

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Fase Pre Intervensi

Fase pre intervensi dilakukan pengamatan tingkat kepatuhan cuci tangan sesuai standar WHO terhadap petugas kesehatan di ruang 18 dan 19 RSSA mencakup dokter, perawat, staf farmasi, staf gizi, staf administrasi dan pelajar perawat. Angka kepatuhan cuci tangan masih tergolong rendah sebesar 18% pada ruang 18 dan 19 (tabel 5.1). Kepatuhan yang rendah ini disebabkan oleh banyak hal. Menurut WHO, beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya kepatuhan cuci tangan oleh para petugas kesehatan adalah terlalu sibuknya petugas kesehatan, bahan yang digunakan untuk mencuci tangan menyebabkan tangan kering dan teriritasi, wastafel yang letaknya kurang nyaman, pemikiran bahwa apabila menggunakan sarung tangan tidak lagi perlu untuk cuci tangan, kurangnya sabun maupun *handrub* dan kurangnya pengetahuan mengenai pentingnya cuci tangan.

Jika diamati berdasarkan lima momen cuci tangan menurut WHO, pada fase pre intervensi angka kepatuhan yang terendah adalah pada momen sebelum melakukan tindakan aseptik (4%) (tabel 5.7). Dari pengamatan yang telah dilakukan, petugas kesehatan melakukan cuci tangan di awal mereka memulai berkeliling untuk merawat pasien-pasien. Setelah mencuci tangan, petugas kesehatan menggunakan sarung tangan dan berkeliling dari satu pasien ke pasien yang lain untuk merawat maupun melakukan tindakan-tindakan aseptik seperti memasang infus atau injeksi obat tanpa mencuci tangan kembali. Selain itu masih kurangnya pemahaman petugas kesehatan untuk kembali mencuci tangan sebelum melakukan tindakan

aseptik meskipun sudah melakukan cuci tangan sebelum menyentuh pasien. Inilah yang menyebabkan rendahnya angka kepatuhan pada momen sebelum melakukan tindakan aseptik.

Penelitian-penelitian terdahulu juga banyak yang membahas mengenai angka kepatuhan cuci tangan di berbagai negara sebelum dilakukan intervensi. Observasi yang dilakukan oleh *International Nosocomial Infection Control Consortium* (INICC) di 51 kota dari 19 negara termasuk Amerika Latin, Asia, Timur Tengah, dan Eropa menunjukkan angka kepatuhan cuci tangan sebelum diberikan tindakan intervensi sebesar 48,3% (Rosenthal, 2013). Penelitian oleh WHO juga dilakukan selama dua tahun di 6 tempat yakni Costa Rica, Italia, Mali, Pakistan dan Saudi Arabia menunjukkan angka kepatuhan cuci tangan sebelum tindakan intervensi sebesar 51% (WHO, 2013). Hal yang sama juga dilakukan pada penelitian yang dilakukan Pittet *et al* dengan melakukan observasi di 7 rumah sakit di Swiss dan memperoleh tingkat kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan sebelum dilakukan tindakan intervensi yaitu sebesar 48% (Pittet et al., 2000).

Selain mengamati kepatuhan cuci tangan oleh petugas kesehatan, juga dilakukan skrining MRSA pada pasien yang dirawat di ruang 18 dan 19 RSSA. Diperoleh jumlah pasien karier MRSA pada fase pre intervensi adalah 11% (tabel 5.8). Angka karier MRSA yang tinggi ini disebabkan karena rendahnya tingkat kepatuhan cuci tangan oleh petugas kesehatan. Melalui tangan petugas kesehatan, bakteri dari pasien satu berpindah ke pasien lainnya. Inilah yang menjadi penyebab tingginya angka karier MRSA.

