BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Edukasi

Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya menambah pengetahuan baru, sikap, serta keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu (Potter & Perry, 2009). Edukasi kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam individu, kelompok atau masyarakat (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 tahun 1992 maupun WHO yakni meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya. Pendidikan kesehatan sangat berpengaruh untuk meningkatkan derajat kesehatan seseorang dengan cara meningkatkan kemampuan masyarakat untuk melakukan upaya kesehatan itu sendiri.

Menurut Mubarak dan Chayatin, (2009) berpendapat bahwa sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam tiga kelompok sasaran yaitu**:**

a. Sasaran primer *(Primary Target),* sasaran langsung pada masyarakat segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan.
b. Sasaran sekunder *(Secondary Target),* sasaran para tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat disekitarnya.
c. Sasaran Tersier *(Tersiery Target),* sasaran pada pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

Edukasi yang diberikan kepada petugas kebersihan merupakan salah satu lingkup edukasi. Petugas kebersihan adalah salah satu bagian dari sebuah tim pada pelayanan kesehatan yang memiliki tanggung jawab untuk kebersihan lingkungan rumah sakit, dimana melaksanakan permbersihan secara multidisiplin *(National Hospitals Office, 2005).* Edukasi petugas kebersihan diberikan bertujuan agar mencegah transmisi dari beberapa patogen yang menempel pada permukaan lingkungan. Menurut *Provincial Infections Disease Advisory Committee* (2011) berpendapat bahwa edukasi petugas kebersihan harus mencakup sebagai berikut:

a. penanganan peralatan kebersihan
b. penanganan dan penerapan pembersih dan disenfektan
c. penanganan limbah pelayanan kesehatan (umum, biomedis, benda tajam)

d. teknik pembersihan dan atau disinnfeksi permukaan dan benda yang terdapat pada pelayanan kesehatan

e. tindakan tambahan berupa pelatihan Wipro Hospitallity Management System berkaitan dengan penggunaan pembersih dan disinfektan.

2. Infeksi Nosokomial

Kata nosokomial berasal dari bahasa Yunani, *nosos* berarti penyakit, dan *komeo* berarti merawat. Nosokomiol berarti tempat untuk merawat atau rumah sakit (Damardi, 2008). Infeksi nosokomial adalah infeksi yang terjadi pada pasien dan tenaga medis di rumah sakit yang terjadi selama proses perawatan ataupun selama bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan *(World Helth Organization, 2010).*

Menurut Damardi (2008) berpendapat bahwa Infeksi nosokomial diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit dengan ketentuan sebagai berikut.

a. Pada waktu penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak didapat tanda – tanda klinik dari infeksi tersebut.
b. Pada waktu penderita mulai dirawat di rumah sakit, tidak sedang dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut.
c. Beberapa tanda klinik infeksi tersebut timbul sekurang – kurangnya setelah 3 x 24 jam sejak mulai perawatan.
d. Infeksi tersebut bukan merupakan sisa dari infeksi sebelumnya.
e. Bila saat mulai dirawat di rumah sakit sudah ada tanda – tanda infeksi, dan terbukti infeksi tersebut didapat penderita ketika dirawat di rumah sakit

yang sama pada waktu yang lalu, serta belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial (Darmadi, 2008).

3. Patogen yang Hidup di Permukaan Lingkungan Rumah Sakit

Menurut Boyce (2007) berpendapat bahwa potensi permukaan lingkungan yang terkontaminasi untuk berkontribusi dalam transmisi patogen tergantung pada beberapa faktor. Pertama, kemampuan patogen bertahan hidup untuk jangka waktu yang lama di berbagai permukaan lingkungan kering. Kedua, kemampuan patogen untuk tetap virulen setelah paparan lingkungan**.** Ketiga, frekuensi dari transmisi patogen berdasarkan permukaan yang umumnya disentuh oleh pasien dan petugas kesehatan**.** Keempat, tingkat kontaminasi yang cukup tinggi menyebabkan transmisi ke pasien. Kelima**,** resistensi patogen relatif terhadap desinfektan digunakan pada pembersihan permukaan lingkungan.

