

Faktor Determinan Kepatuhan Pelaksanaan *Hand Hygiene* pada Perawat IGD RSUD dr. Iskak Tulungagung

Determinant Factors of ER Nurses' Hand Hygiene Compliance at dr. Iskak Hospital Tulungagung

Bramantya Surya Pratama¹, Mulyatim Koeswo¹, Kasil Rokhmad²

¹Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang

²RSUD Dr Iskak Tulungagung

Hospital-acquired infections (HAI) adalah infeksi yang terjadi pada pelayanan kesehatan selama menjalani prosedur perawatan dan tindakan medis. HAI menyebabkan pemanjangan lama rawat inap, sehingga merugikan pasien dan meningkatkan biaya perawatan. Cara paling efektif untuk membatasi penyebaran dari HAI adalah melaksanakan *hand hygiene* (HH) sesuai aturan. Hasil studi pendahuluan di IGD RSUD Dr. Iskak Tulungagung ditemukan bahwa kepatuhan *hand hygiene* perawat IGD hanya sebesar 30%. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mencari faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene* perawat IGD dan mencari solusi untuk meningkatkan tingkat kepatuhannya. Hasil penelitian menunjukkan rerata kepatuhan HH pada perawat sebesar 36% dengan kepatuhan tertinggi pada sebelum tindakan aseptis (50%) dan terendah pada setelah menyentuh sekitar pasien (20%) bahwa faktor-faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan *hand hygiene* perawat IGD adalah pengetahuan, fasilitas dan pengingat/*role model*. Solusi yang disepakati untuk meningkatkan kepatuhan adalah meningkatkan pengetahuan dengan cara memberi pembuktian efektifitas *hand hygiene* dalam mengurangi jumlah bakteri di tangan melalui pemeriksaan *agar gel*. Diharapkan agar solusi yang dipilih ditunjang dengan peningkatan fasilitas dan pelaksanaan sistem pengingat melalui poster atau *role model* dapat meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* dapat meningkat secara optimal.

Kata Kunci: *Hand hygiene*, kepatuhan, *role model*

ABSTRACT

Hospital-acquired infections (HAIs) are infections occurring in health care while undergoing treatment procedures and medical treatment. HAIs cause elongation of hospitalization, harms the patient, and increases maintenance costs. The most effective way to limit the spread of HAIs is to implement hand hygiene (HH). The results of a preliminary study in the Emergency Room (ER) of dr. Iskak Hospital Tulungagung showed that hand hygiene compliance of ER nurses is only 30%. The purpose of this study is to find out the factors that influence hand hygiene compliance of ER nurses and find solutions to improve the level of compliance. The results show the average level of hand hygiene compliance in nurses is 36% with adherence on before aseptic action (50%) and the lowest is after touching the patients (20%), the factors that influence most on hand hygiene compliance of ER nurses are knowledge, facilities, and reminder/*role model*. The solution agreed to increase compliance is to increase knowledge by giving a proof of the effectiveness of hand hygiene in reducing the number of bacteria on the hands through *agar gel* examination. It is expected that the chosen solution is supported by an increase in facilities and the implementation of reminder system via posters or *role models*, can be improved hand hygiene compliance optimally.

Keywords: Compliance, hand hygiene, *role model*

Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, Suplemen No. 2, 2015; Korespondensi: Bramantya Surya Pratama. Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, Jl. Veteran Malang 65145 Tel. (0341) 569117 Email: bramantyasp@yahoo.com

PENDAHULUAN

Hospital-acquired infections (HAI) atau infeksi nosokomial adalah infeksi yang terjadi di pelayanan kesehatan selama menjalani prosedur perawatan dan tindakan medis setelah ≥ 48 jam dan pada ≤ 30 hari setelah keluar dari fasilitas kesehatan. HAI merupakan salah satu penyebab penting meningkatnya morbiditas dan mortalitas pada pasien rumah sakit. Selain itu HAI menyebabkan pemanjangan lama rawat inap, sehingga merugikan pasien dan meningkatkan biaya perawatan (1). Di negara berkembang, pasien yang menderita HAI sebesar 5-10% dan meningkat menjadi 15%-40% pada pasien yang dirawat di ICU. Di Amerika Serikat, 2 juta orang per tahunnya menderita HAI, menyebabkan meningkatnya biaya hingga 4,5-5,7 milyar dolar serta menyebabkan 9000 kematian. Di Inggris, terdapat 100.000 kasus HAI dan menimbulkan biaya 1 milyar poundsterling serta 5000 kematian tiap tahunnya. Di Mexico, terdapat 450.000 kasus HAI, menyebabkan kematian 4%-58% (2).