Penelitian sebelumnya juga menilai angka karier MRSA dengan mengambil swab hidung. Penelitian yang dilakukan di *Hospital Universiti Sains Malaysia* (HUSM) selama 2005 hingga 2007 dari 550 isolat yang diperoleh dari pasien dan petugas kesehatan diperoleh 21,5% merupakan MRSA dengan presentase terbesar diperoleh dari bangsal bedah dan ICU yakni sebesar 35,3% dan 29% (Al-Talib *et al.*, 2013). Shibabaw *et al* juga melakukan skrining MRSA pada petugas kesehatan dengan mengambil swab hidung dan memperoleh hasil 12,7% petugas kesehatan merupakan karier MRSA dan karier terbesar diperoleh dari bangsal bedah yakni 4 isolat positif dari 20 isolat yang diperoleh (57,1%) (Shibabaw *et al.*, 2013). Penelitian di Nepal menunjukkan prevalensi MRSA pada pasien yang dirawat di National Medical College Teaching Hospital, Birgunj, Nepal sebesar 3,2% (Shakya *et al.*, 2010)

6.2 Fase Intervensi

Fase intervensi ini dilakukan edukasi dalam bentuk presentasi, pemasangan spanduk di dalam dan luar ruangan, pemasangan stiker di sampul rekam medik pasien dan beberapa sudut ruangan yang sering nampak oleh petugas kesehatan dan pemberian lembar informasi yang wajib dibaca dan dipahami untuk seluruh pelajar perawat yang akan bekerja di ruang 19 RSSA. Diharapkan dengan edukasi yang diberikan mampu memberi pemahaman petugas kesehatan mengenai cuci tangan sesuai standar WHO dan dari spanduk serta stiker yang terpasang dapat mengingatkan seluruh petugas kesehatan untuk tetap cuci tangan pada lima momen cuci tangan dengan cara yang tepat.

Tindakan edukasi mengenai cuci tangan juga banyak dilakukan oleh peneliti-peneliti lain dengan menerapkan berbagai macam metode. Beberapa metode yang dilakukan adalah dengan memo (Conly, et al, 1989), poster (Conly et al, 1989, Avila-Aguero et al, 1998), pengingat secara verbal (Lohr et al, 1991, Swoboda et al, 2004) pemberian materi dalam kelas (Berg, et al, 1995) memberikan artikel yang membahas cuci tangan (Dorsey, et al, 1996), pemutaran video tentang cuci tangan, pemberian brosur (Avila-Aguero et al, 1998), pemberian materi berdasarkan kuesioner yang telah diberikan sebelumnya dan diisi oleh petugas kesehatan (Larson, et al, 1997), parodi musik dengan radio, slogan (das Neves, et al, 2006), dan masih banyak metode lainnya. Seluruh metode ini bertujuan sama yaitu untuk meningkatkan tingkat kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di rumah sakit.

Tindakan yang dilakukan selain edukasi juga dilakukan pemasangan *handrub* pada *bed* setiap pasien. Berbeda dengan kebijakan pemasangan *handrub* di RSSA yang berbasis alkohol, *handrub* yang dipasang merupakan *handrub* dengan kandungan 70% etanol ditambah dengan 0,5% klorheksidin glukonat dalam kemasan botol 500 ml. Klorheksidin memiliki efek antimikroba dengan aktifitas residual yang signifikan (WHO, 2009). Dengan penambahan klorheksidin sebanyak 0,5% mampu menambahkan aktifitas residual pada *handrub* alkohol sehingga mencegah atau menghambat proliferasi dan bertahannya mikroorganisme pada tangan petugas kesehatan setelah *handrub* digunakan (Boyce dan Pittet, 2002).

6.3 Fase Post Intervensi

Fase ini kembali diamati tingkat kepatuhan cuci tangan oleh petugas kesehatan dan diperoleh angka sebesar 64%. Analisis *chi square* (X^2) menunjukkan peningkatan yang bermakna tingkat kepatuhan cuci tangan oleh petugas kesehatan antara fase pre dan post intervensi ($p < 0,001$) (tabel 5.1). Peningkatan kepatuhan cuci tangan ini dipengaruhi oleh tindakan intervensi yang telah diberikan kepada seluruh petugas kesehatan yang bekerja pada ruang 18 dan 19 RSSA.

Dari pengamatan lima momen cuci tangan sesuai standar WHO, tingkat kepatuhan cuci tangan terendah diperoleh dari momen sebelum melakukan tindakan aseptik (41%), momen yang sama dengan pada fase pre intervensi (tabel 5.7). Hal ini dapat dikarenakan petugas kesehatan yang masih lupa bahwa sebelum melakukan tindakan aseptik harus kembali mencuci tangan dengan *handrub* meskipun saat sebelum menyentuh pasien sudah melakukan cuci tangan dengan *handrub*.

