyebaran organisme, mengontrol dan membatasi resiko infeksi serta melindungi pasien.

a. Dekontaminasi

Transisi penyakit melalui tangan dapat diminimalisasi dengan menjaga kebersihan tangan. Tetapi pada kenyataannya, hal ini sulit dilakukan dengan benar karena banyaknya alasan seperti kurangnya peralatan, alergi produk pencuci tangan, kurangnya pengetahuan mengenai pentingnya hal ini, dan waktu mencuci tangan yang lama.

b. Instrument yang sering digunakan rumah sakit

Masker digunakan sebagai pelindung terhadap penyakit yang ditularkan melalui udara. Sarung tangan sebaiknya digunakan terutama ketika menyentuh darah, cairan, tubuh, feses maupun urin. Baju khusus juga harus dipakai untuk melindungi kulit dan pakaian selama kita melakukan suatu tindakan untuk mencegah percikan darah, cairan tubuh, urin dan feses.

c. Mencegah penularan dari lingkungan rumah sakit

Pembersihan yang rutin sangat penting untuk memastikan bahwa rumah sakit benar-benar bersih dari debu, minyak dan kotoran.

d. Perbaiki ketahanan tubuh

Didalam tubuh manusia, Di dalam tubuh ada bakteri yang ikut membantu ketahanan tubuh dan dalam proses fisiologis tubuh yang dinamakan bakteri mutualistik.

e. Ruangan isolasi

Ruangan isolasi dapat menjadi solusi agar penyebaran infeksi nosokomial tidak terjadi yaitu dengan membuat pemisahan antar pasien. Ruang isolasi harus dibuat selalu tertutup dengan didukung

ventilasi udara selalu menuju keluar. Sebaiknya satu pasien berada dalam satu ruangan isolasi jika penyakit yang diderita sama karena sangat kecil resiko terjadinya infeksi nosocomial.

## **2.3 Konsep *Hand Hygiene***

### **2.3.1 Pengertian**

Mencuci tangan adalah membersihkan tangan dari kotoran, mulai dari ujung jari hingga siku dan lengan atas dengan cara tertentu sesuai kebutuhan. Mencuci tangan mencegah terjadinya infeksi silang melalui tangan dan menjaga kebersihan individual. Adapun variasi mencuci tangan adalah dengan mencuci tangan bersih dan mencuci tangan steril (Eni Kusyati, 2016).

Mencuci tangan adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan jari-jemari menggunakan air atau pun cairan lainnya oleh manusia dengan tujuan untuk menjadi bersih, sebagai ritual keagamaan, ataupun tujuan-tujuan lainnya. Antiseptik merupakan bahan kimia untuk mencegah multiplikasi mikroorganisme pada permukaan tubuh, dengan cara membunuh mikroorganisme tersebut atau menghambat pertumbuhan dan aktivitas metaboliknya. *Hand sanitizer* antiseptik yang sering digunakan adalah alkohol. Alkohol telah digunakan secara luas sebagai obat antiseptik kulit karena mempunyai efek menghambat pertumbuhan bakteri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas mencuci tangan menggunakan cairan pembersih tangan antiseptik (*hand sanitizer*) terhadap jumlah angka kuman (Fajar Ardi Desiyanto, 2013).

a. Mencuci tangan bersih

1) Tujuan

- a) Mengurangi mikroorganisme pada tangan dan mencegah kontaminasi
- b) Mencegah atau mengurangi peristiwa infeksi
- c) Memelihara tekstur dan integritas kulit tangan dengan tepat

2) Persiapan alat

- a) Bak cuci dengan air hangat yang mengalir (sesuaikan dengan kondisi yang ada)
- b) Sabun atau desinfektan
- c) Handuk
- d) Wadah handuk kotor

3) Prosedur pelaksanaan

- a) Gulung lengan baju yang panjang hingga diatas pergelangan tangan anda. Lepaskan perhiasan dan jam tangan (memberi akses kejari, tangan, dan pergelangan. Cincin dapat menjadi sarang mikroorganisme di tangan).
- b) Pastikan kuku jari anda pendek dan terkikir (kebanyakan mikroba di tangan berasal dari bawah kuku).
- c) Perhatikan permukaan tangan dan jari anda terhadap adanya luka goresan atau sayatan. Laporkan jika terdapat lesi ketika merawat klien yang sangat rentan (luka terbuka dapat menjadi sarang mikroorganisme. Lesi tersebut juga dapat menjadi sumber infeksi meningkatkan pemajanan klien terhadap infeksi,

atau sebagai jalan masuk mikroorganisme, yang meningkatkan resiko anda terkena infeksi.

d) Berdiri di depan bak cuci, pertahankan agar tangan dan seragam anda tidak menyentuh bak cuci ulangi mencuci tangan dari awal dengan menyentuh bak cuci selama proses. Gunakan bak cuci dengan kran yang mudah dijangkau.

e) Bak cuci merupakan area yang terkontaminasi. Menjangkau peran diatas bak cuci meningkatkan resiko menyentuh tepiannya yang merupakan bagian yang terkontaminasi

f) Lakukan 7 langkah tangan meliputi

(1)Basahi kedua telapak tangan anda dengan air mengalir dan tuang sabun ketelapak tangan. Selanjutnya, gosok kedua telapak tangan ke arah depan dan belakang.

(2)Gosok punggung tangan anda dan masukan jari anda di sela jari secara bergantian.

(3)Masukan jari tangan anda ke sela jari kiri untuk membersihkan sela jari

(4)Gosok ujung jari dengan mengatupkan jari tangan kanan dan menggosokannya ketelapak tangan kiri. Lakukan prosedur yang sama pada tangan kiri.

(5)Gosokan dan putar bu jari secara bergantian

(6)Gosok kedua pergelangan tangan dengan cara memutar telapak tangan ke pergelangan tangan secara bergantian. Selanjutnya bilas dengan air bersih yang mengalir dan

keringetan tangan secara menyeluruh. Keringkan dari ujung jari turun ke pergelangan tangan.

g) Letakkan handuk dalam wadah yang telah disediakan

Meletakkan benda yang terkontaminasi ditempat yang telah disediakan mencegah terjadinya perpindahan mikroorganisme

h) Tutup keran air dengan siku. Untuk menutup keran yang dioperasikan dengan tangan, gunakan tisu kertas bersih dan kering

i) Pertahankan tangan tetap bersih

### **2.3.2 Macam-Macam Pembersih Tangan**

#### **a. Pengertian**

- 1) Pembersihan Tangan dengan cairan Antiseptik (Handrub) adalah mencuci tangan dengan menggunakan cairan antiseptik yang berbahan dasar alkohol gel di seluruh permukaan tangan untuk meminimalkan pertumbuhan mikroorganisme tanpa menggunakan air dan handuk (pada tangan yang bersih).
- 2) Pembersih Tangan dengan Sabun Antiseptik/cairan/larutan dan air mengalir (Handwash) adalah mencuci tangan dengan air mengalir dengan menggunakan sabun/cairan antiseptik yang bertujuan membersihkan tangan dari transien mikroorganisme di tangan (pada tangan yang kotor).
- 3) Pembersihan Tangan Bedah (Surgical Handwash) pada tindakan operasi adalah:

(a) Proses menghilangkan atau menghancurkan mikroorganisme yang tinggal di lapisan kulit yang lebih dalam serta di dalam folikel rambut yang tidak dapat di hilangkan seluruhnya (flora residen).

(b) Membersihkan tangan dengan menggunakan sikat dan sabun di bawah air mengalir dengan prosedur tertentu agar tangan dan lengan bagian bawah bebas dari mikroorganisme.

b. Tujuan

- 1) Meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme.
- 2) Mencegah transmisi mikroorganisme dari petugas ke pasien dari pasien ke petugas, dari pasien ke pasien serta lingkungan sekitar pasien.
- 3) Tindakan utama untuk pencegahan dan pengendalian infeksi.

c. Kebijakan

- 1) Prosedur pembersihan tangan dengan antiseptik harus dilakukan oleh semua petugas kesehatan, keluarga, pengunjung yang berhubungan langsung dengan pasien atau lingkungan pasien.
- 2) Prosedur pembersihan tangan dengan antiseptik dilakukan sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, sesudah terpajan dengan cairan tubuh pasien yang berisiko, sesudah kontak dengan pasien dan sesudah kontak dengan area sekitar pasien.
- 3) Setiap ruangan harus tersedia fasilitas:
  - a) Wastafel dengan air yang mengalir dengan kran bergagang panjang
  - b) Sabun atau cairan antiseptik mengandung chlorhexidine 2% dan 4% untuk pembersihan tangan operasi

- c) Cairan Handrub
- d) Pengering tangan (tissue/paper, towel/handuk satu kali pakai)
- e) Gambar prosedur pembersihan tangan terlihat di semua fasilitas

d. Prosedur

Pembersihan Tangan dengan sabun dan air (Handwash). Langkah-langkah:

- 1) Buka perhiasan yang digunakan, basahi tangan dengan air mengalir
- 2) Tuangkan sabun ke telapak tangan
- 3) Ratakan dengan kedua telapak tangan
- 4) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- 5) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
- 6) Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan
- 7) Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- 8) Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya
- 9) Bilas kedua tangan dengan air mengalir
- 10) Keringkan kedua tangan dengan tissue sekali pakai
- 11) Gunakan bekas tissue tersebut untuk menutup kran air
- 12) Sekarang tangan sudah aman

Pembersihan Tangan dengan Cairan Antiseptik (Handrub). Langkah-langkah:

- 1) Tuangkan larutan antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan sebanyak 3-5 tetes

- 2) Gosok kedua telapak tangan hingga merata
- 3) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- 4) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
- 5) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan
- 6) Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- 7) Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya
- 8) Sekarang tangan sudah aman.