Salah satu komponen penting untuk membatasi penyebaran dari HAI adalah melaksanakan pengendalian infeksi dengan baik. Cara pengendalian infeksi yang terbukti paling efektif adalah memastikan perawat rumah sakit melaksanakan *hand hygiene* (HH) sesuai aturan (3). Tiga kelompok mikro organisme terdapat pada kulit yaitu organisme yang tumbuh di kulit (flora normal), organisme kontaminan (flora transien) dan patogen penyebab infeksi. Pada umumnya potensi flora normal untuk menyebabkan penyakit kecil kecuali masuk kedalam jaringan tubuh melalui trauma atau terpapar dalam benda asing yang masuk ke tubuh seperti IV kateter. Sebaliknya flora transien merupakan sumber paling besar untuk terjadinya HAI, tetapi flora transien mudah dibersihkan dengan melaksanakan HH. Untuk melaksanakan HH dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu dengan mencuci tangan dan disinfeksi tangan. Mencuci tangan adalah membasahi tangan dengan air mengalir memakai sabun maupun tanpa memakai sabun non antiseptik untuk menghilangkan kotoran dan flora transien untuk menghindari kontaminasi silang. Mencuci tangan secara higienis adalah membasahi tangan dengan air mengalir dengan memakai sabun antiseptik, sedangkan disinfeksi tangan adalah menggunakan cairan antiseptik untuk membersihkan tangan baik cairan antiseptik atau alkohol tanpa mencuci tangan (4).

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa ketika terjadi peningkatan kepatuhan cuci tangan dari buruk ($<60\%$) menjadi sangat baik (90%) akan menurunkan angka HAI sebesar 24%. Beberapa penelitian lain menyebutkan kepatuhan cuci tangan mendorong penurunan infeksi MRSA (*Methicillin Resistant Staphylococcus aureus*) sebesar 48,2%-87%. Jika dihitung secara *cost benefit* pada rumah sakit dengan 200 tempat tidur, setiap peningkatan kepatuhan cuci tangan sebesar 1% akan menghemat pengeluaran rumah sakit sebesar 39.650 dollar setiap tahunnya (5).

Hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Iskak Tulungagung ditemukan bahwa angka HAI belum didokumentasikan dengan baik sehingga hasilnya kurang akurat. Pada data pencapaian pelayanan rawat inap didapatkan penyebab kematian terbanyak karena *septicaemia* sehingga perlu diwaspadai kemungkinan meningkatnya insiden HAI. Data tentang angka kepatuhan HH di RSUD Dr. Iskak Tulungagung juga belum didokumentasikan dengan baik. Untuk mengetahui

gambaran kepatuhan HH di RSUD Dr. Iskak Tulungagung dilakukan observasi awal di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. Iskak Tulungagung. Penelitian dilakukan di IGD karena banyak tindakan dilakukan di IGD termasuk tindakan invasif dan tindakan di IGD memerlukan penanganan yang cepat. Penelitian dilakukan terhadap perawat karena perawat merupakan perawat IGD yang paling sering melakukan tindakan. Hasil observasi ditemukan bahwa kepatuhan HH sebesar 30%. Berdasarkan uraian diatas, maka diperlukan penelitian mengenai faktor- faktor yang mempengaruhi kepatuhan HH pada perawat di IGD RSUD dr. Iskak Tulungagung.

