

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL:

PENERAPAN PRINSIP HAND HYGINE DI RUANGAN BEDAH RSUD

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

OLEH:

**DEKA PUSPA, S.Kep
1814901665**

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

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Program
Studi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang*



PENERAPAN PRINSIP HAND HYGINE DI RUANGAN BEDAH RSUD

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

OLEH :

DEKA PUSPA, S.Kep

1814901665

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

STIKes PERINTIS PADANG

TAHUN AJARAN 2019

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Deka Puspa

NIM : 1814901665

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA-N: Penerapan Prinsip Hand Hygiene di Ruang Bedah Rsud Prof. Dr.
M.A Hanafia, Sm Batusangkar Tahun 2019

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam karya ilmiah akhir ners (KIA-N) ini tidak ada karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar ners di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan penulis juga tidak terdapat karya atau diterbitkan atau pendapat yang pernah ditulis oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam pustaka. Apabila ternyata nanti terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka saya yang akan bertanggung jawab sepenuhnya.

Bukittinggi,

Yang Membuat Pernyataan

Deka Puspa

HALAMAN PERSETUJUAN

PENERAPAN PRINSIP HAND HYGINE DI RUANGAN BEDAH RSUD

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

**OLEH:
DEKA PUSPA, S.Kep
1814901665**

Karya Ilmia Akhir Ners ini Telah Disetujui untuk Diseminarkan

Tempat: STIKes Perintis Padang, Tanggal: 19 Juli 2019

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

**(Ns. MERA DELIMA, M. Kep)
NIK:1420101107296019**

**(Ns. Yasmi, S.Kep, M.Kes)
NIK:196712121988032006**

**Mengetahui
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang**

**(Ns. MERA DELIMA, M. Kep)
NIK: 1420101107296019**

HALAMAN PENGESAHAN
PENERAPAN PRONSIP *HAND HYGIENE* DI RUANGAN BEDAH
RSUD PROF. DR. M.A HANAFIAH, SM BATUSANGKAR

TAHUN 2019

Oleh :

DEKA PUSPA, S.Kep

1814901665

Pada :

HARI/TANGGAL : 19 Juli 2019

JAM :12.00 – 13.00 WIB

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Endra Amalia, M.Kep ()

Penguji II : Ns. Mera Delima, M, Kep()

Mengetahui
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang

(Ns. MERA DELIMA, M. Kep)
NIK: 1420101107296019

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

Karya Ilmiah Akhir Ners, Juli 2019

DEKA PUSPA

**PENERAPAN PRINSIP HAND HYGIENE DI RUANGAN BEDAH RSUD
PROF. DR. M.A HANAFIAH, SM BATUSANGKAR TAHUN 2019**

70 halaman + 7 tabel + 9 diagram + 4 lampiran

ABSTRAK

Hand hygiene adalah mencuci tangan menggunakan antiseptik pencuci tangan. Perilaku cuci tangan perawat merupakan salah satu faktor yang mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan pasien dan perawat dalam pencegahan terjadinya infeksi nosokomial. Tujuan dari karya ilmiah akhir ners ini adalah untuk menerapkan pelaksanaan *hand hygiene* perawat di ruangan Bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, Sm Batusangkar. Metode dalam Karya Ilmiah Akhir ners ini adalah studi kasus masalah manajemen keperawatan. Perumusan masalah dalam kasus ini adalah belum optimalnya penerapan prinsip *hand hygiene*. POA (Planing Of Action) yang dilakukan observasi lembar cek list pemantauan *hand hygiene* dan edukasi deminisi ilmu. Dari hasil observasi pemantauan kepatuhan *hand hygiene* melalui lembar cek list terlihat adanya peningkatan kepatuhan perawat dalam penerapan *hand hygiene* di ruangan rawat bedah. Berdasarkan perbandingan persentase pre dan post edukasi terlihat kenaikan dari 40 % menjadi rata-rata 80 % - 100 %.

**Kata Kunci : *Hand hygiene* , Kepatuhan , Perawat
Kepustakaan : 20 (2008 – 2019)**

**NURSING SCIENCE PROFESSIONAL PROGRAM
PERINTIS COLLEGE OF HEALTH SCIENCE WEST SUMATERA**

Essay, July 2019

DEKA PUSPA

**APPLICATION OF HYGIENE HAND PRINCIPLES IN SURGERY ROOM
RSUD PROF. DR. M.A HANAFIAH, SM BATUSANGKAR TAHUN 2019**

70 pages + 7 tables + 9 diagram + 4 attachments

ABSTRACT

Hand hygiene is washing hands with antiseptic hand wash. Nurses hand hygiene behavior is one of the factors that have a major influence on the health of nurses and patients in the prevention of nosocomial infection. The aim of the final science work of the ners is to implement the implementation of hand hygiene nurses in the room surgical HOSPITAL Prof. Dr. M. A Hanafiah, Sm Batusangkar. The method in the final scientific work of this ners is a case study of nursing management issues. The formulation of problems in this case is not optimal application of the principles of hand hygiene. POA (Planing Of Action) conducted observation sheet check list monitoring hand hygiene and education Deminisi Science. From the observation monitoring of hand hygiene through check list sheet, there is an increase in nurse compliance in the application of hand hygiene in the surgical room. Based on the comparative percentage of pre and post education seen an increase from 40% to an average of 80%-100%.

Keywords : Compliance, hand hygiene, nurses
Reading List : 20 (2008 – 2019)

RIWAYAT HIDUP PENULIS

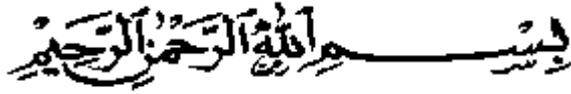
I. Identitas

Nama : Deka Puspa
NPM : 1814901665
Jeniskelamin : Perempuan
Tempat dan tanggalahir : Tanjung Menang, 08 Mei 1997
Agama : Islam
Nama Orang Tua
Ayah : Suherman
Ibu : Dewi Mariani
Alamat : Desa Tanjung menangKec. Jarai
Kab. Lahat
Email : Dekapuspa72@gmail.com
No Hp : 082371954650

II. RiwayatPendidikan

SD MuhammadiyahJarai : Tahun 2002-2008
SMP N 1 Jarai : Tahun 2008-2011
SMA N 1 Jarai : Tahun 2011-2014
STIK BinaHusada : Tahun 2014-2018
STIKes Perintis : Tahun 2018-2019

KATA PENGANTAR



Dengan menyebut nama Allah yang Maha Penyayang dan lagi Maha Pengasih. 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 “Penerapan Prinsip Hand Hygiene Di Ruang Bedah 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 dan selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan dan petunjuk yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
3. Ibu Ns. Yasmi, S. Kep, M.Kes Selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan arahan dan petunjuk yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ner sini.
4. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku penguji yang telah telah memberikan arahan dan 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 selalu memberikan do'a dan dukungan yang tidak terhingga.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak terdapat kekurangan. Hal ini bukanlah suatu sengaja melainkan karena keterbatasan kemampuan dan ilmu penulis. Untuk itu penulis mengharapkan kritikan, tanggapan 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	i
SAMPUL	ii
LEMBAR BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	
DAFTAR DIAGRAM	vii
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 LatarBelakang	1
1.2 PerumusanMasalah	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 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-MacamPembersihTangan.....	29
2.3.3	Tujuan Mencuci Tagan.....	33
2.3.4	Manfaat Mencuci Tangan.....	33
2.3.5	Waktu Yang Tepat Mencuci Tangan.....	34
2.4	PenelitianTerkait..	37

BAB III ANALISIS SITUASIONAL

3.1	Pengkajian.....	40
3.1.1	PengkajianSejarahRumahSakit.....	40
3.1.2	Visi, Misi, Dan Motto RSUD Prof. DR. M.A. Hanafiah, SM Batusangkar.....	42
3.1.3	FasilitasPelayanan RSUD Prof. DR. MA Hanafiah SM Batusangkar.....	43
3.1.4	KajianSituasiDiruanganRawatBedah Di RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar.....	49
3.1.5	RuanganRawatan.....	49
3.2	HasilPengkajian (INPUT).....	51
3.3	Analisa SWOT.....	59
3.4	Perumusan Masalah.....	60
3.5	Prioritas Masalah.....	61
3.6	POA (Planning Of Action).....	62

3.7 Implementasi.....	63
3.8 Evaluasi.....	63

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait	65
4.2 Analisa Intervensi.....	66
4.3 Alternatif Pemecahan Masalah yang dapat dilakukan	67

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	69
5.2 Saran.....	70

DAFTAR TABEL

3.1 Jumlah Kapasitas Tempat Tidur	49
3.2 Tenaga Perawat	50
3.3 Analisa Swot	59
3.4 Perumusan Masalah	60
3.5 Prioritas	61
3.6 POA	62
3.7 Presentase Pre dan Post	63