Waktu yang diperlukan patogen untuk bertahan hidup di lingkungan bervariasi dan tergantung pada karakteristik tertentu dari organisme (Wagenvoort, 2011). Beberapa patogen yang memilki kemampuan bisa bertahan di permukaan lingkungan rumah sakit dalam jangka waktu lama yaitu *Meticillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), Acinetobacter spp, Clostridium Difficile, Norovirus* dan *Vancomycin Resistant Enterococci* (Dancer, 2009).

Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) adalah bakteri yang resisten terhadap banyak antibiotik (Kock, 2013). Perkiraan rentang *carrier* petugas kesehatan 'dari 50% menjadi 90% (Janargin, 2010). Patogen

ditransmisikan melalui salah satu dari tiga cara yaitu pasien ke pekerja kesehatan, pasien ke pasien dan pekerja kesehatan untuk pasien. Kontaminasi *MRSA* memilki resiko terbesar melalui tangan teruma orang yang dekat dengan pasien (Dancer, 2008). *MRSA* telah terbukti dapat bertahan hidup di permukaan benda kering selama kurang lebih 7 hari sampai 7 bulan (Kramer, 2006).

Clostridium Difficile merupakan bakteri flora normal di intestinal, 3% ditemukan pada orang dewasa sehat dan sekitar 20% sampai 30% ditemukan pada pasien yang berada di rumah sakit (Bartlett, 2002). Tiga mekanisme transfer pada bakteri *Clostridium Difficile* yaitu pertama, transfer langsung dari pasien terinfeksi ke lingkungan misalnya termometer rektal dan kontak dengan pasien lain melalui inokulasi ke dalam mulut atau langsung ke usus besar, kedua transfer langsung melalui tangan pasien yang terinfeksi dan ketiga transfer langsung melalui kontak petugas kesehatan dengan lingkungan yang tercemar (Cohen *et al*, 2010).

Menurut *Public Heatlh Agency of Canada* (2014) berpendapat bahwa permukaan yang terkontaminasi dengan kotoran misalnya kursi toilet, rel tempat tidur, gagang pintu, linen yang kotor berpotensi dalam transmisi patogen. Populasi yang berisiko tertular *Clostridium Difficile* yaitu orang tua, orang dengan paparan antibiotik tertentu, kondisi ketahanan tubuh menurun, penyakit serius yang mendasari, atau pasien yang mendapatkan rawat inap dalam jangka waktu lama. *Clostridium Difficile* merupakan patogen yang resisten terhadap desinfektan yang digunakan pada pembersihan permukaan

lingkungan (Weber, 2010). *Clostridium Difficile* telah terbukti dapat bertahan hidup di permukaan benda kering selama kurang lebih 5 bulan (Kramer, 2006).

Vancomycin Resistant Enterococci (VRE) adalah bakteri yang hidup dalam saluran pencernaan manusia, saluran kemih dan sering ditemukan di permukaan lingkungan (*Public Heatlh Agency of Canada,* 2010). Menurut *Goverment of South Australia Health* (2014) berpendapat bahwa penularan yang paling mungkin dari pasien ke pasien lain dapat berupa kontak langsung dengan tangan yang terkontaminasi dari tenaga kesehatan atau pasien terinfeksi atau secara tidak langsung melalui peralatan perawatan medis dan pasien yang terkontaminasi atau permukaan lingkungan. Kedua cara penularan dapat terganggu oleh kebersihan tangan yang kurang efektif. Bakteri ini telah terbukti dapat bertahan hidup di permukaan benda kering selama kurang lebih 5 hari sampai 4 bulan (Kramer, 2006).

Acinetobacter spp merupakan bakteri aerobik, gram negatif, nonfermenatatif, dan batang kokobasilus. *Acinetobacter sp* menyebabkan pencemaran lingkungan yang sangat luas (Eliopoulus, 2008). *Acinetobacter sp* telah terbukti dapat bertahan hidup di permukaan benda mati selama kurang lebih 3 hari sampai 5 bulan (Kramer, 2006). Beberapa tempat yang terbukti terinfeksi oleh bakteri tersebut adalah rel tempat tidur, meja samping tempat tidur, permukaan ventilator, kasur, perlatan sresusitasi, tirai kain untuk mengengkat pasien, pegangan pintu, stetoskop, inkubator dan keyboard komputer. Frekuensi pencemaran lingkungan akibat dari *Acinetobacter sp* dilaporkan oleh peneliti berkisar 3% sampai 50% (Weber, 2010).