Berdasarkan studi literatur, beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan HH yaitu kurangnya fasilitas untuk mencuci tangan, pengetahuan petugas kesehatan yang kurang, iritasi kulit dan kulit kering saat sering mencuci tangan, keyakinan bahwa menggunakan sarung tangan sudah tidak membutuhkan HH, beban kerja tinggi, rendahnya motivasi, rendahnya komitmen institusi untuk pelaksanaan HH yang baik juga berkontribusi dalam rendahnya pelaksanaan cuci tangan serta ketidakpedulian dan tidak setuju perawat terhadap aturan. Faktor-faktor yang mempengaruhi HH akan digunakan sebagai pedoman untuk melakukan penelitian (6-8).

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif kuantitatif. Populasi dan sampel yang diambil adalah 45 orang perawat IGD RSUD dr. Iskak Tulungagung. Perawat IGD tersebar di 5 ruangan, yaitu triase primer, triase sekunder, *green zone*, *yellow zone* dan *red zone*. Penelitian ini menggunakan metode observasi untuk melihat kepatuhan HH dengan cara membandingkan jumlah HH yang dilaksanakan dengan kesempatan HH yang ada. Kesempatan cuci tangan berdasar dari 5 momen cuci tangan WHO (9). Perawat dianggap patuh jika melaksanakan HH $\geq 50\%$ kesempatan, dan dianggap tidak patuh jika melaksanakan HH $<50\%$ kesempatan. Selain itu juga dibagikan kuisisioner kepada perawat untuk mengetahui profil dan persepsi perawat terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan HH yang diukur dengan 5 skala likert. *Brainstorming* dengan manajemen rumah sakit dilakukan untuk mengidentifikasi analisis akar masalah secara holistik dalam bentuk diagram *fish-bone Ishikawa*. Hasil dari penggolongan kemudian dilakukan analisis akar masalah dengan metode 5 *whys* sehingga ditemukan permasalahan utama dan akan dibandingkan dengan hasil kuisisioner apakah sesuai pendapat perawat dengan masalah utama yang ditemukan. Penentuan 5 *whys* dilakukan bersama manajemen rumah sakit, tim IGD dan tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) dengan *Focus Group Discussion* (FGD) sehingga ditemukan akar permasalahan yang disepakati bersama. Untuk menyelesaikan akar masalah agar tidak terulang kembali perlu disusun beberapa alternatif solusi terhadap permasalahan. Alternatif solusi ditentukan bersama dengan FGD bersama manajemen rumah sakit, tim IGD dan tim PPI kemudian dipilih alternatif solusi terbaik dengan teori tapisan *Mc Namara*. Penentuan alternatif solusi terbaik dengan memberikan formulir yang berisi daftar alternatif solusi kepada peserta diskusi dan menentukan 3 kriteria yang dinilai dari setiap alternatif yaitu efektifitas, efisiensi, dan kemudahan. Tiap kriteria diberikan skor nilai antara 1-5. Setelah peserta diskusi memberikan penilaian kepada masing-masing alternatif

solusi, kemudian masing masing skor dirata-rata. Total skor tertinggi adalah solusi permasalahan yang dipilih (10).

HASIL

Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan bahwa tingkat kepatuhan melaksanakan HH di IGD RSUD Dr. Iskak Tulungagung adalah sebesar 36%. Untuk kelengkapan fasilitas IGD, kelemahan pada IGD RSUD Dr. Iskak Tulungagung adalah pada jumlah dispenser *hand rub* yang tidak sebanding dengan jumlah pasien, misalnya di *yellow zone* dengan jumlah pasien rata-rata 10- 30 orang hanya memiliki 1 dispenser *hand rub*. Berdasarkan Tabel 1 ditemukan bahwa kepatuhan paling tinggi terdapat pada sebelum melakukan tindakan aseptis (50%) dan kepatuhan paling rendah terdapat pada setelah menyentuh sekitar pasien (22%). Kepatuhan yang tinggi didominasi oleh penggunaan sarung tangan.

Tabel 1. Kepatuhan *hand hygiene* perawat berdasarkan 5 momen *hand hygiene*

No	Momen <i>Hand hygiene</i>	Melakukan	Tidak
1	Sebelum menyentuh pasien	48%	52%
2	Sebelum tindakan aseptis	50%	50%
3	Setelah terpapar cairan tubuh	25%	75%
4	Setelah menyentuh pasien	31%	69%
5	Setelah menyentuh sekitar pasien	22%	78%
TOTAL		36%	64%

Jika dibandingkan dengan kepatuhan HH didapatkan hasil dari faktor usia 24% responden yang berusia ≤ 30 tahun patuh melaksanakan HH, sedangkan yang berusia >30 tahun 22% patuh. Jika dilihat dari faktor jenis kelamin, 25% responden laki-laki patuh melaksanakan HH sedangkan 20% responden perempuan patuh. Dari faktor lamanya masa kerja, responden yang bekerja ≤ 2 tahun memiliki kepatuhan 29% sedangkan yang bekerja >2 tahun tingkat kepatuhannya 17%. Untuk tingkat pendidikan, lulusan D3 memiliki kepatuhan 25% sedangkan lulusan S1 memiliki kepatuhan 17% (Tabel 2).

Tabel 2. Kepatuhan *hand hygiene* perawat berdasarkan 5 momen *hand hygiene*

No	Karakteristik Individu	Patuh	Tidak	Jumlah
1	Usia ≤30	4	13	17
	>30	2	7	9
2	Jenis Kelamin Laki-laki	4	12	16
	Perempuan	2	8	10
3	Masa kerja ≤2 tahun	4	10	14
	>2 tahun	2	10	12
4	Pendidikan D3	5	15	20
	S1	1	5	6

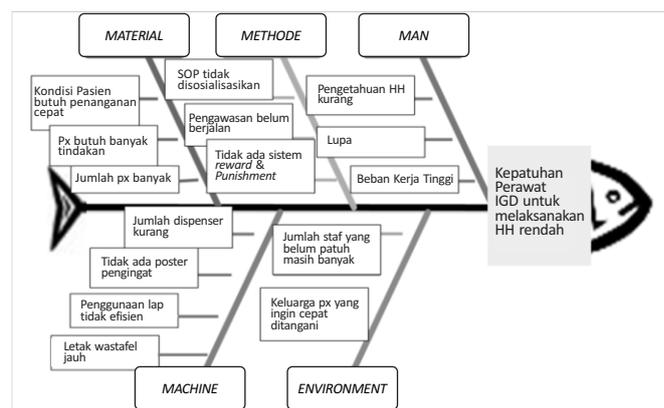
Dari hasil kuisioner ditemukan bahwa 92% responden setuju bahwa mereka memiliki pengetahuan yang cukup tentang HH, dan 81% responden setuju bahwa mereka pernah mendapatkan pelatihan terkait HH dan 81% responden setuju bahwa fasilitas penunjang HH di IGD

sudah cukup. Dapat disimpulkan bahwa perawat IGD memiliki persepsi pengetahuan, pelatihan dan ketersediaan peralatan HH yang cukup. Berdasarkan hasil kuisioner tentang persepsi perawat IGD tentang faktor-faktor yang mempengaruhi HH didapatkan hasil faktor pengingat merupakan faktor paling mempengaruhi kepatuhan HH (Tabel 3).

Tabel 3. Persepsi perawat tentang faktor-faktor yang mempengaruhi *hand hygiene*

No	Faktor yang mempengaruhi	% perawat yang berpendapat mempengaruhi
1	Pengetahuan	96%
2	Fasilitas yang lengkap	88%
3	Pengawasan	58%
4	Pengingat	100%
5	<i>Reward & punishment</i>	65%
6	Beban kerja	65%

Dari hasil survei kemudian dilakukan FGD dengan tim manajemen IGD dan tim PPI untuk menganalisis akar masalah dengan diagram *fishbone* (Gambar 1) dan dilanjutkan teknik bertanya 5 *Whys*. Meskipun dalam kuisioner perawat berpendapat bahwa fasilitas pendukung HH sudah cukup tetapi peserta FGD berpendapat bahwa jumlah dispenser *handrub* di IGD masih belum sesuai standar WHO yaitu 1 dispenser untuk 2-4 bed sedangkan di IGD hanya terdapat 1 dispenser untuk 10-30 bed. Peserta FGD juga berpendapat bahwa meskipun perawat IGD menyatakan bahwa pengetahuan mereka tentang HH sudah baik tetapi pemahaman mereka tentang pentingnya HH masih kurang. Disepakati bersama bahwa akar penyebab masalah rendahnya kepatuhan perawat IGD untuk melaksanakan HH yaitu perawat belum memiliki kebiasaan untuk melaksanakan HH dikarenakan kurang memahami pentingnya HH dan fasilitas pendukung HH yang kurang.



Gambar 1. Diagram *fishbone*

Dari kedua akar penyebab masalah tersebut dicari alternatif solusi pemecahan masalah dengan metode *McNamara* untuk menentukan solusi yang terbaik. Alternatif solusi yang ditemukan adalah mengadakan pelatihan terpusat, menambah jumlah dispenser *hand rub* menjadi 4:1 atau 2:1, *handrub* diberikan ke semua

petugas, meningkatkan fungsi PPI dan pengawas, menambah poster pengingat dan melaksanakan pemeriksaan agar untuk melihat jumlah koloni bakteri pada tangan yang sering dan jarang HH. Setelah dilakukan pemberian skor dengan metode *McNamara*, solusi yang dipilih adalah dengan merubah perilaku perawat dengan cara melakukan pemeriksaan koloni bakteri pada tangan perawat IGD dengan media *agar gel* untuk meningkatkan pemahaman perawat tentang HH. Dengan pemeriksaan tersebut diharapkan akan menjadi pengingat bagi perawat pentingnya HH untuk menurunkan jumlah koloni kuman dengan menunjukkan contoh nyata.

DISKUSI

Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan bahwa tingkat kepatuhan melaksanakan HH hanya 36% sehingga dapat disimpulkan kepatuhan masih rendah. Berdasarkan penelitian Allegranzi *et al* di 5 negara, rata-rata tingkat kepatuhan HH di dunia sebesar 51%. Di Indonesia menurut Damanik yang melakukan penelitian di RS Immanuel Bandung ditemukan angka kepatuhan HH sebesar 48,3%. Kepatuhan yang rendah akan meningkatkan HAI karena kontaminasi silang. Di IGD banyak tindakan dilakukan sehingga kontaminasi silang sering terjadi. Moran *et al* melakukan penelitian di IGD beberapa rumah sakit pendidikan di Amerika Serikat dan menemukan bahwa 59% pasien dengan infeksi kulit yang masuk ke IGD biakan kulturanya mengandung MRSA. Hal ini tentu saja akan sangat membahayakan pasien yang lain apabila HH tidak dijalankan dengan benar di IGD (11-13).

Berdasarkan usia, responden yang berusia ≤ 30 tahun lebih patuh melaksanakan HH. Hasil ini sesuai dengan penelitian Sharma yang menyebutkan bahwa kepatuhan perawat dibawah usia 30 tahun sedikit lebih tinggi dibandingkan yang diatas 30 tahun. Perawat IGD yang berjenis kelamin laki-laki memiliki kepatuhan HH lebih tinggi. Hasil ini sesuai dengan penelitian Setiawati yang menyebutkan bahwa perawat laki-laki lebih taat untuk melakukan HH dibandingkan perempuan. Berdasarkan masa kerja, perawat IGD yang bekerja kurang dari 2 tahun memiliki HH lebih tinggi. Hasil ini berbeda dengan penelitian Damanik yang menyebutkan bahwa perawat yang bekerja lebih dari 2 tahun memiliki kepatuhan lebih tinggi. Perawat IGD lulusan D3 Keperawatan memiliki kepatuhan HH lebih tinggi. Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Setiawati yang menyebutkan bahwa perawat dengan pendidikan lebih tinggi memiliki ketaatan lebih tinggi. Meskipun sama-sama menunjukkan perbedaan kepatuhan berdasarkan karakteristik perawat, baik Sharma maupun Setiawati dari uji statistik tidak menemukan hubungan signifikan antara usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja terhadap kepatuhan HH. Dapat disimpulkan bahwa meskipun ditemukan perbedaan kepatuhan, karakteristik individu tidak mempengaruhi kepatuhan HH (14,15).

Perawat di IGD RSUD Dr. Iskak Tulungagung telah mendapatkan pengetahuan, pelatihan dan fasilitas yang cukup terkait HH, tetapi tingkat kepatuhannya masih rendah. Oleh karena itu perlu dicari faktor lain yang berhubungan dengan rendahnya tingkat kepatuhan HH. Berdasarkan hasil FGD diidentifikasi bahwa akar penyebab masalah rendahnya kepatuhan perawat IGD untuk melaksanakan HH yaitu perawat belum memiliki kebiasaan untuk melaksanakan HH dikarenakan kurang memahami pentingnya HH dan fasilitas pendukung HH

yang kurang. Kedua faktor tersebut sesuai dengan pernyataan dari Akyol yang menyebutkan bahwa kurangnya fasilitas untuk mencuci tangan dan pengetahuan petugas kesehatan yang kurang berpengaruh terhadap rendahnya pelaksanaan HH (6).

Menurut Shekelle *et al* strategi-strategi yang terbukti efektif meningkatkan kepatuhan HH adalah melengkapi fasilitas pendukung HH, pelatihan/diklat terkait HH, penggunaan *role model*/pemimpin dalam tiap unit yang memberikan contoh dan motivasi untuk melaksanakan HH, penggunaan alat bantu visual berupa poster/video tentang HH, meningkatkan motivasi staf dengan pemberian insentif dan seminar motivasi serta melibatkan pasien untuk mengingatkan staf agar melaksanakan HH dengan baik. Solusi yang dipilih pada penelitian adalah dengan merubah perilaku perawat dengan cara melakukan pemeriksaan koloni bakteri pada tangan perawat IGD dengan media *agar gel* untuk meningkatkan pemahaman perawat tentang HH (16,17).

Arfianti menyebutkan bahwa perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (18). Skinner menyebutkan bahwa variabel eksternal menyebabkan dan mempengaruhi tingkah laku. Skinner menyatakan bahwa perilaku merupakan kumpulan dari pola tingkah laku. Perilaku terjadi melalui proses stimulus terhadap organisme, kemudian organisme merespons, teori ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus-Organisme-Respon. Terdapat 2 Jenis perilaku yaitu perilaku tertutup (*convert behavior*) dan perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Perilaku terbuka merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (19).

Menurut teori Green dalam Arfianti yang menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan, kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya; faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya fasilitas untuk cuci tangan; dan faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi mulai proses internalisasi

sehingga perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya (18).

Berdasarkan teori di atas, maka untuk merubah perilaku perawat untuk melaksanakan HH dengan baik yaitu dengan memberikan stimulus berupa pengetahuan sehingga timbul kepercayaan dan keyakinan bahwa HH memang penting dilakukan. Pengetahuan diberikan dengan cara memberi pembuktian efektifitas HH dalam mengurangi jumlah bakteri di tangan melalui pemeriksaan *agar gel* dengan membandingkan *swab* tangan sebelum melakukan HH dan setelah melakukan HH. Efektifitas HH dengan metode *agar gel* telah banyak diteliti, salah satunya oleh Sprunt *et al* yang membuktikan bahwa *agar gel* perawat yang rutin melaksanakan HH mengandung lebih sedikit bakteri dibandingkan perawat yang tidak rutin mencuci tangan. Diharapkan perawat

akan memberikan respon terhadap hasil pembuktian dan merubah perilaku untuk lebih patuh melaksanakan HH (20).

Hasil penelitian, menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan melaksanakan *hand hygiene* perawat IGD RSUD Dr. Iskak Tulungagung hanya 36% mengindikasikan kepatuhan masih rendah. Faktor-faktor utama penyebab rendahnya kepatuhan HH adalah pengetahuan yang kurang, fasilitas yang kurang dan tidak adanya pengingat. Solusi yang disepakati untuk meningkatkan kepatuhan HH adalah meningkatkan pengetahuan dengan cara memberi pembuktian efektifitas HH dalam mengurangi jumlah bakteri di tangan melalui pemeriksaan *agar gel*. Diharapkan agar solusi yang dipilih ditunjang dengan peningkatan fasilitas dan pelaksanaan sistem pengingat melalui poster atau *role model* sehingga kepatuhan HH dapat meningkat secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Petersen MH, Holm MO, Pedersen SS, Lassen AT, and Pedersen C. *Incidence and Prevalence of Hospital-Acquired Infections in a Cohort of Patients Admitted to Medical Departments*. Danish Medical Journal. 2010; 57(11): A4210.
- World Health Organization. *Improved Hand hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections*. Geneva: WHO; 2007.
- Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, and Peterson LR. *Influence of Role Models and Hospital Design on the Hand hygiene of Health-Care Workers*. Emerging infectious diseases. 2003; 9(2): 217-223.
- Pittet D. *Improving Compliance with Hand hygiene in Hospitals*. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2000; 21(6): 381-386.
- World Health Organization. *Evidence of Hand hygiene to Reduce Transmission and Infections by Multi - Drug Resistant Organisms in Health - Care Settings*. Geneva: WHO; 2014.
- Akyol AD. *Hand hygiene among Nurses in Turkey: Opinions and Practices*. Journal of Clinical Nursing. 2007; 16(3): 431-437.
- Mani A, Shubangi A, and Saini R. *Hand hygiene among Health Care Workers*. Indian Journal of Dental Research. 2010; 21(1): 115-118.
- Karabay O, Sencan I, Sahin I, Alpteker H, Ozcan A, and Oksuz S. *Compliance and Efficacy of Hand Rubbing during In-hospital Practice*. Medical Principles and Practice. 2005; 14(5): 313-317.
- WHO. *Hand hygiene: Why, How & When?* Geneva: WHO; 2009.
- Fauzia N, Ansyori A, dan Hariyanto T. *Kepatuhan Standar Prosedur Operasional Hand hygiene pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit*. Jurnal Kedokteran Brawijaya. 2014; 28(1): 93-96.
- Allegranzi B, Gayet-Ageron A, Damani N, *et al*. *Global Implementation of WHO's Multimodal Strategy for Improvement of Hand hygiene: A Quasi-Experimental Study*. The Lancet Infectious Diseases. 2013; 13(10): 843-851.
- Damanik SM. *Kepatuhan Hand hygiene di Rumah Sakit Immanuel Bandung*. Students E-Journals. 2012; 1(1): 29.
- Moran GJ, Krishnadasan A, Gorwitz RJ, *et al*. *Methicillin-Resistant S. Aureus Infections among Patients in the Emergency Department*. The New England Journal of Medicine. 2006; 355(7): 666-674.
- Sharma S, Sharma S, Puri S, and Whig J. *Hand hygiene Compliance in the Intensive Care Units of a Tertiary Care Hospital*. Indian Journal of Community Medicine. 2011; 36(3): 217-221.
- Setiawati. *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketaatan Petugas Kesehatan Melakukan Hand hygiene dalam Mencegah Infeksi Nosokomial*. [Tesis]. Universitas Indonesia, Jakarta. 2009.
- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, *et al*. *Effectiveness of a Hospital-Wide Programme to Improve Compliance with Hand hygiene*. The Lancet. 2000; 356(9238): 1307-1312.
- Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, *et al*. *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*. California: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013: p. 1-945.
- Arfianti DR. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kepatuhan Cuci Tangan Perawat di RSI Sultan Agung Semarang*. [Tesis]. Universitas Muhammadiyah Semarang, Semarang. 2010.
- Skinner BF. *Science and Human Behavior*. New York: Simon & Schuster Inc; 1953.
- Sprunt K, Redman W, and Leidy G. *Antibacterial Effectiveness of Routine Hand Washing*. Pediatrics. 1973; 52(2): 264-271.