DAFTAR DIAGRAM

3.1 Usia	51
3.2 Jenis Kelamin	52
3.3 Pendidikan	53
3.4 Lama Bekerja di Rumah Sakit	54
3.5 Lama Bekerja di Ruang Rawat Bedah	54
3.6 Observasi Kepala Ruangan	55
3.7 Observasi Ketua Tim	56
3.8 Observasi Perawat Pelaksana	57
3.9 Observasi Patient Safety	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 2 : Lembar Balik

Lampiran 3 : Lembar Observasi

Lampiran 4 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manajemen keperawatan merupakan pelayanan keperawatan profesional dimana tim keperawatan dikelola untuk menjalankan fungsi manajemen agar tujuan dapat tercapai secara optimal. Keempat fungsi tersebut saling berhubungan dan memerlukan keterampilan-keterampilan teknis, hubungan antara manusia dan konseptual yang mendukung tercapainya asuhan keperawatan yang bermutu, berdaya guna dan berhasil guna kepada klien. Adanya alasan tersebut manajemen keperawatan perlu mendapat prioritas utama dalam pengembangan keperawatan dimasa depan. Hal tersebut berkaitan dengan tuntutan global dan tuntutan profesi bahwa setiap perkembangan dan perubahan memerlukan secara profesional dengan memperhatikan setiap perubahan yang terjadi (Nursalam, 2014).

Perawat dituntut untuk selalu melaksanakan asuhan keperawatan dengan rasional atau benar dan baik atau etikal, hal ini dilakukan sebagai bentuk profesionalisme keperawatan (Nursalam, 2014). Salah satunya pengendalian dan pencegahan infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Upaya pengendalian infeksi terdepan adalah melalui cuci tangan yang tepat (KARS, 2011).

Menyediakan pelayanan komprehensif, pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) kepada masyarakat (World Health Organization, 2017). Undang - Undang No. 44 Tahun 2009, mendefinisikan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Rumah sakit sebagai pelayanan perawatan kepada masyarakat (Septiari, 2012). Perawat adalah suatu profesi yang di fokuskan pada perawatan individu, keluarga, dan komunitas dalamk mencapai, memelihara, dan menyembuhkan kesehatan yang opotimal dan berfungsi.

Studi yang dilakukan WHO di 55 rumah sakit di 14 negara (termasuk Timur Tengah, Eropa, Fasifik Asia Tenggara) menunjukkan bahwa 8,7% pasien rumah sakit menderita infeksi selama menjalani perawatan di rumah sakit. Sementara di negara berkembang, diperkirakan lebih dari 40% pasien di rumah sakit terserang infeksi nosokomial. Di Indonesia penelitian yang dilakukan sebelas rumah sakit di DKI Jakarta tahun 2004 menunjukkan bahwa 9,8 pasien rawat inap mendapat infeksi baru selama dirawat (Nursalam, 2014). Terkadang penyakit yang semula disebabkan oleh satu penyakit, ketika dirawat di rumah sakit pasien mendapatkan penyakit lain yang disebabkan karena infeksi yang didapatkan atau ditularkan melalui petugas kesehatan yang kurang patuh mencuci tangan (Septiari, 2012).

Hasil penelitian Wulandari (2017) menunjukkan dari 29 perawat di bangsal NICU dan ICU 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 (2014) menunjukkan dari 54 orang perawat berdasarkan pengamatan kepatuhan *Hand Hygiene* perawat ruag rawat inap rumah sakit masih renda (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*) merupakan istilah yang sering digunakan untuk membersihkan tangan menggunakan antiseptic pencuci tangan, baik menggunakan cairan berbasis formulasi antiseptic alcohol (*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 melalui 1) Sebelum bersentuhan dengan pasien, 2) Sebelum melakukan prosedur bersih/steril, 3) Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi, 4) Setelah bersentuhan dengan pasien, 5) Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien (World Health Organization, 2017).

Hasil penelitian (Susilo, 2015) menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan petugas kesehatan pada setiap momen masih rendah. Semua responden (100 %) yang melakukan kegiatan *hand hygiene* hanya pada momen sesudah kontak dengan

pasien. Kegiatan *hand hygiene* tidak pernah dilakukan saat momen sebelum tindakan aseptis .

Hasil observasi dan wawancara yang mahasiswa lakukan pada tanggal 30 April - 2 Mei 2019 di ruang rawat bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar. Dari 13 perawat masih ada perawat yang belum sepenuhnya melakukan *hand hygiene* dikarenakan beberapa faktor yang menyebabkan tidak patuh dalam melaksanakan *hand hygiene* adalah aktivitas terlalu sibuk, pasien yang banyak, lupa untuk cuci tangan, mementingkan pasien terlebih dahulu. Maka dari itu penulis sangat 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 Ruang 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 Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu memahami konsep *Hand Hygiene* di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.

- b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian manajemen terkait dalam penerapan *Hand Hygiene* di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- c. Mahasiswa mampu menegakan diagnosa manajemen terkait dalam penerapan *Hand Hygiene* di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- d. Mahasiswa menerapkan pemberian edukasi *Hand Hygiene* pada perawat di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- e. Mahasiswa merencanakan penerapan *Hand Hygiene* dari salah satu jurnal *Hand Hygiene* terkait di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- f. Mahasiswa mampu melakukan monitoring dan evaluasi penerapan *Hand Hygiene* di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- g. Mahasiswa menganalisis hasil evaluasi dari penerapan *Hand Hygiene* di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Pasien

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

1.4.2 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan angka kejadian setiap 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 TEORI

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 proaktif dan dinamis 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 (Sugiharto, 2010), manajemen keperawatan adalah integrasi sumber daya melalui perencanaan dan koodinasi, 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 bantuan terhadap para pasien dan asuhan pengobatan (Triwibowo, 2013).

Manajemen keperawatan adalah perencanaan. Pada hakekatnya proses manajemen keperawatan sejalan dengan proses keperawatan sebagai satu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara professional yang akhirnya keduanya saling menopang. Sebagaimana dalam proses keperawatan, dalam manajemen keperawatan 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 sebuah tujuan organisasi melalui kerja sama dengan orang lain dan merupakan suatu serangkaian kegiatan (termasuk pembuatan keputusan dan perencanaan, pengorganisasian, pengendalian, dan pimpinan) yang diarahkan pada sumber daya organisasi (keuangan, tenaga kerja, fisik, dan informasi yang bertujuan untuk mencapai sebuah sasaran organisasi dengan cara yang efektif dan efisien.

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

2.1.2 Prinsip Manajemen Keperawatan

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

- a. Manajemen keperawatan adalah sebagai perencanaan
- b. Manajemen keperawatan adalah sebagai penggunaan waktu yang efektif
- c. Manajemen keperawatan adalah sebagai pembuat keputusan
- d. Pemenuhan kebutuhan asuhan keperawatan pasien adalah sebagai urusan manajer perawat

- e. Manajemen keperawatan adalah sebagai suatu perumusan dan pencapaian tujuan sosial
- f. Manajemen keperawatan adalah sebagai pengorganisasian
- g. Manajemen keperawatan merupakan sebagai suatu fungsi, posisi atau tingkat sosial, disiplin dan bidang *study*
- h. Manajemen keperawatan bagian aktif dari divisi keperawatan, dari lembaga dan lembaga dimana organisasi itu berfung
- i. Budaya organisasi mencerminkan nilai-nilai kepercayaan
- j. Manajemen keperawatan memimpin dan mengarahkan
- k. Manajemen keperawatan memotivasi
- l. Manajemen keperawatan sebagai komunikasi efektif
- m. Manajemen keperawatan adalah sebagai pengendalian atau pengevaluasian

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 keperawatan ini (suarli dan Bahtiar, 2009). Fungsi management ini mengarah pada fungsi sebagai proses management yang terdiri dari pengorganisian, perencanaan, ketenagaan, pengawasan dan pengarahan (marquis dan Huston, 2010). Sedangkan menurut G.R. Terry adalah Planing, organizing, actuating, dan kontrolling.

Secara umum peran dan fungsi management keperawatan terdiri dari perencanaan (planning), organisasi (organizing), ketenagaan (staffing), pengarahan (actuating) dan pengawasan (controlling).

a. Planning

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

b. Organizing

Meliputi beberapa kegiatan diantaranya menentukan struktur organisasi ini, dapat menentukan model penugasan keperawatan sesuai dengan keadaan klien dan ketenagaan, dalam kelompok aktifitas untuk menentukan tujuan dari unit bekerja dalam bentuk struktur organisasi yang telah ditetapkan dan memahami serta menggunakan kekuasaan dan otoritas yang sudah sesuai.

c. Staffing

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

d. Directing

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

e. Controlling

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

2.2 Konsep infeksi Nosokomial

2.2.1 Pengertian Infeksi Nosokomial

Menurut Soedarto (2016) Infeksi nosokomial yang 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 merupakan infeksi yang didapat selama orang tersebut selama dirawat atau selesai setelah dirawat.