Norovirus adalah kelompok virus yang dapat menyebabkan penyakit gastroenteritis, dimana mempunyai frekuensi pencemaran lingkungan rumah sakit sekitar 31% (Prystajecky, 2011). Menurut Barker & Bloomfield (2004) berpendapat bahwa *Norovirus* secara umum dapat ditemukan pada saat perawatan kesehatan. Virus ini bisa meluas ke seluruh dan diluar lingkungan kamar pasien. Kontaminasi paling sering ditemukan pada toilet. Kontaminasi ditransfer melalui tangan yang terkontaminasi permukaan seperti toilet, pegangan pintu, dan ganggang telefon, dimana petuga kesehatan memilki resiko tinggi. *Norovirus* merupakan patogen yang resisten terhadap desinfektan yang digunakan pada pembersihan permukaan lingkungan (Weber, 2010). *Norovirus* telah terbukti dapat bertahan hidup di permukaan benda mati selama kurang lebih 8 jam sampai 7 hari (Kramer, 2006).

4. Kebersihan Sarana Prasarana Rumah Sakit

Pembersihan adalah kegiatan umum yang dilakukan untuk menjaga lingkungan yang sehat, aman, dan estetis (Quinn *et al*, 2009). Menurut Leas & Pegues (2015) berpendapat bahwa pembersihan lingkungan *(evironmental cleaning)* merupakan prinsip fundamental dalam mencegah infeksi di rumah sakit. Pembersihan di pelayanan kesehatan memiliki fungsi ganda yaitu menyediakan kebersihan permukaan dan pencegahan serta pengendalian infeksi. Kedua komponen ini penting dan kompleks dalam pencegahan dan pengendalian infeksi karena peningkatan dari resistensi organisme dapat berakibat pada penambahan pekerjaan pada petugas pelayanan kesehatan selain itu juga muncul penyakit baru pada pasien yang serius bahkan kematian.

Rekomendasi pembersihan permukaan lingkungan yang digunakan harus berdasarkan resiko penularan infeksi di rumah sakit. Semua permukaan dalam perawatan kesehatan memiliki potensi untuk terkontaminasi dengan patogen mikroorganisme. Potensi paparan patogen berdasarkan frekuensi kontak dengan permukaan yang terkontaminasi dan jenis kegiatan yang terlibat. Semua rumah sakit harus mempunyai catatan tentang jadwal pembersihan. Terdapat uraikan yang tepat tentang tanggung jawab petugas kebersihan dalam pembersihan lingkungan. Catatan tersebut berupa daftar tugas pembersihan yang pada setiap daerah dibersihkan dengan frekuensi yang berbeda, tergantung pada resiko penularan infeksi (Koehler *et al*, 2010).

Menurut *Provincial Infectious Diseases Advisory Committee* (2011) berpendapat bahwa frekuensi pembersihan setiap permukaan lingkungan fasilitas kesehatan dalam daerah tertentu atau departemen tergantung pada beberapa faktor dikategorikan dalam *Stratifikasi Matrix Risk*.

a. Potensi pemaparan

Potensi pemaparan dibagi menjadi dua yaitu *high-touch surfaces* dan *low-touch surface*. *High-touch surface* merupakan daerah dimana sering disentuh oleh pasien misalnya rel tempat tidur, permukaan tempat tidur dan meja samping pasien. *High-touch surface* harus lebih sering dilakukan pembersihan dan desinfeksi dari pada *low-touch surface*. Pembersihan dan disinfeksi biasanya dilakukan setidaknya setiap hari dan lebih sering jika risiko kontaminasi lingkungan lebih tinggi misalnya *Intensice Care Unit*. *Low - taouch surface* dalah mereka yang memiliki kontak minimal dengan tangan. *Low–touch*

surface membutuhkan pembersihkan secara teratur tetapi tidak harus setiap hari, ketika terdapat tumpahan cairan dan ketika pasien keluar dari perawatan kesehatan.

b. Kemungkinan kontaminasi dengan patogen.

