

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Penelitian**

Infeksi nosokomial atau yang lebih dikenal dengan *Health-care Associated Infections (HAIs)* merupakan penyebab utama mortalitas dan morbiditas sebesar 22,4-52,4% pada pasien di rumah sakit. *HAIs* adalah efek samping yang terjadi di layanan perawatan kesehatan di seluruh dunia (Carter et al., 2014). Sebuah studi tentang prevalensi *HAIs*, dikoordinasikan oleh *World Health Organization (WHO)* di 55 rumah sakit di 14 negara di Asia, Eropa, Timur Mediterania dan Pasifik Barat mengungkapkan itu rata-rata 8,7% pasien mengalami infeksi selama rawat inap (World Health Organization, 2009). Tercatat dari 2 juta kasus di Amerika, terjadi kematian sebanyak 80.000 dengan prosentase 4% diakibatkan oleh infeksi nosokomial dalam pelayanan kesehatan, serta 100.000 kasus infeksi nosokomial, terjadi 5.000 kematian dengan prosentase 5% setiap tahunnya di Inggris (Pittet and Donaldson, 2005).

Pasien yang sedang dalam proses perawatan akan berisiko tinggi terkena infeksi nosokomial, hal ini disebabkan pelayanan medis di rumah sakit yang tidak terlepas dari kegiatan pengobatan serta perawatan pasien dengan berbagai penyakit infeksi mulai dari yang ringan sampai yang berat (Darmadi, 2008). Kejadian infeksi di rumah sakit dianggap sebagai masalah yang serius karena dapat mengancam kesehatan petugas kesehatan, serta dapat mengancam keselamatan pasien (Luo et al., 2010). Infeksi nosokomial dapat terjadi pada pasien, tenaga kesehatan, dan setiap orang yang datang ke rumah sakit dimana penularannya diperoleh melalui petugas kesehatan, orang sakit dan pengunjung yang berstatus karier ataupun karena kondisi rumah sakit (Septiari, 2012).

Infeksi nosokomial baik di dunia maupun di Indonesia menunjukkan angka yang masih tinggi. Data surveilans WHO presentase infeksi nosokomial di rumah sakit dunia mencapai 9% atau lebih dari 1,4 juta pasien, sedangkan infeksi nosokomial di Indonesia mencapai 2,3%-18,3% (Abdullah et

al., 2014.). Di Indonesia, yang merupakan negara berkembang dengan penghasilan penduduk mayoritas menengah kebawah, banyak upaya telah dilakukan selama dekade terakhir untuk meningkatkan kualitas kesehatan secara menyeluruh termasuk program akreditasi rumah sakit nasional yang menggabungkan komponen kontrol infeksi. Namun, rumah sakit masih menghadapi banyak permasalahan yang biasanya terjadi di negara berkembang (Nejad et al., 2011).

Di tahun 2007, *WHO Collaborating Center for Patient safety* resmi menerbitkan “*Nine Life Saving Patient safety Solutions*” yang mulai disusun sejak tahun 2005 dengan mengidentifikasi serta mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien. Salah satu solusi untuk masalah keselamatan pasien adalah peningkatan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial (Depkes, 2008). Kepatuhan kebersihan tangan sangat penting untuk mencegah transmisi bakteri dan infeksi yang didapat dari rumah sakit. Meskipun banyak faktor yang terlibat dalam

terjadinya infeksi nosokomial (Pittet et al., 2006). Kepatuhan dalam cuci tangan atau *hand hygiene* dapat mengurangi 20% risiko mengembangkan infeksi nosokomial (Harbarth et al., 2003). (Martín-Madrazo et al., 2009) *Hand hygiene* merupakan ukuran yang paling penting dalam tindakan pencegahan infeksi nosokomial karena lebih efektif dan biaya yang rendah. Adanya kenaikan sebesar 1% kepatuhan pelaksanaan *hand hygiene* dapat menghemat biaya sebesar US\$ 39.650 per tahun (Cummings et al., 2010). *Hand hygiene* juga dapat menurunkan angka kejadian *HAIs* sampai 84% dibuktikan dalam penelitian ditemukan angka kejadian 13,1% menurun menjadi 2,1% setelah dilakukannya program penerapan *hand hygiene* (Nguyen et al., 2008). *Hand hygiene* wajib dilaksanakan oleh setiap petugas di semua fasilitas kesehatan baik rumah sakit maupun fasilitas kesehatan lainnya termasuk fasilitas pelayanan kesehatan ruang gawat darurat (WHO, 2009). Setiap petugas yang dimaksud adalah petugas medis dan petugas non medis (Listiwati and Nilamsari, 2012).

Kepatuhan petugas pelayanan kesehatan terhadap *hand hygiene* memiliki pengaruh yang besar dalam menurunkan angka terjadinya *HAIs*. Mengenai *hand hygiene*, pada guideline WHO menganjurkan untuk mengobservasi langsung bagaimana tingkat kepatuhan dan sarana dari *hand hygiene*, sehingga diharapkan data kepatuhan *hand hygiene* meningkat (Pan et al., 2013). Banyak penelitian yang telah menunjukkan bahwa kepatuhan kebersihan tangan di antara petugas layanan kesehatan umumnya rendah (WHO, 2009). Peningkatan kepatuhan lebih lanjut sulit dipertahankan, meskipun Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah menyusun pedoman untuk mengurangi prevalensi infeksi yang terkait dengan perawatan kesehatan. Pada penelitian yang dilakukan untuk menilai pengetahuan, sikap, kepatuhan dan alasan untuk tidak mematuhi pedoman kebersihan tangan telah ditemukan bahwa kepatuhan prosedur kebersihan tangan oleh petugas kesehatan masih kurang (Kennedy and Burnett, 2011). Penyebabnya adalah adanya beberapa kendala,

termasuk berat beban kerja, prosedur klinis yang banyak dan kondisi kulit (Abd Elaziz and Bakr, 2009).

Keadaan darurat di unit gawat darurat dapat dianggap sebagai keadaan kritis untuk kepatuhan cuci tangan karena adanya berbagai faktor, seperti karena kepadatan, beban kerja yang berat, kurangnya waktu dan, seringkali kekurangan staf di unit gawat darurat (Zottele et al., 2017). Kondisi ini disebabkan keadaan pasien yang kompleks dan tidak pasti, tekanan psikis dalam tim, dan kendala sumber daya atau infrastruktur dan masalah keselamatan pasien. Rendahnya angka kepatuhan petugas kesehatan di IGD sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Zottele (2017) yang menyimpulkan bahwa angka kepatuhan petugas kesehatan di IGD sebesar 54,2%. Penelitian yang dilakukan oleh Muller (2015) juga menjelaskan bahwa angka kepatuhan cuci tangan di ruang IGD rata-rata adalah 29%. Pada 22 review studi tentang kontrol *HAIs* di unit gawat darurat, kepatuhan cuci tangan berkisar antara 7,7% hingga 89,7% (Carter et al., 2014).

Dalam pelaksanaan *hand hygiene* di rumah sakit, setiap petugas perlu memiliki pengetahuan serta mengindahkan prinsip dasar pencegahan infeksi (Kemenkes, 2008). Pengetahuan adalah suatu bentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan juga mempengaruhi perilaku setiap individu (Zottele et al., 2017). Perilaku yang didasari pengetahuan akan bertahan lebih lama dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Menurut (Omogbai et al., 2011) seseorang dengan tingkat pengetahuan yang tinggi akan memberikan manfaat dalam pelaksanaan cuci tangan ( *hand hygiene* ) . Berdasarkan penelitian yang dilakukan (EL-ADAWI et al., 2016) pada 115 dokter, ditemukan sebanyak >90% responden mengetahui bahwa *hand hygiene* mempunyai peran yang penting dalam pencegahan infeksi. Akan tetapi, dalam penelitian yang dilakukan oleh Aiello et al. (2009) pengetahuan tidak signifikan dikaitkan dengan frekuensi mencuci tangan (Aiello et al., 2009).

Tingginya angka kunjungan pasien di Instalasi Gawat Darurat sebuah RS Swasta yang mencapai rata-rata 2.388 pasien per bulan dengan berbagai macam penyakit mikroorganisme patogen, serta berbagai kendala dalam pelaksanaan *hand hygiene* seperti banyaknya pasien, kurangnya staf serta padatnya lingkungan di instalasi gawat darurat dapat mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan *hand hygiene* yang dapat menyebabkan risiko terjadinya infeksi nasokomial pada petugas kesehatan maupun pada pasien lain. Berdasarkan studi pendahuluan di RS belum didapatkan data mengenai cuci tangan (*hand hygiene*) pada petugas kesehatan di instalasi gawat darurat.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai pengaruh pengetahuan dan sikap terhadap kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di instalasi gawat darurat pada sebuah rumah sakit swasta di Surakarta.



## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, rumusan masalah dari penelitian ini adalah ”bagaimanakah pengaruh pengetahuan dan sikap cuci tangan terhadap kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di instalasi gawat darurat pada rumah sakit swasta di Surakarta ?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk menganalisis pengaruh pengetahuan dan sikap cuci tangan terhadap kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di instalasi gawat darurat pada rumah sakit swasta di Surakarta.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis pengaruh pengetahuan tentang cuci tangan terhadap kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di instalasi gawat darurat
- b. Menganalisis pengaruh sikap cuci tangan terhadap kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di instalasi gawat darurat.

- c. Menganalisis proses pelaksanaan cuci tangan petugas kesehatan di instalasi gawat darurat
- d. Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi proses pelaksanaan cuci tangan petugas kesehatan di instalasi gawat darurat.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat teoritis

Melengkapi konsep dan teori yang sudah ada tentang pengaruh pengetahuan dan sikap terhadap kepatuhan cuci tangan pada petugas kesehatan.

##### 2. Manfaat praktis

###### a. Bagi Ilmu pengetahuan

Melengkapi referensi tentang perilaku kepatuhan cuci tangan pada petugas kesehatan.

###### b. Manfaat metodologi

Sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya tentang cuci tangan contohnya penelitian dengan menggunakan sampel beberapa rumah sakit.

c. Bagi petugas

Sebagai masukan dan bahan pertimbangan kepada petugas kesehatan maupun petugas non kesehatan dalam melakukan cuci tangan selama bekerja dalam upaya pencegahan infeksi.

d. Bagi Instalasi atau rumah sakit

Memberikan informasi data bagi instalasi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi, serta sebagai bahan evaluasi dalam menerapkan kebijakan guna meningkatkan keselamatan pasien.