

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014).

Puskesmas didirikan di setiap kecamatan. Pada kondisi tertentu, satu kecamatan dapat mendirikan lebih dari satu Puskesmas. Kondisi tertentu dipertimbangan berdasarkan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas (keterjangkauan/kemudahan transportasi). Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014).

Dalam rangka memenuhi fungsi tersebut, puskesmas dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Berdasarkan karakteristik wilayah kerja, puskesmas dikategorikan menjadi: puskesmas kawasan perkotaan, puskesmas kawasan pedesaan, puskesmas kawasan terpencil, dan sangat terpencil.

Puskesmas dikategorikan berdasarkan kemampuan penyelenggaraan menjadi puskesmas non rawat inap dan puskesmas rawat inap.

Sumber daya manusia di puskesmas terdiri atas tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Tenaga kesehatan terdiri atas: dokter atau dokter layanan primer, dokter gigi, dan paramedis. Sedangkan, tenaga non kesehatan terdiri atas orang – orang yang mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lain di Puskesmas (Kemenkes, 2014).

Puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan memiliki program pokok yang wajib di laksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat maupun perseorangan. Ada 6 Program Pokok pelayanan kesehatan di Puskesmas yaitu :

- a. Program pengobatan (kuratif dan rehabilitatif) yaitu bentuk pelayanan kesehatan untuk mendiagnosa, melakukan tindakan pengobatan pada seseorang pasien dilakukan oleh seorang dokter berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan.
- b. Promosi Kesehatan yaitu program penyuluhan pada pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- c. Pelayanan Kesehatan Ibu Anak (KIA) dan Keluarga Berencana (KB) yang ditujukan untuk memberikan pelayanan kepada PUS (Pasangan Usia Subur) untuk ber KB, pelayanan ibu hamil, bersalin dan nifas serta pelayanan bayi dan balita.

- d. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit menular dan tidak menular yaitu program pelayanan kesehatan Puskesmas untuk mencegah dan mengendalikan penular penyakit menular/infeksi (misalnya TB, DBD, Kusta dll).
- e. Kesehatan Lingkungan yaitu program pelayanan kesehatan lingkungan untuk meningkatkan kesehatan lingkungan pemukiman masyarakat melalui upaya sanitasi dasar, pengawasan mutu, dan pengendalian pencemaran lingkungan.
- f. Perbaikan Gizi Masyarakat yaitu program kegiatan pelayanan kesehatan, perbaikan gizi masyarakat di Puskesmas yang meliputi peningkatan pendidikan gizi, penanggulangan Kurang Energi Protein, Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kurang Vitamin A, Keadaan zat gizi lebih, Peningkatan Surveilans Gizi, dan Pemberdayaan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga/Masyarakat (Azwary, 2013)

2. Masker

Masker merupakan salah satu Alat Pelindung Diri (APD) yang digunakan untuk melindungi mulut, hidung, dan wajah dari patogen yang ditularkan melalui udara (*airborne*), droplet, maupun percikan cairan tubuh yang terinfeksi (Trossman, 2016).

Masker terdiri atas masker kain (*cloth mask*), masker bedah (*surgical mask*), dan respirator N95 (MacIntyre&Chughtai, 2015).

Pemilihan masker yang akan digunakan oleh petugas kesehatan berdasarkan pada penilaian faktor risiko/paparan, penyebaran infeksi yang mungkin terjadi, penyebaran penyakit yang tidak terduga, tingkat keparahan penyakit pada pasien yang sedang dilayani, dan ketersediaan masker pada pelayanan kesehatan (MacIntyre&Chughtai, 2015).

a. Masker kain (*cloth mask*)

Masker kain merupakan masker yang terbuat dari kain yang dapat dibersihkan dan digunakan kembali (*reuse*). Masker ini umumnya digunakan di negara berkembang namun jarang digunakan pada pelayanan kesehatan (MacIntyre&Chughtai, 2015).

Penelitian tentang penggunaan masker kain untuk mencegah infeksi seperti difteri, campak, dan tuberkulosis (TB) masih terbatas dan kadaluarsa (*outdated*). Penggunaan masker kain biasanya digunakan sebagai pengganti masker bedah maupun respirator apabila tidak tersedia atau persediaan terbatas pada kasus - kasus tertentu seperti kasus infeksi Ebola di Afrika Barat (MacIntyre&Chughtai, 2015).