Kontaminasi dengan patogen dibagi menjadi tiga kategori kontaminasi berat (skor = 3), kontaminasi sedang (skor = 2), dan kontaminasi ringan (skor = 1). Kontaminasi berat adalah suatu daerah dianggap sebagai terkontaminasi berat jika permukaan dan atau peralatan secara rutin terkena darah atau cairan tubuh lainnya dalam jumlah banyak. Kontaminasi sedang adalah suatu daerah yang dianggap sebagai yang terkontaminasi sedang jika permukaan dan atau peralatan tidak rutin terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh lain dan zat yang terkontaminasi. Semua kamar dan kamar mandi pasien atau petugas dianggap kontaminasi sedang. Kontaminasi ringan suatu daerah yang ditunjuk sebagai terkontaminasi ringan jika permukaan tidak terkena darah, cairan tubuh lain atau barang yang telah terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh lain.

c. Kerentanan pasien

Kerentanan pasien terhadap infeksi dibagi menjadi dua kategori yaitu lebih rentan (skor = 1) dan kurang rentan (skor = 0). Pasien yang masuk kategori yang lebih rentan yaitu mereka yang memiliki kondisi kesehatan atau sistem kekebalan menurun. Pasien yang masuk kategori yang kurang rentan yaitu semua individu yang tidak termasuk dalam kelompok lebih rentan. Tahapan kedua berupa menentukan total skor *Stratifikasi Matrix Risk*. Setiap

area fungsional atau departemen, frekuensi pembersihan didasarkan pada beberapa faktor yang tercantum di atas.

Tabel 2 Penentuan Total Skor *Stratifikasi Matrix Risk*

Kontaminasi dengan Patogen	Potensi Pemaparan			
	High-touch Surfaces (Skor 3)		*Low-touch Surfaces* (Skor 1)	
	Lebih (Skor 1)	Kurang Rentan (Skor 0)	Lebih Rentan (Skor 1)	Kurang Rentan (Skor 0)
Berat (Skor 3)	7	6	5	4
Sedang (Skor 2)	6	5	4	3
Ringan (Skor 1)	5	4	3	2

Tahap ketiga tergantung pada total skor yang dihasilkan dari matriks stratifikasi risiko di atas, membersihkan frekuensi untuk setiap area fungsional atau departemen.

Tabel 3 Tentukan Frekuensi Pembersihan berdasarkan *Stratifikasi Matrix Risk*

Total Resiko	Jenis	Frekuensi Pembersihan Minimal
7	Tinggi	Pembersihan dilakukan setiap dilakukan tindakan prosedur dan minimal 2 kali dalam sehari.
6	Sedang	Pembersihan minimal 1 kali dalam sehari, dilakukan pembersihan tambahan jika diperlukan
5	Rendah	Pembersihan dilakukan sesuai jadwal

Menurut Goodman *et al*, (2008) berpendapat bahawa pembersihan merupakan kegiatan penghapusan secara fisik tetapi tidak membunuh patogen, hanya mengurangi jumlah patogen di permukaan. Pembersihan yang adekuat dibutuhkan untuk mengurangi jumlah patogen yang mencemari lingkungan sehingga meminimalkan risiko pasien tertular infeksi dari lingkungan rumah sakit. Menurut *Provincial Infectious Diseases Advisory Committee* (2011) berpendapat bahwa pembersihan dapat dicapai dengan air, deterjen dan tindakan mekanis. Kunci untuk pembersihan adalah penggunaan gesekan untuk menghilangkan mikroorganisme dan kotoran. Pembersihan yang menyeluruh diperlukan untuk peralatan yang akan dibersihkan. Proses pembersihan mencakup dua langkah yaitu penggunaan pembersih diikuti oleh disinfektan, tetapi lebih sering dilakukan dalam perawatan kesehatan pengaturan melalui proses satu langkah menggunakan produk pembersih atau disinfektan gabungan.

Disinfeksi adalah penggunaan bahan kimia atau fisik yang digunakan untuk mengurangi jumlah mikroorganisme patogen pada permukaan benda mati. Penggunaan disinfektan harus dikombinasi dengan pembersih karena mereka memiliki kemampuan untuk menembus bahan organik terbatas. Desinfeksi akan membunuh sebagian mikroorganisme penyebab penyakit tetapi mungkin tidak membunuh semua mikroorganisme. Penggunaan disinfektan yang baik harus memilki beberapa karakteristik yaitu spektrum luas, bereaksi cepat, tidak dipengaruhi oleh faktor lingkungan, tidak berbahaya bagi pengguna, tidak menyebabkan kerusakan pada permukaan, efek residu, tidak berbau, ekonomis, harus larus dalam air, dan ramah lingkungan *(Center for Disease*

Control and Prevention, 2011). Menurut Lewis dan McIndoe (2004) berpendapat bahwa penggunaan sterilisasi dapat membunuh semua bentuk kehidupan mikroorganisme. Sterilisasi adalah penghapusan semua mikroorganisme dicapai dengan menggunakan uap, *dry hot air*, *ethylene oxide*, *formaldehyde* atau *irradiation*.