Menurut Tarwoto (2015) Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang terjadi akibat penularan selama dari pasien satu ke pasien lain di rumah sakit atau yang berhubungan secara langsung 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 yang 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 perkembangan mikroorganisme dan pertumbuhan, dapat berupa manusia, binatang, tanah, atau tumbuhan

b. Jalan masuk

Merupakan jalan untuk masuknya mikroorganisme ketempat dimana penampungan dari berbagai kuman/bakteri, seperti saluran pencernaan, pernafasan, kulit, dan lain-lain

c. Inang (*host*)

Merupakan tempat berkembang dimana suatu mikroorganisme yang dapat didukung oleh ketahanan kuman/bakteri

d. Jalan keluar

Merupakan tempat keluarnya mikroorganisme dari reservoir, seperti sistem pencernaan, sistem pernafasan, alat kelamin, dan lain-lain.

e. Jalur penyebarannya

Merupakan jalur yang dapat menyebabkan berbagai kuman mikroorganisme ke berbagai tempat.

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

a. Transmisi langsung

Penularan secara langsung oleh mikroba patogen ke pintu masuk yang sesuai dari pejamu. Contoh adalah adanya gigitan, sentuhan, ciuman atau adanya saat batuk, bersin, berbicara, atau saat transfusi darah ke darah yang sudah terkontaminasi mikroba patogen.

b. Transmisi tidak langsung

Penularan mikroba patogen yang diperlukan adanya media perantara baik yang berupa barang atau bahan, air, udara, minuman atau makanan, maupun vektor.

c. Vehicle born

Sebagai media perantara penularan adalah bahan atau barang yang sudah terkontaminasi seperti peralatan minum, dan makan, instrument kebidanan atau bedah, peralatan laboratorium, peralatan tranfusi atau infus.

d. Vector borne

Sebagai suatu media perantara adalah vektor (serangga) yang dipindahkan mikroba patogen ke pejamu.

e. Food borne

Minuman dan makanan adalah media perantara yang cukup efektif untuk menyebarnya mikroba patogen ke pejamu, yaitu melalui pintu masuk (*port d'entrée*) saluran cerna.

f. Water borne

Sudah tersedianya air bersih baik secara kualitatif maupun kuantitatif, terutama untuk kebutuhan di 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 penyakit perjalanan, pejamu yang peka akan berinteraksi dengan mikroba patogen yang secara alamiah akan melewati 4 tahap :

a. Tahap rentan

Tahap ini merupakan 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

Tahap ini merupakan tahap terganggunya fungsi organ yang dapat dimunculkan 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. ISK (Infeksi saluran kemih)

Infeksi nosokomial yang sering paling 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

Penetapannya sebagai infeksi nosokomial berdasar pada gejala klinik berupa keluarnya nanah di sekitar luka atau terjadi penyebaran selulitis dari luka bedah atau tempat masuknya pipa saluran (*drain*). Infeksi nosokomial yang sering terjadi di daerah pembedahan berkisar antara 0,5 sampai 15% tergantung pada jenis keadaan kesehatan penderita dan pembedahan. 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 , dijalan 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 bebrapa 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 yang sangat berkaitan erat dengan suntikan, penggunaan infuse, dan kateter jantung. Virus yang dapat menular dari cara ini adalah virus hepatitis C, virus hepatitis B, dan penyakit HIV. Infeksi ini dibagi menjadi dua kategori utama :

- 1) Infeksi pembuluh darah primer, sering muncul tanpa adanya tanda infeksi sebelumnya, dan berbeda dengan organisme yang ditemukan dibagian tubuh yang lain.
- 2) Infeksi sekunder, sering 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*), endospore (ganggren dan tetanus) dan mikrobakteri (*tuberculosis*). Dari semua agen infeksi yang paling umum, endospore paling sulit dimusnakan karena protektif sangat kuat (lapisan pelindungnya).

Menurut Soedarto (2016), Pasien akan terpapar berbagai macam mikroorganisme selama ia dirawat di rumah sakit. Kontak antara pasien dan berbagai macam mikroorganisme ini tidak selalu menimbulkan gejala klinis 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 virus, jamur bakteri, dan parasit yang dapat menyebabkan infeksi nosokomial.

- 1) Bakteri : dapat ditemukan dalam tubuh manusia yang sehat sebagai flora norma. Dalam melindungi tubuh dari datangnya bakteri pathogen keberadaan bakteri disini sangat penting. Tetapi pada beberapa kasus dapat menyebabkan infeksi jika manusia tersebut mempunyai toleransi yang sangat rendah terhadap mikroorganisme .

contohnya *Escheria coli* penyebab infeksi saluran kemih yang paling banyak dijumpai.

2) Virus : kemungkinan banyak infeksi nosokomial disebabkan oleh berbagai macam virus, termasuk virus hepatitis C dan hepatitis B dengan media penularan dari suntikan transfuse, dialysis, dan endoskopi. Respiratory syncytial virus (RSV), rotavirus, dan enteroviruses yang ditularkan dari kontak tangan ke mulut atau melalui rute faecal-oral. HIV dan Hepatitis 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*, *Varicella-zoster virus*, *Ebola*, *Influenza virus*, dan *Herpes simplex virus*.

3) Parasit dan jamur : ada beberapa parasit seperti *Giardia lamblia* dapat menular dengan mudah ke anak-anak maupun anak-anak. Banyak parasit dan jamur timbul selama pemberian obat antibiotic 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 yang terpenting mempengaruhi tingkat toleransi, dan respon tubuh pasien adalah:

1) Umur

- 2) Status imunitas penderita
- 3) Penyakit yang diderita
- 4) Obesitas, dan malnutrisi
- 5) Steroid dan Orang yang menggunakan obat-obatan immunosupresan.
- 6) Intervensi yang dilakukan pada tubuh untuk melakukan terapi dan diagnosis

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), dampak dari infeksi nosokomial 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 AIDS/HIV 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 sehingga dapat menjadi sumber infeksi baru di lingkungan, dan pasien lainnya.
- b. Langsung kontak antara pasien yang menjadi sumber infeksi dengan pasien lainnya.

- c. Langsung kontak antara petugas Rumah sakit yang tercemar kuman dengan pasien.
- d. Penggunaan alat/peralatan medis yang tercemar oleh bakteri.
- e. Kondisi pasien yang melemah akibat penyakit yang diderita.

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

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

Semua unsur diatas, kecil atau besar dapat memberi kontribusi terjadinya infeksi nosokomial. Pencegahan melalui dari 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 kembali, sedangkan pengendalian artinya minimalisasi timbulnya risiko infeksi. Demikian dengan tugas utama Panitia Medik

2.2.7 Upaya dan Pencegahan Infeksi Nosokomial

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

- a. Terciptanya lingkungan yang memenuhi persyaratan Rumah Sakit.
- b. Menjamin adanya pencegahan infeksi nosokomial
- c. Membantu proses penyembuhan pasien.

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

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

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

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

a. Dekontaminasi

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

b. Instrument yang sering digunakan rumah sakit

Masker sebagai digunakan pelindung terhadap penyakit yang ditularkan melalui udara. Sarung tangan sebaiknya digunakan terutama ketika menyentuh cairan, darah, 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 sekitar Rumah Sakit

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

d. Perbaiki ketahanan tubuh

Didalam tubuh manusia, membantu ketahanan tubuh melawan invasi jasad renik komensal pada umumnya, misalnya seperti apa yang

terjadi di dalam saluran cerna manusia. Selain ada bakteri yang patogen oportunistik, ada pula bakteri secara mutualistik yang ikut membantu dalam proses fisiologis tubuh.

e. Ruangan isolasi

Penyebaran infeksi nosokomial juga dapat dicegah dengan membuat pemisahan pasien. Ruang isolasi ini harus selalu tertutup dengan ventilasi udara selalu menuju keluar. Sebaiknya satu pasien berada dalam satu ruangan isolasi, tetapi bila sedang terjadi kejadian luar biasa dan penderita melebihi kapasitas, beberapa pasien dalam satu ruangan tidaklah apa-apa selama mereka menderita penyakit yang sama.

2.3 Konsep *Hand Hygiene*

2.3.1 Pengertian

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

Mencuci tangan adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan jari-jemari menggunakan cairan atau pun air lainnya oleh manusia dengan tujuan untuk menjadi bersih, ataupun tujuan-tujuan lainnya. Antiseptik merupakan bahan kimia untuk mencegah multiplikasi mikroorganisme pada permukaan tubuh, menghambat pertumbuhan, cara membunuh

mikroorganisme tersebut atau dan aktivitas metaboliknya. Alkohol antiseptik yang sering digunakan oleh *Hand sanitizer*. Alkohol telah digunakan secara luas sebagai obat antiseptik kulit karena mempunyai efek menghambat pertumbuhan bakteri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui cara 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) Untuk mengurangi mikroorganisme pada tangan dan mencegah kontaminasi
- b) Untuk mencegah atau mengurangi peristiwa infeksi
- c) Untuk 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) Tarik lengan baju yang panjang hingga diatas pergelangan tangan anda. Lepaskan jam tangan dan perhiasan (memberi

akses ke jari, tangan, dan pergelangan. Cincin dapat menjadi sarang mikroorganisme di tangan).