Gambar 1. Masker kain (*cloth mask*)

Sumber : www.hotleathers.com , www.pinterest.com ,
www.amazon.com



b. Masker bedah (*surgical mask*)

Masker bedah merupakan masker yang biasa digunakan oleh petugas kesehatan di pelayanan kesehatan. Masker bedah terbuat dari bahan sintetik yang dapat memberikan perlindungan dari tetesan partikel berukuran besar ($>5 \mu\text{m}$) yang dapat disebarkan melalui batuk atau bersin ke orang yang berada di dekat pasien (kurang dari 1 meter) (Depkes RI, 2008).

Masker bedah pada awalnya digunakan saat operasi untuk menjaga ruang operasi agar tetap steril serta mencegah penyebaran infeksi dari dokter ke pasien dan percikan darah maupun cairan tubuh pasien ke dokter (MacIntyre&Chughtai, 2015). Sejak abad ke-20, masker bedah tidak hanya digunakan saat operasi, namun juga digunakan oleh petugas kesehatan dan orang sakit untuk mencegah penyebaran infeksi ke orang lain (MacIntyre *et al.*, 2015).

Tabel 2. Indikasi pemakaian masker bedah
(Depkes RI, 2008; Wright, 2014)

No.	Indikasi	Ya/Tidak
1.	Kontak dengan kulit yang utuh. Tidak terlihat adanya darah atau cairan tubuh.	Tidak
2.	Melakukan prosedur yang steril, seperti operasi.	Ya
3.	Kontak dengan luka maupun lesi pada kulit.	*
4.	Membersihkan inkontinensia (feses atau air kencing).	Ya
5.	Menyentuh pasien dengan ruam kulit.	Tidak
6.	Terpapar oleh darah atau cairan tubuh berisiko seperti saat melakukan pembersihan dan penyedotan, mengambil spesimen.	Ya
7.	Mengosongkan atau mengganti <i>catheter bags</i> , urinal, dan pispot.	Ya

Tabel 1 (<i>continued</i>)		
No.	Indikasi	Ya/Tidak
8	Perawatan gigi dan mulut.	Ya
9.	Penanganan limbah.	*
10.	Bekerja dengan jarak < 1 meter dengan pasien yang berisiko menularkan penyakit melalui udara.	Ya
11.	Mengoleskan salep atau krim kepada pasien.	Tidak
12.	Sebagai pengganti respirator N95 saat masuk atau menangani pasien atau suspek TBC.	Ya
13.	Pertugas kesehatan menderita infeksi saluran pernapasan (seperti: batuk, bersin-bersin, flu)	Ya
14.	Perawatan pasien yang telah diketahui atau dicurigai menderita infeksi saluran pernapasan atau penyakit menular melalui udara atau droplet.	Ya
15.	Melakukan pelayanan kesehatan selama musim flu.	Ya
16.	Selama tindakan yang menimbulkan aerosol walaupun pada pasien yang tidak diduga infeksi.	Ya
17.	Pada saat melakukan insersi kateter atau injeksi suatu obat ke dalam area spinal/epidural melalui prosedur lumbal punksi.	Ya
18	Pengambilan spesimen darah pada pasien ISPA.	Ya
19	Nebulisasi.	Ya

* : dinilai berdasarkan risiko

Gambar 2. Masker bedah (*surgical mask*)
Sumber : (Depkes RI, 2008; WHO, 2008)



Contoh Masker Bedah

Cara pemakaian masker bedah (*surgical mask*) dengan benar sebagai berikut:

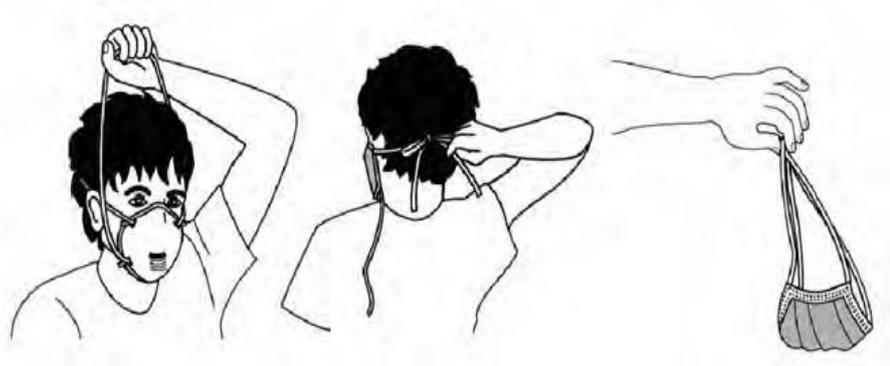
Gambar 3. Cara pemakaian masker bedah (*surgical mask*)
Sumber : (Depkes RI, 2008)