Cara pembersihan tangan bedah (surgical handwash). Langkah-langkah:

- 1) Buka semua perhiasan yang digunakan, termasuk cincin, gelang, dan jam tangan.
- 2) Basahi dengan air yang mengalir
- 3) Gunakan cairan anti septik
- 4) Cuci tangan dengan lengan kebawah secara menyeluruh dan bilas dengan air mengalir
- 5) Gunakan sekali lagi dengan cairan antiseptic, sebarkan keseluruhan permukaan tangan dan lengan bawah
- 6) Mulai ngan tangan, gunakan pembersih kuku untuk membersihkan daerah bawah kuku kedua tangan
- 7) Bersihkan kuku secara menyeluruh, kemudian jari-jari, sela-sela jari, telapak tangan dan punggung tangan

- 8) Cuci setiap jari seakan-akan mempunyai empat sisi
- 9) Berikutnya scrub darah pergelangan tangan pada tiap tangan
- 10) Setelah seluruh pergelangan tangan telah di scrub, bagian lengan bawah juga di scrub, pastikan gerakan lengan kebagian siku
- 11) Ulangi pada lengan satunya, dari lengan bawah menuju siku
- 12) Bilas tangan dan lengan bawah secara menyeluruh, pastikan tangan di tahan lebih tinggi dari siku
- 13) Biarkan sisa air menetes melalui siku
- 14) Keringkan dengan handuk steril
- 15) Sekarang tangan sudah aman (prosdur dilakukan 2 sampai 5).

Prosedur saat melakukan praktek kebersihan tangan

- 1) Sebelum kontak dengan pasien
- 2) Sebelum tindakan aseptik
- 3) Setelah terkena cairan tubuh pasien beresiko
- 4) Setelah kontak dengan pasien
- 5) Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

### **2.3.3 Tujuan Mencuci Tangan Secara Umum**

- a. Menjaga kebersihan diri
- b. Mencegah infeksi silang
- c. Sebagai pelindung diri

### **2.3.4 Manfaat Mencuci Tangan**

Banyak sekali manfaat mencuci tangan yang kita semua bisa rasakan antara lain :

- a. Untuk menghindarkan penulaan penyakit melalui tangan (makanan)
- b. Untuk menjaga kebersihan diri (perorangan)

- c. Untuk membuat tubuh kita tetap sehat dan bugar
- d. Supaya tidak terjadi agen penular bibit penyakit kepada orang lain

### **2.3.5 waktu yang tepat untuk cuci tangan**

- a. Tiap kali sesudah buang air besar (BAB)
- b. Setiap kali mau menyentuh makanan
- c. Sebelum dan sesudah makan
- d. Sewaktu mau menyuapi / memberikan makan anak
- e. Sesudah bekerja dan beraktivitas

### **ENAM LANGKAH CUCI TANGAN MENURUT STANDART WHO**

Setelah sebelumnya membahas 5 momen cuci tangan sekarang coba kita bahas tentang bagaimana cuci tangan dengan antiseptik (*handrub*) yang benar menurut WHO. Hal ini juga wajib diketahui dan dilakukan untuk semua karyawan RS/Puskesmas/Klinik yang akan menghadapi akreditasi.

Prinsip dari 6 langkah cuci tangan antara lain :

- a. Dilakukan dengan menggosokkan tangan menggunakan cairan antiseptik (*handrub*) atau dengan air mengalir dan sabun antiseptik (*handwash*).  
Rumah sakit akan menyediakan kedua ini di sekitar ruangan pelayanan pasien secara merata.
- b. *Handrub* dilakukan selama 20-30 detik sedangkan *handwash* 40-60 detik.
- c. 5 kali melakukan *handrub* sebaiknya diselingi 1 kali *handwash*

Enam langkah cuci tangan yang benar menurut WHO yaitu :

- a. Tuang cairan *handrub* pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.



- b. Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian



- c. Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih



- d. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci



- e. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian



- f. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan



## 2.4 Penelitian Terkait

- a. Monica P, Dkk. Faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan *Hand Hygiene* di instalasi rawat inap di Rumah Sakit Tingkat III R. W. Mongisidi Manado. Jenis penelitian yang di gunakan adalah kuantitatif dengan penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh perawat yang bekerja di instalasi Rawat Inap RS Tingkat III R.W Mongisidi Manado yang berjumlah 90 orang. Hasil penelitian statistic menggunakan uji chi square dan uji regresi logistik berganda hasil penelitian terdapat hubungan antara pengetahuan, ketersediaan sarana, motivasi dan supervisi secara simultan terhadap penerapan *Hand Hygiene* oleh perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Tkt. III R.W. Mongosidi Manado, namun variabel sarana merupakan varibel yang paling dominan berhubungan secara signifikan dengan penerapan *Hand Hygiene* oleh perawat.
- b. Sri Hananto Ponco, Virgianti Nur faridah, 2016. Penerapan supervisi klinis kepala ruang untuk meningkatkan pelaksanaan cuci tangan lima momen perawat pelaksanaan. Desain penelitian ini menggunakan pra experimental (before after study). Besar sampel dalam penelitian ini adalah 42 perawat pelaksanaan yang akan diobservasi sebelum dan sesudah di terapkan supervisi klinis diterapkan supervisi klinis kepala ruang. Supervisi klinis diterapkan di ruangan rawat inap. Kepala ruangan akan diberikan pelatihan supervisi klinis. Data yang terkumpul dianalisis dengan uji Dependent T-Test. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna melaksaan cuci tangan lima momen sebelum dan sesudah diterapkan

supervisi klinis sebuah Rumah Sakit Kabupaten Bojonegoro (  $p=0.000$ ,  $p<0.05$ ).

- c. Nelia Fauzia, Dkk, 2014. Kepatuhan standar prosedur operasional hand hygiene pada perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif. Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di ruang rawat inap rumah sakit X Malang. Sampel yang diambil sebanyak 43 responden dari 5 ruang percontohan rawat inap di rumah sakit X dengan menggunakan teknik simpel random sampling yaitu ruang ICU, PICU, NICU, kamar bersalin, Unit Stroke dan Teratai. Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan hand hygiene rumah sakit X didapatkan keseluruhan perilaku perawat berada pada kategori cukup yaitu 36 % yang melaksanakan *Hand Hygiene* sesuai dengan SPO.
- d. Dwi Bagus Susilo, 2015. Kepatuhan pelaksanaan kegiatan *Hand Hygiene* pada tenaga kesehatan di Rumah Sakit X Surabaya. Jenis penelitian digunakan adalah survei deskriptif. Teknik pengambilah sampel menggunakan sampel jenuh yaitu dengan mengambil semua anggota populasi menjadi sampel. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 21 responden. Hasil menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan petugas kesehatan pada setiap momen masih rendah. Semua responden (100%) melakukan kegiatan *Hand Hygiene* hanya pada momen sesudah kontak dengan pasien. Kegiatan *Hand Hygiene* tidak pernah dilakukan saat momen sebelum tindakan aseptis.

- e. Riyani Wulandari, Siti Sholika, 2017. Pengetahuan dan penerapan Five Moments cuci tangan perawat di RSUD SUKOHARJO. Jenis penelitian yang di gunakan adalah deskriptif kuantitatif. Sampel yang digunakan yaitu total sampling dimana populasi diambil sebanyak 29 responden. Hasil penelitian menunjukkan dari 29 perawat di bangsal ICU dan NICU RSUD Sukoharjo, 17 responden sudah menerapkan *five moment* cuci tangan dengan persentasi 58,6 % dan 12 responden tidak menerapkan *five moment* cuci tangan dengan presentasi 41,4 %.
- f. Elies Ernawati, dkk, 2014. Penerapan *Hand Hygiene* perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit.jenis studi ini adalah deskriptif observasional dengan target populasi perawat yang bekerja di unit rawat inap rumah sakit 65 orang. Teknik pengambilan sampel dengan propotional stratified random sampling 80 % sehingga di dapatkan sampel sebanyak 54 orang. Berdasarkan pengamatan kepatuhan *Hand Hygiene* perawat ruang rawat inap rumah sakit masih rendah (35%). Kepatuhan hand hygiene perawat lebih banyak dilakukan sebelum perawat melakukan tindakan invasif aseptik, dan paling sedikit dilakukan sebelum perawat kontak dengan pasien. Tingkat pengetahuan perawat sebagian besar (64%) masih kurang.