- b) Pastikan kuku jari anda terkikir dan pendek (kebanyakan mikroba di tangan berasal dari bawah kuku).
- c) Perhatikan permukaan jari dan tangan 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 tegak di depan bak cuci. Gunakan bak cuci dengan kran yang mudah dijangkau.
- e) Bak cuci merupakan area yang terkontaminasi. Menjangkau peran diatas bak cuci meningkatkan resiko menyentuh tepinya yang merupakan bagian yang terkontaminasi
- f) Lakukan tujuh langkah tangan meliputi :
 - (1) Basahi telapak tangan anda dengan air mengalir, tuang sabun kedua telapak tangan dan gosok kedua telapak tangan ke arah depan dan belakang.
 - (2) Gosok-gosok punggung tangan dan masukan jari di sela jari secara bergantian.

- (3) Gosok-gosok ujung jari dengan mengatupkan jari tangan kanan dan menggosokkannya ketelapak tangan kiri. Lakukan prosedur yang sama pada tangan kiri.
 - (4) Gosokkan dan putar secara bergantian ibu jari.
 - (5) Gosok pergelangan kedua tangan dengan cara memutar telapak tangan ke pergelangan tangan secara bergantian. Selanjutnya bilas dengan air bersih yang mengalir dan keringkan 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) menutup keran air dengan siku. Untuk menutup keran harus dengan siku tangan, gunakan tisu kertas bersih dan kering
 - i) Pertahankan tangan agar 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 cairan/antiseptik/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 menghancurkan atau menghilangkan 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 sabun dan sikat di bawah air mengalir dengan prosedur tertentu agar tangan dan lengan bagian bawah bebas dari mikroorganisme.

b. Tujuan

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

c. Kebijakan

- 1) Prosedur pembersihan tangan dengan antiseptik harus dilakukan oleh semua petugas kesehatan, pengunjung, keluarga yang berhubungan langsung dengan pasien atau lingkungan pasien.
- 2) Prosedur pembersihan tangan dengan antiseptik dilakukan sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, sesudah

terpapaj 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 4% dan 2% untuk pembersihan tangan operasi
- c) Cairan *handrub*
- d) Pengering tangan (paper/tissue, handuk/towel yang 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 genggam 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, sebarakan keseluruhan permukaan tangan dan lengan bawah
- 6) Mulai ngan tangan, gunakan pembersih kuku untuk membersikandaerah 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 antara lain :

- 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. Menghindarkan penularan penyakit melalui tangan (makanan)
- b. Menjaga kebersihan diri (perorangan)
- c. Membuat tubuh kita tetap sehat dan bugar
- d. Agar tidak terjadi 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 lima 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 Klinik/RS/Puskesmas yang akan menghadapi akreditasi.

Prinsip dari 6 langkah cuci tangan antara lain :

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



- b. Lalu usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian



- c. Menggosok sela-sela jari tangan hingga bersih



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



- e. Mengosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian



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



2.4 Penelitian Terkait

- a. Monica P, Dkk. Faktor yang berhubungan dengan penerapan *Hand Hygiene* di instalasi rawat inap di Rumah Sakit Tingkat III R. W. Mongisidi Manado. Jenis penelitian di gunakan adalah kuantitatif dengan penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross Sectional*. Populasi 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-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 untuk kepala ruang meningkatkan pelaksanaan cuci tangan lima momen perawat pelaksanaan. Desain penelitian ini menggunakan pra experimental (before after study). 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 terkumpul dianalisis dengan uji Dependent T-Test. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna melaksanan 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 semua 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 PICU, ICU, NIC, Unit Stroke kamar bersalin 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. Sampel berjumlah 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 digunakan 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 proporsional stratified random sampling 80 % sehingga didapatkan 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 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 sepakat memberi 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. Nazarudin Tamin
2. Tahun 1988 s/d 1992 : dr. Marzuan Rasyid
3. Tahun 1992 s/d 1998 : dr. Asri Majid
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. Adi Zulhadi, MM
7. Tahun 2006 s/d 2009 : dr. H. Hafleziyani, M.Kes
8. Tahun 2009 s/d 2011 : dr. H. Zunirman
9. Tahun 2011 s/d 2015 : dr. Ermon Revlin MPH
10. Tahun 2015 s/d sekarang : dr. Afrizal Hasan

3.1.2 Visi, Misi, Dan Motto RSUD Prof. DR. M.A. Hanafiah, SMBatusangkar

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 Fasilitas Pelayanan RSUD Prof. DR. MA Hanafiah SMBatusangkar

a. Instalasi Rawat Inap

Instalasi rawat inap berfungsi melaksanakan pelayanan pemeliharaan, pemulihan, perawatan dan pengobatan yang terdiri dari :

- 1) Pelayanan Rawat Inap Kebidanan/ PONEK
- 2) Pelayanan Rawat Inap Penyakit dalam
- 3) Pelayanan Rawat Inap Penyakit Anak
- 4) Pelayanan Rawat Inap Penyakit Kebidanan dan Kandungan
- 5) Pelayanan Rawat Inap Bayi (Perinatologi)
- 6) Pelayanan Rawat Inap Bedah
- 7) Pelayanan Rawat Inap Penyakit Mata
- 8) Pelayanan Rawat Inap Paviliun KKTD Jaya (VIP A)
- 9) Pelayanan Rawatan ICU dan Jantung
- 10) Pelayanan Rawatan Penyakit Syaraf
- 11) Pelayanan Rawatan Paru
- 12) Pelayanan Rawatan KLS III

b. Jumlah Tempat Tidur : 188 Tempat Tidur

- | | | |
|--------------|------|----|
| 1) VIP. A | : 14 | TT |
| 2) INTERNE | : 28 | TT |
| 3) BEDAH | : 28 | TT |
| 4) NEOROLOGI | : 9 | TT |

5) ANAK	: 19	TT
6) PERAWATAN KEBIDANAN	: 22	TT
7) ICU/JANTUNG	: 11	TT
8) KELAS III	: 23	TT
9) IGD	: 7	TT
10) PONEK	: 3	TT
11) PERINATOLOGI	: 15	TT
12) <u>MATA</u>	: 9	TT
Jumlah	: 185	TT

Fasilitas perawatan terdiri dari 185 tempat tidur dengan tujuan memberikan pelayanan Medik pada masyarakat yang meliputi pelayanan Medis, Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis, asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, kegiatan pendidikan, pelatihan dan penyuluhan serta layanan Konseris, Kegiatan penelitian dan pengembangan serta kegiatan administrasi umum dan keuangan. Kebersihan ruangan sepenuhnya menjadi tugas dan tanggung jawab tenaga Cleaning Service yang di koordinir oleh Unit Sanitasi RS, Sehingga tidak membebani kerja tenaga kesehatan

c. Unit Kamar Operasi

Unit Bedah Sentral mempunyai tugas melakukan tindakan operatif bagi pasien yang memerlukan. Fasilitas ruangan cukup memadai sesuai dengan kebutuhan, antara lain :

- 1) Ruang Operasi Besar
- 2) Rungan Operasi Minor

3) Ruang Operasi Sadar

Disamping itu terdapat pula ruangan persiapan, ruangan instrument, ruangan busana, ruangan sterilisasi, ruangan dokter, ruangan ganti, dan ruangan tunggu pasien. Ruangan operasi memiliki dinding keramik yang disebut ruangan operasi utama. Kasus-kasus khusus untuk demonstrasi bagi residen, coasisten (dokter muda) dan mahasiswa lainnya dilakukan di ruangan ini sebagai bagian dari kegiatan pendidikan.

