

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL :
GAMBARAN PELAKSANAAN HAND HYGIENE PERAWAT
DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSUD H. HANAFIE BUNGO TAHUN 2019

OLEH :
SONIA MINELI, S.Kep
NIM. 1814901647

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
TAHUN AJARAN 2018 / 2019

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners

JUDUL :

GAMBARAN PELAKSANAAN HAND HYGIENE PERAWAT

DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN KEPERAWATAN

PADA PASIEN DI RUANG PENYAKIT DALAM

RSUD H. HANAFIE BUNGO TAHUN 2019

OLEH :

SONIA MINELI, S.Kep

NIM. 1814901647

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
TAHUN AJARAN 2018 / 2019**

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini : -

Nama : Sonia Mineli, S.Kep
Nim : 1814901647
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIAN : Gambaran Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam Memberikan Pelayanan Keperawatan pada Pasien di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD H.Hanafie Bungo Tahun 2019

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenar – benarnya bahwa Karya Tulis Akhir Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKes Perintis. Jika dikemudian hari ternyata saya terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKes Perintis.

Bukit Tinggi, 12 September 2019



(Sonia Mineli, S.Kep)

HALAMAN PERSETUJUAN

JUDUL

**GAMBARAN PELAKSANAAN HAND HYGIENE PERAWAT DALAM
MEMBERIKAN PELAYANAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD
H. HANAFIE BUNGO TAHUN 2019**

OLEH :

**SONIA MINELLI, S.Kep
NIM. 1814901647**

**Karya Ilmiah Akhir Ners ini akan diseminarkan
Di Aula AKPER Setih Setio Bungo pada Tanggal 03 Agustus 2019**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

(Ns. Endra Analia, M.Kep)

Pembimbing II

(Ns. Cendrawesih, S.Kep)

Mengetahui,

Ketua Prodi Profesi Ners

STIKes Perintis Padang

(Ns. MERLY DELIMA, M.Kep)

NIK 1420101107296019



HALAMAN PENGESAHAN

JUDUL
GAMBARAN PELAKSANAAN HAND HYGIENE PERAWAT DALAM
MEMBERIKAN PELAYANAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD
H.HANAFIE BUNGO TAHUN 2019

OLEH :
SONIA MINELLI, S.Kep
NIM. 1814901647

Pada :
HARI/TANGGAL :SABTU/03 AGUSTUS 2019
JAM : 15.00 WIB

Dan yang bersangkutan dinyatakan
LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Mera Delima, M.Kep

Penguji II : Ns. Endra Amalia, M.Kep

Mengetahui,
Revisi Prodi Profesi Ners
STIKes Perintis Padang


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

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Karya Ilmiah Ners, Agustus 2019**

**SONIA MINELI
1814901647**

**GAMBARAN PELAKSANAAN HAND HYGIENE PERAWAT DALAM
MEMBERIKAN PELAYANAN KEPERAWATAN PADA PASIENRUANG
RAWAT INAP PENYAKIT DALAM RSUD H.HANAFIE BUNGO TAHUN
2019**

Xiii + 54 halaman + 21 tabel + 3 gambar + 6 lampiran

ABSTRAK

Mencuci tangan merupakan tehnik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan infeksi (Potter & Perry, 2005). Sedangkan menurut Boyce dan Pittet (2002) bahwa “ kegagalan melakukan kebersihan tangan yang baik dan benar, dianggap sebagai penyebab utama infeksi nosocomial (HAIs) dan penyebaran mikroorganisme multiresisten difasilitas pelayanan kesehatan dan telah diakui sebagai kontributor yang penting terhadap timbulnya wabah”.Tujuan penulisan karya ilmiah ini untuk mengetahui Gambaran Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien di Ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo yang dilakukan dari tanggal 10 – 29 Mei 2019 tahun 2019. Pengumpulan data diperoleh melalui wawancara, observasi dan lembar kuisioner pelaksanaan hand hygiene. Berdasarkan pengkajian ditemukan masalah belum optimalnya pelaksanaan hand hygiene. Setelah dilakukan implementasi keperawatan yaitu desiminasi ilmu dan penerapan role play tentang pelaksanaan Hand Hygiene, menunjukkan hasil observasi yaitu terlihat adanya peningkatan pelaksanaan hand hygiene sebanyak 40%. untuk itu disarankan kepada seluruh perawat dapat menumbuhkan kesadaran dan dapat memotivasi diri agar melaksanakan hand hygiene sesuai SOP sehingga infeksi rumah sakit yang timbul akibat tidak mencuci tangan tidak terjadi.

Kata Kunci : Five Momen, Cuci tangan, Petugas kesehatan

Bibliografi : 4 (2017-2018)

Padang Pioneering Health Sciences College
Nursing Professional Education Study Program
Ners Scientific Work, August 2019

SONIA MINELI
1814901647

DESCRIPTION OF HAND HYGIENE NURSE IMPLEMENTATION IN PROVIDING
NURSING SERVICES IN PATIENTS IN HOSPITAL IN HOSPITAL RSUD H.HANAFIE
BUNGO IN 2019

xiii + 54 pages + 21 tables + 3 pictures + 6 attachments

ABSTRACT

Hand washing is the most important basic technique in infection prevention and control (Potter & Perry, 2005). Meanwhile, according to Boyce and Pittet (2002) that "failure to perform good and proper hand hygiene, is considered a major cause of nosocomial infections (HAIs) and the spread of multiresistant microorganisms in health service facilities and has been recognized as an important contributor to the emergence of outbreaks". This limitation is to find out the Overview of the Implementation of Hand Hygiene Nurses in providing nursing services to patients in the Internal Medicine Room of H. Hanafie Bungo Regional Hospital conducted from 10-29 May 2019 2019. Data collection was obtained through interviews, observations and questionnaires on the implementation of hand hygiene. Based on the assessment, it was found that the problem was not yet optimal implementation of hand hygiene. After the implementation of nursing, namely the dissemination of knowledge and the application of role play on the implementation of Hand Hygiene, the observation results showed an increase in the implementation of hand hygiene by 40%. therefore it is recommended to all nurses to raise awareness and be able to motivate themselves to implement hand hygiene according to SOP so that hospital infections arising from not washing their hands do not occur.

Keywords: Five Moments, Washing hands, Health workers
Bibliography: 4 (2017-2018)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Sonia Mineli, S.Kep
Nim : 1814901647
Tempat Tanggal Lahir : Bangko, 10 September 1981
Alamat : Jl. H. M Kamil, RT : 001, RW : 001, Kel. Pasar Atas
Bangko, Kec. Bangko, Kab. Merangin, Propinsi Jambi
No. Hp : 0882081231
Program Studi : Profesi Ners
Agama : Islam
Pekerjaan : PNS
Riwayat Keluarga :
Ayah : Edison, Z
Ibu : Mis adewati
Suami : Andri Sucipto, SST
Anak : 1. M. Athar Pasha Adinata
2. M. Fathan Gading Adinata
3. M. Al Rasyid Adinata
Riwayat Pendidikan :
1. SDN 01/IV Merangin Tahun 1987 – 1993
2. SMPN 1 Merangin Tahun 1993 – 1996
3. SMAN 1 Merangin Tahun 1996 – 1999
4. S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Dharmas Indonesia Tahun
2015 – 2017
5. STIKes Perintis Padang Program Profesi Ners Tahun 2018 – 2019
Riwayat Pekerjaan :
1. RSUD Kol. Abundjani Bangko Tahun 2003 – 2018

KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya, dan Shalawat kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa umatnya ke zaman ilmu pengetahuan seperti sekarang, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul **Gambaran Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam Memberikan Pelayanan Keperawatan pada Pasien di Ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo Tahun 2019..** Selesainya penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini tidak lepas dari bantuan banyak pihak, untuk itu kami mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep selaku Ketua Program profesi Ners STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku Pembimbing Akademik Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang telah sabar memberi arahan, membimbing dengan sepenuh hati, memotivasi kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN).
4. Bapak / Ibu seluruh Dosen, Staf Pengajar dan Administrasi STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu yang bermanfaat dan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama menjalani pendidikan.
5. Ibu dr. Mardiah, Sp.P selaku Direktur RSUD H. Hanafie Bungo
6. Bapak Indra.SKM, MPH selaku Kabid Keperawatan RSUD H. Hanafie Bungo.
7. Ibu Ns. Cendrawasih, S.Kep selaku Pembimbing Klinik Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang telah memberikan pengarahan, bimbingan, motivasi serta memberikan dorongan penuh kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN).

8. Bapak Ns. Eka Wahono, S.Kep selaku pembimbing Klinik Manajemen yang telah memberi bimbingan dan motivasi kepada penulis.
9. Kepala Ruangan dan tenagaperawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo yang telah banyak membantu penulis dalam memperoleh data.
10. Teman – teman seperjuangan Program Profesi Ners Jalur Khusus Bungo yang telah membantu dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners(KIAN) ini.
11. Teristimewa untuk kedua orangtua tersayang, suami tercinta, anak – anak solehku, kakak dan adik – adikku, sahabat MG Squad yang selalu memberikan dukungan moril, materi, do'a dan semangat pada penulis selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners(KIAN) ini.

Semoga Allah SWT membalas semua amal kebaikan dan bantuannya. Akhirnya besar harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini berguna bagi semua dan menambah ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang ilmu keperawatan.

Bungo, Agustus 2019

Penulis

SONIA MINELI, S.Kep

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESAHAN

ABSTRAK

ABSTRAC

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iii

DAFTAR TABEL v

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang..... 1

1.2 Perumusan Masalah..... 4

1.3 Tujuan Penulisan 4

1.4 Manfaat Penulisan 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Manajemen Keperawatan 6

2.2 Kebersihan Tangan 11

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

3.1 Pengkajian 24

3.2 Hasil pengkajian 28

3.3 Analisa Data	39
3.4 Analisa SWOT.....	41
3.5 Perumusan masalah	43
3.6 POA	44
3.7 Implementasi	46
3.8 Evaluasi	48

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Analisis Masalah Keperawatan	49
4.2 Analisis Intervensi	50
4.3 Alternatif Pemecahan Masalah	51

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	53
5.2 Saran	54

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

1.	Tabel 3.1 Kapasitas Tempat Tidur.....	26
2.	Tabel 3.2 Tenaga Perawat.....	27
3.	Tabel 3.3 Responden berdasarkan Umur.....	28
4.	Tabel 3.4 Responden berdasarkan Jenis Kelamin.....	29
5.	Tabel 3.5 Responden berdasarkan tingkat pendidikan.....	30
6.	Tabel 3.6 Responden berdasarkan Status Kepegawaian.....	30
7.	Tabel 3.7 Responden berdasarkan Lama Bekerja.....	31
8.	Tabel 3.8 – 3.16 Hasil Kuisisioner.....	32
9.	Tabel 3.17 Hasil Observasi.....	37
10.	Tabel 3.18 Analisa Data	39
11.	Tabel 3.19 Analisa SWOT.....	41
12.	Tabel 3.20 Perumusan Masalah.....	43
13.	Tabel 3.21 POA	44

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Konsultasi Pembimbing 1
- Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Pembimbing 2
- Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Perbaikan KIAN
- Lampiran 4 : Jurnal
- Lampiran 5 : Lembar Checklist observasi
- Lampiran 6 : Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manajemen adalah suatu pendekatan yang proaktif dan dinamis di dalam sebuah kegiatan di organisasi, dalam manajemen mencakup POAC (Planning, Organizing, Actuating, Controlling) terhadap sarana, prasarana dan staf untuk mencapai tujuan dari sebuah organisasi (Nursalam, 2007). Terdapat 6 standar dalam manajemen pelayanan kesehatan antara lain adalah prevention and control of infection (pencegahan dan pengendalian infeksi) dengan tujuan mengurangi resiko penularan antara staf, pasien, pekerja kontrak, profesional kesehatan, mahasiswa dan pengunjung.

Manajemen keperawatan merupakan proses dalam bekerja suatu anggota staf dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional (Gilis, 2005). Pada proses keperawatan , bagian akhirnya berupa pembebasan dari eliminasi resiko , pencegahan komplikasi, argumentasi ketrampilan kesehatan dan pengetahuan. (Putra, SP, 2016).

Pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit serta fasilitas pelayanan kesehatan adalah upaya meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada petugas, pengunjung, pasien dan masyarakat sekitar Rumah Sakit. Penyakit infeksi yang didapat di Rumah Sakit dulu disebut sebagai infeksi nosokomial (Hospital Acquired Infection), sekarang diubah menjadi infeksi terkait layanan kesehatan atau Healthcare Associated Infection (HAIs) dengan pengertian yang lebih luas, yaitu kejadian infeksi tidak hanya berasal dari rumah Sakit serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Mencuci tangan adalah teknik dasar untuk mencegah dan mengendalikan infeksi, dengan mencuci tangan dapat menghilangkan sebagian mikroorganisme yang ada dikulit (Potter dan Perry, 2005). Gagalnya melakukan kebersihan tangan merupakan penyebab utama infeksi Rumah Sakit dan penyebaran mikroorganisme yang resisten difasilitas pelayanan kesehatan dan diakui sebagai penyebab timbulnya wabah (Boyce dan Pittt, 2002).

Karena itu pencegahan infeksi rumah sakit lebih harus dilakukan untuk upaya peningkatan kualitas layanan dan upaya patient Safety Rumah Sakit dan fasilitas lainnya dan dengan melakukan cuci tangan merupakan metode pencegahan dan pengendalian infeksi yang penting karena tangan merupakan wadah untuk penularan infeksi (schaffer, 2000).

Persentase infeksi diRumah Sakit dunia mencapai 9% (variasi 3-21%) atau lebih 1,4 juta pasien rawat inap di Rumah Sakit seluruh dunia mendapatkan infeksi nosokomial. Penelitian oleh WHO menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 Rumah Sakit dari 14 negara yang berasal dari eropa, Timur tengah, Asia Tenggara dan pasifik menunjukkan adanya infeksi rumah Sakit untuk Asia tenggara sebanyak 10,0% (WHO, 2002).

Di Indonesia , angka infeksi Rumah Sakit pada pasien rawat inap dibangsal bedah adalah pada rentang 5,8%-6% dan angka infeksi nosokomial pada luka bedah adalah 2,3%-18,3% (Hermawan, 2007).

Di Ruang Penyakit Dalam, angka kejadian infeksi rumah sakit untuk kasus Plebitis dari bulan Agust – April 2019 adalah 4,8%₀.

Dari hasil penelitian Delima, M dkk tentang “ Penerapan cuci tangan five

moment dengan angka infeksi nosokomial tahun 2018 “ didapatkan ada hubungan penerapan cuci tangan five moment dengan kejadian angka infeksi nosokomial dan ada hubungan yang antara 6 langkah cuci tangan dengan angka infeksi Rumah Sakit di ruang rawat inap RSUD Achmad Mochtar Bukit Tinggi tahun 2018.

Dan berdasarkan hasil kuisisioner dan hasil observasi tanggal 10-12 Mei 2019, bahwa penerapan pelayanan manajemen keperawatan di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019 khususnya di ruang interne dalam penerapan cuci tangan belum berjalan dengan baik berdasarkan prinsip 5 moment cuci tangan dalam pelayanan keperawatan, yaitu pada momen sebelum kontak dengan pasien hanya 13,6%, moment sebelum tindakan aseptik 13,6%, setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien 6,6%. Sedangkan untuk moment setelah menyentuh pasien 92,4%, dan setelah menyentuh cairan tubuh pasien 100%.

Dari uraian diatas penulis tertarik untuk meneliti tentang pelaksanaan Hand Hygiene di ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo sesuai teori yang telah ada dan sesuai dengan misi Rumah Sakit yaitu menyelenggarakan pelayanan keperawatan yang paripurna, bermutu dan profesional, sehingga judul yang peneliti angkat adalah Gambaran Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam Memberikan Pelayanan Keperawatan pada Pasien di ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo Tahun 2019.

1.2 Perumusan Masalah

Bagaimana pelaksanaan Hand Hygiene perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien di ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo Tahun 2019.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum:

Mampu mengelola layanan keperawatan dengan penerapan pelaksanaan Hand Hygiene berdasarkan lima moment cuci tangan di ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo Tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus:

- a. Mampu menjelaskan konsep teori pengelolaan pelayanan asuhan keperawatan dalam pelaksanaan Hand hygiene di ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo.
- b. Mampu mengkaji pelaksanaan hand hygiene di ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo.
- c. Mampu merumuskan masalah pelaksanaan Hand hygiene di ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo.
- d. Mampu menyusun intervensi pelaksanaan Hand hygiene diruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo.
- e. Mampu mengimplementasikan dalam pelaksanaan Hand hygiene diruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo
- f. Mampu mengevaluasi Pelaksanaan Hand hygiene diruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo.
- g. Mampu mendokumentasikan laporan pengelolaan Asuhan

Keperawatan dalam pelaksanaan Hand hygiene diruang penyakit kedalam RSUD H. Hanafie Bungo.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat bagi Rumah Sakit

Sebagai pertimbangan bagi Rumah Sakit dalam meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien dan sebagai evaluasi pelaksanaan program pencegahan infeksi di setiap ruangan khususnya di ruang penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah H. Hanafie Bungo

1.4.2 Manfaat bagi Penulis

Penulis dapat menerapkan berbagai disiplin ilmu yang diperoleh di bangku kuliah terutama dalam bidang manajemen keperawatan, dan riset keperawatan dan untuk proses bagi penelitian selanjutnya

1.4.3 Manfaat bagi Ilmu Keperawatan

Memperkuat dasar-dasar keilmuan keperawatn yang akan menjadi landasan dalam kegiatan pelayanan keperawatan

1.4.4 Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dan gambaran tentang pelaksanaan hand hygiene Di RSUD H. Hanafie Bungo.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Manajemen Keperawatan

2.1.1 Pengertian

Manajemen adalah pendekatan yang proaktif dan dinamis dalam menjalankan suatu kegiatan diorganisasi. Menurut P. Siagian (2012) manajemen itu sendiri berfungsi untuk mengelola kegiatan yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan dalam batas-batas yang telah ditentukan. Sedangkan Lian g. Lie (2013) mengatakan jika manajemen merupakan suatu ilmu dan seni perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrol dari benda dan manusia untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

Manajemen keperawatan merupakan proses bekerja anggota staf keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional (Gilis, 2005), dan manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan yang aman untuk pasien, masyarakat dan keluarga (Nursalam, 2014). Bagian akhir dari proses manajemen dalam keperawatan adalah perawatan yang efektif dan ekonomis bagi sekelompok pasien melalui tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1.2 Fungsi-fungsi Manajemen

Secara ringkas fungsi manajemen adalah :

- a. Perencanaan (Planning), perencanaan merupakan :
 1. Gambaran yang akan dicapai

2. Persiapan pencapaian tujuan
 3. Rumusan masalah untuk dicapai
 4. Persiapan tindakan-tindakan
 5. Rumusan tujuan
 6. Tiap-tiap organisasi perlu perencanaan
- b. Pengorganisasian (Organizing), merupakan peraturan setelah rencana, mengatur dan menentukan apa tugas pekerjaannya, macam, jenis, unit kerja, alat-alat, keuangan dan fasilitas.
- c. Penggerak (Actuating), menggerakkan orang-orang agar mau/suka bekerja. Menciptakan suasana bekerja dengan kesadaran sendiri, bukan hanya karena perintah.
- d. Pengendalian/Pengawasan (Controlling), merupakan fungsi pengawasan agar tujuan dapat tercapai sesuai dengan rencana, apakah orang-orangnya, cara dan waktunya tepat. Pengendalian juga berfungsi agar kesalahan dapat segera diperbaiki.
- e. Pengendalian (Evaluasi), merupakan proses perbandingan dan pengukuran hasil-hasil pekerjaan yang akan dicapai. Hakekat penilaian merupakan fase tertentu sebelum kegiatan dan setelah selesai kegiatan sebagai korektif dan pengobatan ditunjukkan pada fungsi organik administrasi manajemen.

2.1.3 Proses Manajemen Keperawatan

Proses dari manajemen keperawatan ini sesuai dengan pendekatan terbuka dimana tiap komponen saling berhubungan dan berinteraksi serta

dipengaruhi lingkungan. Sebuah sistem terdiri dari lima elemen yaitu input, proses, output, kontrol dan mekanisme umpan balik. Input dari proses manajemen antara lain informasi, personel, peralatan, dan fasilitas. Proses manajemen dalam keperawatan merupakan susunan suatu kelompok dari tingkat manajerial keperawatan tertinggi sampai kepada keperawat pelaksana yang bertugas dan melakukan pengawasan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan.

Output adalah asuhan keperawatan, pengembangan staf dan riset. Kontrol yang digunakan dalam proses manajemen keperawatan termasuk budged dari bagian keperawatan, evaluasi penampilan kerja perawat, prosedur yang standar dan akreditasi. Prosedur timbal balik berupa laporan keuangan, audit keperawatan, survey kendali mutu dan penampilan kerja perawat.

2.1.4 Prinsip Dasar Manajemen Keperawatan

Prinsip dasar manajemen keperawatan yaitu :

- a. Manajemen keperawatan semestinya berdasarkan perencanaan karena melalui perencanaan, pemimpin dapat menurunkan resiko dalam pengambilan keputusan, dan solusi yang terencana dan efektif.
- b. Manajemen keperawatan menggunakan waktu yang efisien. Manajer yang bisa mengefisienkan waktu akan menyusun rencana yang terstruktur dengan baik dan dapat melakukan kegiatan tepat waktu.
- c. Manajemen keperawatan terlibat dalam pengambilan keputusan. segala situasi atau masalah yang terjadi dalam kegiatan keperawatan membutuhkan pengambilan keputusan di tiap tingkat manajerial.

- d. Kepuasan pasien merupakan poin utama dari seluruh tujuan keperawatan, dan dalam pemenuhan kebutuhan asuhan kepada pasien merupakan perhatian manajer perawat dengan mempertimbangkan keinginan pasien.
- e. Pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan sehingga Manajemen keperawatan harus terorganisir.
- f. Manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, koordinasi, supervisi dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah tersruktur merupakan bagian dari Pengarahan elemen kegiatan
- g. Komunikasi efektif dapat mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan, arah, dan pengertian di antara pegawai. Ini merupakan Divisi keperawatan dengan memakai komunikasi efektif.
- h. Pengembangan staf penting dilakukan untuk persiapan perawat pelaksana menempati posisi lebih tinggi dan sebagai usaha manajer untuk meningkatkan sumber pengetahuan karyawan.
- i. Pengendalian dalam keperawatan mencakup penilaian tentang pelaksanaan rencana yang sudah disusun, pemberian perintah dan menetapkan prinsip-prinsip standar, membandingkan penampilan dengan standar dan memperbaiki semua kekurangan.
prinsip-prinsip di atas, maka para manajer dan administrator bekerjasama dalam perencanaan dan pengorganisasian serta fungsi-fungsi manajemen lainnya agar tujuan yang ditetapkan sebelumnya bisa tercapai.

2.1.5 Lingkup Manajemen Keperawatan

Pelayanan kesehatan adalah hak yang paling mendasar untuk tiap orang yang memberikan pelayanan kesehatan dan memperbaiki sistem yang ada. Pelayanan kesehatan yang bagus tergambar dengan pelayanan keperawatan yang ada didalamnya.

2.1.5.1 Kegiatan perawat pelaksana meliputi:

- a. Memutuskan proses keperawatan
- b. Melakukan intervensi keperawatan sesuai diagnosa
- c. Menerima kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat
- d. Menerima evaluasi hasilkeperawatan
- e. Mengendalikan lingkungan praktek keperawatan

Semua kegiatan ini dipimpin oleh manajer keperawatan melalui partisipasi dalam proses manajemen keperawatan dengan melibatkan perawat pelaksana.

2.1.5.2 Lingkup Manejer Keperawatan terdiri dari :

1) Manajer Operasional

Bidang Keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan mengelola tiga tingkatan manajerial, yakni :

- a) Manajemen puncak
- b) Manajemen menengah
- c) Manajemen bawah

2) Manajemen Asuhan Keperawatan

Adalah sebuah alur keperawatan yang memakai konsep-konsep manajemen antara lain perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian atau evaluasi.

2.2 Kebersihan Tangan

CDC merekomendasikan 11 (sebelas) faktor yang harus dilakukan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar pada tahun 2007, yaitu kebersihan tangan, alat pelindung diri, praktik menyuntik yang aman, praktik lumbalungsi yang aman, dekontaminasi, perawatan peralatan pasien, kesehatan lingkungan, hygiene respirasi/etika batuk dan bersin, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas dan penempatan pasien.

Kebersihan Tangan dilakukan dengan melakukan cuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun antiseptik bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh dengan menggunakan alkohol (alcohol based handrub).

Mencuci tangan merupakan tehnik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan infeksi (Potter & Perry, 2005). Sedangkan menurut Boyce dan Pittet (2002) bahwa “kegagalan dalam melakukan kebersihan tangan yang benar, dianggap sebagai pemicu infeksi Rumah Sakit (HAIs) dan penyebaran mikroorganisme yang multiresisten difasilitas pelayanan kesehatan dan telah diakui sebagai kontributor yang penting terhadap timbulnya wabah”. Meski dengan memelihara kebersihan tangan terbukti dapat mengurangi penyebaran kuman patogen diberbagai fasilitas kesehatan, masih banyak perawat dan petugas kesehatan lain yang tidak melakukan prosedur cuci tangan dalam bekerja.

2.2.1 Konsep Hand Hygiene

2.2.1.1 Definisi

Mencuci tangan merupakan proses tehnik menghempaskan kotoran dari kulit tangan dengan memakai air dan sabun antiseptik.

Hygiene adalah sebuah usaha untuk memelihara / meningkatkan kebersihan dan kesehatan yaitu dengan melakukan pemeliharaan diri terhadap seluruh individu juga faktor lingkungan agar setiap individu itu tidak terjangkit penyakit (Depkes RI, 1994).

Hand hygiene adalah suatu upaya atau tindakan, membersihkan tangan baik dengan memakai sabun antiseptik dan air mengalir atau dengan menggunakan handrub berbasis alkohol yang bertujuan mengurangi atau mencegah berkembangnya mikroorganisme ditangan (WHO,2009)

2.2.1.2 Hal-hal yang perlu diingat saat membersihkan tangan (KMKRI No. 382 tahun 2007)

- a. Bila tampak kotor atau terkontaminasi oleh bahan yang mengandung protein, tangan harus dicuci dengan sabun dan air mengalir.
- b. Bila tangan tidak tampak kotor pakai antiseptik berbahan alkohol untuk dekontaminasi tangan rutin.
- c. Upayakan sebelum melakukan kegiatan tangan kering terlebih dahulu.

2.2.1.3 Indikasi kebersihan tangan

Dalam melakukan asuhan keperawatan tindakan cuci tangan sangat diperlukam, dan kebutuhan akan cuci tangan tergantung jenis, langkah dan waktu/durasi(Potter & perry, 1993).

Indikasi cuci tangan menurut PMK 27 tahun 2017 adalah sebagai berikut :

- a. Sebelum menyentuh pasien
- b. Sebelum tindakan aseptik
- c. Setelah menyentuh darah dan cairan tubuh
- d. Setelah menyentuh pasien
- e. Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien

2.2.1.4 Persiapan Membersihkan Tangan

Bahan dan alat yang dibutuhkan dalam melakukan cuci tangan (Depkes RI, 2006) adalah:

a. Air bersih

Menggunakan air yang mengalir lebih baik dari pada menggunakan air tidak mengalir karena mikroorganisme dapat tumbuh dan berkembang biak pada larutan ini. apabila air mengalir tidak tersedia sebaiknya gunakan tempat penampungan dengan kran atau menggunakan ember dan gayung. Cuci tangan menggunakan air dalam baskom meskipun memakai tambahan antiseptik sebaiknya tidak dilakukan

b. Sabun

Sabun dan detergen digunakan sebagai bahan pembersih yang bersifat nonantimikroba (Taylor et al., 1997). Sabun biasa dalam kemasan cair, batangan, lembaran atau bubuk bisa menghilangkan mikroorganisme yang menempel sementara pada tangan. Sementara sabun biasa yang dipakai secara berulang harus memenuhi standar

husus yaitu : dapat membuang kotoran, nyaman dipakai, tidak merusak kesehatan kulit dan baunya tidak menyegat.

c. **Sabun antiseptik / antimikroba**

Didalam Sabun anti mikroba terkandung zat kimia yang dapat mematikan mikroorganisme residen. Memberikan aktivitas kimiawi yang persisten, yang berarti zat-zat kimia tersebut tetap tinggal di kulit untuk tetap membunuh mikroorganisme (Schaffer, 2000). Menurut Larson (1989) pemakaian sabun antimikroba saat bekerja pada ruangan khusus, instalasi gawat darurat, dan ruangan untuk pasien immunosupresi, dan ketika bersentuhan dengan darah atau cairan tubuh.

Departemen Kesehatan RI (2006) merekomendasikan beberapa macam sabun antimikroba/ agen antiseptik untuk mencuci tangan antara lain:

1. Alkohol 60 - 90 %
2. Chlorhexidine glukonat 2-4 % (hibiclens, hibiscrub, hibitane)
3. Chlorhexidine glukonat dan cetrimide (savlon).
4. Yodium 3 %, yodium dan produk alkohol berisi yodium atau tincture (yodium tinktur).
5. Iodofor 7,5 – 10 % berbagai konsentrasi (betadine atau wescodyne)
6. Klorsilenol 0,5 – 4% (parakloro metaksilenol atau PCMX) berbagai konsentrasi (Detol).
7. Triklosan 0,2- 2%.

d. Stik pembersih kuku

Jika kuku terpelihara dengan baik, cara membersihkan kuku dengan alat ini tidak perlu dilakukan lagi.

e. Handuk atau tissue

Lap/handuk dipakai untuk mengeringkan tangan, jika tidak tersedia mesin pengering udara. Jika tersedia handuk kertas/tissue, tangan dikeringkan dengan handuk yang bersih atau dibiarkan kering oleh udara. Pemakaian lap/handuk bersama-sama tidak baik dilakukan karena cepat terkontaminasi. Lap/handuk kecil/sapu tangan pribadi yang dicuci setiap hari bisa menjadi alternatif untuk menghindari penggunaan handuk kotor secara bersama-sama.

2.2.1.5 Prosedur Standar Membersihkan Tangan

a. Mencuci tangan

Potter & Perry (1993) membagi prosedur cuci tangan menjadi 2 prosedur cuci tangan bersih dan prinsip steril. Cuci tangan prinsip bersih dan prinsip steril. Cuci tangan bersih yaitu cuci tangan yang selalu dilakukan yang diperlukan sepanjang waktu dan keadaan. Cuci tangan steril dilakukan oleh tenaga kesehatan sebelum melakukan operasi/ tindakan pembedahan untuk menghilangkan dan menurunkan perkembangan mikroorganisme serta menghindari kontaminasi mikroba saat dilakukan operasi.

1) Untuk cuci tangan bersih dilakukan dengan :

- a) Teknik membersihkan tangan dengan sabun air mengalir (handwash)**

Mencuci tangan dengan sabun antiseptik dan air mengalir adalah teknik hand hygiene yang paling ideal. Dengan mencuci tangan, kotoran tak terlihat dan bakteri patogen yang terdapat pada area tangan dapat dikurangi secara maksimal.. Pelaksanaan hand hygiene dengan mencuci tangan efektif membutuhkan waktu sekitar 40-60 detik dengan langkah sebagai berikut :

- (1) Basahi tangan dengan air mengalir yang bersih
- (2) Tuangkan 3 -5 cc sabun cair untuk menyabuni seluruh permukaan tangan.
- (3) Ratakan dengan kedua telapak tangan
- (4) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- (5) Gosok sela-sela jari.
- (6) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
- (7) Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- (8) Gosok dengan memutar ujung jari-jari ditelapak tangan kiri dan sebaliknya.
- (9) Bilas dengan air mengalir dengan tehnik 6 langkah cuci tangan
- (10) Keringkan tangan dengan handuk sekali pakai atau tissue towel sampai benar-benar kering
- (11) Tutup kran dengan tisu bekas atau dengan siku



Diadaptasi dari WHO guidelines on hand Hygiene in health care, 2009

b) Teknik membersihkan tangan dengan handrub antiseptik (handrub berbasis alkohol)

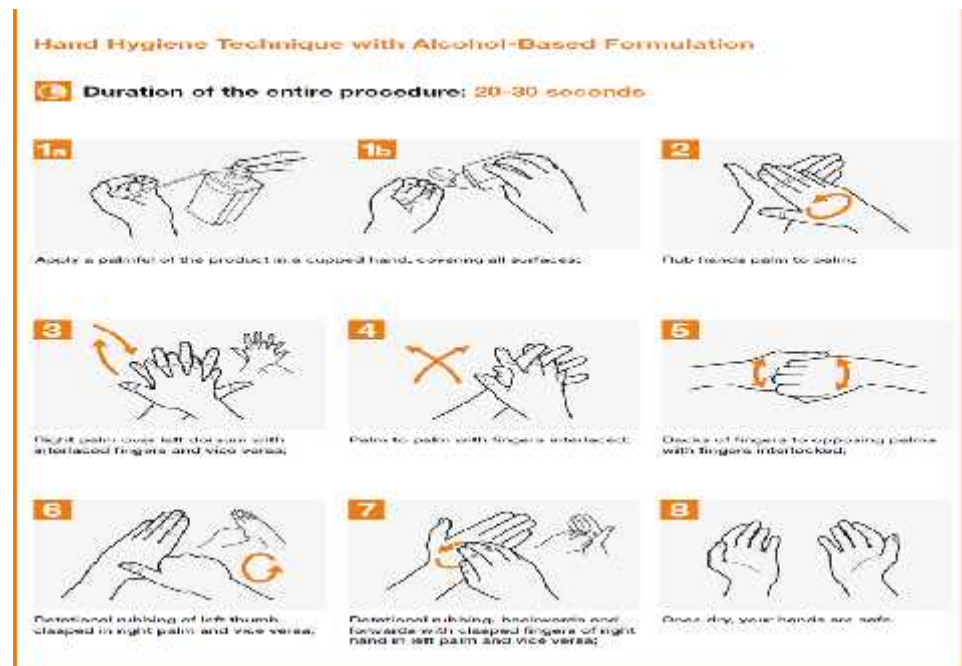
Penggunaan handrub antiseptik untuk tangan yang bersih lebih efektif membunuh flora residen dan flora transien daripada mencuci tangan dengan sabun antiseptik atau dengan sabun biasa dan air. Antiseptik ini cepat dan mudah digunakan serta menghasilkan penurunan jumlah flora tangan awal yang lebih besar (Girou et al.2002)

Teknik mencuci tangan dengan menggunakan handrub , waktu yang digunakan untuk mencuci tangan dengan handrub 20-30 detik dengan langkah :

- (1) Ambil cairan handrub secukupnya 3-5 cc (1x tekan)
- (2) Ratakan dengan kedua telapak tangan

- (3) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- (4) Gosok sela-sela jari.
- (5) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
- (6) Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- (7) Gosok dengan memutar ujung jari-jari ditelapak tangan kiri dan sebaliknya.

Cara mencuci tangan dengan handrub



Diadaptasi dari WHO guidelines on hand Hygiene in health care, 2009

c. 5 moment cuci tangan

WHO mensyaratkan 5 moment hand hygiene (lima waktu mencuci tangan) yang merupakan petunjuk kapan waktu petugas harus melakukan cuci tangan yaitu :



1.	Sebelum kontak dengan pasien	Bersihkan tangan sebelum menyentuh pasien
		Untuk melindungi pasien dari pathogen yang ada pada tangan petugas
2.	Sebelum melakukan tindakan aseptik	Bersihkan tangan segera sebelum melakukan tindakan
		Untuk melindungi pasien dari bakteri pathogen termasuk yang berasal dari permukaan tubuh pasien sendiri, memasuki bagian dalam tubuh
3.	Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien	Bersihkan tangan setelah kontak atau resiko kontak dengan cairan tubuh pasien (setelah melepas sarung tangan)

		Untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri pathogen yang berasal dari pasien
4	Setelah kontak dengan pasien	Bersihkan tangan setelah menyentuh pasien sesaat meninggalkan pasien
		Untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri pathogen yang berasal dari pasien

2.2.1.6 Resiko Tidak Melakukan Cuci Tangan

Berbagai prosedur penanganan pasien memungkinkan perawat terpajan dengan kuman yang berasal dari pasien. Infeksi dapat terjadi antar pasien, dari pasien ke petugas, dari petugas ke petugas, dari petugas ke pasien dan antar petugas, melalui kontak langsung ataupun melalui peralatan atau bahan yang sudah terkontaminasi dengan darah ataupun cairan tubuh lainnya (sedemen et al., 2002)

Walaupun dengan tidak mencuci tangan secara tidak langsung dapat menyebabkan seseorang terkena penyakit atau terinfeksi, namun kegagalan untuk melakukan kebersihan dan kesehatan tangan yang tepat dianggap sebagai penyebab utama infeksi Rumah Sakit yang menular di perawatan kesehatan dan penyebaran mikroorganisme multiresisten dan

telah diakui sebagai kontributor yang penting terhadap timbulnya wabah (CDC, 2002). Tangan merupakan salah satu jalur penularan berbagai penyakit menular seperti diare, ISPA, Kecacangan, hepatitis A dan masih banyak lagi penyakit- penyakit infeksi lainnya yang berpotensi membawa kepada arah kematian.

Transmisi bakteri dari satu pasien ke pasien lain melalui tangan petugas kesehatan dapat dijelaskan sebagai berikut (Boyce et al.,2002):

- a. Organisme patogen berada pada kulit pasien atau terdapat pada peralatan yang berada disekitar pasien, organisme dapat di transfer ke tangan petugas kesehatan.
- b. Organisme patogen mampu bertahan hidup pada tangan petugas kesehatan selama beberapa menit.
- c. Cuci tangan dilakukan oleh petugas kesehatan yang tidak adekuat dalam menghilangkan organisme patogen.
- d. Langsung dengan pasien lain atau dengan objek mati (misal : peralatan medik, baju, selimut) yang akan berkontak langsung dengan pasien.

Transmisi patogenesis bakteri tidak hanya mengenai infeksi pada luka basah, tetapi dapat juga terjadi melalui kulit pasien yang utuh. Area yang penuh dengan koloni bakteri terdapat pada daerah inguinal, ketiak dan ekstermitas atas (tangan). Organisme yang sering di temukan pada tempat tersebut seperti klebsiela spp, acinetobacter dengan variasi antara 10²- 10⁶/ cm² (Boyce et 2002).

2.2.1.7 Upaya Meningkatkan Kebersihan Tangan

Menjaga kebersihan tangan dengan baik dapat mencegah penularan mikroorganisme dan menurunkan frekuensi infeksi nosokomial (Boyce 1999; Larson 1995). Masalah yang selalu timbul adalah bagaimana membuat petugas kesehatan patuh pada praktek mencuci tangan yang telah direkomendasikan. Meskipun sulit namun ada beberapa cara yang dapat meningkatkan keberhasilan seperti :

- a. Menyebar luaskan panduan terbaru mengenai praktek menjaga kebersihan tangan dimana tercantum bukti mengenai efektifitasnya dalam mencegah penyakit dan perlunya petugas kesehatan untuk mengikuti panduan tersebut.
- b. Melibatkan pimpinan / pengelola rumah sakit dalam diseminasi dan penerapan pedoman kebersihan tangan.
- c. Menggunakan teknik pendidikan yang efektif, termasuk *role model* (khususnya supervisor), mentoring, monitoring, dan umpan balik positif.
- d. Menggunakan pendekatan kinerja yang ditargetkan ke semua petugas kesehatan, bukan hanya dokter dan perawat, untuk meningkatkan kepatuhan.
- e. Mempertimbangkan kenyamanan petugas dan pilihan yang efektif untuk menjaga kebersihan tangan sehingga membuat petugas lebih mudah mematuhi.

2.2.1.8 Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan Dalam Menjaga Kebersihan Tangan

a. Jari Tangan

Penelitian membuktikan bahwa daerah di bawah kuku (ruang subungual) mengandung jumlah mikroba tertinggi (McGinley, Larson dan Leydon 1988). Beberapa penelitian baru-baru ini telah memperlihatkan kuku yang panjang dapat berperan sebagai reservoir untuk bakteri Gram negatif (*P. aeruginosa*), jamur dan patogen lain (Hedderwick et al. 2000). Kuku panjang, baik yang alami maupun buatan, lebih mudah melubangi sarung tangan (Olsen et al. 1993). Oleh karena itu, kuku harus dijaga tetap pendek, tidak lebih dari 3 mm melebihi ujung jari.

b. Kuku Buatan

Kuku buatan (pembungkus kuku, ujung kuku, pemanjang akrilik) yang dipakai oleh petugas kesehatan dapat berperan dalam infeksi nosokomial (Hedderwick et al. 2000).

Selain itu, telah terbukti bahwa kuku buatan dapat berperan sebagai reservoir untuk bakteri Gram negatif, pemakaiannya oleh petugas kesehatan harus dilarang.

c. Cat Kuku

Penggunaan cat kuku saat bertugas tidak diperkenankan.

d. Perhiasan

Penggunaan perhiasan saat bertugas tidak diperkenankan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Pengkajian Sejarah / Situasi Rumah Sakit

RSUD H. Hanafie Muara Bungo terletak di jalan pasir putih jl. Teuku Umar No. 88, Pasir Putih, Muara Bungo, Kabupaten Bungo, Provinsi Jambi, Indonesia. Secara administratif RSUD H. Hanafie Muara Bungo memiliki cakupan wilayah kerja terdiri dari seluruh Kabupaten Bungo.

Luas wilayah kerja Puskesmas yaitu 8,5 Ha dengan batas wilayah administratif yaitu :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Dharmasraya, Provinsi Sumatra Barat.
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Merangin, Provinsi Jambi.
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Kerinci, Provinsi Jambi.
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Tebo, Provinsi Jambi.

3.1.2 Visi dan Misi dan Motto Rumah Sakit

a. Visi

Menjadikan Rumah Sakit Unggulan Dalam Pelayanan Kesehatan, Berkelanjutan dan Layanan Rujukan Untuk Kepuasan Masyarakat Pelanggan.

b. Misi

1. Memberikan pelayanan yang bersifat paripurna bermutu dan terjangkau masyarakat.

2. Menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan secara harmonis, terpadu dan berkesinambungan melalui peningkatan kesehatan dan pencegahan serta upaya rujukan.
3. Melaksanakan peningkatan kompetensi kepada seluruh karyawan melalui pendidikan dan pelatihan di bidang masing-masing melalui skala prioritas untuk menghasilkan SDM yang berkualitas dan handal.
4. Ikut mengembangkan penelitian di bidang kesehatan dan IPTEK kesehatan secara nasional.
5. Meningkatkan kesejahteraan karyawan.
6. Meningkatkan segala upaya untuk menunjang kemandirian rumah sakit.
7. Memperkuat sistem monitoring, terpadu dan pengawasan seluruh kegiatan atau aktivitas atau aktiitas di Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie secara berkala.

c. Motto

Menjadi Rumah Sakit Unggulan dalam Pelayanan Kesehatan Berkelanjutan Untuk Semua Lapisan Masyarakat Pelanggan

3.1.3 Kajian Situasi Diruangan Rawat Interne Di RSUD H. Hanafie Muara Bungo.

Ruangan Rawat Interne adalah salah satu ruangan rawat inap yang ada ruangan rawat inap untuk pasien dengan kasus penyakit dalam yang terdiri dari 8 ruang rawatan. Ruang rawat inap Interne terdapat ruang kelas II : 13 tempat tidur dan kelas III : 22 tempat tidur dengan rincian sebagai berikut:

Latulip I : 4 bed, Latulip II : 4 bed, Latulip III : 4 bed, Lavender I : 5 bed, Lavender II : 5 bed, Lavender III : 6 bed, Lavender IV : 6 bed, Isolasi : 1 bed, dengan kapasitas 35 tempat tidur.

3.1.3.1 Ruang Rawatan

a. Kapasitas Unit Ruangan

RSUD H. Hanafie Bungo mempunyai beberapa ruangan rawat inap salah satunya adalah ruang rawat inap Penyakit Dalam yng terdapat 15 ruangan : 5 ruangan kelas 2, 2 ruangan kelas 3, 2 ruang isolasi, 1 kamar perawat, 1 kamar dokter , 1 ruangan nurse station, 1 ruangan kepala ruangan, 1 ruangan linen, 1 ruangan obat, 1 ruangan tindakan.

Tabel 3.1

Jumlah Kapasitas tempat tidur yang ada diruang Rawat Inap Penyakit Dalam
RSUD H. Hanafie Bungo

Ruangan	Jumlah Tempat Tidur
Kelas II laki-laki 1 / 2	4/4
Kelas II Wanita	4
Kelas III laki-laki 1 / 2	5/6
Kelas III Wanita 1 / 2	5/6
Isolasi 1 / 2	1

b. Analisa Situasi

1. Sumber Daya Manusia

Tabel 3.2
Tenaga Perawat diruangan rawat Inap Penyakit Dalam
RSUD H. Hanafie Bungo

No	Nama	Jenis Kelamin	Pendidikan
1	Ns. Amelia, S.Kep	P	S1 + Ners
2	Heri Apridayanti, S.Kep	P	D3
3	Verawati	P	D3
4	Siska Sepriyanti, Am.Kep	P	D3
5	Solatiah, Am.Kep	P	D3
6	Nurhayati, Am.Kep	P	D3
7	Melda Eka F, Am.Kep	P	D3
8	Warini, Am.Kep	P	D3
9	Fadli, Am.Kep	L	D3
10	Ns. Intan Suci, S.Kep	P	S1+Ners
11	Robi Rian Tami, Am.Kep	L	D3
12	Ns. Dewi Aspa, S.Kep	P	S1+Ners
13	Darputri, Am.Kep	P	D3
14	Asma Rita, Am.Kep	P	D3
15	Mimi Tri, Am.Kep	P	D3
16	Rossy Walnayeti, Am.Kep	P	D3
17	Nilla Nofrita, Am.Kep	P	D3
18	Handri Asrul, S.Kep	L	D3

3.1.4 Pengkajian Berdasarkan Kuesioner, Observasi dan Wawancara

a. Pengkajian berdasarkan kuisisioner

Pada tanggal 10 Mei sampai dengan 12 Mei Tahun 2019 telah dilakukan survey awal dan pengumpulan data melalui kuisisioner mengenai masalah yang ada di ruang rawat inap penyakit dalam yang berhubungan dengan hand hygiene.

b. Pengkajian berdasarkan Observasi

Observasi dalam pelaksanaan hand hygiene perawat di ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie, dilakukan pada tanggal 10 - 12 Mei 2019 dengan menggunakan check list pada perawat dinas pagi dan sore. Observasi yang dilakukan tanpa diketahui oleh perawat ruang penyakit dalam.

c. Pengkajian berdasarkan wawancara

Wawancara dengan kepala ruangan penyakit dalam dilakukan pada tanggal 12 Mei 2019

3.2 Hasil Pengkajian

3.2.1 Karakteristik responden

a. Umur

Tabel 3.3

Distribusi Responden Tenaga Keperawatan di Ruang Penyakit dalam Berdasarkan Umur

No	Umur (Thn)	Jml Perawat	Persentase
1	21-30	8	44,4
2	31-40	10	55,6

3	41-50	0	0
4	51-60	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.3 di atas dapat disimpulkan bahwa umur di ruang rawat inap penyakit dalam berjumlah 18 orang, dengan umur 21-30 tahun sebanyak 44,4%, umur 31-40 tahun sebanyak 55,6%. Jadi, mayoritas di ruang rawat inap penyakit dalam rata-rata berusia 31-40 tahun.

b. Jenis Kelamin

Table 3.4

Distribusi frekuensi Tenaga Keperawatan di ruang Penyakit Dalam Berdasarkan Jenis kelamin.

No	Jenis Kelamin	Jml Perawat	Persentase
1	Laki-laki	3	16,7
	Perempuan	15	83,3
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.4 di atas dapat disimpulkan bahwa jumlah perempuan 15 orang (83,3%) dan jumlah laki-laki 3 orang (16,7%). Jadi, mayoritas di ruang rawat inap penyakit dalam adalah perempuan.

c. Pendidikan

Tabel 3.5

Distribusi frekuensi Tenaga Keperawatan di Ruang penyakit dalam
Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No	Pendidikan	Jml Perawat	Persentase
1.	DIII	14	77,7
2.	SI Keperawatan	1	5,5
3.	Ners	3	16,6
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.5 di atas dapat disimpulkan bahwa pendidikan di ruang rawat inap penyakit dalam mayoritas DIII dengan jumlah 14 orang (77,7%), SI Keperawatan jumlah 1 orang (5,5%), S1 Ners jumlah 3 orang (16,6%).

d. Status Kepegawaian

Tabel 3.6

Distribusi frekuensi Tenaga Keperawatan di Ruang penyakit dalam
Berdasarkan Status Kepegawaian

No	Golongan	Jml Perawat	Persentase
1.	PNS	3	16,7
2.	Honor	15	83,3
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.6 di atas dapat disimpulkan bahwa jumlah PNS 3 orang atau 16,7%, Honorar 15 orang atau 83,3%. Jadi, dapat

disimpulkan bahwa mayoritas di ruang rawat inap penyakit dalam adalah Honorer.

- e. Lama Bekerja Di ruang Penyakit dalam

Tabel 3.7

Distribusi frekuensi Tenaga Keperawatan di Ruang penyakit dalam
Berdasarkan Lama Bekerja

No	Lama Dinas Di ruang VIP	Jml Perawat	Persentase
1	< 5 thn	6	33.3
2	> 5 thn	12	66.7
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 5 di atas dapat disimpulkan bahwa seluruh di Ruang Penyakit Dalam lama masa kerja < 5 tahun sebanyak 6 orang (33,3%), masa kerja lebih > 5 tahun sebanyak 12 orang (66,7%). Jadi, dapat disimpulkan bahwa mayoritas di ruang rawat inap penyakit dalam adalah masa kerja > 5 tahun

3.2.2 Lembar Kuisioner

- a. Prosedur cuci tangan sebelum kontak dengan pasien

Tabel 3.8

Distribusi frekuensi mencuci tangan sebelum kontak dengan
pasien.

No.	Kriteria Jawaban	Frekuensi	Percent
1.	Selalu	16	88,9

2.	Sering	2	33,3
3.	Kadang-Kadang	0	0
4.	Tidak Pernah	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.8 diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden yaitu dari 18 responden sebanyak 16 perawat (88,9%) selalu saya mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien

b. Prosedur cuci tangan sebelum tindakan aseptik

Tabel 3.9

Distribusi frekuensi perawat mencuci tangan sebelum tindakan aseptik.

No.	Kriteria Jawaban	Frekuensi	Percent
1.	Selalu	16	88,9
2.	Sering	2	33,3
3.	Kadang-Kadang	0	0
4.	Tidak Pernah	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.9 diatas dapat disimpulkan bahwa, 16 perawat (88,9%) selalu saya mencuci tangan sebelum tindakan aseptik serta 2 perawat (33,3%) sering saya mencuci tangan sebelum tindakan aseptik.

c. Prosedur Cuci tangan setelah terkena cairan tubuh

Tabel 3.10

Distribusi frekuensi perawat mencuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien.

No.	Kriteria Jawaban	Frekuensi	Percent
1.	Selalu	18	100
2.	Sering	0	0
3.	Kadang-Kadang	0	0
4.	Tidak Pernah	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.19 diatas dapat disimpulkan bahwa, 18 perawat (100,0%) selalu saya mencuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien.

- d. Prosedur cuci tangan setelah kontak dengan pasien

Tabel 3.11

Distribusi frekuensi perawat mencuci tangan setelah kontak dengan pasien.

No.	Kriteria Jawaban	Frekuensi	Percent
1.	Selalu	17	94,4
2.	Sering	1	5,6
3.	Kadang-Kadang	0	0
4.	Tidak Pernah	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.11 diatas dapat disimpulkan bahwa, 17 perawat (94,4%) selalu saya mencuci tangan setelah kontak dengan pasien serta 1 perawat (5,6%) sering saya mencuci tangan setelah kontak dengan pasien.

- e. Prosedur cuci tangan setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Tabel 3.12

Distribusi frekuensi perawat mencuci tangan setelah kontak dengan lingkungan di sekitar pasien.

No.	Kriteria Jawaban	Frekuensi	Percent
1.	Selalu	15	83,3
2.	Sering	3	16,7
3.	Kadang-Kadang	0	0
4.	Tidak Pernah	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.12 diatas dapat disimpulkan bahwa, 15 perawat (83,3%) selalu saya mencuci tangan setelah kontak dengan lingkungan di sekitar pasien serta 3 perawat (16,7%) sering saya mencuci tangan setelah kontak dengan lingkungan di sekitar pasien.

- f. Sarana cuci tangan

Tabel 3.13

Distribusi frekuensi sarana cuci tangan seperti : Air Menggalir (keran), Sabun cuci tangan/cairan desinfektan, lap kering dan bersih atau tisu sekali pakai.

No.	Kriteria Jawaban	Frekuensi	Percent
1.	Selalu	18	100,0
2.	Sering	0	0
3.	Kadang-Kadang	0	0
4.	Tidak Pernah	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.13 diatas dapat disimpulkan bahwa, 18 perawat (100,0%) selalu ditempat kerja saya, tersedia sarana cuci tangan seperti : Air Menggalir (keran), Sabun cuci tangan/cairan desinfektan, lap kering dan bersih atau tisu sekali pakai.

- g. Prosedur mencuci tangan setelah melepas sarung tangan

Tabel 3.14

Distribusi frekuensi mencuci tangan setelah melepaskan sarung tangan.

No.	Kriteria Jawaban	Frekuensi	Percent
1.	Selalu	15	83,3
2.	Sering	3	16,7
3.	Kadang-Kadang	0	0
4.	Tidak Pernah	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.14 diatas dapat disimpulkan bahwa, 15 perawat (83,3%) selalu saya mencuci tangan setelah melepaskan sarung tangan serta 3 perawat (16,7%) sering saya mencuci tangan setelah melepaskan sarung tangan.

h. Persentase Cuci tangan menggunakan air mengalir

Tabel 3.15

Distribusi frekuensi mencuci tangan dengan menggunakan sabun/cairan desinfektan di air mengalir (keran)

No.	Kriteria Jawaban	Frekuensi	Percent
1.	Selalu	15	83,3
2.	Sering	3	16,7
3.	Kadang-Kadang	0	0
4.	Tidak Pernah	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.15 diatas dapat disimpulkan bahwa, 15 perawat (83,3%) selalu saya mencuci tangan dengan menggunakan sabun/cairan desinfektan di air mengalir (keran) serta 3 perawat (16,7%) sering saya mencuci tangan dengan menggunakan sabun/cairan desinfektan di air mengalir (keran).

i. Penggunaan sarung tangan sekali pakai

Tabel 3.16

Distribusi frekuensi menggunakan sarung tangan sekali pakai untuk setiap satu kali tindakan (satu pasien).

No.	Kriteria Jawaban	Frekuensi	Percent
1.	Selalu	18	100,0
2.	Sering	0	0
3.	Kadang-Kadang	0	0
4.	Tidak Pernah	0	0
	Jumlah	18	100

Berdasarkan tabel 3.16 diatas dapat disimpulkan bahwa, 18 perawat (100,0%) selalu saya menggunakan sarung tangan sekali pakai untuk setiap satu kali tindakan (satu pasien).

3.2.3 Hasil Observasi Pelaksanaan Hand Hygiene

Tabel 3.17

Pelaksanaan hand hygiene berdasarkan 5 moment cuci tangan diruang Penyakit Dalam

Saat HandHygiene	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
1. Sebelum kontak dengan pasien	2	13,2	13	85,8
2. Sebelum tindakan aseptik	2	13,2	13	85,8
3. Setelah tindakan aseptik	15	100	0	0
4. Setelah kontak dengan pasien	14	92,4	1	6,6
5. Setelah kontak dengan lingkungan pasien	1	6,6	14	92,4

Berdasarkan tabel 3.17 diatas dapat disimpulkan bahwa, observasi yang dilakukan kepada 15 orang perawat di ruang rawat inap penyakit dalam, perawat melakukan hand hygiene : sebelum kontak dengan pasien, 2 perawat (13,2%), sebelum tindakan aseptik 2 perawat (13,2 %), setelah terkena cairan tubuh 15 perawat (100%), Setelah kontak dengan pasien, 14 perawat (92,4%) dan setelah kontak dengan lingkungan pasien, 1 perawat (6,6 %).

3.3 Analisa Data

Tabel 3.18

Analisa Data

No	DATA			MASALAH
	KUESIONER	OBSERVASI	WAWANCARA	
1.	Berdasarkan hasil kuisisioner perawat yang melakukan cuci tangan :Sebelum kontak 88,9%,sebelu m tindakan aseptik 88,9%, setelah terkena cairan tubuh 100%, setelah kontak 94,4%,kontak dengan lingkungan 83,3 %, Sarana	Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan, sebelum kontak dengan pasien, 2 perawat (13,2%), sebelum tindakan aseptik 2 perawat (13,2 %), setelah terkena cairan tubuh 15 perawat (100%), Setelah kontak dengan pasien, 14 perawat	Berdasarkan Hasil wawancara yang dilakukan dengan kepala ruangan didapatkan bahwa fasilitas untuk kebersihan tangan sudah disediakan oleh rumah sakit hanya pelaksanaan cuci tangan belum sepenuhnya dilakukan oleh seluruh staf diruangan penyakit dalam	Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam memberikan Pelayanan Keperawatan pada Pasien diruang penyakit dalambelum optimal.

	<p>100%,cuci tangan setelah melepas sarung tangan 83,8%,mencuci tangan dengan air mengalir 83,3%, memakai sarung tangan sekali pakai 100%</p>	<p>(92,4%) dan setelah kontak dengan lingkungan pasien, 1 perawat (6,6 %).</p> <p>.</p>		
--	---	---	--	--

3.4 Analisa SWOT

Tabel 3.19
Analisa SWOT

NO	Masalah	Kekuatan/ (Strength)	Kelemahan	Peluang (opportunity)	Ancaman (threat)
	Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam memberikan Pelayanan Keperawatan pada Pasien	1. Adanya penyuluhan dan pemantauan tentang Hand hygiene dari pihak PPI dan Kepala ruangan 2. Tersedianya handrub di setiap	1. Masih ada perawat yang belum melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik dan setelah kontak dengan lingkungan 2. Pasien sesuai dengan	1. Adanya ketersediaan alat - alat sumber pendukung yang optimal, seperti handrub disetiap bed pasien, sabun dan air mengalir (sarana handwash) dan tissue 2. Adanya mahasiswa profesi yang berpraktek	- Resiko terjadinya penyebaran infeksi HAIs - Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat terhadap pelayanan keperawatan yang professional

	<p>diruang penyakit dalam belum optimal.</p>	<p>tempat tidur pasien</p> <p>3. Tersedianya air mengalir, sabun antiseptik dan tissue sebagai sarana handwash</p>	<p>hasil observasi pada tanggal 10-12 Mei 2019</p> <p>2. Masih kurangnya motivasi perawat dalam melaksanakan Hand hygiene berdasarkan five moments.</p>	<p>manajemen keperawatan</p>	
--	--	--	---	------------------------------	--

3.5 Perumusan Masalah

Tabel 3.20
Perumusan Masalah

No	DATA	Masalah
	Observasi	
1	Berdasarkan hasil observasi dari tanggal 10 - 12 Mei 2019 di ruangan interne ditemukan bahwa persentase pelaksanaan hand hygiene belum optimal .	Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam memberikan Pelayanan Keperawatan pada Pasien di ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie belum optimal.

3.6 POA (Planning Of Action)

Tabel 3.21
POA

No	Masalah kesehatan	Tujuan	Uraian Kegiatan	Sasaran	Waktu	Tempat	Penanggung Jawab
	Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam memberikan Pelayanan Keperawatan pada Pasien di ruang penyakit dalam belum optimal.	Mengoptimalkan Pelaksanaan Hand Hygiene di ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie	<ol style="list-style-type: none"> 1 Resosialisasi cuci tangan dan manfaat cuci tangan 2 Role Play cuci tangan 3 Mengusulkan pemberian punishment bagi perawat yang tidak melakukan cuci tangan 4 Bekerja sama dengan kepala ruangan untuk 	Karu dan perawat ruangan penyakit dalam	Jumat, 18 mei 2019	Irna Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Bungo	Mahasiswa STIKes Perintis Padang (Sonia Mineli)

		Bungo.	melakukan supervisi, monitoring pelaksanaan hand hygiene				
--	--	--------	--	--	--	--	--

3.7 Implementasi

Implementasi yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun berdasarkan *planning of action* (POA) dimana setiap kegiatan tersebut dilaksanakan oleh Sonia Mineli, S.Kep sebagai Penanggung jawab kegiatan.

Kegiatan yang dilakukan sesuai dengan kesepakatan bersama kepala ruangan yaitu :

1. Melakukan resosialisasi cuci tangan pada tanggal 25 Mei 2019

Sesuai dengan penerapan jurnal dari Jamaluddin, 2012 bahwa pendidikan sebagai sosialisasi program dapat meningkatkan kepatuhan hand hygiene dengan five moments cuci tangan.

Ini dilakukan sesuai hasil penelitian sofyani (2012) tentang persepsi perawat mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan hand hygiene diICU Rumah Sakit MH Thambrin Salemba adalah salah satunya yaitu faktor kurangnya pengetahuan perawat. Tingkat pengetahuan tentang hand hygiene tidak hanya sebatas pentingnya pelaksanaannya, namun juga harus mencakup indikasi dan tehnik pelaksanaannya. Dengan meningkatnya pengetahuan tentang pentingnya hand hygiene bagi memutus mata rantai infeksi sehingga memupuk kesadaran perawat akan pentingnya hand hygiene, karena sesuai dengan asumsi Marfu'ah dkk bahwa penerapan cuci tangan pada perawat juga harus didukung oleh kesadaran perawat itu sendiri dalam melindungi diri dan pasien dari bahan infeksius serta kesadaran dalam menjalankan SPO yang benar

2. Melakukan role play tentang pelaksanaan 5 moment cuci tangan pada tanggal 25 Mei 2019.

Ini sesuai dengan asumsi Ningsi ddk (2017) bahwa perlu adanya simulasi kembali dan berulang sebelum operan untuk mengingatkan kembali dalam upaya pelaksanaan hand hygiene dengan teknik enam langkah dan five moment

3. Mengusulkan pemberian punishment bagi perawat yang tidak melakukan cuci tangan dengan menyumbangkan 1 buah pena ke dalam kotak kejujuran. Ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kondojo dan tumurung bahwa adanya reward dan punishment dapat meningkatkan motivasi kerja perawat dalam melakukan penilaian kebutuhan terhadap SOP.

4. Bekerjasama dengan kepala ruangan dalam melakukan supervisi dan monitoring pelaksanaan hand hygiene

Ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2016) bahwa ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan cuci tangan five moment diruang rawat inap bedah dan interne RSUD Pariaman

Dan sesuai juga dengan asumsi penelitian yang dilakukan oleh Delima M, dkk (2018) bahwa ada hubungan antara penerapan cuci tangan five momen dengan angka kejadian infeksi nosokomial (plebitis), dimana perawat sangat dibutuhkan untuk mengontrol, mengawasi dan mendorong perawat dalam melaksanakan seluruh prosedur keperawatan sesuai standar operasional prosedur (SOP), karena tanpa pelaksanaan yang sesuai prosedur, cenderung

menurun dan sering melalaikan beberapa indikator yang dianggap tidak terlalu kritikal sehingga banyak pelaksanaan tindakan keperawatan yang tidak dilakukan sesuai SOP.

3.8 Evaluasi

Setelah dilakukan resosialisasi, role play tentang penerapan prinsip Hand Hygiene dan pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruangan di ruang rawat inap penyakit dalam maka terlihat adanya peningkatan kepatuhan perawat dalam melakukan *Hand Hygiene* berdasarkan 5 moment cuci tangan yang dilakukan oleh perawat di ruang rawat inap penyakit dalam sebanyak 40%.

Sosialisasi tentang pemberian punishment bagi perawat yang tidak melakukan cuci tangan dengan menyumbangkan 1 buah pena ke dalam kotak kejujuran belum berjalan.

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Kasus Terkait

Pengkajian manajemen keperawatan telah dilakukan pada tanggal 10 – 12 Mei 2019 di ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo. Pengkajian dilakukan dengan melakukan survei awal dan pengumpulan data melalui hasil observasi dan wawancara. Pengkajian dilakukan pada 18 perawat ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo.. Pengkajian yang dilakukan yaitu mengenai data umum dan masalah yang berhubungan dengan manajemen keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo yang berkaitan dengan pelaksanaan Hand hygiene.

Berdasarkan teori, data hasil pengkajian melalui observasi 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 pelaksanaan hand hygiene. Dan dari 15 orang perawat hasil observasi di ruangan penyakit dalam ditemukan bahwa pelaksanaan hand hygiene Ruang Penyakit Dalam Sebelum kontak dengan pasien sebesar 13,2 %, sebelum tindakan aseptik 13,2 %, setelah kontak dengan lingkungan pasien 6,6% dalam setiap momentnya di karenakan berbagai faktor diantaranya, pasien yang banyak sehingga lupa untuk mencuci tangan, kegiatan yang terlalu banyak terutama untuk shift pagi.

4.2 Analisis Intervensi

Berdasarkan hasil identifikasi dari tanggal 10 - 12 Mei 2019 terdapat permasalahan Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam memberikan Pelayanan Keperawatan pada pasien diruang penyakit dalambelum optimal.adalah :

4.2.1 Melakukan resosialisasi cuci tangan

Pada tanggal 25 Mei 2019 sudah dilakukan resosialisasi tentang *Hand Hygiene* kepada perawat di ruang inap penyakit dalam. Desiminasi ilmu/ resosialisasi adalah suatu metode pembelajaran untuk menyebarkan informasi tentang suatu ilmu yang bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan merubah perilaku sasaran (Roger, 2005). Perubahan diharapkan menuju ke arah yang sesuai dengan konsep dan cara yang benar atau seharusnya.Setelah dilakukan resosialisasi tentang penerapan prinsip *Hand Hygiene* di ruang rawat inap penyakit dalam maka terlihat adanya peningkatan kepatuhan perawat dalam melakukan *Hand Hygiene*berdasarkan 5 moment cuci tanganyang dilakukan oleh perawat di ruang rawat inap penyakit dalam dan meningkatkan kesadaran perawat akan pentingnya dilakukan hand hygiene dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien

4.2.2 Melakukan role play tentang pelaksanaan 5 moment cuci tangan

Ini sesuai dengan asumsi Ningsi ddk (2017) bahwa perlu adanya simulasi kembali dan berulang sebelum operan untuk mengingatkan kembali dalam upaya pelaksanaan hang hygiene dengan tekhnik enam langkah dan five moment.

4.2.3 Mengusulkan pemberian punishment bagi perawat yang tidak melakukan cuci tangan dengan menyumbangkan 1 buah pena ke dalam kotak kejujuran.

Ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kondojo dan tumurung bahwa adanya reward dan punishment dapat meningkatkan motivasi kerja perawat dalam melakukan penilaian kebutuhan terhadap SOP.

4.2.4 Bekerjasama dengan kepala ruangan dalam melakukan supervisi dan monitoring pelaksanaan hand hygiene

Ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2016) bahwa ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan cuci tangan five moment diruang rawat inap bedah dan interne RSUD Pariaman

Dan sesuai juga dengan asumsi penelitian yang dilakukan oleh Delima M, dkk (2018) bahwa ada hubungan antara penerapan cuci tangan five momen dengan angka kejadian infeksi nosokomial (plebitis), dimana perawat sangat dibutuhkan untuk mengontrol, mengawasi dan mendorong perawat dalam melaksanakan seluruh prosedur keperawatan sesuai standar operasional prosedur (SOP), karena tanpa pelaksanaan yang sesuai prosedur, cenderung menurun dan sering melalaikan beberapa indikator yang dianggap tidak terlalu kritikal sehingga banyak pelaksanaan tindakan keperawatan yang tidak dilakukan sesuai SOP.

4.3 Alternatif Pemecahan Masalah Yang Dilakukan

Alternatif pemecahan masalah yang dilakukan untuk masalah belum optimalnya pelaksanaan hand hygiene yaitu dengan melakukan latihan cuci tangan setiap

operan antar shift dan dengan memberlakukan tentang kotak kejujuran di nurse station, bagi perawat yang lupa melakukan cuci tangan menyumbangkan satu pena kedalam kotak kejujuran.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 Memahami Konsep Hand hygiene di Ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo
- 5.1.2 Melakukan pengkajian manajemen terkait dalam pelaksanaan Hand hygiene. Pengkajian manajemen keperawatan di Ruang ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo dapat dilakukan dengan baik dan tidak mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data.
- 5.1.3 Menegakan diagnosa manajemen terkait dalam pelaksanaan Hand hygiene. Pada kasus ini di dapatkan diagnosa belum optimalnya pelaksanaan hand hygiene di ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo
- 5.1.4 Melakukan rencana tindakan dengan Menerapkan salah satu hasil jurnal mengulang 6 langkah cuci tangan setiap memulai kegiatan, agar kegiatan yang dilakukan selama shif dapat diingatdan dilakukan selama memberikan pelayanan kepada pasien.
- 5.1.5 Melakukan implemetasi menerapkan salah satu hasil jurnal mengulang 6 langkah cuci tangan setiap memulai kegiatan
- 5.1.6 Hasil evaluasi dari pelaksanaan Hand hygiene di Ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Bungo adanya peningkatan pelaksanaan hand Hygiene darirata- rata 40 % menjadi 80% -100%.

5.2 **Saran**

Berdasarkan hasil kesimpulan di atas, disarankan kepada :

5.2.1 Rumah Sakit

Diharapkan kepada pihak manajemen Rumah Sakit terus memperhatikan ketersediaan sarana Hand hygiene sehingga pelaksanaannya bisa dilakukan secara optimal dalam upaya mencegah infeksi rumah sakit dan sebagai upaya pelaksanaan Pasien Safety melalui motto dalam paripurna memberikan pelayanan profesional sebagai budaya kerja. Dan juga dapat mengikutsertakan perawat dalam program pelatihan PPI dasar.

5.2.2 Bidang keperawatan

Bersama sama mendukung kegiatan pencegahan infeksi dengan melakukan supervisi tentang pelaksanaan hand hygiene agar lebih optimal dan menjadi budaya kerja yang terus dipertahankan dan ditingkatkan.

Memberi *reward* terhadap hasil yang telah dicapai untuk meningkatkan motivasi kinerja perawat.

5.2.3 Kepala Ruangan

Selalu mengontrol dan memotivasi pelaksanaan Hand hygiene agar berjalan lebih optimal.

5.2.4 Untuk Mahasiswa

Dapat dijadikan pedoman sebagai dasar dalam pengkajian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Delima, M. et.al.(2018) Jurnal Penerapan Cuci Tangan Five Moment dengan Angka Kejadian Infeksi Nosokomial: Padang
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 382/Menkes/SK/III/2007 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya
- Marfu'ah, S et.al.(2018) Jurnal Tingkat kepatuhan Hand Hygiene Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial :
- Ningsi SSR, et.al.(2017). Jurnal Gambaran Pelaksanaan Kegiatan Kebersihan tangan oleh petugas Kesehatan di Rumah Sakit Dustira Cimahi : Cimahi
- Nursalam (2014). Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam praktek keperawatan Profesional. Jakarta : Salemba medika
- Peraturan Menteri kesehatan Republik indonesia Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- Putra, Sp. (2016). Buku Ajar Manajemen Keperawatan: In Media
- WHO guidelines on Hand Hygiene in Health care 2009

Lampiran I

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






LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Sonia Mineli, S.Kep

Nim : 1814901647

Pembimbing : Ns. Endra Amalia, M.Kep

Judul KIAN : Gambaran Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD H.Hanafie Bungo Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	24 Mei 2019	ACC Judul	
2.	24 Juni 2019	Perbaiki BAB I sesuai saran	
3.	01 Juli 2019	Perbaiki BAB I, II, III sesuai saran	
4.	20 Juli 2019	Perbaiki lagi sesuai saran	
5.	28 Juli 2019	ACC diujikan	

Lampiran 2

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG




LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Sonia Mineli, S.Kep

Nim : 1814901647

Pembimbing : Ns. Cendrawesih, S.Kep

Judul KIAN : Gambaran Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam
 memberikan pelayanan keperawatan pada pasien di Ruang
 Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD H.Hanafie Bungo
 Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	28 Mei 2019	1. Perbaiki Latar Belakang 2. Masukkan data hasil observasi	
2.	19 Juli 2019	1. Atur ulang margin dan spasi 2. Lengkapi data observasi diruangan	
3.	26 Juli 2019	1. Perbaiki daftar isi dan halaman 2. ACC untuk presentasi	

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI REVISI KIAN

Nama Mahasiswa : Sonia Mineli, S.Kep
 Nim : 1814901647
 Pembimbing : Ns. Endra Amalia, M.Kep
 Judul KIAN : Gambaran Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD H.Hanafie Bungo Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.		Perbaiki Pembahasan	

Lampiran 4

GAMBARAN PELAKSANAAN KEGIATAN KEBERSIHAN TANGAN OLEH PETUGAS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT DUSTIRA CIMAH

Shely Silfia Ratna Ningsih¹, Richa Noprianty², Irman Somantri³

^{1,2} Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dharma Husada

³ Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Padjajaran

Email : ²richa.noprianty@gmail.com

ABSTRAK

Keselamatan pasien merupakan variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan. Salah satu upaya yang dilakukan adalah mencegah infeksi rumah sakit dengan menjaga kebersihan tangan dengan teknik enam langkah dan lima momen di rawat inap. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan kebersihan tangan oleh petugas kesehatan di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Pria Rumah Sakit Dustira Cimahi. Jenis penelitian ini adalah deskriptif *eksploratif* dengan metode observasional. Sampel penelitian ini berjumlah 288 kali pengamatan kegiatan oleh petugas kesehatan (dokter, perawat dan mahasiswa praktek) yang terbagi pada shift pagi dan shift sore dengan 84 pengamatan, dan shift malam berjumlah 120 kali pengamatan. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi dengan menggunakan *work sampling*. Hasil menggambarkan bahwa :

- 1) sebelum kontak dengan pasien sebagian besar *hand hygiene* tidak dilakukan oleh mahasiswa yaitu sebesar 89,8 % pada shift malam,
- 2) sebelum tindakan terhadap pasien sebagian besar *hand hygiene* tidak dilakukan oleh mahasiswa sebanyak 89,8% pada shift malam,
- 3) sesudah kontak dengan pasien sebagian besar kegiatan *hand hygiene* dilakukan tidak sempurna oleh dokter sebanyak 75% pada shift sore,
- 4) sesudah kontak dengan cairan tubuh pasien sebagian besar *hand hygiene* dilakukan tidak sempurna oleh mahasiswa sebanyak 82,4% pada shift pagi, dan
- 5) sesudah kontak dengan lingkungan pasien sebagian besar *hand hygiene* dilakukan tidak sempurna oleh dokter sebanyak 75% pada shift sore.

Berdasarkan hasil observasi, ketidak patuhan pelaksanaan kegiatan kebersihan tangan disebabkan karena media yang digunakan kurang memadai seperti campuran air pada sabun yang terlalu banyak, tisu yang jarang tersedia, antiseptik berbasis alkohol murni sehingga menimbulkan bau yang menyengat dan terasa panas ditangan serta lengket. Disarankan bagi pihak rumah sakit untuk memperhatikan kembali sarana dan prasarana untuk menunjang kebersihan tangan dan bagi petugas kesehatan disarankan untuk membaca kembali standar operasional prosedur (SOP) dari setiap tindakan yang akan dilakukan, karena setiap tindakan yang dilakukan ada SOP untuk mencuci tangan.

Kata Kunci: Kebersihan tangan, Lima momen, Petugas kesehatan

ABSTRACT

Patient safety is a variable for measuring and evaluating the quality of nursing services. One of the effort that should be done is to prevent hospital infections with hand hygiene using six-step hand hygiene technique and five moments at the hospitalization rooms. This study aims to describe the implementation of hand hygiene practice by healthcare provider in patient safety activities at male medical ward on Dustira Cimahi Hospital. The study was a descriptive exploratory with the observational method. The research sample numbering 288 times observation activities from health workers (doctors, nurses, and students college) that divided on the morning shift totaling 84 observation activities, totaling 84 observations afternoon shift and night shift activities amounted to 120 times the observation activities. The instrument of this study using observation tool which contains a table check list on the implementation of hand hygiene by using work sampling. The overall results describe that: 1) not doing hand hygiene activities before making contact with the patient, were 89,8% for college students at the night shift, 2) before taking action at the patient most of the hand hygiene activities were not done 89,8%

for college students in night shift, 3) after making contact with the patient, most of the hand hygiene activities were not perfect carried out, 75% for doctors in the afternoon shift, 4) after making contact with patients body fluids most of the hand hygiene activities were not done 82,4% for the college students in the morning shift, and 5) after making contact with the patient's environment most of the hand hygiene activities were not perfect carried out, 75% for doctors in the afternoon shift. Based on the observation, disobedience on implementation of hand hygiene due to insufficient media used liketoo much water in the mixture of water and soap, tissue is rarely available, pure alcohol-based hand rub is causing bad smell, hot at the skin and sticky hands. It is advised for the hospital to pay attention at infrastructure that support hand hygiene, and for health workers is advised to re-read the standard operating procedures (SOP) on any action to be performed, for every action there is SOP to wash the hand.

Keywords: Hand Hygiene, Five Moments, Health Workers

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan. Publikasi terbaru di Amerika tahun 2011 menunjukkan bahwa satu dari tiga pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami kejadian tidak diinginkan (KTD). Jenis yang tersering adalah kesalahan pengobatan, kesalahan operasi dan prosedur serta infeksi nosokomial (Utarini, 2011). Studi di sepuluh rumah sakit di North Carolina menemukan hasil yang serupa. Menurut Landrigan (2010), satu dari empat pasien rawat inap mengalami KTD, 63% diantaranya sebenarnya dapat dicegah. Pencegahan infeksi di rumah sakit dapat dilakukan oleh petugas kesehatan, keluarga pasien dan pasien sendiri dengan memperhatikan *hand hygiene* sebagai upaya untuk *patient safety*.

Salah satu pencegahan infeksi rumah sakit adalah dengan menjaga kebersihan tangan (Khoiriyati, 2013). Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan *hand hygiene* dengan teknik enam langkah dan waktu lima momen (*five moments*) di rawat inap merupakan salah satu indikator mutu area sasaran *patient safety* yang ada pada Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Petugas kesehatan harus menerapkan *five*
Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia. 2017;3(1):57-68

moments for hand hygiene, yaitu: sebelum menyentuh pasien, sebelum melakukan prosedur kebersihan atau aseptik, setelah berisiko terpajan cairan tubuh, setelah bersentuhan dengan pasien, dan setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien, termasuk permukaan atau barang-barang yang tercemar. Sedangkan untuk enam langkah cuci tangan adalah : 1) menggosok bagian dalam telapak tangan, 2) menggosok punggung tangan bergantian, 3) menggosok sela-sela jari tangan, 4) menggosok ruas jari tangan dengan mengkaitkan kedua tangan, 5) menggosok ibu jari tangan bergantian, dan 6) menggosok ujung jari tangan (Depkes RI, 2013).

Chou *et al* (2010) mengatakan bahwa penerapan *hand hygiene* oleh perawat belum sepenuhnya dijalankan dengan baik oleh petugas. Sama halnya dengan yang ada di *American Journal of Infection Control* mengemukakan bahwa kebersihan tangan adalah metode terbaik untuk mencegah penularan infeksi dalam perawatan kesehatan, tetapi kepatuhan biasanya suboptimal, selain itu mengubah budaya mencuci tangan menggunakan surat pelanggaran menjadi faktor utama dalam meningkatkan tingkat kepatuhan *hand hygiene* dari 34% sampai > 90% dalam jangka waktu dua tahun.

Pendidikan sebagai sosialisasi program dapat meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* dengan *five moments* (Jamaluddin, 2012). Hasil penelitian oleh Damanik (2012), diperoleh kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* sebesar

48,3% dan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja ($p = 0,026$), pengetahuan ($p = 0,000$), dan ketersediaan tenaga kerja ($p = 0,000$) dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene*. Ketersediaan tenaga kerja merupakan faktor paling dominan dalam melakukan *hand hygiene*. Sedangkan hasil penelitian dari Widyanita dan Listiowati (2014) menunjukkan dari

31 responden diperoleh responden dengan kepatuhan cuci tangan kurang berjumlah 26 orang (83,9%) dan responden yang patuh cuci tangan berjumlah lima orang (16,1%).

Tenaga kesehatan yang paling sering melakukan tindakan terhadap pasien di ruang penyakit dalam adalah dokter, perawat dan mahasiswa praktik. Hampir setiap bulan ada mahasiswa praktik sehingga peneliti menjadikan petugas kesehatan baik dokter, perawat maupun mahasiswa praktik dijadikan subjek untuk penelitian ini karena pelaksanaan *hand hygiene* dengan *handwash* dan *handrub* dalam *five moments* oleh petugas kesehatan harus dilaksanakan (Ernawati, 2011).

Hand hygiene dengan menggunakan *handwash* maupun *handrub* tekhniknya sama saja yaitu dengan enam langkah, waktu pelaksanaannya juga sama yaitu dengan five moment, yang membedakan hanyalah pada medianya

Krishnan, *et al*, 2015). Berdasarkan hasil wawancara didapatkan perawat dan

mahasiswa tersebut menyatakan membutuhkan waktu lama jika kita harus melaksanakan kegiatan *hand hygiene* menggunakan *five moments* baik dengan *handwash* maupun *handrub*.

METODE

Jenis penelitian adalah deskriptif eksploratif. Populasi pada penelitian ini adalah **jumlah seluruh aktivitas** atau kegiatan petugas kesehatan (dokter, perawat dan mahasiswa keperawatan baik D3, S1 atau ners yang sedang praktik) di ruang rawat inap penyakit dalam pria (Ruang XI) rumah sakit Dustira. Penelitian ini menggunakan teknik *probability sampling* dengan pengambilan sampel *random sampling* dengan mengacak kegiatan *hand hygiene* untuk mendapatkan personel sebagai representasi populasi subjek yang akan diamati dalam 24 jam selama tiga shift dalam tiga hari yaitu hari pertama untuk shift pagi, hari ke dua untuk shift sore, dan hari ke tiga untuk shift malam dengan waktu pengamatan selama 5 menit karena rata-rata lamanya kegiatan yang dilakukan di ruang rawat Dustira adalah 5 menit. Penghitungan jumlah pengamatan sampel yang digunakan dengan metode Ilyas (2008) dapat dihitung sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah menit dalam satu jam} \times \text{jumlah jam dalam sekali shift}}{\text{Waktu pengamatan}}$$

sehingga didapatkan sampel pengamatan per shift sebagai berikut :

Tabel 1. Jumlah sampel pengamatan

Shift	Waktu
	Shif

Instrumen penelitian yang digunakan adalah ini dengan menggunakan alat observasi yang berisi tabel *check list* dengan instrumen *work sampling* dari metoe Ilyas (2008) untuk kegiatan enam langkah *hand hygiene* dengan *handwash* dan *handrub* serta *five moments*. dengan interval pengamatan lima menit selama 24 jam dalam waktu tiga *shift*. Cara pengumpulan data dengan memberikan penilaian pada *five moments* dengan menceklis nilai tiga jika dilakukan sempurna, dua jika tidak sempurna dan satu jika tidak dilakukan.

Peneliti mengobservasi tiap lima menit sekali kegiatan *hand hygiene* dalam *five moments* oleh petugas kesehatan yakni dokter (satu) yang sedang ada kegiatan, tiga perawat disetiap shift karena jadwal shift lebih sering tiga perawat yang jaga, dan dua mahasiswa praktik yang sering dijadwalkan praktik untuk dijadikan sampel tanpa melihat subjeknya dengan tiga kali pengambilan data yaitu pada shift pagi, shift sore dan shift malam.

Pada saat mengambil data, peneliti menggunakan asisten peneliti yaitu perawat pelaksana dengan jenjang pendidikan diploma keperawatan yang bertugas di ruangan lain untuk menghindari data bias. Kemudian peneliti dan asisten peneliti mengamati aktifitas yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada saat itu dengan skala penilaian yang melakukan *hand hygiene* dengan enam langkah sempurna, yang melakukan *hand hygiene* dengan tidak sempurna dan yang tidak melakukan *hand hygiene* dengan metode *work sampling*. Kemudian pengamatan kegiatan sampel dilakukan dengan interval lima menit selama 24 jam dalam tiga shift (pagi, siang dan malam) selama tiga hari yaitu hari pertama untuk shift pagi, hari kedua untuk shift sore dan hari ke tiga untuk shift malam.

HASIL

Pelaksanaan Pengamatan Kegiatan *Hand Hygiene* oleh Petugas Kesehatan pada *Shift Pagi*

Berdasarkan Tabel 2 dapat dilihat nilai prosentase yang paling tinggi petugas kesehatan yang tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* pada *shift* pagi pada saat sebelum

melakukan kontak dengan pasien oleh mahasiswa sebanyak 25 (73,5%), sebelum melakukan tindakan terhadap pasien oleh mahasiswa sebanyak 23 (67,6%), sesudah melakukan kontak dengan pasien oleh perawat sebanyak 16 (38,1%), sesudah melakukan kontak dengan cairan tubuh oleh perawat sebanyak 16 (38,1%) dan sesudah melakukan kontak dengan lingkungan pasien oleh perawat sebanyak 16 (38,1%).

Pelaksanaan Pengamatan Kegiatan *Hand Hygiene* oleh Petugas Kesehatan pada *Shift Sore*

Berdasarkan Tabel 3 dapat dilihat nilai prosentase yang paling tinggi petugas kesehatan yang tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* pada *shift* sore pada saat sebelum melakukan kontak dengan pasien oleh mahasiswa sebanyak 29 (80,6%), sebelum melakukan tindakan terhadap pasien oleh mahasiswa sebanyak 29 (80,6%), sesudah melakukan kontak dengan pasien oleh dokter sebanyak 1 (25,0%), sesudah melakukan kontak dengan cairan tubuh oleh perawat sebanyak 14 (31,8%) dan sesudah melakukan kontak dengan lingkungan pasien oleh dokter sebanyak 1 (25%).

PEMBAHASAN

Pelaksanaan Pengamatan Kegiatan *Hand Hygiene* oleh Petugas Kesehatan Secara Keseluruhan

Kegiatan menunjukkan pada pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* didapatkan nilai prosentase yang paling tinggi petugas kesehatan yang tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* dalam kegiatan *five moment* terdapat pada kegiatan: 1) sebelum melakukan kontak dengan pasien, sebagian besar tidak melakukan *hand hygiene* dilakukan oleh mahasiswa sebanyak 82,9%, 2) sebelum melakukan tindakan ke pasien, sebagian besar tidak melakukan *hand hygiene* dilakukan oleh mahasiswa sebanyak 81,4%. Untuk kegiatan 3) sesudah melakukan kontak dengan pasien

Tabel 2. Pelaksanaan kegiatan hand hygiene oleh petugas kesehatan pada *shift pagi*

Tenaga Kesehatan	Kegiatan Hand Hygiene			Total
	Tidak Dilakukan	Tidak Sempurna	Dilakukan Sempurna	
Sebelum Kontak dengan Pasien				
Dokter	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	8 (100%)
Perawat	24 (57,1%)	15 (35,7%)	3 (7,1%)	42 (100%)
Mahasiswa	25 (73,5%)	9 (26,5%)	0 (0,0%)	34 (100%)
Total	53 (63,1%)	27 (32,1%)	4 (4,8%)	84 (100%)
Sebelum Tindakan dengan Pasien				
Dokter	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	8 (100%)
Perawat	26 (61,9%)	13 (31,0%)	3 (7,1%)	42 (100%)
Mahasiswa	23 (67,6%)	11 (32,4%)	0 (0,0%)	34 (100%)
Total	53 (63,1%)	27 (32,1%)	4 (4,8%)	84 (100%)
Sesudah Kontak dengan Pasien				
Dokter	3 (37,5%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)	8 (100%)
Perawat	16 (38,1%)	23 (54,8%)	3 (7,1%)	42 (100%)
Mahasiswa	8 (23,5%)	25 (73,5%)	1 (2,9%)	34 (100%)
Total	27 (32,1%)	52 (61,9%)	5 (6,0%)	84 (100%)
Sesudah Kontak dengan Cairan Tubuh Pasien				
Dokter	3 (37,5%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)	8 (100%)
Perawat	16 (38,1%)	23 (54,8%)	3 (7,1%)	42 (100%)
Mahasiswa	5 (14,7%)	28 (82,4%)	1 (2,9%)	34 (100%)
Total	24 (28,6%)	55 (65,5%)	5 (6,0%)	84 (100%)
Sesudah Kontak dengan Lingkungan Pasien				
Dokter	3 (37,5%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)	8 (100%)
Perawat	16 (38,1%)	23 (54,8%)	3 (7,1%)	42 (100%)
Mahasiswa	12 (35,3%)	21 (61,8%)	1 (2,9%)	34 (100%)
Total	31 (36,9%)	48 (57,1%)	5 (6,0%)	84 (100%)

sebagian besar tidak melakukan *hand hygiene* dilakukan oleh dokter sebanyak 38,9%, 4) sesudah melakukan kontak dengan cairan tubuh pasien sebagian besar tidak melakukan *hand hygiene* dilakukan oleh perawat sebanyak 39%, dan 5) sesudah melakukan kontak dengan lingkungan pasien sebagian besar tidak melakukan *hand hygiene* dilakukan oleh dokter sebanyak 38,9%.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Widyanita dan Listiowati (2014)

menunjukkan dari 31 responden diperoleh responden dengan kepatuhan cuci tangan kurang berjumlah 26 orang (83,9%) dan responden yang patuh cuci tangan berjumlah lima orang (16,1%). Pada praktik di lapangan memang masih banyak yang belum menerapkan *hand hygiene* dengan *five moment* dengan maksimal.

Berdasarkan hasil observasi peneliti, ketidak patuhan pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* dalam kegiatan *five moments*

disebabkan karena media yang digunakan kurang memadai seperti campuran air pada sabun yang terlalu banyak, tisu yang jarang tersedia, antiseptik berbasis alkohol murni sehingga menimbulkan bau yang menyengat dan terasa panas ditangan serta lengket. Perlu adanya simulasi kembali dan berulang sebelum operan untuk mengingatkan kembali dalam upaya pelaksanaan *hand hygiene* dengan teknik enam langkah dan *five moment*. Hal ini sudah dibuktikan dari hasil penelitian didapatkan, pelaksanaan *hand hygiene* sebelum intervensi (simulasi *hand hygiene* pada *handover* keperawatan) sebesar 39,17%, dimana persentase perawat yang melakukan *hand hygiene* sesuai dengan prosedur yang benar 0%. Pelaksanaan *hand hygiene* meningkat setelah intervensi menjadi 61,66% dengan persentase pelaksanaan *hand hygiene* yang benar sebesar 40,83%.

Kurangnya pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* yang dilakukan oleh petugas kesehatan akan memberikan dampak yang sangat besar bagi pasien maupun petugas kesehatan itu sendiri. Dampak tersebut salah satunya seperti infeksi nosokomial dan flebitis yang sebenarnya dapat dicegah yaitu dengan *hand hygiene* dalam kegiatan *five moments* (Napitupulu, 2015).

Pelaksanaan Pengamatan Kegiatan Hand Hygiene Berdasarkan Shift Pagi

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada petugas kesehatan nilai prosentase yang paling tinggi petugas kesehatan yang tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* pada shift pagi pada saat sebelum melakukan kontak dengan pasien oleh mahasiswa sebanyak 25 (73,5%), sebelum melakukan tindakan terhadap pasien oleh mahasiswa sebanyak 23 (67,6%), sesudah melakukan kontak dengan pasien oleh perawat sebanyak 16 (38,1%), sesudah melakukan kontak dengan cairan tubuh oleh perawat sebanyak 16 (38,1%) dan sesudah melakukan kontak dengan lingkungan pasien oleh perawat sebanyak 16 (38,1%). Hal ini dikarenakan pada *shift* pagi banyak melakukan tindakan keperawatan dan invasif ke pasien oleh perawat ruangan sehingga banyak tindakan seperti

mengecek tanda-tanda vital, pemenuhan kebutuhan dasar manusia ataupun mengantarkan pasien untuk pemeriksaan banyak melibatkan mahasiswa. Sehingga dengan banyaknya kegiatan menjadi alasan utama petugas kesehatan kurang memperhatikan *hand hygiene* dan penerapan *five moment*.

Berdasarkan hasil observasi peneliti ketidak sempurnaan pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* dalam kegiatan *five moments* disebabkan karena kegiatan pada *shift* pagi lebih banyak dibandingkan dengan shift lainnya sehingga lebih banyak pula kegiatan yang memungkinkan untuk mencuci tangan pada *five moments* walaupun tidak sempurna. Sehingga sangat berisiko untuk penularan infeksi nosokomial dan flebitis baik dari petugas kesehatan kepada pasien maupun dari pasien kepada petugas kesehatan.

Pengamatan peneliti yang dilakukan pada shift pagi sebagian besar kegiatan yang terjadi pada ruang rawat inap rumah sakit dustira yaitu dimulai dari operan, melakukan bed making, visit dokter, memeriksa pasien, mengganti cairan infus, memasang infus, mengambil specimen darah, mengambil specimen urine, mengambil specimen dahak, memberikan terapi oksigen, melakukan Elektrokardiografi (EKG), menyiapkan obat oral, mengantar pasien untuk pemeriksaan Ultrasonografi (USG), mengantar pasien untuk pemeriksaan foto thorax, mengantar pasien untuk hemodialisa, memberikan terapi injeksi, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, memberikan terapi melalui selang Nasogastric Tube (NGT), memberikan terapi oral, pendokumentasian dan lain sebagainya merupakan kegiatan yang rutin dilakukan oleh petugas kesehatan (dokter, perawat dan mahasiswa keperawatan baik D3, S1 atau ners yang sedang praktik) pada shift pagi yang selalu berhubungan langsung dengan pasien, sehingga pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* dalam *five moment* sangatlah penting dan harus diterapkan untuk *eningkatkan patient safety*. Ketidak sempurnaan pelaksanaan *hand hygiene* dalam *five moment* oleh petugas kesehatan (dokter, perawat dan mahasiswa

Tabel 3. Pelaksanaan kegiatan hand hygiene oleh petugas kesehatan pada *shift sore*

Tenaga Kesehatan	Kegiatan Hand Hygiene			Total
	Tidak Dilakukan	Tidak Sempurna	Dilakukan Sempurna	
Sebelum Kontak dengan Pasien				
Dokter	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Perawat	18 (40,9%)	24 (54,5%)	2 (4,5%)	44 (100%)
Mahasiswa	29 (80,6%)	4 (11,1%)	3 (8,3%)	36 (100%)
Total	50 (59,5%)	29 (34,5%)	5 (6,0%)	84 (100%)
Sebelum Tindakan dengan Pasien				
Dokter	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Perawat	18 (40,9%)	24 (54,5%)	2 (4,5%)	44 (100%)
Mahasiswa	29 (80,6%)	4 (11,1%)	3 (8,3%)	36 (100%)
Total	50 (59,5%)	29 (34,5%)	5 (6,0%)	84 (100%)
Sesudah Kontak dengan Pasien				
Dokter	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Perawat	8 (18,2%)	29 (65,9%)	7 (15,9%)	44 (100%)
Mahasiswa	6 (16,7%)	26 (72,2%)	4 (11,1%)	36 (100%)
Total	15 (17,9%)	58 (69,0%)	11 (13,1%)	84 (100%)
Sesudah Kontak dengan Cairan Tubuh Pasien				
Dokter	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Perawat	14 (31,8%)	25 (56,8%)	5 (11,4%)	44 (100%)
Mahasiswa	4 (11,1%)	26 (72,2%)	6 (16,7%)	36 (100%)
Total	19 (22,6%)	54 (64,3%)	11 (13,1%)	84 (100%)
Sesudah Kontak dengan Lingkungan Pasien				
Dokter	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Perawat	10 (22,7%)	27 (61,4%)	7 (15,9%)	44 (100%)
Mahasiswa	6 (16,7%)	26 (72,2%)	4 (11,1%)	36 (100%)
Total	17 (20,2%)	56 (66,7%)	11 (13,1%)	84 (100%)

keperawatan baik D3, S1 atau ners yang sedang praktik) pada shift pagi dari hasil pengamatan peneliti disebabkan karena media yang digunakan kurang memadai seperti sabun yang dicampur dengan air yang terlalu banyak, tisu yang jarang tersedia, antiseptik berbasis alkohol murni sehingga menimbulkan bau yang menyengat dan terasa panas ditangan serta lengket. Selain itu, pada shift pagi kegiatan yang dilakukan cukup banyak. Sehingga dengan banyaknya kegiatan tersebut membuat petugas

kesehatan malas untuk melakukan hand hygiene dengan enam langkah sempurna.

Hal tersebut senada dengan hasil penelitian Ernawati, *et al* (2011) tentang kepatuhan *hand hygiene* perawat ruang rawat inap rumah sakit X di Malang masih rendah (35%). Angka kepatuhan yang tinggi ditemukan pada momen sesudah kontak atau melakukan tindakan sedangkan kepatuhan cuci tangan sebelum kontak sangat rendah bahkan tidak ada perawat yang melaksanakan *hand hygiene* pada momen

sebelum kontak dengan pasien.

Pelaksanaan Pengamatan Kegiatan *Hand Hygiene* Berdasarkan Shift Sore

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada petugas kesehatan nilai prosentase yang paling tinggi petugas kesehatan yang tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* pada *shift sore* pada saat sebelum melakukan kontak dengan pasien oleh mahasiswa sebanyak 29 (80,6%), sebelum melakukan tindakan terhadap pasien oleh mahasiswa sebanyak 29 (80,6%), sesudah melakukan kontak dengan pasien oleh dokter sebanyak 1 (25,0%), sesudah melakukan kontak dengan cairan tubuh oleh perawat sebanyak 14 (31,8%) dan sesudah melakukan kontak dengan lingkungan pasien oleh dokter sebanyak 1 (25%).

Berdasarkan observasi peneliti ketidak sempurnaan pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* dalam kegiatan *five moments* disebabkan karena kegiatan pada *shift sore* banyak tindakan yang harus dilakukan tetapi tenaga kesehatan lebih sedikit, sehingga petugas kesehatan tidak terlalu memperhatikan teknik enam langkah cuci tangan sempurna karena tidak terpajan oleh cairan tubuh pasien. Sehingga berisiko untuk penularan infeksi nosokomial dan flebitis baik dari petugas kesehatan kepada pasien maupun dari pasien kepada petugas kesehatan.

Pengamatan peneliti yang dilakukan pada *shift sore* sebagian besar kegiatan yang terjadi pada ruang rawat inap rumah sakit dustira yaitu dimulai dari operan, melakukan bed making, visit dokter, memeriksa pasien, mengganti cairan infus, memasang infus, mengambil specimen darah, memberikan

terapi oksigen, menyiapkan terapi injeksi, memberikan terapi nebulizer, membilas lambung, melakukan *Elektrokardiografi* (EKG), menyiapkan obat oral, mengantar pasien untuk pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG), mengantar pasien untuk pemeriksaan foto thorax, mengantar pasien untuk hemodialisa, memberikan terapi injeksi, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, memberikan terapi melalui selang *Nasogastric Tube* (NGT), memberikan terapi oral, pendokumentasian dan lain sebagainya merupakan kegiatan yang rutin dilakukan oleh petugas kesehatan (dokter, perawat dan mahasiswa keperawatan baik D3, S1 atau ners yang sedang praktik) pada *shift sore* yang selalu berhubungan langsung dengan pasien, sehingga pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* dalam *five moment* sangatlah penting dan harus diterapkan untuk meningkatkan *patient safety*.

Pengamatan peneliti didapatkan bahwa ketidak sempurnaan pelaksanaan *hand hygiene* dalam *five moment* oleh petugas kesehatan (dokter, perawat dan mahasiswa keperawatan baik D3, S1 atau ners yang sedang praktik) pada *shift sore* dikarenakan media yang digunakan kurang memadai seperti campuran air pada sabun yang terlalu banyak, tisu yang jarang tersedia, antiseptik berbasis alkohol murni sehingga menimbulkan bau yang menyengat dan terasa panas ditangan serta lengket. Selain itu, pada *shift sore* kegiatan yang dilakukan cukup banyak dan sedikitnya petugas kesehatan yang dijadwalkan berdinis. Sehingga dengan banyaknya kegiatan tersebut membuat petugas kesehatan kurang memperhatikan untuk melakukan *hand hygiene* dengan enam langkah sempurna.

Hal ini sama dengan hasil penelitian Damanik (2012), didapatkan kepatuhan perawat melakukan *hand hygiene* sebesar 48,3% dan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja ($p = 0,026$), pengetahuan ($p = 0,000$), dan ketersediaan tenaga kerja ($p = 0,000$) dengan kepatuhan melakukan *hand hygiene*. Ketersediaan tenaga kerja merupakan faktor paling dominan dalam melakukan *hand hygiene*.

*Penelitian ini juga didukung dengan hasil penelitian Sofyani (2012) tentang persepsi perawat mengenai factor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan *hand hygiene* di ICU Rumah Sakit MH. Thamrin Salemba adalah faktor kurangnya pengetahuan perawat mengenai teknik dan lima waktu pelaksanaan *hand hygiene*, beban kerja yang lebih tinggi dan kekurangan tenaga, masih kurangnya jumlah wastafel dan letaknya yang jauh. Alasan lainnya yaitu saat menangani kondisi darurat, perawat merasa prosedur *hand hygiene* merepotkan, faktor malas, air yang mati atau keran yang rusak.*

Pelaksanaan Pengamatan Kegiatan *Hand Hygiene* Berdasarkan Shift Malam

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada petugas kesehatan nilai prosentase yang paling tinggi petugas kesehatan yang tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* pada shift malam pada saat sebelum melakukan kontak dengan pasien oleh mahasiswa sebanyak 53 (89,8%), sebelum melakukan tindakan terhadap pasien oleh mahasiswa sebanyak 53 (89,8%), sesudah melakukan kontak dengan pasien

oleh dokter sebanyak 3 (50,0%), sesudah melakukan kontak dengan cairan tubuh oleh dokter sebanyak 3 (50,0%) dan sesudah melakukan kontak dengan lingkungan pasien oleh dokter sebanyak 3 (50,0%). Hal ini dikarenakan pada saat shift malam terdapat waktu yang panjang tetapi kegiatan yang dilakukan sama dengan shift pagi dan sore, sehingga petugas kesehatan kurang memperhatikan pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* sebelum *moments* ke pasien dikarenakan sedang melakukan kegiatan lain. Tetapi pada kegiatan sesudah ke pasien petugas kesehatan mencuci tangan walaupun dengan tidak sempurna, karena kebanyakan kegiatan pada malam hari yaitu membenarkan selang infus yang macet sehingga risiko terkena cairan tubuh pasien lebih banyak.

Hal tersebut diatas sesuai dengan hasil penelitian Sofyani (2012) tentang persepsi perawat mengenai factor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan *hand hygiene* di ICU Rumah Sakit MH. Thamrin Salemba adalah faktor kurangnya pengetahuan perawat mengenai teknik dan lima waktu pelaksanaan *hand hygiene*, beban kerja yang lebih tinggi dan kekurangan tenaga, masih kurangnya jumlah wastafel dan letaknya yang jauh

Tabel 4. Pelaksanaan kegiatan hand hygiene oleh petugas kesehatan pada shift malam

Tenaga Kesehatan	Kegiatan Hand Hygiene			Total
	Tidak Dilakukan	Tidak Sempurna	Dilakukan Sempurna	
Sebelum Kontak dengan Pasien				
Dokter	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	6 (100%)
Perawat	37 (67,3%)	15 (27,3%)	3 (5,5%)	55 (100%)
Mahasiswa	53 (89,8%)	4 (6,8%)	2 (3,4%)	59 (100%)
Total	95 (79,2%)	20 (16,7%)	5 (4,2%)	120 (100%)
Sebelum Tindakan dengan Pasien				
Dokter	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	6 (100%)
Perawat	38 (69,1%)	14 (25,25%)	3 (5,5%)	55 (100%)
Mahasiswa	53 (89,8%)	4 (6,8%)	2 (3,4%)	59 (100%)
Total	96 (80,0%)	19 (15,8%)	5 (4,2%)	120 (100%)
Sesudah Kontak dengan Pasien				
Dokter	3 (50,0%)	3 (50,0%)	0 (0,0%)	6 (100%)
Perawat	25 (45,5%)	26 (47,3%)	4 (7,3%)	55 (100%)
Mahasiswa	15 (25,4%)	41 (69,5%)	3 (5,1%)	59 (100%)
Total	43 (35,8%)	70 (58,3%)	7 (5,8%)	120 (100%)
Sesudah Kontak dengan Cairan Tubuh Pasien				
Dokter	3 (50,0%)	3 (50,0%)	0 (0,0%)	6 (100%)
Perawat	25 (45,5%)	26 (47,3%)	4 (7,3%)	55 (100%)
Mahasiswa	15 (25,4%)	41 (69,5%)	3 (5,1%)	59 (100%)
Total	43 (35,8%)	70 (58,3%)	7 (5,8%)	120 (100%)
Sesudah Kontak dengan Lingkungan Pasien				
Dokter	3 (50,0%)	3 (50,0%)	0 (0,0%)	6 (100%)
Perawat	25 (45,5%)	26 (47,3%)	4 (7,3%)	55 (100%)
Mahasiswa	18 (30,5%)	38 (64,4%)	3 (5,1%)	59 (100%)
Total	46 (38,3%)	67 (55,8%)	7 (5,8%)	120 (100%)

Alasan lainnya yaitu saat menangani kondisi darurat, perawat merasa prosedur hand hygiene merepotkan, faktor malas, air yang mati atau keran yang rusak.

Seluruh petugas kesehatan seharusnya sudah dapat menerapkan *hand hygiene* dalam *five moment* karena di ruangan sudah disediakan gambar *hand hygiene*, gambar *five moment* dan alat untuk *handwash* dan *handrub*. Selain itu *hand hygiene* merupakan salah satu tindakan yang mudah dan efektif untuk penurunan infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial memiliki keterkaitan langsung dengan pemenuhan pelaksanaan *hand hygiene*, pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* yang sesuai dengan teknik dan waktu yang telah ditentukan yaitu dengan *five moments* akan menurunkan insiden infeksi nosokomial (Sofyani, 2012). Namun sayangnya, pemenuhan pelaksanaan *hand hygiene* oleh petugas kesehatan masih tergolong rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Salim (2012) menjelaskan bahwa *hand hygiene* yang dilakukan oleh semua pegawai rumah sakit dapat mencegah terjadinya *hospital acquired infections* (HAIs) sebesar 15-30 %.

Pelaksanaan *hand hygiene* dalam *five moments* sangat penting karena jika tidak dilaksanakan maka berefek pada masalah baru baik untuk pasien, petugas kesehatan maupun bagi keluarga dan kerabat yang berkunjung ke rumah sakit. Pelaksanaan *hand hygiene* yang benar teknik dan waktunya dapat mencegah penyakit baik dari petugas kesehatan kepada pasien, dari pasien kepada petugas kesehatan, ataupun dari pengunjung lain. *Hand hygiene* haru diterapkan karena tangan sering menjadi agen yang membawa kuman dan menyebabkan *pathogen* berpindah dari satu orang ke orang lain, baik dengan kontak langsung ataupun kontak tidak langsung (Jamaluddin, 2012). Selain itu melaksanakan *hand hygiene* dalam *five moments* juga banyak manfaatnya yaitu untuk melindungi pasien dari bakteri patogen yang ada pada tangan petugas dan untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien (Sakamoto *et al*, 2010).

SIMPULAN

Berdasarkan penelitian tentang “gambaran pelaksanaan kegiatan *hand hygiene* oleh petugas kesehatan dalam kegiatan *patient*

safety di ruang rawat inap penyakit dalam pria Rumah Sakit Dustira Cimahi” dapat disimpulkan bahwa sebagian besar petugas kesehatan tidak melakukan cuci tangan dengan sempurna, dengan hasil sebagai berikut:

1. Petugas kesehatan yang tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* pada *shift* pagi pada saat sebelum melakukan kontak dengan pasien oleh mahasiswa sebanyak 25 (73,5%), sebelum melakukan tindakan terhadap pasien oleh mahasiswa sebanyak 23 (67,6%), sesudah melakukan kontak dengan pasien oleh perawat sebanyak 16 (38,1%), sesudah melakukan kontak dengan cairan tubuh oleh perawat sebanyak 16 (38,1%) dan sesudah melakukan kontak dengan lingkungan pasien oleh perawat sebanyak 16 (38,1%).
2. Petugas kesehatan yang tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* pada *shift* sore pada saat sebelum melakukan kontak dengan pasien oleh mahasiswa sebanyak 29 (80,6%), sebelum melakukan tindakan terhadap pasien oleh mahasiswa sebanyak 29 (80,6%), sesudah melakukan kontak dengan pasien oleh dokter sebanyak 1 (25,0%), sesudah melakukan kontak dengan cairan tubuh oleh perawat sebanyak 14 (31,8%) dan sesudah melakukan kontak dengan lingkungan pasien oleh dokter sebanyak 1 (25%).
3. Petugas kesehatan yang tidak melakukan kegiatan *hand hygiene* pada *shift* malam pada saat sebelum melakukan kontak dengan pasien oleh mahasiswa sebanyak 53 (89,8%), sebelum melakukan tindakan terhadap pasien oleh mahasiswa sebanyak 53 (89,8%), sesudah melakukan kontak dengan pasien oleh dokter sebanyak 3 (50,0%), sesudah melakukan kontak dengan cairan tubuh oleh dokter sebanyak 3 (50,0%) dan sesudah melakukan kontak dengan lingkungan pasien oleh dokter sebanyak 3 (50,0%).

DAFTAR PUSTAKA

- Chou , *et al*. (2010). Changing The Culture Of Hand Hygiene Compliance Using A Bundle That Includes a Violation Letter. *American Journal of Infection Control*. Di unduh dari <http://www.ajicjournal.org>.

- Conrad, et al. (2010). Are short training sessions on hand hygiene effective Preventing hospital-acquired MRSA a time-series analysis. *American Journal of Infection Control*. Di unduh dari <http://www.ajicjournal.org>.
- Damanik. (2012). Kepatuhan Hand Hygiene di Rumah Sakit Immanuel Bandung, *Jurnal Universitas Padjadjaran*. Diunduh dari <http://jurnal.unpad.ac.id>.
- Darmadi. (2008). *Infeksi Nosokomial Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes RI. (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta.
- Depkes RI. (2011). *Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta
- Depkes RI. (2013). *Lima Momen Saat Praktek Membersihkan Tangan*. Jakarta.
- Depkes RI. (2014). *Hand Hygiene dengan Sabun*. Jakarta
- Ernawati, et al. (2011). Penerapan Hand Hygiene Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. Diunduh dari <http://jkb.ub.ac.id>.
- Ilyas. (2008). *Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit "Teori, Metoda dan Formula"*. Jakarta: Sagung Seto.
- Jamaluddin. (2012). *Majalah kedokteran Terapi Intensif: Kepatuhan Cuci Tangan 5 Momen di Unit Perawatan Intensif*. Diunduh dari <http://perpus.yarsi.ac.id>.
- Kemenkes, RI. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Khoiriyati. (2013). *Tingkatkan Keselamatan Pasien dengan Membudayakan Hand Hygiene*. [Online]. Di unduh dari <http://www.umy.ac.id>.
- Krishnan, et al. (2015). *Alcohol Handrubbing and Chlorhexidine Handwashing are Equally Effective in Removing Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus from Health Care Workers' Hands: A Randomized Controlled Trial*. [Online]. Di unduh dari <http://www.ajicjournal.org>.
- Landrigan et, al. (2010). *Hubungan Antara Implementasi SMM ISO 9001 dan Kinerja Klinis Pelayanan SC di RSUP Dr. Sardjito*. (Skripsi, Universitas Gadjah Mada). Diunduh dari <http://stikeskusumahusada.ac.id>.
- Napitupulu, (2015). *Gambaran Kepatuhan Cuci Tangan pada Petugas Kesehatan Sesuai Prinsip 5 Momen 6 Langkah di Ruang Rawat Inap RSUP Haji Adam Malik Medan*. (Skripsi, Universitas Sumatra Utara). Di unduh dari <http://repository.usu.ac.id>.
- Nugraheni, dkk. (2012). Infeksi Nosokomial di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. *Jurnal Universitas Diponegoro*. Di unduh dari <http://ejournal.undip.ac.id>.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan dengan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Professional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sakamoto, et al. (2010). Increased Use of Alcohol-Based Hand Sanitizers and Successful Eradication of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus From a Neonatal Intensive Care Unit: A Multivariate Time Series Analysis. *American Journal of Infektion Control*. Di unduh dari <http://www.ajicjournal.org>.

Salim, N.A. (2013). *Pelatihan Hand Hygine Dalam Pencegahan & Pengendalian Infeksi*. (Online]. Diunduh dari <http://www.mutupelayanankesehatan.net>.

Sofyani, A. (2012). *Persepsi Perawat Tentang Pemenuhan Pelaksanaan Hand Hygiene Perawat Di Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit MH Thamrin Salemba*. (Skripsi, Universitas Indonesia). Di unduh dari www.lib.ui.ac.id.

Lampiran 5

Lembar Observasi Hand hygiene

Lampiran 6

DOKUMENTASI HAND HYGIENE