## **BAB III**

### **ANALISIS SITUASIONAL**

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Pengkajian Sejarah Rumah Sakit**

Pemberian nama diambil dari nama seorang tokoh masyarakat yang berasal dari Kabupaten Tanah Datar (Kecamatan Lintau Buo) yang bernama Ali Hanafiah lahir di Lubuk Jantan Lintau tahun 1901 yang sudah lama berkecimpung dan mengabdikan dirinya didunia Kedokteran pada Universitas Indonesia di Jakarta pada tahun 1927 dan bertugas di RSUD Batusangkar pada tahun 1937. Ali Hanafiah meninggal di Jakarta, sebagai penghormatan oleh masyarakat Kabupaten Tanah Datar diabadikan namanya pada RSUD Batusangkar menjadi RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM Batusangkar sampai dengan sekarang.

Berdasarkan perkembangannya kemudian pada tanggal 10 Desember 1996 melalui Surat Keputusan Bupati Kabupaten Tanah Datar Nomor 421/BTD/1996 dikukuhkan nama RSUD Batusangkar menjadi RUMAH SAKIT Prof. DR. M.A HANAFIAH, SM Batusangkar yang diambil dari nama tokoh masyarakat Kabupaten Tanah Datar yang telah mengabdikan dirinya dalam Ilmu Kedokteran pada Universitas Indonesia yang bernama Prof. Dr. M.A Hanafiah dimana yang menjadi Direktur RSU Batusangkar pada saat itu adalah Dr. Asri Majid dan Ketua DPRD Kabupaten Tanah Datar Bahar Adam Sori. Pemberian nama RSUD Batusangkar menjadi RS Prof. Dr. M.A Hanafiah SM dikarenakan Rumah Sakit Umum Daerah di

Provinsi Sumatera Barat telah memakai nama tokoh masyarakat setempat, contohnya RS Achmad Muchtar Bukittinggi, RSUD Dr. M. Djamil Padang, RSUD Adnan WD Payakumbuh dll.

Usulan diterima oleh DPRD Kabupaten Tanah Datar dan dibentuk Tim dalam Rapat DPRD Kab. Tanah Datar untuk pemberian nama tersebut. Ketua Tim yaitu Wakil Ketua DPRD Kab. Tanah Datar (Bapak Muis), dalam rapat tersebut nama Rumah Sakit yang diusulkan adalah sbb :

1. RS Ahmad Yusuf
2. RS Abu Hanafi
3. RS Ali Hanafiah

Setelah disepakati bersama Tim sepakatt member nama RSUD Ali Hanafiah SM karena Hanafiah adalah Putra Daerah pertama yang bertugas sebagai Dokter di RSUD Batusangkar pada tahun 1937.

Seiring dengan perkembangan desentralisasi Otonomi Daerah kemudian struktur Rumah Sakit Prof. Dr. M.A Hanafiah SM Batusangkar berkembang dengan perubahan struktur baru yang ditetapkan dalam Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2008.

Sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Tanah Datar Rumah Sakit Prof. Dr. M.A Hanafiah SM Batusangkar mempunyai tarif yang terjangkau oleh masyarakat dan sebagai Rumah Sakit pusat rujukan seyogyanya pasien membawa surat rujukan dari Puskesmas, Klinik atau Praktek Dokter ke Rumah Sakit Prof. Dr. M.A Hanafiah SM Batusangkar. Yang perlu diketahui oleh masyarakat pelayanan Rumah Sakit telah mencakup Pelayanan Medik Spesialis 4 Dasar (Bedah, Interne, Anak dan

Kebidanan), Pelayanan Medik Spesialis Penunjang (Patologi Klinik dan Patologi Anatomi) serta Pelayanan Spesialis Pelengkap (Mata, Paru, Syaraf, THT, Kulit & Kelamin, Kesehatan Jiwa).

Berikut nama-nama Direktur yang sudah berjasa memimpin RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM Batusangkar.

1. Tahun 1979 s/d 1988 : dr. H. NazarudinTamin
2. Tahun 1988 s/d 1992 : dr. MarzuanRasyid
3. Tahun 1992 s/d 1998 : dr. AsriMajid
4. Tahun 1998 s/d 2001 : dr. Merry Yuliesday
5. Tahun 2001 s/d 2005 : dr. H. Novizar
6. Tahun 2005 s/d 2006 : dr. H. AdiZulhadi, MM
7. Tahun 2006 s/d 2009 : dr. H. Hafleziani, M.Kes
8. Tahun 2009 s/d 2011 : dr. H. Zunirman
9. Tahun 2011 s/d 2015 : dr. ErmonRevlín MPH
10. Tahun 2015 s/d sekarang : dr. AfrizalHasan

### **3.1.2 Visi, Misi, Dan Motto RSUD Prof. DR. M.A. Hanafiah, SM Batusangkar**

Berdasarkan Peraturan Bupati Kabupaten Tanah Datar Nomor 72 Tahun 2011 Tentang RSB (2012-2016), ditetapkan Visi, Misi Rumah Sakit Prof. Dr. M.A Hanafiah SM Batusangkar.

#### **a. VISI :**

Menjadi Rumah Sakit Bertaraf Nasional

**b. MISI**

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dan profesional dengan mengutamakan kepuasan pasien.

**c. MOTTO :**

Mengutamakan keselamatan, kesembuhan, kenyamanan dan kepuasan pasien adalah merupakan kebahagiaan kami

**3.1.3 Kajian Situasi di Ruangan Interne RSUD Prof. Dr. MA Hanafiah SM Batusangkar**

**A. Karakteristik Unit**

Ruangan interne adalah salah satu dari ruangan rawat yang ada di RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah. SM Batusangkar. Ruangan interne terletak di sebelah kanan bersebrangan dengan musolla dan sebelah kiri bersebrangan dengan ruang anak dan neorologi, di depan berhadapan dengan ruang ponek dan perinatologi, dibelakang bersebrangan dengan ruang Vip A. Ruang interne merupakan ruang rawat yang terdiri dari ruangan kelas satu, dua dan tiga, di sisi sebelah kanan terdiri dari ruang kelas III cewek (syafa), kelas II cowok (rahma), kelas I (tazkiyah), Nurse Station, WC Umum dan dari sisi sebelah kiri terdiri dari Ruang Kelas III cowok (marwa), ruang HCU, kelas II cewek (mardotillah), Ruang Perawat, dan diujung sebelah kanan dari pintu masuk terdapat ruang isolasi.

Ruangan dipimpin oleh kepala ruangan yang berada dibawah kepala instalasi interne. Secara teknis operasional perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bertanggung jawab kepada kepala instalasi dan secara administrasi bertanggung jawab kepada bidang keperawatan.

## **B. Input**

### **a. Man**

#### **1) Jumlah Perawat**

Ruang rawat inap interne mempunyai 18 orang tenaga perawat dimana 1 kepala ruangan dan 17 orang perawat. Tetapi perawat yang ditemui saat pengkajian oleh mahasiswa berjumlah 16 orang tenaga perawat dimana 1 kepala ruangan dan 15 orang perawat. Berdasarkan wawancara mahasiswa dengan tenaga perawat, mengatakan bahwa 1 perawat ruangan interne.

### **b. Metode**

#### **1) Questioner**

Berdasarkan hasil questioner tentang model asuhan keperawatan yang digunakan saat ini didapatkan bahwa model yang digunakan Ruang Interne RSUD. Dr. MA. Hanafiah. SM Batusangkar adalah metode tim. Yang mana dari 16 orang menyatakan mengerti/memahami model yang digunakan.

#### **2) Observasi**

Dari hasil observasi yang telah dilakukan diperoleh penerapan metode tim di ruangan interne belum optimal. Dimana pembagian tugas masih belum jelas dan tugas yang dilaksanakan belum sesuai dengan tupoksi masing-masing.

### 3) Wawancara

Dari hasil wawancara yang dilakukan kepala ruangan Interne mengatakan metode yang digunakan dalam menjalankan asuhan keperawatan adalah metode tim. Namun, pelaksanaannya belum ideal karena masih harus menyesuaikan dengan situasi dan kondisi di ruangan saat ini dan masih kurangnya tenaga keperawatan.