- 1) Hadapkan sisi masker yang berwarna ke arah luar dan strip logam fleksibel di bagian atas. Pada masker tanpa warna, letakkan sisi dengan lipatan menghadap ke bawah dan keluar.
- 2) Eratkan tali atau karet elastis pada bagian tengah kepala dan leher (di bawah telinga).
- 3) Paskan strip logam fleksibel pada batang hidung.
- 4) Sesuaikan/paskan masker dengan erat pada wajah dan di bawah dagu sehingga melekat dengan baik.
- 5) Periksa ulang pengepasan masker (Center of Health Protection, 2014; Depkes RI, 2008)

Cara pelepasan masker bedah (*surgical mask*) dengan benar sebagai berikut:

Gambar 4. Cara pelepasan masker bedah (*surgical mask*)
Sumber : (Depkes RI, 2008)



- 1) Jangan menyentuh bagian depan masker karena telah terkontaminasi.
- 2) Lepaskan tali bagian bawah dan kemudian tali bagian atas atau karet elastis pada masker.
- 3) Buang ke tempat limbah infeksius/ limbah medis (Depkes RI, 2008).

Masker bedah digunakan oleh petugas saat melakukan pelayanan kesehatan terutama pada pasien rentan atau terinfeksi. Indikasi penggantian atau pelepasan masker bedah pada petugas kesehatan:

- 1) Apabila masker terlihat kotor dan sudah tidak layak untuk digunakan (*lecek*).
- 2) Masker basah karena air liur, dahak, percikan darah atau cairan tubuh.

- 3) Masker terasa longgar atau kebesaran sehingga tidak efektif untuk melindungi mulut, wajah, dan hidung.
 - 4) Saat berganti melayani pasien untuk mencegah infeksi yang bersilangan.
 - 5) Apabila masker sudah tidak digunakan lagi (Jangan menggantungkan masker di leher!)
 - 6) Sesaat setelah keluar ruangan perawatan pasien (Depkes RI, 2008; NSW Department of Health, 2007; Trossman, 2016).
- c. Respirator N95

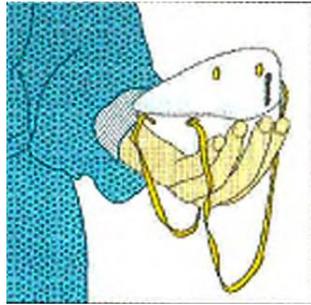
Respirator N95 atau biasa dikenal dengan masker efisiensi tinggi merupakan jenis masker khusus yang digunakan melindungi dari partikel dengan ukuran < 5 mikron yang dibawa oleh udara (Depkes RI, 2008).

Respirator N95 biasanya digunakan oleh petugas kesehatan pada saat merawat pasien yang telah diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular melalui *airborne* (udara) maupun droplet, seperti flu burung atau SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*). Respirator ini terdiri dari banyak lapisan bahan penyaring dan harus dapat menempel dengan erat pada wajah tanpa ada kebocoran sehingga sebelum menggunakan perlu dilakukan *fit test* (uji pengepasan) pada setiap pemakaiannya (Depkes RI, 2008).

Cara memakai respirator N95 menurut Depkes RI (2008)

adalah sebagai berikut:

Gambar 5. Cara memakai dan melakukan *fit test* pada respirator N95
Sumber : (Depkes RI, 2008)



Langkah 1

Genggamlah respirator dengan satu tangan, posisikan sisi depan bagian hidung pada ujung jari-jari anda, biarkan tali pengikat respirator menjuntai bebas di bawah tangan anda.



Langkah 2

Posisikan respirator di bawah dagu anda dan sisi untuk hidung berada di atas.



Langkah 3

Tariklah tali pengikat respirator yang atas dan posisikan tali agak tinggi di belakang kepala anda di atas telinga. Tariklah tali pengikat respirator yang bawah dan posisikan tali di bawah telinga.



Langkah 4

Letakkan jari-jari kedua tangan anda di atas bagian hidung yang terbuat dari logam. Tekan sisi logam tersebut (Gunakan dua jari dari masing-masing tangan) mengikuti bentuk hidung anda. Jangan menekan respirator dengan satu tangan karena dapat mengakibatkan respirator bekerja kurang efektif.



Langkah 5

Tutup bagian depan respirator dengan kedua tangan, dan hati-hati agar posisi respirator tidak berubah.

Pada langkah 5, selanjutnya dilakukan *fit test* pada pemakaian respirator N95 dengan cara sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan segel positif : Hembuskan napas kuat-kuat. Tekanan positif di dalam respirator berarti tidak ada kebocoran. Bila terjadi kebocoran atur posisi dan/atau ketegangan tali. Uji kembali kerapatan respirator. Ulangi langkah tersebut sampai respirator benar-benar tertutup rapat.
- 2) Pemeriksaan segel negatif: Tarik napas dalam-dalam. Bila tidak ada kebocoran, tekanan negatif akan membuat respirator menempel ke wajah. Kebocoran akan menyebabkan hilangnya tekanan negatif di dalam respirator akibat udara masuk melalui celah – celah pada segelnya (Depkes RI, 2008)

Gambar 6. Berbagai jenis respirator N95 (*N95 respirator*)
Sumber : (US Department of HHS, 2008)



Indikasi pemakaian N95 respirator pada petugas kesehatan hampir mirip dengan pemakaian masker bedah, namun pemakaian respirator ini lebih dianjurkan pada keadaan – keadaan risiko tinggi. Berdasarkan *guideline* dari *World Health Organization* (WHO) dan *Center for Disease Control* (CDC), petugas kesehatan dianjurkan untuk menggunakan respirator pada keadaan risiko tinggi seperti pada saat melakukan prosedur yang menghasilkan aerosol. Aerosol adalah zat – zat atau partikel yang berada di udara dengan ukuran \pm 0.001 – 1000 mikrometer. Untuk beberapa infeksi seperti tuberkulosis, *Norovirus*, flu burung, virus Ebola, MERS-CoV, *Varicella-zoster*, *Varicella*, SARS, dan selama pademi *influenza* (MacIntyre&Chughtai, 2015; NSW Department of Health, 2007) .

Tabel 3. Indikasi pemakaian respirator N95 (Depkes RI, 2008; WHO, 2008)

No.	Indikasi	Ya/Tidak
1	Pengambilan spesimen (rangsangan sputum) pada pasien ISPA.	Ya
2	Prosedur yang menghasilkan aerosol pada pasien ISPA.	Ya
3	Petugas kesehatan memasuki ruang isolasi flu burung tanpa kontak erat dengan pasien.	Ya
4	Kontak erat (< 1 m) dengan pasien yang terinfeksi flu burung di dalam dan di luar ruang isolasi.	Ya
5	Petugas kesehatan saat masuk atau menangani pasien atau suspek TBC, flu burung atau SARS.	Ya

3. Etika batuk dan kebersihan pernapasan

Etika batuk dan kebersihan pernapasan merupakan dua cara penting yang digunakan untuk mengendalikan penyebaran infeksi khususnya pada pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2008). Semua orang baik pengunjung maupun petugas kesehatan dengan tanda atau gejala infeksi saluran pernapasan tanpa memperhatikan penyebabnya, sebaiknya dianjurkan untuk menerapkan etika batuk dan kebersihan pernapasan (Depkes RI, 2008; NSW Department of Health, 2007).

Penerapan etika batuk dan kebersihan saluran pernapasan ketika batuk atau bersin:

- a. Tutup hidung dan mulut ketika bersin atau batuk dengan menggunakan tisu. Apabila tidak memiliki tisu, gunakan lengan baju bagian dalam untuk menutupi hidung dan mulut. Jangan gunakan telapak tangan!
- b. Segera buang tisu yang digunakan untuk menutup mulut dan hidung tersebut ke tempat sampah. Jangan membuang tisu sembarangan!
- c. Cuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau cairan berbasis alkohol minimal 60%.
- d. Gunakan masker apabila anda batuk dan bersin – bersin serta jaga jarak aman (> 1 meter) dari orang yang menderita batuk atau bersin – bersin.

Gambar 7. Etika batuk (saat anda batuk atau bersin)
 Sumber : www.kompasiana.com



4. Paramedis

Paramedis merupakan profesi medis selain dokter, dokter layanan primer maupun dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan untuk masyarakat maupun perseorangan (Kemenkes RI, 2014). Paramedis bertugas untuk mempersiapkan perawatan gawat darurat segera, krisis intervensi, stabilisasi penyelamatan hidup, dan membantu transportasi pasien ke rumah sakit atau pusat bedah apabila memungkinkan (Azwary, 2013). Paramedis terdiri dari perawat, perawat gigi, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan/sanitarian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi, dan tenaga kefarmasian (Kemenkes RI, 2013).

Paramedis dalam memiliki peran dan fungsi profesi sebagai berikut:

- a. Bidan : memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) serta melaksanakan asuhan kebidanan.
- b. Perawat Umum : mendampingi tugas dokter umum dan melaksanakan asuhan keperawatan umum.
- c. Perawat Gigi : mendampingi tugas dokter gigi dan melaksanakan asuhan keperawatan gigi.
- d. Ahli Teknologi Laboratorium Medik: memberikan pelayanan dan analisis hasil laboratorium medik.
- e. Tenaga Gizi : memberikan pelayanan penimbangan dan pelacakan masalah gizi masyarakat.
- f. Sanitarian/ Tenaga Kesehatan Lingkungan : memberikan pelayanan kesehatan lingkungan pemukiman.
- g. Tenaga kefarmasian : memberikan pelayanan kesehatan tentang obat dan perlengkapan kesehatan.
- h. Tenaga Kesehatan Masyarakat : memberikan pelayanan administrasi, penyuluhan, pencegahan dan pelacakan masalah kesehatan masyarakat (Azwary, 2013; Kemenkes RI, 2014).

5. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan dilakukan melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan,

pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar, pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003 dalam Wawan&Dewi, 2011).

Menurut teori WHO yang dikutip oleh Notoadmodjo (2007), pengetahuan merupakan salah satu bentuk objek kesehatan yang dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri.

Menurut Notoatmodjo (2011), pengetahuan mempunyai enam tingkatan, yaitu :

- a. Tahu (*Know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembali (*recall*) apa yang sudah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
- b. Memahami (*Comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan objek tersebut tersebut secara benar.
- c. Aplikasi (*Application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).
- d. Analisis (*Analysis*) merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen – komponen, tetapi masih di dalam satu kesatuan dan masih berkaitan satu sama lain.

- e. Sintesis (*Synthesis*) adalah suatu kemampuan yang dimiliki oleh seseorang untuk menghubungkan atau menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.
- f. Evaluasi (*Evaluation*) berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek tertentu. (Notoatmodjo 2003 dalam Wawan&Dewi, 2011).

Pengetahuan merupakan sesuatu yang dapat diukur. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari responden atau subjek penelitian. Menurut Notoatmodjo (2011), pengetahuan dapat diukur dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a. Baik : Hasil presentase 76% - 100%
- b. Cukup : Hasil presentase 56% - 75%
- c. Kurang : Hasil presentase < 56%

Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu:

- a. Faktor Internal
 - 1) Pendidikan yakni bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu. Pendidikan mempengaruhi perilaku seseorang untuk bersikap dan berperan serta dalam pembangunan (Nursalam, 2007). Pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah untuk menerima informasi.

- 2) Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pengalaman adalah sumber pengetahuan. Oleh sebab itu, pengalaman pribadi dapat digunakan untuk memperoleh pengetahuan dan mengambil keputusan dalam memecahkan permasalahan yang mungkin dihadapi di masa depan. (Notoatmodjo, 1997 dalam Rahmahayani, 2010).
 - 3) Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berpikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar (Khayan,1997 dalam Wawan&Dewi, 2011). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa perbedaan intelegensi dari seseorang akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan.
 - 4) Usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut Huclok (1998) dalam Wawan&Dewi (2011), semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya.
- b. Faktor Eksternal
- 1) Faktor lingkungan : Menurut Ann. Mariner yang dikutip dari Nursalam (2003) dalam Wawan&Dewi (2011), lingkungan

merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

- 2) Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap dalam menerima informasi.