Peralatan bedah yang dipunyai sudah cukup memadai sebagai pusat rujukan kabupaten walaupun masih kurang lengkap bila di sebandingkan RS type C lainnya. Di Propinsi Sumatera Barat kasus-kasus yang dapat dilakukan operasi mencakupi semua jenis kasus bedah. Pendinginan ruangan dan gas medis belum memakai sistem sentral, juga termasuk gas medis untuk ruangan pemulihan dan gawat darurat.

d. Unit Laboratorium

Labaratorium berfungsi menunjang diagnose dan memantau perjalanan penyakit untuk menjamin akurasi pemeriksaan laboratorium secara terus menerus dengan melakukan kalibrasi rutin.

e. Unit Radiologi

Radiologi berfungsi menunjang diagnosa dan memantau perjalanan penyakit melalui pembacaan foto rontgen. Ruangan berbagi atas dua ruangan rontgen dan peralatan terdiri dari 5 unit alat rontgen.

f. Unit Farmasi

Instalasi farmasi berfungsi menunjang medic melalui kegiatan :

- 1) Pengadaan / produksi obat

- 2) Penyimpanan obat dan alat –alat kesehatan
- 3) Pelayanan obat dan alat –alat kesehatan
- 4) Kegiatan pelayanan resep khusus untuk pasien rawat inap, pasien operasi dan pasien rawat jalan serta pasien emergency.

g. Unit Gizi

Unit Gizi berfungsi menyediakan makanan bagi pasien rawat inap, yang meliputi :

- 1) Penyusunan Menu
- 2) Pengadaan bahan mentah
- 3) Penyimpanan bahan mentah
- 4) Pengolahan bahan mentah
- 5) Penyimpanan makanan
- 6) Distribusi makanan
- 7) Pengumpulan kembali wadah tempat makan dari seluruh ruangan dan di sterilkan kembali untuk dipergunakan pada jadwal berikut.

Disamping itu Instalasi Gizi melaksanakan konsultasi gizi / diet. Untuk pelayanan makanan pasien petugas gizi tersebar di seluruh ruangan perawatan.

h. Unit IPSRS

Unit Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit terdiri dari 3 sub instalasi berfungsi untuk :

- 1) Pemeliharaan sarana air bersih
- 2) Pemeliharaan dan perbaikan bangunan, listrik, telpon dan audio visual
- 3) Pemeliharaan dan perbaikan peralatan kesehatan

4) Pelatihan teknis

IPSR (Instalasi Sarana Rumah Sakit) berfungsi untuk sub instalasi binatu berfungsi untuk menyediakan kebutuhan linen (alat tenun, spreiset, pakaian pasien, pakaian petugas, pelayanan gorden, pakaian operasi, dll). Kegiatan – kegiatan terdiri dari :

- 1) Mencuci
- 2) Desinfeksi
- 3) Pengeringan
- 4) Setrika

Peralatan yang dipakai cukup memadai, baik ruangan penjahitan, maupun diruangan binatu. Semua peralatan menggunakan tenaga listrik, mesin cuci, pengeringan dan strika berkapasitas besar.

i. Unit Sanitasi

Unit sanitasi berfungsi menjaga kebersihan lingkungan rumah sakit, pengamanan limbah agar tidak mencemari lingkungan. Untuk melaksanakan fungsi tersebut instalasi sanitasi melakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- 1) Penyediaan air bersih melalui PDAM
- 2) Pengolahan kebersihan, pembuangan sampah dan lingkungan
- 3) Pengolahan limbah
- 4) Pengendalian vector peralatan yang dimiliki adalah 1 IPAL
- 5) 1 unit incinerator

Disamping peralatan standar lainnya kebersihan ruangan dan taman dikerjakan oleh tenaga harian sedangkan petugas instalasi sanitasi merencanakan, mengawasi dan mengevaluasi.

j. Unit Rekam Medik

Unit rekam medik merupakan satuan organisasi struktural dibawah pimpinan kepala bagian Bina Program dan tepatnya dibawah kepala seksi perencanaan dan mengelola catatan medik pasien. Kegiatan-kegiatan unit rekam medik antara lain :

- 1) Menerima dan mencatat pendaftaran pasien
- 2) Menyiapkan fomulir catatan medik
- 3) Melaksanakan administrasi pasien rawat inap
- 4) Menyimpan dan memelihara catatan medik
- 5) Evaluasi dan laporan
- 6) Menyiapkan jawaban rujukan
- 7) Memfasilitasikan Dokumen visum

k. Unit Bank Darah / UTDRS

Melakukan bantuan dan kerjasama UNFA dengan Departemen Kesehatan RI dibentuk UTD di rumah sakit Prof. Dr. M.A. Hanafiah, SM Batusangkar dengan Surat Izin pendirian oleh Kantor Wilayah Dapartemen Kesehatan RI Propinsi Sumatera Barat dalam melaksanakan kegiatannya bekerjasama dengan PMI Cabang Tanah Datar. UTD RS disamping melayani kebutuhan RS sendiri juga melayani kebutuhan Klinik Swasta.UTD RS menyediakan dRh yang diperlukan dan menggalakan donor darah sukarela bagi karyawan pemuda dan masyarakat sekitarnya

3.1.4 Kajian Situasi Diruangan Rawat Bedah Di RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar

Ruangan Rawat Bedah adalah salah satu ruangan rawat inap yang ada ruangan rawat inap untuk pasien dengan kasus bedah (pre operatif dan post operatif) yang terdiri dari 12 ruang rawatan. Ruang rawat inap bedah terdapat 12 ruangan : 2 ruangan kelas utama, 2 ruangan kelas I, 2 ruangan kelas II, 3 ruangan kelas III, 1 ruangan luka bakar, 1 ruangan Recovey Room dan 1 ruangan isolasi dengan kapasitas 28 tempat tidur, dan terdapat 12 tiang infus.

3.1.5 Ruangan Rawatan

a. Kapasitas Unit Ruangan

RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar mempunyai beberapa ruangan rawat inap salah satunya adalah ruangan Rawat Bedah. Ruangan Rawat Bedah terdapat 18 ruangan : 2 ruangan kelas utama, 2 ruangan kelas I, 2 ruangan kelas II, 3 ruangan kelas III, 1 ruangan luka bakar, 1 ruangan Recovey Room, 1 ruangan isolasi, 1 kamar perawat, 1 Dokter Spesialis, 1 ruangan Nurse Station, 1 ruangan Dokter muda, 1 ruangan linnen, dan 1 ruangan prasat.

Tabel 3.1
Jumlah kapasitas tempat tidur yang ada di ruangan Rawat Bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar

Ruangan	jumlah tempat tidur
Kelas Utama laki-laki	1
Kelas utama Wanita	1

Kelas 1 laki-laki	1
Kelas 1 perempuan	1
Kelas II laki-laki	1
Kelas II wanita	1
Kelas III laki-laki	7
Kelas III wanita	7
Kelas III anak	2
Luka Bakar	1
RR	1
Isolasi	1
Jumlah	28

Ruangan Rawat Bedah adalah salah satu ruangan rawat inap yang ada ruangan rawat inap untuk pasien dengan kasus bedah (pre operatif dan post operatif) yang terdiri dari 12 ruang rawatan. Ruang rawat inap bedah terdapat 12 ruangan : 2 ruangan kelas utama , 2 ruangan kelas I, 2 ruangan kelas II, 3 ruangan kelas III, 1 ruangan luka bakar, 1 ruangan Recovey Room dan 1 ruangan isolasi dengan kapasitas 28 tempat tidur, dan terdapat 12 tiang infus.

b. Analisa Situasi

Staffing Atau Sumber Daya Manusia

Tabel 3.2
Tenaga Perawat diruangan Rawat Bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah,
SM Batusangkar

No	Nama	Jenis Kelamin	Pendidikan
1	Desberti	P	S1 + Ners
2	Hamdi	L	D3
3	Dola Febrimarora	P	D3
4	Eva Trimayati	P	D3
5	Fatikatul Musyarofah	P	D3
6	Meri Dwi Putri	P	D3
7	Putri Mabeta Nova	P	D3
8	Herma Novita	P	D3
9	Delta Fitriani	P	D3
10	Yusda Yanti	P	S1 + Ners
11	Rika Kristina	P	D3
12	Afdenis	P	D3
13	Robi Fermanda	L	D3
14	Jelly Julion	P	D3

3.2 Hasil Pengkajian (input)

a. Karakteristik Responden

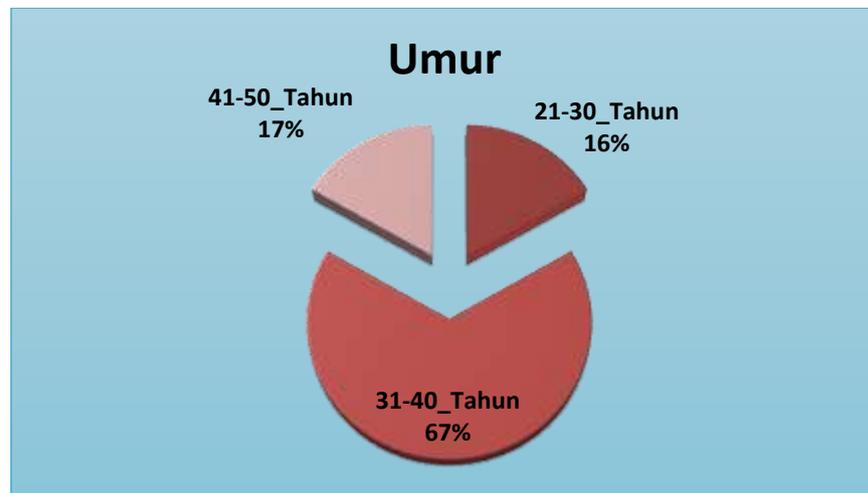
1) Jumlah Perawat

Ruangan rawat inap Bedah mempunyai 13 orang tenaga perawat dimana 1 kepala ruangan, 3 menjadi ketua tim dan 9 orang perawat pelaksana. Tetapi perawat yang ditemui saat pengkajian diruangan oleh mahasiswa berjumlah 12 orang tenaga perawat dimana 1 orang perawat pelaksana masih cuti.