#### c. Materials & Machine

Dari hasil observasi yang telah dilakukan fasilitas yang tersedia untuk pasien di ruangan Interne RSUD. Dr. MA. Hanafiah. SM. Batusangkar antara lain :

No	Nama Barang	Jumlah
1.	Tempat tidur	28
2.	Meja pasien	28
3.	AC	8
4.	Kamar mandi	8
5.	Jam dinding	6
6.	Timbangan	1
7.	Wastavel	3

Adapun fasilitas alat kesehatan yang tersedia di ruangan interne RSUD. Dr. MA. Hanafiah. SM. Batusangkar antara lain :

No	Nama Barang	Jumlah
1.	Stetoskop	3
2.	Lemari Es	1
3.	Kom	2
4.	Tabung Oksigen	Sesuai kebutuhan Pasien

5.	Bak instrumen	2
6.	Tong sampah non medis	4
7.	Tong sampah medis	1
8.	Tong sampah botol infus	1
9.	Troli	1
10.	Tensi meter	2
11.	Bengkok	1
12.	Suction	1
13.	Telepon	1
14.	Apar	1
15.	Lemari obat	1
16.	Standar infus	28
17.	Ambu bag	1
18.	Meteran	1
19.	Nebulizer	1
20.	Monitor	1
21.	Infus pump	4
22.	Siring pump	3
23.	Tongue Spatel	0
24.	EKG	1
25.	Alat membaca rontgen	0

Fasilitas untuk tenaga kesehatan terdiri atas 1 kamar perawat yang menjadi satu dengan ruang ganti perawat, 1 kamar mandi/WC perawat, Ruangan dokter yang berhadapan dengan kamar HCU serta nurse station yang berada di samping kanan ruang dokter.

## 1. Proses

### a. Planning

#### 1) Perencanaan SDM

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, kepala ruangan mengatakan bahwa jumlah tenaga perawat yang ada di ruangan belum dirasakan cukup jika dibandingkan dengan jumlah rata-rata pasien yang ada. Pada suatu pelayanan profesional jumlah tenaga yang diperlukan tergantung pada jumlah pasien dan tingkat ketergantungan pasien, menurut douglas (1984), Loveridge dan Cumming (1996) klasifikasi dan tingkat ketergantungan pasien dibagi 3 kategori.

Ruangan Interne merupakan ruang rawat inap perawatan dari kelas I, II dan III, dimana untuk tahun 2019 ini jumlah Dokter spesialis Penyakit Dalam berjumlah 2 orang.

Untuk tenaga keperawatan, dikepalai oleh kepala ruangan Internedan dibantu oleh staf perawat yang berjumlah sebanyak 17 orang.

#### **Perhitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Menurut Gillies:**

- Jumlah tempat tidur : 28 tempat tidur
- Jumlah BOR : 25 orang
- Total care : 5 orang
- Parsial care : 15 orang
- Minimal care : 5 orang
- TC : 5 x 6 jam : 30 jam

- PC : 15x3 jam :45 jam
- MC : 5 X 1 jam : 5 jam
- Penyuluhan 25x0,25 : 6.25 jam

Keperawatan tidak langsung 25x1 jam :25jam

Total : 111.25 jam

111.25 jam : 25 klien

1 pasien : 4,45 Jam

Menentukan jumlah kebutuhan tenaga perawat di ruangan

Interne adalah :

$$\frac{4.45 \text{ jam/klien/hari} \times 25 \text{ orang} \times 365/\text{hari}}{365-84 \text{ hr/th} \times 7 \text{ jam}}$$

$$= \frac{40606,25 \text{ jam/thn}}{1967} = 20.64 \text{ atau } 21$$

1967

$$= 21 \times 20 \% \text{ ( Untuk antisipasi/cadangan perawat) } = 21+4$$

$$= 25 \text{ orang}$$

Jumlah kebutuhan tenaga perawat yang dibutuhkan perhari

adalah :

Rata-rata/hari x rata-rata jam perawat/hari :

$$\frac{25 \text{ orang} \times 4,45 \text{ jam}}{7 \text{ jam}} = \frac{111,25}{7 \text{ jam}}$$

$$= 15,89 \text{ atau } 16 \text{ orang}$$

$$\text{Shift pagi : } 47\% \times 16 = 7,52 \text{ atau } 8 \text{ orang}$$

$$\text{Shift sore : } 36\% \times 16 = 5,76 \text{ atau } 6 \text{ orang}$$

$$\text{Shift malam : } 17\% \times 16 = \underline{2,72} \text{ atau } 3 \text{ orang}$$

17 orang

Jadi kebutuhan tenaga diruang rawat inap interne dengan jumlah BOR 25 dengan tingkat ketergantungan parcial care 15 orang adalah :

- |                      |   |          |
|----------------------|---|----------|
| 1. Karu              | : | 1 orang  |
| 2. Katim             | : | 3 orang  |
| 3. Perawat Pelaksana | : | 14 orang |

---

17 orang / hari

Dengan kondisi ruangan dari sisi sebelah kiri terdiri dari Ruang Kelas 1 Tazkiyah, Ruang Kelas IILaki-laki Rahma,Ruang Kelas II Perempuan Mardotillah, dan ruang perawat. Dan di sisi sebelah kanan Ruang HCU, Ruang Dokter, Ruang kelas III laki-laki Marwa, Ruang kelas III Perempuan Syafa.Menurut kepala ruangan saat dilakukan wawancara ruangan interne mempunyai tenaga perawat yang cukup.

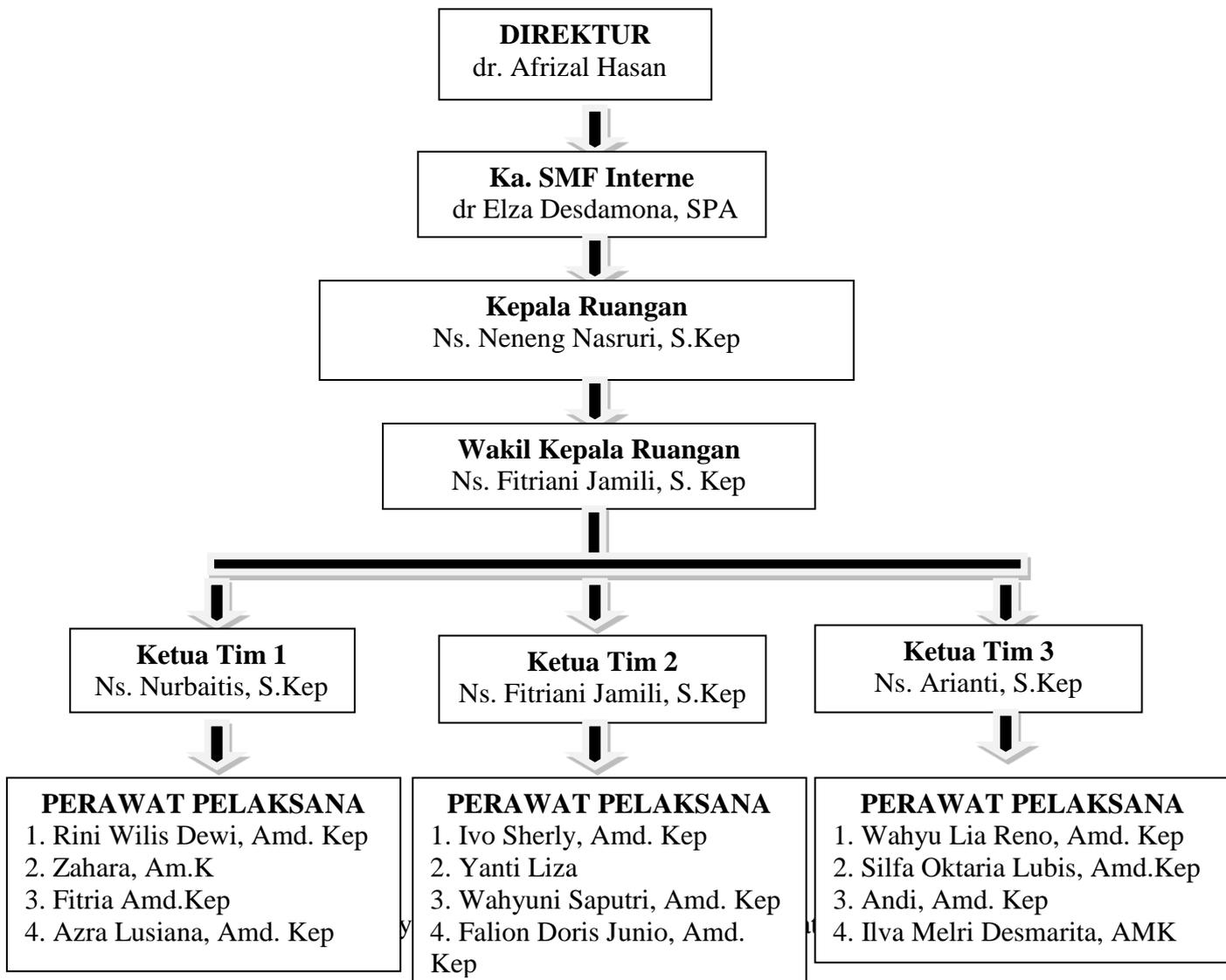
#### **1) Perencanaan Logistik**

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan untuk alat-alat yang rusak, kepala ruangan melapor kepada instalasi pemeliharaan sarana. Sedangkan jika diperlukan alat-alat logistik dengan kondisi urgent maka kepala ruangan akan membuat amprah untuk memenuhi kebutuhan alat-alat yang dibutuhkan.

## b. Organizing

### a) Struktur Organisasi

Ruang anak RSUD. Dr. MA. Hanafiah. SM. Batusangkar dipimpin oleh kepala ruangan dan dibantu oleh wakil kepala ruangan, 3 ketua tim dan 17 perawat pelaksana. Adapun struktur organisasi di ruangan anak antara lain



## **b) Uraian Tugas**

Dari hasil questioner yang dibagikan diperoleh data 100% perawat di ruangan interne menyatakan bahwa pembagian tugas di ruangan telah sesuai dengan struktur organisasi yang ada. Namun berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan tugas yang dilakukan masih belum sesuai dengan tupoksi masing-masing perawat. Selain itu, melalui wawancara kepala ruangan interne menyatakan bahwa pembagian tugas pada perawat di ruangan interne belum ideal dalam artian belum sesuai dengan tupoksi masing-masing dikarenakan keharusan untuk menyesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada di ruangan saat ini yang masih tidak sesuai dengan jumlah pasien dan jumlah perawat yang ada.

## **c. Actuating**

### **1) Pre dan Post Conference**

Berdasarkan hasil dari questioner, observasi dan wawancara yang telah dilakukan didapatkan data bahwa Pre dan Post Conference dilakukan 3 kali sehari yaitu pada pergantian sift malam ke pagi, sift pagi ke sore dan sift sore ke malam. Selalu diikuti oleh semua perawat yang telah dan akan dinas. Namun pelaksanaannya belum sempurna. Dimana dalam Pre dan Post Conference perawat jarang memperkenalkan diri pada pasien dan tidak menyebutkan masalah keperawatan yang muncul pada setiap pasien dan hanya lebih berfokus pada diagnosa medis.

## **2) Ronde Keperawatan**

Dari hasil wawancara yang telah dilakukan didapatkan data bahwa sebagian besar perawat di ruangan interne belum pernah dilakukan di ruangan karena belum adanya penyakit yang dirawat sampai 15 hari lebih. Dan dari hasil observasi didapatkan data bahwa ronde keperawatan belum dilaksanakan di ruangan interne karena kurangnya pemahaman perawat tentang ronde keperawatan itu sendiri.

## **3) Discharge Planning**

Berdasarkan hasil observasi diperoleh bahwa discharge planning di ruangan interne belum optimal dimana tidak tersedianya brosur/leaflet untuk pasien saat melakukan Discharge Planning. Selain itu, pemberian pendidikan dilakukan secara lisan pada setiap pasien dan keluarga serta belum optimalnya pendokumentasian Discharge Planning.

## **4) Supervisi**

Dari hasil observasi yang telah dilakukan didapati bahwa supervisi di ruangan interne belum optimal. Dimana belum ada uraian yang jelas tentang supervisi, belum ada format yang baku dalam pelaksanaan supervisi dan kurangnya program pelatihan dan sosialisasi tentang supervisi.

## **d. Controlling**

Berdasarkan hasil questioner 100% perawat di ruangan interne menyatakan bahwa selalu dilakukan pengecekan langsung terhadap kehadiran petugas. Berdasarkan hasil observasi didapati pengkajian

keperawatan terhadap pasien di ruangan interne belum lengkap, diagnosa dan intervensi keperawatan yang dibuat belum optimal yang mengacu pada standar diagnosa keperawatan indonesia dan standar intervensi keperawatan indonesia ( SDKI & SIKI), implementasi dari intervensi kadang tidak didokumentasikan serta respon pasien kurang terpantau dalam lembar evaluasi.

#### **4. Output**

##### **a. Patient Safety**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh tim perawat yang bertanggung jawab di bagian flebitis diperoleh angka kejadian flebitis ada 0-1 kejadian karena memang pada saat overan biasanya langsung di cek untuk tanggal pemasangan infus pada pasien.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan kewaspadaan universal belum optimal diterapkan. Dimana tampak kurangnya penerapan mencuci tangan 6 langkah pada 5 kondisi. Dan penggunaan alat pelindung diri juga kerap belum optimal oleh perawat di ruangan interne. Selain itu, dari angket yang dibagi kepada pasien diperoleh data bahwa perawat ruangan tidak pernah mengajarkan 6 langkah mencuci tangan yang benar kepada pasien dan keluarga pasien yang ada di ruangan interne.

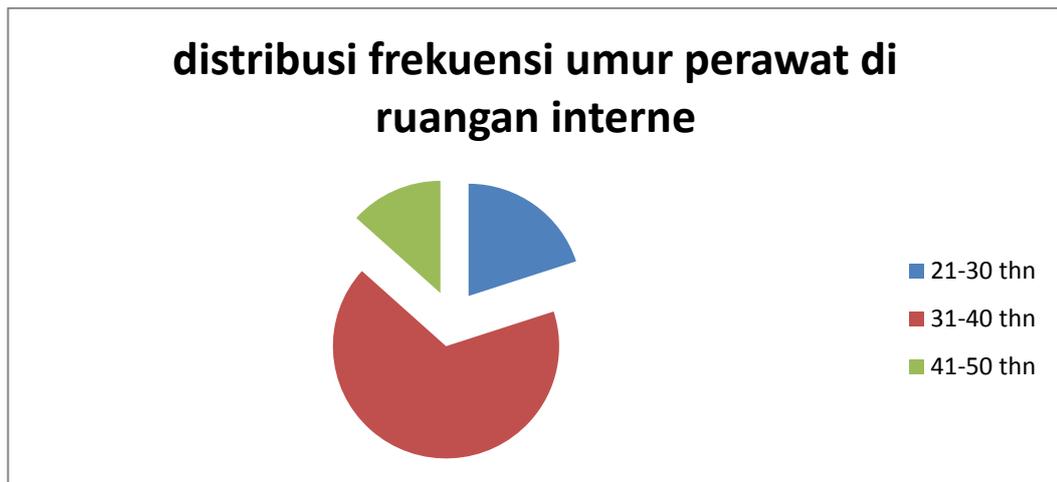
##### **b. Kepuasan pasien**

Dari hasil angket yang dibagi ke pasien/keluarga pasien didapatkan 18 % pasien/keluarga pasien menyatakan kurang puas dengan kinerja perawat di ruangan anak, 18% menyatakan cukup puas dan 64 %

menyatakan puas terhadap kinerja perawat di ruangan anak RSUD. Dr. MA. Hanafiah. SM Batusangkar.

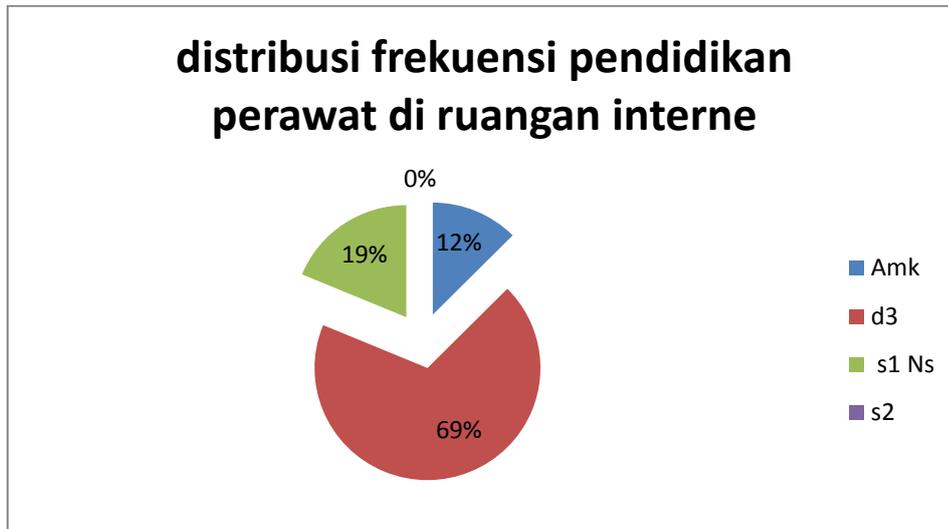
**Diagram 3.1**

**Distribusi Frekuensi Data Umum Perawat di Ruang Interne  
Rumah Sakit Prof. Dr.MA Hanafiah SM Batusangkar  
Tahun 2019**



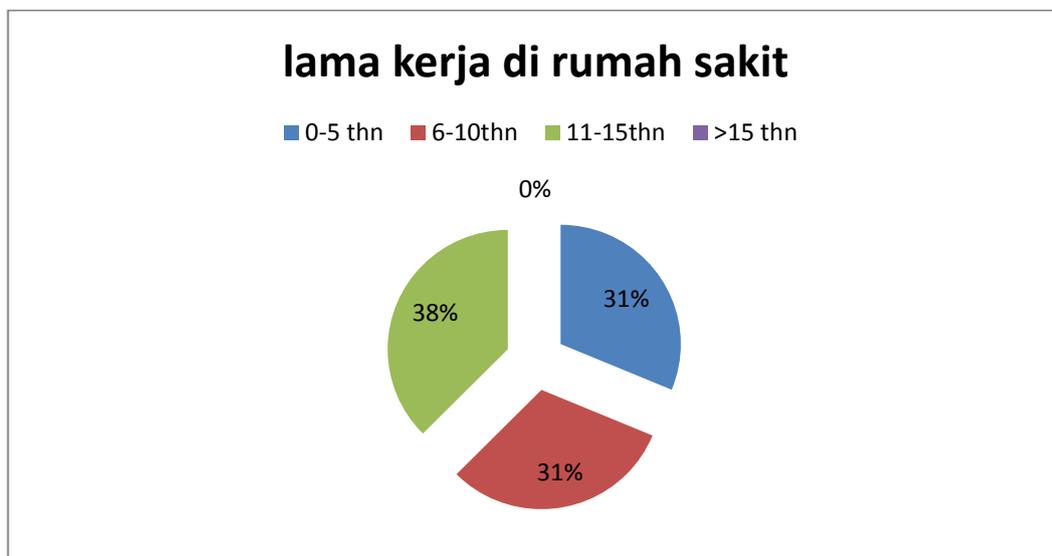
**Analisa diagram:** berdasarkan diagram di atas di dapatkan bahwa dari 16 perawat di ruangan interne di dapatkan 10 perawat dengan persentase 62,5% berada pada rentang usia 31-40 tahun, 3 perawat dengan persentase 18,8% berada pada rentang usia 21-30 tahun dan sedangkan 3 perawat dengan persentase 18,8% berada pada rentang 41-50 tahun.

Diagram 3.2



**Analisa diagram:** berdasarkan diagram di atas di dapatkan dari 16 perawat di ruangan interne 2 perawat dengan persentase 12% berpendidikan AMK, 11 perawat dengan persentase 69% berpendidikan d3 perawat dan 3 perawat dengan persentase 19 % berpendidikan s1 Ns.

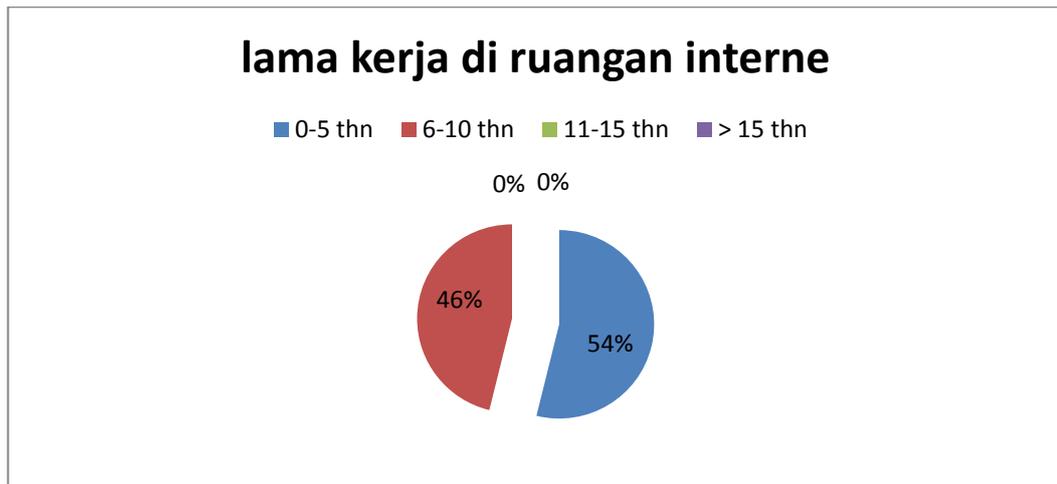
Diagram 3.3



**Analisa diagram:** berdasarkan diagram di atas di dapatkan bahwa dari 16 perawat di ruangan interne 5 perawat dengan persentase 31% memiliki lama kerja di

rumah sakit berkisar dari 0-5 tahun, 5 perawat dengan persentase 31% memiliki lama kerja dirumah sakit berkisar dari 6-10 tahun sedangkan 6 perawat dengan persentase 38% memiliki lama kerja dirumah sakit berkisar dari 11-15 tahun.

**Diagram 3.4**



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas di dapatkan bahwa dari 16 perawat di ruangan interne 7 perawat dengan persentase 54% memiliki lama kerja di ruangan interne 0-5 tahun dan sedangkan 6 perawat dengan persentase 46% memiliki lama kerja di ruangan interne 6-10 tahun.

**Diagram 3.5**



**Analisa diagram:** berdasarkan diagram di atas di dapatkan bahwa dari 16 perawat di ruangan intrene hanya 1 perawat dengan persentase 6,2% yang pernah mengikuti pelatihan manajemen.

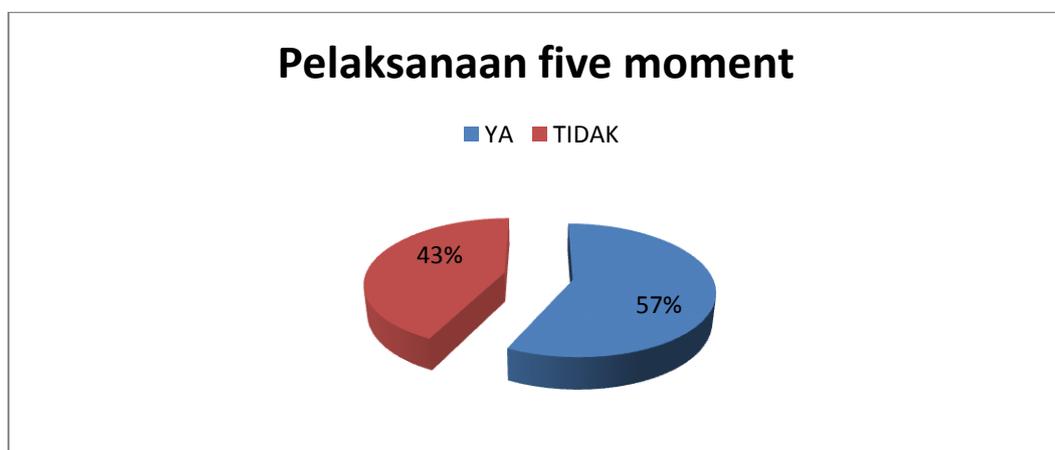
**Diagram 3.6**



**Analisa diagram:** berdasarkan diagram di atas di dapatkan bahwa dari 16 perawat 100% perawat menyatakan perlu cuci tangan.

**Diagram 3.7**

**Distribusi Frekuensi Observasi Pelaksanaan five moment Di Ruang  
Interne Rumah Sakit Prof.Dr.Ma Hanafiah Batu Sangkar  
Tahun 2019**



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas di temukan dari 16 perawat yang berhasil di observasi di daptkan 43% perawat masih ada yang tidak melakukan sesuai five moment dan 57% sdah melakukan cuci tangan five moment

**Diagram 3.8**



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas di dapatkan bahwa perawat di ruangan interne yang berhasil di observasi tidak memakai hand soon dalam melakukan setiap tindakan.

**Diagram 3.9**



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas di daptkan bahwa perawat tidak memakai masker setiap melakukan tindakan.

**Diagram 3.10**



Analisa diagram berdasarkan diagram di atas di dapatkan bahwa perawat di ruangan interne yang berhasil di observasi ada memisahkan antara limbah medis, limbah berbahaya dan limbah rumah tangga.

**Diagram 3.11**

**Distribusi Frekuensi Observasi Cuci Tangan 6 Langkah Di Ruang Interne Rumah Sakit Prf.Dr.Ma Hanafiah SmBatu Sangar Tahun 2019**



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas di dapatkkan bahwa dari 14 perawat di ruanga interne yang berasil di observasi 13 perawat dengan persentase 92,9% ada menggosok kedua telapak tangan bellawanan arah jarum jam dengan hitungan

4 kali. Sedangkan 1 perawat dengan persentase 7% tidak ada mengosok kedua telapak tangan berlawanan jarum jam dengan hitungan 4 kali.



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas di dapatkan dari 14 perawat di ruangan interne yang berhasil di observasi di dapatkan 7 perawat dengan persentase 50% ada mengosok punggung tangan sesuai ketentuan PPI rumah sakit dan 7 perawat dengan persentase 50% tidak ada mengosok punggung tangan sesuai ketentuan PPI rumah sakit.



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas di dapatakan dari 14 perawat di ruangan intrene yang berhasil di observasi 9 perawat dengan persentase 64% ada mengosok sela-sela jari sesuai dengan ketentuan PPI rumah sakit dan sedangkan 5

perawat dengan persentase 36% tidak ada mengosok sela-sela jari sesuai dengan ketentuan PPI rumah sakit.



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas di dapatkan bahwa 14 perawat yang berhasil di observasi di dapatkan 4 perawat dengan persentase 29% ada melakukan gerakan mengunci sesuai dengan PPI rumah sakit dan 10 perawat dengan persentase 71% tidak ada melakukan gerakan mengunci sesuai dengan PPI rumah sakit.



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas di dapatkan 14 perawat yang berhasil di observasi 4 perawat dengan persentase 29% ada mengosok jempol tangan sesuai ketentuan PPI rumah sakit dan sedangkan 10 perawat dengan persentase 71% tidak ada mengosok jempol tangan sesuai ketentuan PPI rumah sakit.



Analisa diagram: berdasarkan diagram di atas dari 14 perawat yang berhasil di observasi di dapatkan 2 perawat dengan persentase 14% ada meletakkan ujung jari di telapak tangan dan di putar berlawanan arah jarum jam sesuai dengan ketentuan PPI rumah sakit, sedangkan 12 perawat dengan persentase 86% tidak ada meletakkan ujung jari di telapak tangan dan di putar berlawanan arah jarum jam sesuai dengan ketentuan PPI rumah sakit.

Data wawancara

Dari hasil wawancara di dapatkan:

- a. Dari hasil wawancara dengan kepala ruangan sudah adanya TIM PPI yang turun langsung.
- b. Karena aktivitas yang terlalu sibuk, pasien yang banyak, sehingga lupa untuk cuci tangan, dan mementingkan pasien terlebih dahulu.

### 3.1.4 ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p>Data objektif</p> <p>a. Dari data questioner di dapatkan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 100% perawat menyatakan perlu cuci tangan.</li><li>- 43% perawat masih ada yang tidak melakukan cuci tangan five moment.</li></ul> <p>b. Dari hasil observasi di dapatkan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 7% perawat tidak ada mengosok kedua telapak tangan berlawanan jarum jam dengan hitungan 4 kali</li><li>- 50% perawat tidak ada mengosok punggung tangan sesuai ketentuan PPI rumah sakit.</li><li>- 36% perawat tidak ada mengosok sela-sela jari sesuai dengan ketentuan PPI rumah sakit.</li><li>- 71% tidak ada melakukan gerakan mengunci sesuai dengan PPI rumah sakit.</li><li>- 71% tidak ada mengosok jempol tangan sesuai ketentuan PPI rumah sakit.</li></ul> <p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Dari hasil wawancara di dapatkan:</li><li>b. Dari hasil wawancara dengan kepala ruangan sudah adanya TIM PPI yang turun langsung.</li><li>c. Karena aktivitas yang terlalu sibuk, pasien yang banyak, sehingga lupa untuk cuci tangan, dan mementingkan pasien terlebih dahulu.</li></ol>	<p>optimalnya Belum hand hygiene :cuci tangan 6 langkah di ruangan interne rumah sakit prof.Dr. MA Hanafiah batu sangkar tahun2019.</p>

## ANALISA SWOT

No	Masalah	Kekuatan	kelemahan	peluang	Ancaman
1.	Belum optimalnya penerapan prinsip hand hygiene :cuci tangan 6 langkah di ruangan interne rumah sakit prof.Dr. MA Hanafiah batu sangkar tahun2019.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudah tersedianya desinfektan untuk mencuci tangan yang cukup diruangan.</li> <li>- Adanya pemantauan dari KARU untuk mengingatkan petugas interne untuk five minent.</li> <li>- 100% perawat menyatakan cuci tangan sangat penting.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurangnya motivasi dari dalam diri perawat tentang pentingnya hand hygiene.</li> <li>- Dari hasil observasi masih ada petugas yang tidak melaksanakan five</li> <li>- Dari hasil wawancara kepada KARU hand crub yang tersedia diruangan membuat tangan lengket dan tidaknyaman.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya pemantauan langsung yang turun keruangan dari PPI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dapat terjadinya penyebaran infeksi nosokimial.</li> </ul>

### 3.1.5 POA ( Plaining Of Acting )

No	Masalah kesehatan	Tujuan	Sasaran	Rencana Kegiatan Perawat Ruangan	Metode	Narasumber	Waktu	Penanggung Jawab
1	Belum optimalnya pelaksanaan prinsip hand hygiene five moment pada momen 1 dan 5	Mengoptimalkan hand hygiene five moment untuk ruangan interne.	KARU, KATIM, PP ruangan interne	1.Role play five moment 2.Membuat format observasi cuci tangan. 3.Mengobservasi hand hygiene five moment untuksemuape rawat	1.Bermain peran 2.Membuat stiker cuci tangan. 3.Membuat format evaluasi five moment ( 1minggu di TJ MHS )	Mahasiswa dan petugas di ruangan interne	Sabtu, 11 – 18 mei 2019	

### 3.1.6 IMPLEMENTASI

Setelah dilakukan LOKMIN I pada tanggal 11 Mei 2019 masalah yang disepakati untuk diangkat dan ditindak lanjuti di ruangan interne RSUD Prof.Dr.MA. Hanafiah SM. Batusangkar adalah belum optimalnya *hand hygiene: five moment* di ruangan interne RSUD Prof.Dr. MA Hanafiah SM Batusangkar.

Adapun pemecahan dari masalah sesuai dengan *Planning of Action* yang telah di buat antara lain:

#### 1. **Belum optimalnya hand hygiene di ruangan interne**

Tindakan yang di lakukan untuk mengatasi masalah belum optimalnya hand hygiene di ruangan interne yaitu role play cuci tangan, evaluasi five moment dan membuat kotak kejujuran.

Semua implementasi untuk hand hygiene dilaksanakan pada tanggal 11 s/d 18 Mei 2019 di ruangan interne RSUD Prof.Dr.MA. Hanafiah SM Batusangkar pukul 01.30 s/d 20.00 WIB.

##### a) **Role Play**

Role play tentang hand hygiene di laksanakan dengan langsung menerapkan cuci tangan five moment di setiap moment yang telah di tetapkan oleh PPI dan dimana mahasiswa profesi ners Stikes Perintis Padang langsung berperan dalam melakukan five moment.

##### b) **Membuat format evaluasi hand hygiene : five moment**

Untuk implementasi hand hygiene : five moment telah mengisi format evaluasi five moment untuk mengevaluasi semua

petugas di ruangan interne, evaluasi kepada petugas di interne telah di lakukan lebih dari 5 hari,dan evaluasi ini dilanjutkan sampai hari sabtu tanggal 18 mei 2019.

**c) Mengobservasi hand hygiene : five moment**

Implementasai untuk mengobsevasi hand hygiene : five moment, mahasiswa sudah melakukan mengamati langsung kepada petugas di ruangan interne selama kurang lebih 5 hari dan hasil observasi sudah di catatt dalam lembar format evaluasi hand hygiene : five moment.

### **3.1.7 EVALUASI**

Setelah melakukan Implementasi dari tanggal 11 s/d 18 mai 2019, hasil evaluasi yang di peroleh antara lain:

**1. Belum optimalnya pelaksanaan prinsip hand hygiene five moment di ruang interne.**

Setelah dilakukan role play dan evaluasi cuci tangan five moment di dapatkan hasil evaluasi yang di peroleh melalui observasi five moment sudah optimalnya hand hygiene: five moment sesuai dengan PPI di rumah sakit Prof.Dr.MA Hanafiah SM, Batusangkar. Dimana selama observasi yang dilakukan tidak ada ditemukan petugas yang tidak melakukan cuci tangan: five moment di ruangan internen dan selama melakukan observasi kepala ruangan selalu mengingatkan petugas agas selalu cuci tangan dan petugas di ruangan interne juga saling mengingatkan agar tidak lupa mencuci

tangan five moment yng di buktikan dengan lembaran format evaluasi yang di isi oleh mahasiswa.

<b>Pre Implementasi</b>	<b>Post Implementasi</b>	<b>Target</b>	<b>Pencapaian</b>
Pelaksanaan five moment belum sesuai dengan PPI rumah sakit  <b>( 43% )</b>	Pelaksanaan five moment  <b>( 100% )</b>	Dilaksanakan Five moment selama dinas  <b>( 100% )</b>	Teratasi atau tercapai

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait KKMP dan Konsep Kasus Terkait**

Pengkajian manajemen keperawatan telah dilakukan pada tanggal 29 April – 1 Mei di Ruang Interne RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar. Pengkajian dilakukan dengan melakukan survei awal dan pengumpulan data melalui hasil observasi, wawancara dan kuesioner. Pengkajian dilakukan pada 13 perawat di ruang Interne RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar. Pengkajian yang dilakukan yaitu mengenai data umum dan masalah yang berhubungan dengan manajemen keperawatan di Ruangan Interne yang berkaitan dengan *hand hygiene*.

Berdasarkan teori, data hasil pengkajian melalui observasi, wawancara dan kuesioner harus sinkron ( Kuntoro, 2010). Karena bertujuan untuk memperkuat data sehingga tidak ada perbedaan yang signifikan. Namun kenyataan yang di dapati dari hasil observasi menunjukkan bahwa belum optimalnya penerapan prinsip *hand hygiene*. Dan dari 16 orang perawat hasil observasi di ruangan interne ditemukan masih ada perawat ruangan interne yang belum melakukan five moment, khususnya di moment 1 & 5 dan masih ada perawat yang belum melakukan sesuai dengan 6 langkah cuci tangan secara tepat. Sehingga penerapan prinsip *hand hygiene* di ruang rawat interne berdasarkan diagram didapatkan yaitu sebesar 43 % perawat di ruangan interne belum melakukan five moment 1 dan 5 dan beberapa faktor

yang menyebabkan ketidakpatuhan dalam melaksanakan *Hand Hygiene* adalah aktivitas yang terlalu sibuk, pasien yang banyak, lupa untuk cuci tangan, dan mementingkan pasien terlebih dahulu. Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan penerapan prinsip *hand hygiene* di Ruang Interne.

*Hand hygiene* atau mencuci tangan adalah membersihkan tangan dari kotoran, mulai dari ujung jari hingga siku dan lengan atas dengan cara tertentu sesuai kebutuhan. Mencuci tangan mencegah terjadinya infeksi silang melalui tangan dan menjaga kebersihan individual. Adapun variasi mencuci tangan adalah dengan mencuci tangan bersih dan mencuci tangan steril (Eni Kusyati, 2016).

*Hand hygiene* mencuci tangan adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan jari-jemari menggunakan air atau pun cairan lainnya oleh manusia dengan tujuan untuk menjadi bersih, sebagai ritual keagamaan, ataupun tujuan-tujuan lainnya. Antiseptik merupakan bahan kimia untuk mencegah multiplikasi mikroorganisme pada permukaan tubuh, dengan cara membunuh mikroorganisme tersebut atau menghambat pertumbuhan dan aktivitas metaboliknya. *Hand sanitizer* antiseptik yang sering digunakan adalah alkohol. Alkohol telah digunakan secara luas sebagai obat antiseptik kulit karena mempunyai efek menghambat pertumbuhan bakteri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas mencuci tangan menggunakan cairan pembersih tangan antiseptik (*hand sanitizer*) terhadap jumlah angka kuman (Fajar Ardi Desiyanto, 2013).

*Hand hygiene* (kebersihan tangan ) merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pecegahan dan pengendalian infeksi (Potter & Perry, 2003) dalam Zulpihiyana (2013), hand hygiene adalah cara yang paling efektif untuk mencegah infeksi nosokomial.

*Hand hygiene* merupakan membersihkan tangan dengan sabun dan air ( *handwash* ) atau *handrub* berbasis alcohol yang bertujuan mengurangi atau mencegah berkembangnya mikroorganisme ditangan ( WHO,2009 ).

#### **4.2 Analisis Intervensi**

Berdasarkan hasil identifikasi dari tanggal 11 April – 18 Mei 2019 terdapat permasalahan belum optimalnya penerapan prinsip *hand hygiene* bahwa alternatif pemecahan masalahnya adalah :

a. Lembar observasi ceklis pemantauan *hand hygiene* ( *Five Moment* )

Pada tanggal 09 Mei 2019 telah di buat lembar cek list pemantauan *Hand Hygiene* untuk semua perawat di ruangan Interne. Implementasi pemecahan masalah yang telah di sepakati dalam lokakarya mini dilakukan berdasarkan planning of action (POA).

a. Role play tentang hand hygiene yang dilaksanakan langsung penerapan cuci tangan five moment di setiap moment yang telah ditetapkan PPI.

b. Membuat format evaluasi hand haygiene : five moment untuk mengevaluasi semua petugas di ruangan interne yang dilakukan kurang lebih 5 hari, dan dilanjutkan sampai hari sabtu tanggal 18 mei 2019.

- c. Mengobservasi hand hygiene : five moment yaitu mahasiswa sudah melakukan dan mengamati langsung kepada petugas di ruangan interne selama lebih kurang 5 hari.

Hasil evaluasi dari kegiatan tersebut adalah terjadinya peningkatan yang terlihat dari peningkatan perilaku semua perawat dalam penerapan hand hygiene tersebut.

#### **4.3 Alternatif Pemecah Masalah Yang Dilakukan**

Alternatif pemecahan masalah yang dilakukan untuk masalah belum optimalnya pelaksanaan prinsip hand hygiene yaitu dengan membuat kotak kejujuran, kotak kejujuran ini berguna untuk petugas yang di dapatkan tidak optimal dalam melakukan five moment dalam 5 kali hari kerja akan diberikan sanksi membeli 5 buah penah biru dan pena dimasukkan edalam kontak kejujuran yang telah di buat mahasiswa.

Sasaran cuci tangan sebelumnya adalah 25% menjadi 100%, hal ini juga sejalan dengan penelitian Riyani (2017), mengatakan bahwa lebih dari sepuluh perawat atau sebesar 58,6% sudah melakukan five moment.

Maka disini diharapkan peran kepala ruangan untuk terus memantau dan saling mengingatkan kepada perawat agar selalu melakukan cuci tangan sesuai five moment dan langka-langkah cuci tangan yang tepat.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 *Hand Hygiene* atau cuci tangan adalah membersihkan tangan dari kotoran, mulai dari ujung jari hingga siku dan lengan atas dengan cara tertentu sesuai kebutuhan. Mencuci tangan mencegah terjadinya infeksi silang melalui tangan dan menjaga kebersihan individual. Adapun variasi mencuci tangan adalah dengan mencuci tangan bersih dan mencuci tangan steril (Eni Kusyati, 2016).
- 5.1.2 Hasil pengkajian di dapatkan 100% perawat menyatakan bahwa *hand hygiene*/cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan sangat perlu, namun dari hasil observasi di dapatkan dari 16 perawat 75% perawat tidak ada melakukan *hand hygiene*
- 5.1.3 Masalah manajemen keperawatan yang muncul adalah belum optimalnya penerapan prinsip *hand hygiene* di Ruang Interne Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar
- 5.1.4 Sesuai hasil lokmin rencana tindakan yang dilakukan adalah pemberian edukasi pada perawat di Ruang Interne Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- 5.1.5 Tindakan yang dilakukan adalah melakukan observasi selama 3 hari dengan lembar ceklist pemantauan *hand hygiene* untuk semua perawat yang ada di ruangan interne
- 5.1.6 Hasil evaluasi dari penerapan *hand hygiene* di Ruang Interne Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar adanya peningkatan kepatuhan

penerapan *hand hygiene* pre edukasi dan post edukasi dari rata-rata 20 % menjadi 100%.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan hasil kesimpulan di atas, disarankan kepada :

### **5.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Untuk rumah sakit agar selalu memperhatikan ketersediaan sarana pendukung agar penerapan *hand hygiene* dapat dilakukan secara optimal, juga dapat mengikutsertakan perawat dalam program pelatihan, seminar, workshop dan lain-lain yang berhubungan dengan *hand hygiene*.

### **5.2.2 Bagi Ruang Rawat Inerne**

Pemberian edukasi media audio visual kepada petugas tenaga kesehatan perlu dilakukan untuk memberikan roleplay tentang kegiatan *hand hygiene* serta langkah-langkah yang benar

### **5.2.3 Bagi Mahasiswa**

Untuk mahasiswa praktek manajemen selanjutnya, dapat dijadikan pedoman sebagai dasar dalam pengkajian selanjutnya, kerana waktu kami yang terbatas, mungkin hanya ini yang sempat terkaji dan mungkin kalau ada praktek manajemen selanjutnya agar dapat mengkaji masalah manajemen lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bimo. (2008). *Pengarahan, pengawasan dan manajemen keperawatan*. Jakarta: FKUI
- Desiyanto, dkk. 2013. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Vol.7, no.2.
- Ernawati, Elis, dkk. 2014 Penerapan Hand Hygiene di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit
- Fauzia, N, dkk. 2014. Kepatuhan Standar Prosedur Operasional Hand Hygiene Pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit.
- Hananto, S, dkk. 2017. Penerapan Supervisi Klinis Kepala Ruang Untuk Meningkatkan Pelaksanaan Cuci Tangan Lima Momen Perawat Pelaksana
- Hugen. (2008). *Smart Nursing : Pengorganisasian*. Jakarta : EGC
- Kuntoro. (2010). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Kusyanti, Eni. 2016. *Keterampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Jakarta : EGC
- Monica, P, dkk. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Hand Hygiene Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Tingkat III R. W. Mongisidi Manado
- Nursalam. 2014. *Manajemen keperawatan*. Jakarta: EGC
- Rumah Sakit Prof. Dr. Hanafiah, Sm Batusangkar. 2019. *Profil Rumah Sakit Prof. Dr. Hanafia, Sm Batusangkar*
- Septiari,Bea, Betty. 2012. *Infeksi Nosokomial*. Yogyakarta: NuhaMedika.

- Suyanto. (2008). *Peran dan fungsi manajemen keperawatan di rumah sakit*.  
Surabaya: EGC
- Susilo, B, D. 2015. Kepatuhan Pelaksanaan Kegiatan Hand Hygiene Pada Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit X Surabaya.
- Swanburg. (2010). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Soedarto.2016. *Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit*. Jakarta: SagungSeto.
- Triwibowo. (2013). *Nursing manager*. Jones and barllet. Boston
- World Health Organization. 2009. Hand Hygiene Technical Reference Manual.  
[http://whqlibdoc.who.int/publication/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publication/2009/9789241597906_eng.pdf)
- Wulandari, R, 2017. Pengetahuan Dan Penerapan Five Moments Cuci Tangan Perawat Di RSUD Sukoharjo