6. Sikap

Sikap (*attitude*) merupakan suatu konsep penting dalam psikologi yang membahas mengenai unsur sikap baik sebagai individu maupun kelompok. Konsep sikap sebenarnya pertama kali diangkat dalam bahasan ilmu sosial oleh Thomas pada tahun 1918. Menurut Thomas dan Znaniecki, sikap adalah predisposisi untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu yang dipengaruhi oleh kondisi internal psikologi dan proses kesadaran yang bersifat individual (Wawan&Dewi, 2011).

Sikap merupakan suatu respon seseorang yang masih tertutup yang disertai dengan kecenderungan untuk bertindak terhadap suatu stimulus atau objek tertentu (Notoadmodjo, 2011). Menurut Baron dan Byrne dalam Wawan&Dewi (2011), sikap dibentuk dari 3 komponen yaitu : Komponen kognitif (komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan dan keyakinan), komponen afektif (komponen yang menunjukkan arah sikap positif atau negatif), serta komponen

konatif (komponen yang berhubungan dengan kecenderungan untuk bertindak).

Sikap memiliki tingkatan – tingkatan, menurut Notoatmodjo (2011), tingkatan sikap meliputi :

- a. Menerima (*receiving*) merupakan sikap mau dan memperhatikan seseorang (subyek) terhadap stimulus yang diberikan (obyek).
- b. Merespon (*responding*) adalah memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
- c. Menghargai (*valuing*) adalah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau berdiskusi tentang suatu masalah tertentu.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*) merupakan tingkatan sikap paling tinggi yaitu bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko yang mungkin akan terjadi.

Pembentukan sikap seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya: pengalaman pribadi yang kuat menjadi dasar untuk membentuk sikap, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, pengaruh media massa, lembaga pendidikan dan agama, serta faktor emosional.

Sikap dapat diukur secara langsung melalui wawancara maupun secara tidak langsung melalui kuesioner. Sikap dapat pula diukur dengan menilai pernyataan sikap yang dikemukakan oleh seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai objek

sikap yang dikehendaki. Pernyataan sikap diukur menggunakan skala sikap yang terdiri atas *favorable* dan tidak *favorable*.

Pengukuran sikap dapat menggunakan metode sebagai berikut:

a. Skala Thurstone

Metode ini menempatkan sikap seseorang dalam rentang yang sangat *unfavorable* hingga sangat *favorable* terhadap suatu objek sikap. Derajat (ukuran) favorabilitas disebut nilai skala.

Untuk menghitung nilai skala dan memilih pernyataan sikap, pembuat skala perlu membuat sampel pernyataan sikap sekitar lebih dari 100 buah. Pernyataan tersebut kemudian diberikan kepada penilai untuk ditentukan derajat favorabilitas masing – masing pernyataan dengan rentang 1-11, sangat tidak setuju 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 sangat setuju. Lalu, pernyataan tersebut dipilih dan disusun kembali berdasarkan skala nilai terendah hingga tertinggi. Responden diminta untuk menunjukkan seberapa besar kesetujuan atau ketidaksetujuannya pada masing – masing pernyataan (Wawan&Dewi, 2011).

b. Skala Likert

Skala Likert merupakan metode alternatif dari skala Thurstone. Pada skala Likert, pernyataan dikelompokkan menjadi 2 yaitu *favorable* dan *unfavorable*, sedangkan pernyataan netral dihilangkan. Responden pada skala ini diminta untuk memberikan persetujuan atau pertidaksetujuan pada masing – masing pernyataan

yang terdiri dari 5 poin (Sangat setuju, Setuju, Ragu – ragu, Tidak setuju, Sangat tidak setuju).