2) Usia

Diagram 3.1

Presentasi Tenaga Keperawatan di Ruang Bedah RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah, SM Batusangkar Tahun 2019 Berdasarkan Usia

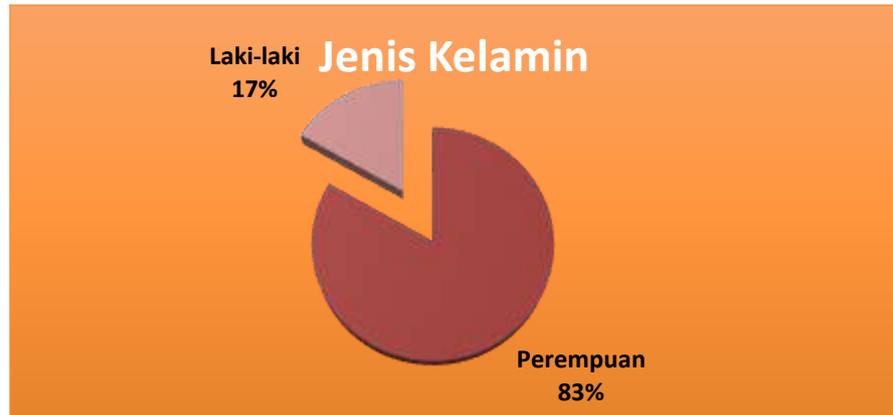


Berdasarkan diagram di atas didapatkan bahwa usia perawat ruangan kategori umur 21-30 tahun 16%, 31-40 tahun 67%, dan 41-56 tahun 17%

3) Jenis Kelamin

Diagram 3.2

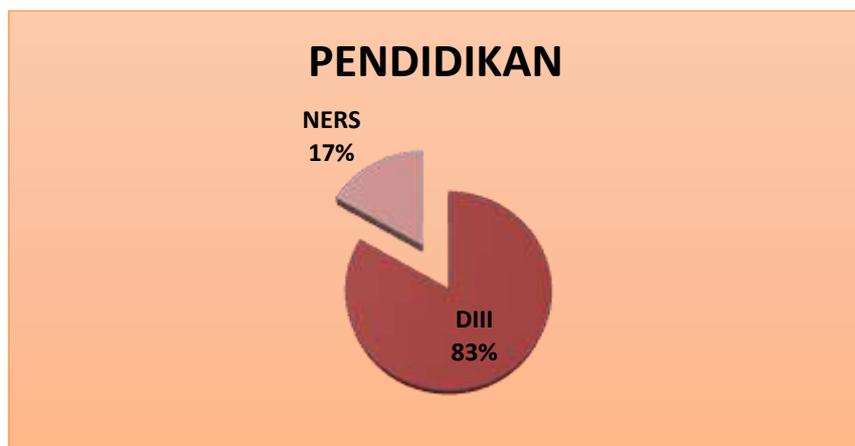
Presentasi Tenaga Keperawatan di Ruang Bedah RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah, SM Batusangkar Tahun 2019 Berdasarkan Jenis kelamin



Berdasarkan diagram diatas didapatkan bahwa dapat diketahui bahwa tenaga perawat diruangan bedah 83% adalah perempuan dan 17% adalah laki-laki.

4) Pendidikan

Diagram 3.3
Presentasi Tenaga Keperawatan di Ruang Bedah RSUD Prof.
DR. M.A Hanafiah, SM Batusangkar Tahun 2019
Berdasarkan Tingkat Pendidikan

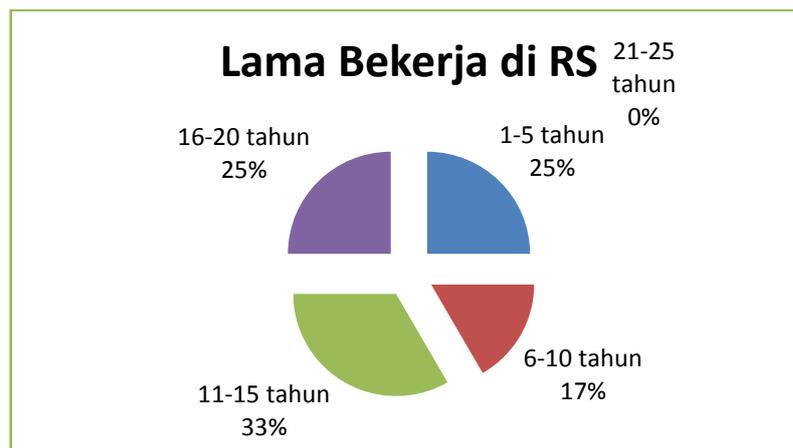


Berdasarkan data diatas didapatkan bahwa tingkat pendidikan tenaga keperawatan terbanyak adalah 83% yaitu sebanyak 10 orang perawat

dengan tingkat pendidikan D-III, dan 17% yaitu sebanyak 2 orang tenaga keperawatan dengan pendidikan S1-Ners.

- i. Lama bekerja di rumah sakit

Diagram 3.4
Presentasi Tenaga Keperawatan di Ruang Bedah RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah, SM Batusangkar Tahun 2019 Berdasarkan Lama Bekerja di Rumah Sakit



Berdasarkan diagram diatas didapatkan bahwa lama bekerja perawat di Rumah Sakit diruangan bedah kategori 11-15 tahun 33%, 16-20 tahun 25%, 1-5 tahun 25%, 6-10 tahun sebanyak 17%, dan 21-25 tahun 0%.

- 5) Lama bekerja diruang rawat bedah

Diagram 3.5
Presentasi Tenaga Keperawatan di Ruang Bedah RSUD Prof. DR.M.A Hanafiah, SM Batusangkar Tahun 2019 Berdasarkan Lama Bekerja di Ruang Bedah



Berdasarkan diagram diatas didapatkan bahwa lama bekerja perawat di Ruang bedah kategori 1 - 5 tahun 67%, dan 6 – 10 tahun sebanyak 33%.

b. Lembar Observasi

1) Observasi Kepala Ruangan

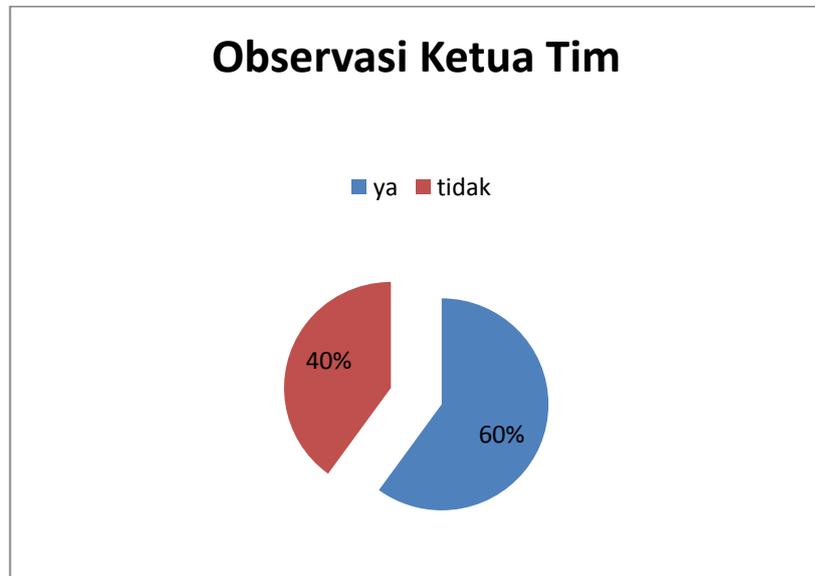
Diagram 3.6
Presentasi Observasi Tugas Kepala Ruangan di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar Tahun 2019



Berdasarkan hasil observasi kepala ruangan yang dilakukan di ruang bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar dari tanggal 30 April – 2 Mei 2019 didapatkan hasil 40% kepala ruangan melakukan *five moments* dan 60% tidak melakukan *five moments*.

2) Observasi Ketua Tim

Diagram 3.7
Presentasi Observasi Tugas Ketua Tim Ruangan di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar



Berdasarkan hasil observasi Ketua Tim ruangan yang dilakukan di ruang bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar dari tanggal 30 April – 2 Mei 2019 didapatkan hasil 40% Ketua Tim melakukan *five moments* dan 60% tidak melakukan *five moments*.