Penelitian mengenai kepatuhan cuci tangan banyak sekali kita temukan dengan berbagai strategi yang dimiliki masing-masing peneliti. Pengamatan kepatuhan cuci tangan di Australia dilakukan secara rutin setiap tahunnya dan pada tahun 2013 diperoleh tingkat kepatuhan rata-rata sebesar 79% yang diamati dari 752 rumah sakit dengan tingkat kepatuhan terendah adalah pada momen setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien (Australian Institute of Health and Welfare, 2013). Penelitian oleh WHO pada 6 negara dengan menerapkan strategi dari WHO untuk meningkatkan angka kepatuhan cuci tangan mampu meningkatkan angka kepatuhan yang mulanya sebesar 51% menjadi 67% (WHO, 2013). Penelitian yang

dilakukan pada 7 rumah sakit di Swiss dengan tindakan intervensi berupa penyediaan handrub untuk petugas kesehatan mampu meningkatkan angka kepatuhan cuci tangan yang mulanya 48% menjadi 66% (Pittet *et al.*, 2000)

Angka karier MRSA pada fase post intervensi sebesar 3% yang menunjukkan penurunan yang bermakna diantara angka karier MRSA pada fase pre intervensi dan pada fase post intervensi ($p < 0,001$) (tabel 5.8). Hal ini membuktikan dengan peningkatan kepatuhan cuci tangan oleh petugas kesehatan di ruang 18 dan 19 RSSA diikuti oleh penurunan angka karier MRSA pada penderita. Ini disebabkan dengan meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan mampu mencegah penyebaran bakteri MRSA dari pasien satu ke pasien lainnya melalui tangan petugas kesehatan.

6.4 Kendala Penelitian

Penelitian ini berlangsung di ruang 18 dan 19 RSSA Malang dengan karakteristik ruangan yang berbeda di antara keduanya. Ruang 18 memiliki pasien yang lebih sedikit dibandingkan dengan ruang 19 sehingga ruangan juga tidak terlalu besar. Hal ini lebih memudahkan untuk dilakukan observasi kepatuhan cuci tangan oleh petugas kesehatan. Lain halnya dengan ruang 19 yang memiliki luas ruangan yang besar sehingga observasi lebih sulit dilakukan namun dapat diatasi dengan cara berpindah-pindah tempat untuk mengamati seluruh petugas kesehatan yang sedang bekerja.

Kendala lainnya adalah keberadaan pelajar perawat di ruang 19 RSSA yang berganti-ganti setiap minggunya. Edukasi yang dilakukan seminggu sekali selama fase intervensi sementara pelajar perawat yang berganti-ganti setiap minggunya dan

bekerja dalam 3 *shift* membuat edukasi berjalan lebih sulit di ruang 19. Namun pada akhirnya kendala tersebut dapat diatasi dengan membuat lembar informasi yang wajib untuk dibaca dan dipahami oleh seluruh pelajar perawat baru yang akan merawat pasien sebelum mereka memulai merawat pasien. Selama fase intervensi juga edukasi melalui presentasi juga terus diulang setiap minggunya untuk memberikan pemahaman yang menyeluruh kepada seluruh petugas kesehatan, memastikan agar mereka mengingat seluruh materi yang diberikan. Edukasi yang dilakukan dengan metode yang berbeda antara ruang 18 dan 19 ini juga merupakan kendala yang mampu mempengaruhi hasil pengamatan yang diperoleh melalui observasi.

Kendala lainnya yang dihadapi adalah sulitnya memperoleh sampel swab penderita yang lengkap karena pasien merupakan pasien pulang paksa atau perawat yang kadang terlupa. Terkadang sampel swab hanya diambil saat penderita masuk namun lupa saat hari kelima maupun saat pulang atas sebaliknya. Hal ini pada akhirnya dapat teratasi dengan cara membuat catatan pengingat kepada perawat mengenai sampel swab yang telah diambil dan sampel swab yang perlu diambil setiap harinya sehingga sampel swab dapat tercapai lengkap.