Pada skala ini, semua pernyataan *favorable* dirubah nilainya menjadi angka dengan sangat setuju bernilai 5 dan sangat tidak setuju bernilai 1 sedangkan pada pernyataan *unfavorable*, nilai sangat setuju bernilai 1 dan sangat tidak setuju bernilai 5. Seperti halnya skala Thurstone, skala Likert disusun dan diberi skor sesuai dengan skala interval sama (Wawan&Dewi, 2011).

c. *Unobstrusive measures*

Metode ini digunakan apabila peneliti mampu mencatat aspek – aspek perilaku secara langsung atau yang berhubungan sikapnya dalam pertanyaan (Wawan&Dewi, 2011).

d. *Multidimensional scaling*

Metode ini menggunakan metode deskripsi seseorang yang lebih kaya dibanding dengan pengukuran sikap yang bersifat unidimensional tetapi pengukuran ini menyebabkan asumsi – asumsi mengenai stabilitas struktural dimensial kurang valid terutama apabila diterapkan pada lain oran, lain isu, dan lain skala pengukuran (Wawan&Dewi, 2011).

7. Edukasi

Edukasi (pendidikan) merupakan penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara

memberi dorongan terhadap pengarahannya diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru (Craven dan Hirnle, 1996 dalam Suliha, 2002). Definisi di atas menunjukkan bahwa edukasi adalah suatu proses yang digunakan untuk mempengaruhi perilaku baik individu, kelompok, atau masyarakat secara terencana untuk mencapai tujuan tertentu (Suliha, 2002).

Edukasi adalah proses yang bertujuan untuk mengubah individu, kelompok dan masyarakat menuju hal-hal yang bersifat positif secara terencana melalui proses belajar. Perubahan tersebut dapat mencakup perubahan pengetahuan, sikap dan ketrampilan (Susilo, 2017).

Faktor – faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu edukasi menurut Notoadmodjo (2007) yaitu:

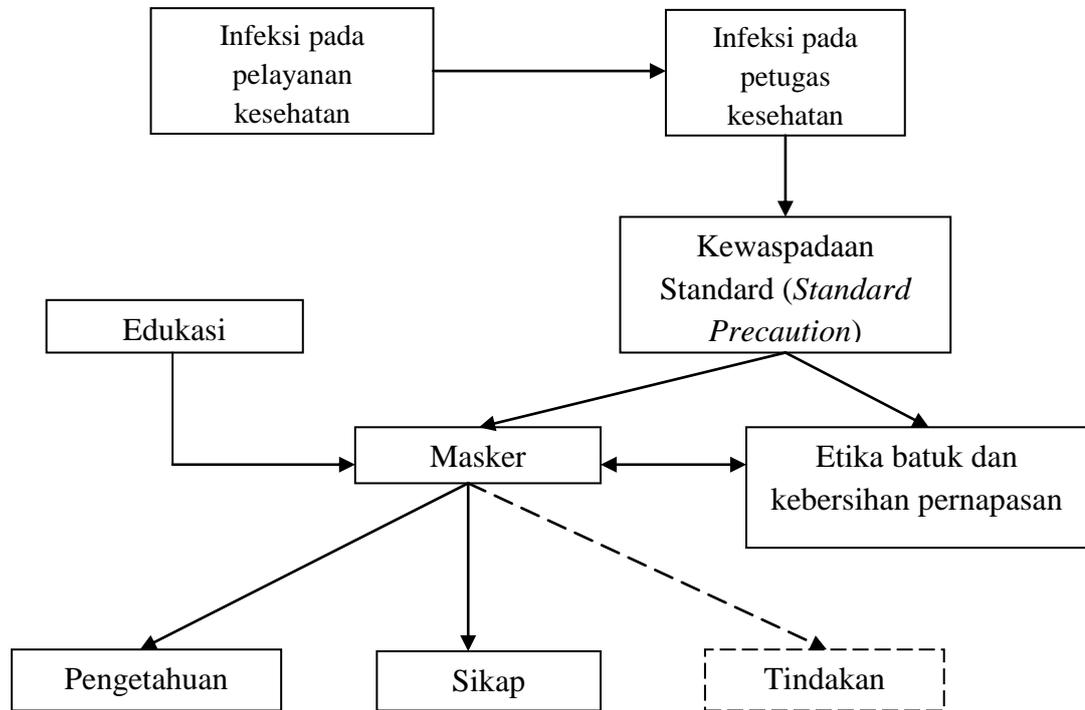
- a. Faktor narasumber meliputi persiapan dan penguasaan materi, penampilan narasumber dalam menyampaikan materi, kredibilitas narasumber, serta bahasa yang digunakan narasumber dalam menyampaikan materi.
- b. Faktor sasaran meliputi tingkat usia, pendidikan, dan ekonomi sasaran, kepercayaan dan adat istiadat yang berlaku, serta lingkungan tempat tinggal sasaran.
- c. Faktor proses edukasi meliputi ketersediaan waktu dan tempat dalam menyampaikan materi edukasi, serta media edukasi, alat peraga, dan metode edukasi yang sesuai dengan sasaran.