Menurut *The State of Queensland Health* (2011) berpendapat bahwa penggunaan disinfektan pada perawatan fasilitas kesehatan harus berdasarkan resiko kontaminasi dari patogen. Klasifikasi disinfektan dibagi menjadi 3 kategori.

a. *Critical* yaitu benda medis yang memiliki resiko terkontaminasi tinggi, dimana digunakan untuk tindakan medis yang masuk ke dalam tubuh pasien. Misalnya jarum, kateter ureter Sehingga pembersihan dilakukan dengan cara sterilisasi.
b. *Semi critical* adalah peralatan medis yang berhubungan dengan membran mukosa dan *non intact skin* (termometer). Pada kategori ini harus dilakukan disinfektan menggunakan disinfektan level tinggi atau dengan tambahan sterilisasi. Penambahan sterilisasi digunakan ketika peralatan yang terkontamisanis sangat parah.
c. *Non critical* adalah peralatan yang tidak berhubungan dengan membran mukosa tetapi kontak langsung dengan kulit misalnya sarana prasarana rumah sakit. Pada kategori ini digunakan disinfektan level rendah.

Cara penggunaan disinfektan yang efektif di rumah sakit meliputi penerapan disinfektan ketika benda atau permukaan terkontaminasi dengan

cairan atau kotoran, menggunakan peralatan pembersihan, mengikuti instruksi dari pabrik untuk pengenceran dan waktu penggunaan, menggunaakan alat pembersih yang berbeda setiap berganti disinfektan dan penggunaan yang tepat alat pelindung diri, jika diperlukan, untuk mencegah paparan desinfektan (*Provincial Infectious Diseases Advisory Committee*, 2011).

5. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil ‘tahu’, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2011). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behaviour*).

b. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

1) Umur

Umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat beberapa tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya dari pada orang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa (Nursalam, 2013). Menuurut Gunarsa (2008) mengemukakan bahwa makin tua umur seseorang maka proses - proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan

tetapi pada umur tertentu bertambahnya proses perkembangan ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun.

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. (Nursalam, 2013). Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. (Notoatmodjo, 2003). Menurut IB Marta (1997) pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Pendidikan diklasifikasikan menjadi pendidikan tinggi yaitu akademi atau perguruan tinggi, pendidikan menengah yaitu SLTP/SLTA, pendidikan dasar yaitu SD.

Seseorang dengan pendidikan yang tinggi maka akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media masa, sebaliknya tingkat pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan dan sikap seseorang terhadap nilai – nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2013). Menurut Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh pada umumnya, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya.

3) Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik, pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat dijadikan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan persoalan yang dihadapi pada masa lalu (Notoatmodjo, 2003). Pengalaman akan menghasilkan pemahaman yang berbeda bagi tiap individu, maka pengalaman mempunyai kaitan dengan pengetahuan. seseorang yang mempunyai pengalaman banyak akan menambah pengetahuan (Cherin, 2009)

4) Minat

Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu dengan adanya pengetahuan yang tinggi didukung minat yang cukup dari seseorang sangatlah mungkin seseorang tersebut akan berperilaku sesuai dengan apa yang diharapkan (Notoatmodjo, 2003).

5) Ekonomi

Memenuhi kebutuhan primer ataupun sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik lebih mudah tercukupi dibanding dengan keluarga dengan status ekonomi rendah, hal ini akan mempengaruhi kebutuhan akan informasi termasuk kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulakan bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal (Notoatmodjo, 2003).

6) Informasi

Informasi adalah keseluruhan makna dapat diartikan sebagai pemberitahuan seseorang adanya informasi baru meneganai suatu hal tersebut. Pesan – pesan sugestif dibawa oleh informasi tersebut apabila arah sikap tertentu. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggunakan kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi yang berpengaruh perubahan perilaku, biasanya digunakan melalui media masa (Notoatmodjo, 2003).

7) Kebudayaan atau Lingkungan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang (Notoatmodjo, 2003).

c. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011) berpendapat bahwa pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan.

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, pada tingkatan ini *reccal* (mengingat kembali) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsang yang diterima. Oleh sebab itu tingkatan ini adalah yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar tentang objek yang dilakukan dengan menjelaskan menyebutkan contoh dan lain lain.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam kontak atau situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemapuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek ke dalam komponen – komponen tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan satu sama lain, kemampuan analisis ini seperti dilihat dari penggunaan kata kerja dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis ini suatu kemampuan untuk menyusun, dapat merencanakan, meringkas, menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek penilaian – penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditemukan sendiri atau menggunakan kriteria – kriteria yang telah ada.

Menurut Arikunto (2006) tingkat pengetahuan diidentifikasikan dengan skor sebagai berikut:

1) Pengetahuan kategori baik dengan persentase 76 –100% apabila responden mampu menjawab 11-15 pertanyaan dengan benar.
2) Pengetahuan kategori cukup dengan persentase 56 – 75% apabila responden mampu menjawab 6-10 pertanyaan dengan benar.
3) Pengetahuan kategori rendah dengan persentase 40 – 55 % apabila responden mampu menjawab 1- 5 pertanyaan dengan benar.

d. Proses Penyerapan pengetahuan

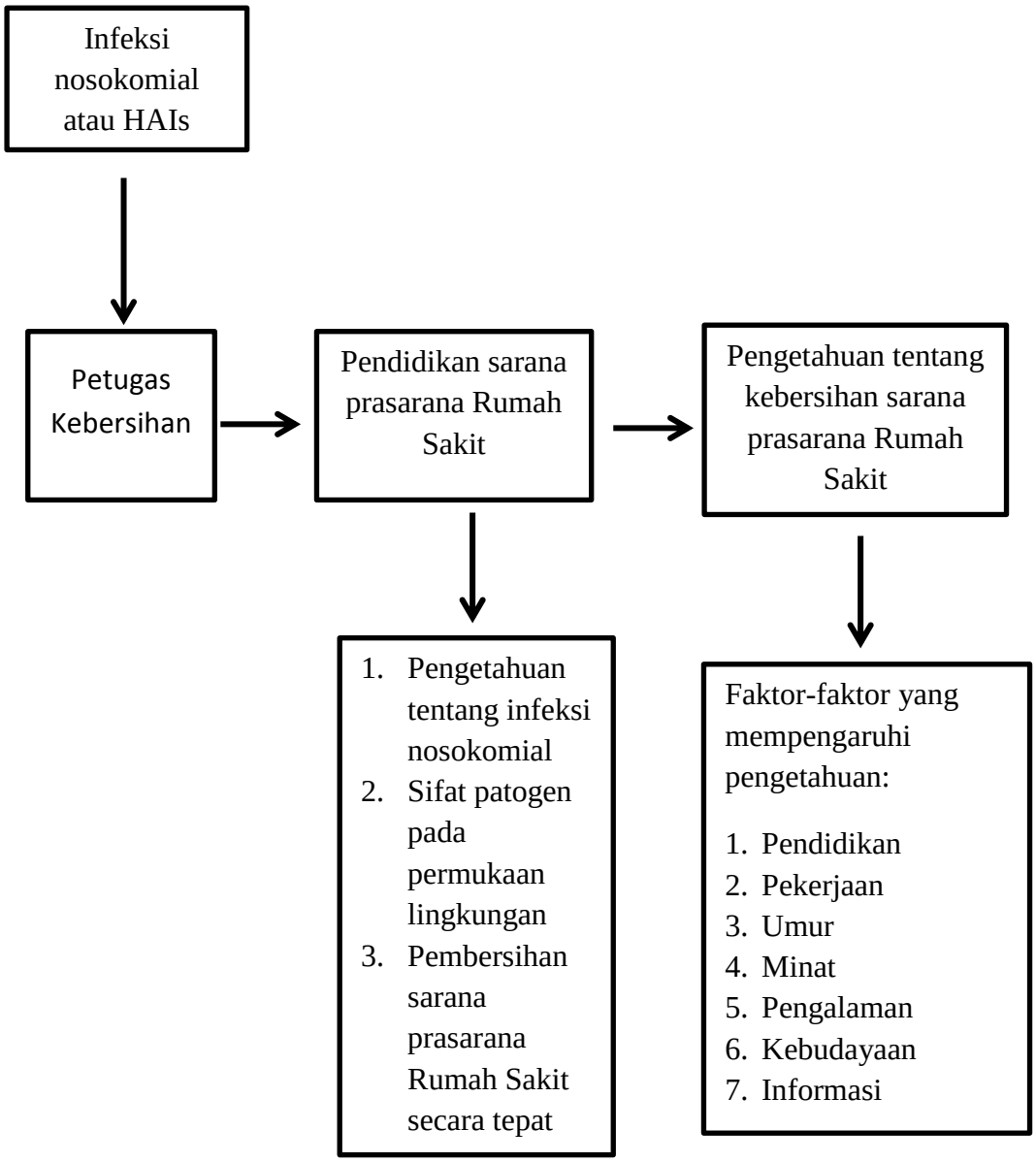
Proses penyerapan pengetahuan itu meliputi : kesadaran (Awarennest) dalam arti mengetahui terlebih dahulu tentang stimulus (objek). Merasa tertarik (Interest) terhadap stimulus atau objek tersebut, disini sikap subjek sudah mulai timbul. Menimbang-nimbang (Evaluation), tahap dimana responden menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut terhadap dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi. Trial, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang diketahui oleh stimulus. Adoption, merupakan tahap dimana subjek telah berperilaku baru

sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2003).

e. Pengukuran Pengetahuan

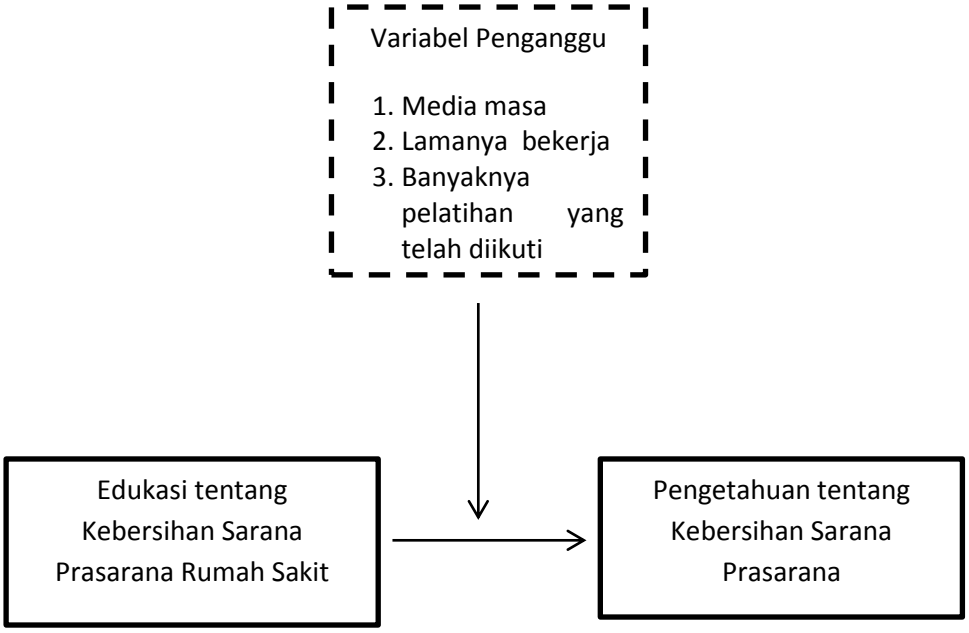
Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat– tingkat pengetahuan (Notoatmodjo, 2011).

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Teori

Keterangan :

Edukasi dan pengetahuan tentang kebersihan sarana prasarana merupakan variabel yang akan diteliti pada penelitian ini. Edukasi tentang kebersihan sarana prasarana merupakan variabel bebas sedangkan pengetahuan tentang kebersihan sarana prasarana merupakan variabel terikat pada penelitian ini. Variable pengganggu yang terdiri dari media massa, lamanya bekerja, banyaknya pelatihan yang telah diikuti dan lain sebagainya merupakan variabel yang tidak akan diteliti.

D. Hipotesis

Terdapat pengaruh edukasi tentang kebersihan sarana dan prasarana rumah sakit dalam meningkatkan pengetahuan petugas kebersihan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.