3) Observasi Perawat Pelaksana

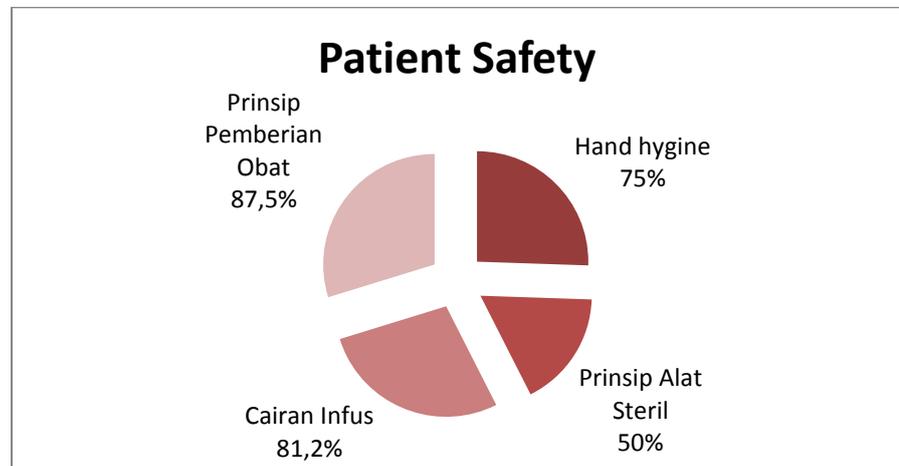
Diagram 3.8
Presentasi Observasi Tugas Perawat Pelaksana di Ruang
Bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar
Tahun 2019



Berdasarkan hasil observasi kepala ruangan yang dilakukan di ruang bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar dari tanggal 29 April – 1 Mei 2019 didapatkan hasil 40% perawat pelaksana melakukan *five moments* dan 60% tidak melakukan *five moments*.

4) Lembar Observasi Patient Safety

Diagram 3.9
Presentasi Observasi Patient Safety di Ruang Bedah RSUD
Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar Tahun2019



Berdasarkan analisa diagram diatas dapat dilihat bahwa hasil observasi pada perawat pelaksana di ruangan bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar tentang patient safety didapatkan presentase penerapan *Hand Hygiene* 75%, prinsip alat steril 50%, penggunaan stiker cairan infus 81,2%, dan prinsip 6 benar pemberian obat 87,5%. Maka dapat disimpulkan bahwa penerapan *Hand Hygiene*.

Masalah :

Hasil observasi didapat masalah keperawatan yaitu :Belum optimalnya penerapan prinsip *Hand Hygiene*

3.3 Analisa SWOT

Tabel 3.3

No	Masalah	Kekuatan/Strengeth	Kelemahan/Weaknesses	Kesempatan/Opportunity	Ancaman/Tich
1	Belum optimalnya penerapan prinsip <i>hand hygiene</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya penyuluhan dan pemantauan tentang hand hygiene dari pihak PPI dan KARU - Adanya pengetahuan yang cukup tentang hand hygiene - Adanya ketersediaan alat (westaple, hand wash, hand crub, tissue, poster tentang hand hygiene) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya motivasi dari dalam diri perawat tentang pentingnya hand hygiene - Masih ada perawat yang belum melakukan cuci tangan pada kondisi five moments 	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya mahasiswa STIKes Perintis Padang yang sedang praktek profesi manajemen keperawatan - Adanya kerja sama yang baik antara mahasisa STIKes dengan perawat ruangan 	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya UU perlindungan konsumen (UU No 8 tahun 1990) - Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat terhadap pelayanan keperawatan yang professional

3.4 Perumusan Masalah

Tabel 3.4

No	DATA	Masalah
	Observasi	
1	Berdasarkan hasil observasi dari tanggal 30 April – 2 Mei 2019 di ruangan bedah ditemukan bahwa presentase penerapan prinsip <i>Hand Hygiene</i> di ruang rawat bedah sebesar 75% dan terlihat belum maksimalnya penerapan <i>Hand Hygiene</i> .	Belum optimalnya penerapan prinsip <i>Hand Hygiene</i>

3.5 Prioritas Masalah

PRIORITAS MASALAH MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG BEDAH

Tabel 3.5

No	Masalah Manajemen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Belum optimalnya penerapan prinsip <i>Hand Hygiene</i>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	48

Keterangan :

A : Resiko terjadi
B : Resiko parah
C : Potensial untuk pelatihan
D : Minat perawat
E : Mungkin diatasi
F : Sesuai Program
G : Tempat
H : Waktu
I : Dana
J : Fasilitas Kesehatan
K : Sumber daya
L : sesuai dengan peran perawat
M : Skor Total

Keterangan :

1 = Sangat rendah
2 = Rendah
3 = Cukup
4 = Tinggi
5 = Sangat tinggi

3.6 PLANNING OF ACTION

Tabel 3.6

No	Masalah	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Metode	Media	Narasumber	Dana	Waktu
1	Belum optimalnya penerapan prinsip <i>Hand Hygiene</i>	- Persamaan persepsi	- Menyamakan persepsi perawat dengan mahasiswa tentang prinsip hand hygiene	Perawat ruangan bedah	Menerapkan	Buku referensi, Laptop	Mahasiswa dan KARU	-	07 Mei 2019
		- Inovasi (Lembar Cek list pemantauan hand hygiene)	- Untuk memantau dan meningkatkan motivasi perawat dalam menerapkan hand hygiene	Perawat ruangan bedah	Observasi	Lembar Cek list	-	Mahasiswa	Senin 13 Mei 2019
		- Evaluasi	- Melihat motivasi perawat sebelum dan sesudah penempelan	Perawat ruangan bedah	Observasi	Lembar observasi	-	-	14-15 Mei 2019

3.7 Implementasi

1. Pada tanggal 15 Mei 2019 sudah dilakukan desiminasi ilmu tentang penerapan prinsip *Hand Hygiene*.
2. Menerapkan salah satu hasil jurnal *Hand Hygiene* tentang pengetahuan atau edukasi tentang *Hand Hygiene* pada perawat. Kepatuhan perawat terhadap *Hand Hygiene* pada setiap moment. Sebelum kontak dengan pasien, sesudah kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptis, sesudah terkena cairan dan sesudah kontak dengan area sekitar pasien.
3. Melakukan observasi selama 3 hari dengan lembar ceklist pemantauan *Hand Hygiene* untuk semua perawat yang ada di ruangan.

3.8 Evaluasi

Dari hasil observasi pemantauan kepatuhan *Hand Hygiene* melalui lembar ceklist dan edukasi terlihat adanya peningkatan kepatuhan perawat dalam penerapan *Hand Hygiene* di ruang rawat bedah. Berdasarkan perbandingan persentase pre dan post terlihat kenaikan dari 40% menjadi rata-rata 80 % - 100%.

Tabel 3.8
Presentasi Observasi Perawat Pemantauan Kepatuhan *Hand Hygiene* di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar Tahun 2019

No	Inisial perawat	Pre edukasi	Post edukasi	Pencapaian Target
1	D	40 %	100%	Tercapai

2	H	40 %	80%	Tercapai
3	D	40 %	80%	Tercapai
4	E	40 %	80%	Tercapai
5	F	40 %	100%	Tercapai
6	M	40 %	80%	Tercapai
7	P	40 %	80%	Tercapai
8	H	40 %	100%	Tercapai
9	D	40 %	100%	Tercapai
10	Y	40 %	80%	Tercapai
11	R	40 %	80%	Tercapai
12	A	40 %	100%	Tercapai
13	R	40 %	60%	Tercapai

Catatan :

Untuk perawat inisial R atau nomor 13 dilakukan remedial ulang karna tidak mencukupi nilai rata-rata atau belum tercapai. Setelah dilakukan remedial ulang inisial R persentase terlihat kenaikan dari 60% menjadi 80%.

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terksit dan Konsep Kasus Terkait

Pengkajian manajemen keperawatan telah dilakukan pada tanggal 29 April – 1 Mei di ruang bedah 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 bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar. Pengkajian yang dilakukan yaitu mengenai data umum dan masalah yang berhubungan dengan manajemen keperawatan di Ruangan Bedah 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 13 orang perawat hasil observasi di ruangan bedah ditemukan bahwa penerapan prinsip *Hand Hygiene* di ruang rawat bedah sebesar 40 % di karenakan bebrapa 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 Bedah.