Penelitian yang dilakukan oleh Dogra (2015) di India menyatakan bahwa program pendidikan tentang pencegahan dan pengontrolan *Hospital-Associated Infection* (HAIs) mampu meningkatkan pengetahuan serta memberikan dampak positif terhadap sikap dan keterampilan responden. Program pendidikan berkelanjutan dan berkesinambungan dapat memperbarui pengetahuan, memperbaiki sikap, serta meningkatkan keterampilan responden.

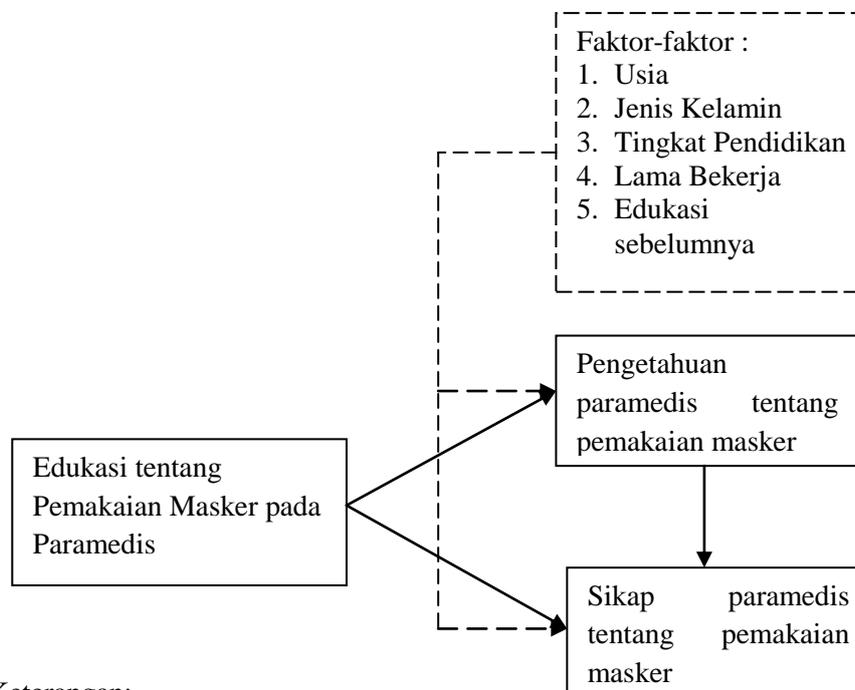
Program pendidikan kesehatan tentang Alat Pelindung Diri (APD) dengan menggunakan metode ceramah dan bantuan media *powerpoint* efektif untuk meningkatkan pengetahuan responden. Penggunaan media *powerpoint* ini dapat membantu fokus responden dalam memperhatikan penjelasan yang diberikan oleh narasumber. Peningkatan pengetahuan responden diharapkan dapat merubah sikap responden menjadi lebih baik (Susilo, 2017).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada 200 responden di Sudan menyatakan bahwa intervensi edukasi dapat memperbaiki pengetahuan responden yang dibuktikan dengan peningkatan jumlah skor *post-test* setelah edukasi (*immediately after education*) dan tiga bulan setelah edukasi. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh program intervensi edukasi, pemberian modul (*handout*), dan partisipasi responden pada saat diskusi dengan narasumber (Elnour *et al.*, 2015).

B. Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep



Keterangan:

————— : variabel diteliti

- - - - - : variabel tidak diteliti

D. Hipotesis

H0: Tidak ada pengaruh edukasi tentang pemakaian masker terhadap pengetahuan dan sikap paramedis di Puskesmas non rawat inap Gamping I dan Sewon II.

H1: Ada pengaruh edukasi tentang pemakaian masker terhadap pengetahuan dan sikap paramedis di Puskesmas non rawat inap Gamping I dan Sewon II.