4.2 Analisis Intervensi

Berdasarkan hasil identifikasi dari tanggal 30 April – 2 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 bedah. Implementasi pemecahan masalah yang telah di sepakati dalam lokakarya mini dilakukan berdasarkan *planning of action* (POA).

b. Desiminasi Ilmu tentang penerapan *Hand Hygiene* (*Five Moment*)

Pada tanggal 14 Mei 2019 sudah dilakukan desiminasi ilmu tentang *Hand Hygiene* kepada perawat di ruangan bedah. Desiminasi ilmu adalah suatu metode pembelajaran untuk menyebarkan informasi tentang suatu ilmu yang bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan menubah perilaku sasaran (Roger, 2005). Perubahan diharapkan menuju ke arah yang sesuai dengan konsep dan cara yang benar atau seharusnya. Penulis telah memfasilitasi desiminasi ilmu tentang penerapan prinsip *Hand Hygiene* menjelaskan materi secara langsung melalui lembar balik dan leaflet. Setelah dilakukan desiminasi ilmu tentang penerapan prinsip *Hand Hygiene* di ruang rawat bedah maka terlihat adanya peningkatan motivasi

perawat dalam melakukan *Hand Hygiene* serta terpantaunya *five moment* yang dilakukan oleh perawat di ruang bedah

Hasil observasi setelah dilakukanya pemantauan kepatuhan *Hand Hygiene* terlihat adanya peningkatan kepatuhan perawat dalam penerapan *Hand Hygiene* di ruang rawat bedah.

Tabel 4.1
Presentasi Observasi Perawat Pemantauan Kepatuhan Hand Hygiene di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah, SM Batusangkar Tahun2019

No	Inisial perawat	Pre edukasi	Post edukasi	Pencapaian Target
1	D	40 %	100%	Tercapai
2	H	40 %	80%	Tercapai
3	D	40 %	80%	Tercapai
4	E	40 %	80%	Tercapai
5	F	40 %	100%	Tercapai
6	M	40 %	80%	Tercapai
7	P	40 %	80%	Tercapai
8	H	40 %	100%	Tercapai

9	D	40 %	100%	Tercapai
10	Y	40 %	80%	Tercapai
11	R	40 %	80%	Tercapai
12	A	40 %	100%	Tercapai
13	R	40 %	80%	Tercapai

4.3 Alternatif Pemecahan Yang Dilakukan

Alternatif pemecahan masalah yang dilakukan untuk masalah belum optimalnya penerapan prinsip *Hand Hygiene* yaitu lembar Observasi dan Desiminasi Ilmu. Dari hasil pemantauan *Hand Hygiene* setelah dilakukan desiminasi ilmu lembar ceklis observasi menjadi meningkat dari 40 % menjadi 80 % hingga 100 %. Karna desiminasi ilmu dapat memberika pengetahuan dan pembelajaran kepada perawat dari yang tidak tau menjadi tau. Sehingga perawat dapat menerapkan prinsipsip *Hand Hygiene* dengan optimal.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 Memahami konsep *Hand Hygiene* di Ruang Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar
- 5.1.2 Melakukan pengkajian manajemen terkait dalam penerapan *Hand Hygiene*. Pengkajian manajemen keperawatan di Ruang Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar dapat dilakukan dengan baik dan tidak mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data.
- 5.1.3 Menegakan diagnosa manajemen terkait dalam penerapan *Hand Hygiene*. Pada kasus ini di dapatkan diagnosa belum optimalnya penerapan prinsip *Hand Hygiene* di Ruang Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar
- 5.1.4 Menerapkan pemberian edukasi pada perawat di Ruang Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- 5.1.5 Melakukan rencana tindakan penerapan *Hand Hygiene* dari salah satu jurnal kepatuhan pelaksanaan kegiatan *Hand Hygiene* pada tenaga kesehatan di Ruang Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar.
- 5.1.6 Hasil evaluasi dari penerapan *Hand Hygiene* di Ruang Bedah Prof. Dr. MA. Hanafiah, SM Batusangkar adanya peningkatan kepatuhan penerapan *Hand Hygiene* pre edukasi dan post edukasi dari rata-rata 40 % menjadi 80-100%

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 Bedah

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, karena waktu kami yang terbatas, mungkin hanya ini yang sempat terkaji dan mungkin kalau ada praktek manajemen selanjutnya agar dapat mengkaji masalah manajemen lainnya.

**LEMBAR OBSERVASI
PATIENT SAFETY**

No	Tindakan yang Diobservasi	Tanggal :	
		Ya	Tidak
1	Mencuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah tindakan setiap pasien		
2	Penggunaan alat steril yang berbeda untuk setiap pasien		
3	Perawat mempertahankan teknik steril dalam melakukan tindakan steril		
4	Setiap penggantian cairan infus baru dibuat berdasarkan stiker yang ada		
5	Perawat menggunakan prinsip 6 benar dalam pemberian obat		

**LEMBAR OBSERVASI
Hand Hyiene (five moments)**

No	Tindakan yang Diobservasi	Tanggal :	
		Ya	Tidak
1	Sebelum kontak dengan pasien		
2	Sebelum tindakan aseptik		
3	Setelah terkena cairan tubuh pasien		
4	Setelah kontak dengan pasien		
5	Setelah kontak dengan lingkungan pasien		

LEMBAR OBSERVASI
6 LANGKAH CUCI TANGAN

No	Tindakan yang Diobservasi	Tanggal :	
		Ya	Tidak
1	Tuang cairan <i>handrub</i> pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.		
2	Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian		
3	Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih		
4	Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci		
5	Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian		
6	Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan.		

Hand Hygiene / Cuci Tangan

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)

Cara Mencuci Tangan

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

- 13) Buka perhiasan yang digunakan, basahi tangan dengan air mengalir
- 14) Tuangkan sabun ke telapak tangan
- 15) Ratakan dengan kedua telapak tangan
- 16) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- 17) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
- 18) Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan
- 19) Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- 20) Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya
- 21) Bilas kedua tangan dengan air mengalir

- 22) Keringkan kedua tangan dengan tissue sekali pakai
- 23) Gunakan bekas tissue tersebut untuk menutup kran air
- 24) Sekarang tangan sudah aman

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

- 9) Tuangkan larutan antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan sebanyak 3-5 tetes
- 10) Gosok kedua telapak tangan hingga merata
- 11) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- 12) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
- 13) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan

- 14) Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- 15) Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya
- 16) Sekarang tangan sudah aman

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

- 16) Buka semua perhiasan yang digunakan, termasuk cincin, gelang, dan jam tangan.
- 17) Basahi dengan air yang mengalir
- 18) Gunakan cairan anti septik
- 19) Cuci tangan dengan lengan kebawah secara menyeluruh dan bilas dengan air mengalir

- 20) Gunakan sekali lagi dengan cairan antiseptic, sebarkan keseluruhan permukaan tangan dan lengan bawah
- 21) Mulai ngan tangan, gunakan pembersih kuku untuk membersikandaerah bawah kuku kedua tangan
- 22) Bersihkan kuku secara menyeluruh, kemudian jari-jari, sela-sela jari, telapak tangan dan punggung tangan
- 23) Cuci setiap jari seakan-akan mempunyai empat sisi
- 24) Berikutnya scrub darah pergelangan tangan pada tiap tangan
- 25) Setelah seluruh pergelangan tangan telah di scrub, bagian lengan bawah juga di scrub, pastikan gerakan lengan kebagian siku
- 26) Ulangi pada lengan satunya, dari lengan bawah menuju siku
- 27) Bilas tangan dan lengan bawah secara menyeluruh, pastikan tangan di tahan lebih tinggi dari siku
- 28) Biarkan sisa air menetes melalui siku
- 29) Keringkan dengan handuk steril
- 30) Sekarang tangan sudah aman (prosdur dilakukan 2 sampai 5)

Prosedur saat melakukan praktek kebersihan tangan

- 6) Sebelum kontak dengan pasien
- 7) Sebelum tindakan aseptik
- 8) Setelah terkena cairan tubuh pasien beresiko
- 9) Setelah kontak dengan pasien
- 10) Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Tujuan Mencuci Tangan Secara Umum

- d. Menjaga kebersihan diri
- e. Mencegah infeksi silang
- f. Sebagai pelindung diri

Manfaat Mencuci Tangan

- e. Untuk menghindarkan penulaan penyakit melalui tangan (makanan)
- f. Untuk menjaga kebersihan diri (perorangan)
- g. Untuk membuat tubuh kita tetap sehat dan bugar

h. Supaya tidak terjadi agen penular bibit penyakit kepada orang lain

waktu yang tepat untuk cuci tangan

f. Tiap kali sesudah buang air besar (BAB)

g. Setiap kali mau menyentuh makanan

h. Sebelum dan sesudah makan

i. Sewaktu mau menyuapi / memberikan makan anak

j. Sesudah bekerja dan beraktivitas

Prinsip dari 6 langkah cuci tangan antara lain :

d. 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.

e. *Handrub* dilakukan selama 20-30 detik sedangkan *handwash* 40-60 detik.

f. 5 kali melakukan *handrub* sebaiknya diselingi 1 kali *handwash*

Enam langkah cuci tangan yang benar menurut WHO yaitu :

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



h. mengusap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian



i. Menggosok sela-sela jari tangan hingga bersih



j. Membersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci



k. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian



1. meletakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan

