

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Pengetahuan**

###### **a. Pengertian**

Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui atau hasil dari kenal, sadar, mengerti, dan pandai yang merupakan suatu metode berpikir secara objektif yang diperoleh dengan ilmu, observasi, eksperimen dan klasifikasi (Bakhtiar, 2012). Ilmu pengetahuan pada awalnya merupakan serangkaian perilaku yang merupakan suatu disposisi yang lebih terkait dengan fakta-fakta dan diperoleh dari tahu dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba. Pengetahuan merupakan unsur yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan diperoleh dari hasrat ingin tahu, semakin kuat hasrat ingin tahu manusia akan semakin banyak

pengetahuannya. Pengetahuan itu sendiri diperoleh dari pengalaman manusia terhadap diri dan lingkungan hidupnya (Jalaluddin, 2013).

b. Macam Pengetahuan

Pengetahuan yang dimiliki manusia ada empat macam (Bakhtiar, 2012), yaitu:

1) Pengetahuan biasa

Pengetahuan dengan istilah *common sense* dan sering diartikan dengan *good sense*, karena seseorang memiliki sesuatu dimana menerima secara baik. Semua orang menyebutnya sesuatu itu merah karena memang itu merah, benda itu panas karena memang dikatakan panas, dengan *common sense* semua orang sampai pada keyakinan secara umum tentang sesuatu dimana mereka akan berpendapat sama semuanya.

2) Pengetahuan ilmu

Terjemahan dari *science*, dapat diartikan untuk menunjukkan ilmu pengetahuan alam yang sifatnya kuantitatif dan objektif. Ilmu pada prinsipnya merupakan usaha untuk mengorganisasikan dan mensistematisasikan *common sense*, suatu pengetahuan yang berasal dari pengalaman dan pengamatan dalam kehidupan sehari-hari.

3) Pengetahuan filsafat

Pengetahuan yang diperoleh dari pemikiran yang bersifat kontemplatif dan spekulatif. Pengetahuan filsafat lebih menekankan pada universalitas dan kedalaman kajian tentang sesuatu.

4) Pengetahuan agama

Pengetahuan yang diperoleh dari Tuhan lewat para utusan-Nya. Pengetahuan agama bersifat mutlak dan wajib diyakini oleh para pemeluk agama.

c. Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dipengaruhi dua faktor, yaitu faktor internal dan eksternal (Wawan & Dewi, 2011):

1) Faktor internal:

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap orang lain ke arah cita-cita tertentu untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan.

b) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan kegiatan yang harus dilakukan seseorang terutama untuk menunjang kehidupan keluarga.

c) Umur

Semakin bertambah umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

2) Faktor eksternal:

a) Lingkungan

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

b) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat memengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

d. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya perilaku seseorang untuk melakukan suatu tindakan. Pengetahuan pada domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2010), yaitu:

1) Tahu (*know*)

Mengikat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang telah dipelajari sebelumnya, merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan dan menyimpulkan terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

4) Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi suatu objek ke dalam suatu komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi yang ada.

6) Evaluasi (evaluation)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

2. Sikap

a. Pengertian

Sikap merupakan reaksi atau respon terhadap stimulus atau objek dan merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap bukan merupakan suatu tindakan atau aktivitas tapi merupakan hal yang dapat memengaruhi tindakan atau perilaku dan merupakan faktor internal tapi tidak semua faktor internal adalah sikap (Wahid, 2007).

b. Ciri-ciri Sikap

Ciri-ciri sikap (Notoatmodjo, 2010), sebagai berikut:

1) Pemikiran dan perasaan (*Thoughts and feeling*)

Merupakan pertimbangan pribadi terhadap

objek/stimulus.

2) Orang lain yang menjadi acuan (*Personal references*)

Merupakan faktor penguat sikap untuk melakukan tindakan tetapi tetap mengacu pada pertimbangan individu.

3) Sumber daya (*Resources*) yang tersedia

Merupakan pendukung untuk bersikap positif atau negatif terhadap objek atau stimulus tertentu dengan pertimbangan kebutuhan individu tersebut.

4) Sosial budaya (*Culture*)

Berperan besar dalam memengaruhi pola pikir seseorang untuk bersikap terhadap objek/stimulus tertentu.

c. Faktor yang Memengaruhi Sikap

Faktor-faktor yang memengaruhi pembentukan sikap (Azwar, 2013), adalah:

1) Pengalaman Pribadi

Untuk menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat. Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Individu pada umumnya cenderung memiliki sikap yang searah dengan sikap orang yang dianggap penting, hal ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3) Faktor Emosional

Suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai penyalur frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

4) Kebudayaan

Budaya mempunyai pengaruh yang besar terhadap pembentukan sikap dari seseorang. Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah.

5) Media Massa

Media massa berpengaruh terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Informasi mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif bagi terbentuknya sikap.

6) Pendidikan dan Agama



Pendidikan dan agama juga mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap, karena keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu, pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dilakukan diperoleh dari pusat keagamaan dan ajaran-ajarannya.

d. Tingkatan Sikap

Seperti halnya pengetahuan, sikap memiliki berbagai tingkatan (Notoatmodjo, 2010), yaitu:

1) Menerima (*receiving*)

Orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap karena dengan usaha untuk menjawab atau mengerjakan tugas yang diberikan berarti orang tersebut menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuating*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan masalah adalah indikasi sikap tingkat

ini.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

e. Komponen Sikap

Sikap memiliki tiga komponen yang membentuk struktur sikap (Azwar, 2013), yaitu:

1) Komponen kognitif

Dapat disebut juga komponen *perceptual*, yang berisi kepercayaan yang berhubungan dengan persepsi individu terhadap objek sikap dengan apa yang dilihat dan diketahui, pandangan, keyakinan, pikiran, pengalaman pribadi, kebutuhan emosional, dan informasi dari orang lain.

2) Komponen afektif

Komponen afektif menunjukkan dimensi emosional subjektif individu terhadap objek sikap, baik bersikap positif (rasa senang) maupun negatif (rasa tidak senang). Reaksi emosional banyak dipengaruhi oleh apa yang seseorang percaya.

3) Komponen konatif

Komponen ini merupakan predisposisi atau kecenderungan bertindak terhadap objek sikap yang dihadapinya.

### 3. Kepatuhan

#### a. Pengertian

Patuh adalah suatu sifat yang berfungsi untuk mendorong seseorang taat terhadap suatu ketentuan atau aturan. Kepatuhan didefinisikan sebagai kesetiaan, ketaatan dan loyalitas (Saragih & Rumapea, 2010) atau kondisi dimana seseorang berperilaku sesuai dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya (Smet, 1994).

#### b. Strategi untuk Meningkatkan Kepatuhan

Beberapa strategi untuk meningkatkan kepatuhan (Smet, 1994), yaitu:

##### 1) Dukungan Profesional Kesehatan

Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

## 2) Dukungan Sosial

Dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga. Para profesional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi.

## 3) Perilaku Sehat

Modifikasi perilaku sehat sangat diperlukan. Untuk pasien dengan hipertensi diantaranya adalah tentang bagaimana cara untuk menghindari dari komplikasi lebih lanjut apabila sudah menderita hipertensi. Modifikasi gaya hidup dan kontrol secara teratur atau minum obat anti hipertensi sangat perlu bagi pasien hipertensi.

## 4) Pemberian Informasi

Pemberian informasi yang jelas oleh tenaga kesehatan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

### c. Faktor yang Memengaruhi Ketidakpatuhan

Faktor-faktor yang memengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan (Niven, 2008), antara lain:

#### 1) Pemahaman tentang Intruksi

Tidak seorang pun dapat mematuhi intruksi jika ia salah paham tentang intruksi yang diberikan kepadanya.

2) Kualitas Interaksi

Kualitas interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien merupakan bagian penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

3) Isolasi Sosial dan Keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta juga dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

4) Motivasi

Motivasi dapat diperoleh dari diri sendiri, keluarga, teman, tenaga kesehatan, dan lingkungan sekitarnya.

4. *Standard Precautions*

*Standard precaution* adalah tindakan pencegahan dasar minimal yang berlaku dan harus diterapkan dalam seluruh asuhan keperawatan/tindakan medis terhadap pasien dengan tujuan untuk

melindungi tenaga kesehatan. Penerapan *standard precautions* dimaksudkan untuk mengurangi risiko penularan infeksi dari sumber yang diakui dan tidak dikenal (Punia, Nair, & Shetty, 2014). *Standard precautions* beberapa diantaranya meliputi (WHO, 2007):

a. *Hand Hygiene*

1) Pengertian

Kebersihan tangan adalah komponen utama dari *standard precautions* dan salah satu metode yang paling efektif untuk mencegah penularan infeksi (WHO, 2009). Tangan adalah perantara yang paling efektif untuk transmisi organisme penyebab infeksi dan *hand hygiene* adalah satu-satunya cara paling efektif untuk mencegah penularan infeksi antara pasien dan tenaga kesehatan (Mehta et al., 2014). Hanya karena tangan terlihat bersih, bukan berarti tangan bersih. *Hand hygiene* dalam transmisi infeksi di rumah sakit berperan penting dan dapat diminimalkan dengan kebersihan tangan.

Kepatuhan terhadap mencuci tangan sering kali tidak optimal. Hal ini disebabkan oleh berbagai alasan, seperti: kurangnya peralatan yang sesuai (fasilitas),

rasio tenaga kesehatan terhadap pasien yang tinggi, alergi terhadap produk cuci tangan, kurangnya pengetahuan tentang risiko dan prosedur dan terlalu lama waktu yang disarankan untuk cuci tangan (Mehta et al., 2014). Untuk mengurangi penyebaran infeksi, penting agar kebersihan tangan dilakukan pada waktu yang tepat dan dengan teknik yang benar.

Untuk mengukur kepatuhan kebersihan tangan, kebersihan tangan harus didefinisikan dengan cara yang jelas dan terukur (Ellingson et al., 2014). *World Health Organization* (WHO) mengeluarkan kerangka kerja untuk mengukur kebersihan tangan yaitu “*Five Moments for Hand Hygiene*” (WHO, 2009), meliputi:

- a) Sebelum menyentuh pasien, untuk mencegah terjadinya infeksi pada pasien terkait asuhan keperawatan/tindakan medis.
- b) Sebelum melakukan aseptik, untuk mencegah infeksi yang timbul dari pasien atau mikroorganisme pada tangan tenaga kesehatan.
- c) Setelah terpapar cairan tubuh, untuk mengurangi risiko infeksi dan mengurangi risiko penularan mikroorganisme dari wilayah yang

terkontaminasi ke wilayah yang bersih pada pasien.

- d) Setelah menyentuh pasien, untuk meminimalkan risiko transmisi mikroorganisme ke lingkungan dan untuk melindungi tenaga kesehatan dengan mengurangi kontaminasi di tangan.
- e) Setelah menyentuh lingkungan pasien, untuk mengurangi transmisi mikroorganisme dari lingkungan pasien ke lingkungan lain.

## 2) Teknik Melakukan *Hand Hygiene*

Prosedur kebersihan cuci tangan terbatas pada tangan dan pergelangan tangan dan prosedur pembedahan meliputi tangan dan lengan bawah. Perhiasan harus dilepas sebelum melakukan cuci tangan. Cuci tangan dapat dilakukan dengan syarat (WHO, 2009):

- a) Cuci tangan dilakukan dalam waktu 40 sampai 60 detik menggunakan air mengalir dengan sabun non antiseptik dan pengeringan tanpa kontaminasi atau disinfeksi tangan dengan larutan alkohol.



- b) Pada persiapan bedah, cuci tangan dengan sabun antiseptik dalam waktu tiga sampai lima menit. Semua perhiasan dan jam tangan harus dilepas, kuku jari tetap bersih dan setiap luka/lecet harus ditutup dengan penutup luka tahan air (Malone, 2005).

Cuci tangan terkadang masih dilakukan dengan teknik yang tidak tepat, sehingga mikroba masih dapat menyebar dari tenaga kesehatan ke pasien atau sebaliknya. Enam langkah cuci tangan yang benar (WHO, 2009), yaitu:

- a) Tuang sabun atau cairan *handrub* pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.
- b) Usap dan gosok kedua punggung tangan secara bergantian.
- c) Gosok sela jari tangan hingga bersih.
- d) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci.
- e) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian.
- f) Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan dengan gerakan memutar.

Setelah melakukan enam langkah cuci tangan, bersihkan sabun dengan air mengalir sampai benar-benar bersih, keringkan tangan menggunakan handuk sekali pakai agar tidak terjadi penyebaran infeksi, matikan keran air dengan handuk agar tangan tidak terkontaminasi mikroba dari keran dan buang handuk di tempat yang seharusnya.

b. Alat Perlindungan Diri

Menggunakan alat pelindung diri (APD) atau *personal protective equipment* (PPE) merupakan suatu penghalang antara fisik dengan mikroorganisme pada pemakainya, ini memberikan perlindungan dengan mencegah mikroorganisme dari luar masuk ke dalam tubuh pemakai (Mehta et al., 2014). Peralatan pelindung diri harus digunakan oleh:

- 1) Tenaga kesehatan yang memberikan tindakan langsung kepada pasien
- 2) Tenaga pendukung termasuk pekerja medis, pembersih, dan pegawai binatu.
- 3) Tenaga laboratorium, yang berkerja menangani spesimen.
- 4) Anggota keluarga yang merawat.

*Health Protection Scotland* tahun 2012 menjelaskan peralatan pelindung diri mengurangi risiko infeksi tetapi tidak sepenuhnya menghilangkan risiko tertular infeksi. Hal ini penting agar digunakan secara efektif dan benar. Prinsip penggunaan alat pelindung diri (Mehta et al., 2014):

- 1) Petugas diharapkan selalu berada dalam kondisi sehat agar bebas dari menularkan penyakit.
- 2) Setiap akan mengerjakan prosedur dan tindakan medis, petugas harus membiasakan diri untuk mencuci tangan atau tindakan *hygiene* lainnya.
- 3) Perlengkapan pelindung diri dipilih sesuai risiko paparan.
- 4) Hindari kontak antara alat pelindung diri yang sudah terkontaminasi dengan pakaian atau orang di luar area perawatan/tindakan pasien.
- 5) Buang peralatan pelindung diri yang digunakan di tempat yang sesuai dan buang sesuai kebijakan rumah sakit.
- 6) Jangan berbagi alat pelindung diri.
- 7) Ganti alat pelindung diri secara menyeluruh dan cuci tangan setiap kali meninggalkan pasien untuk merawat pasien lain atau mengerjakan tugas lainnya.

*World Health Organization* mewajibkan seluruh tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien, lingkungan pasien atau cairan tubuh pasien saat melakukan suatu tindakan atau prosedur medis untuk selalu menggunakan alat pelindung diri agar *hospital-acquired infections* dapat diminimalkan. Terdapat beberapa alasan tenaga kesehatan tidak memakai alat pelindung diri (Suardi, 2005), yaitu:

- 1) Pekerja tidak mau memakai dengan alasan: tidak sadar/tidak mengerti, panas, sesak, tidak nyaman dipakai dan tidak enak dipandang, berat, mengganggu pekerjaan, bahan tidak sesuai dengan yang dianjurkan, tidak ada sanksi jika tidak menggunakannya, tidak ada yang mengawasi dan atasan juga tidak memakai.
- 2) Instansi: tidak mengerti tentang alat pelindung diri yang sesuai dengan jenis resiko, sikap dari instansi yang mengabaikan alat pelindung diri, dianggap percuma (karena pekerja tidak mau memakai), pengadaan alat pelindung diri yang asal beli/tidak sesuai dan tidak tersedia alat pelindung diri yang dibutuhkan.

Ketersediaan alat pelindung diri dan pelatihan yang memadai sangat penting. Tenaga kesehatan juga harus sadar penggunaan alat pelindung diri tidak menggantikan kebutuhan lain untuk pengendalian infeksi dasar seperti kebersihan tangan (Mehta et al., 2014). Berikut beberapa macam alat pelindung diri dan prinsip penggunaannya (WHO, 2004):

1) Sarung tangan

Ada dua jenis sarung tangan yaitu steril dan non steril. Sarung tangan steril digunakan pada tindakan tertentu yang dianggap aseptis bedah. Sedangkan sarung tangan bersih dipakai pada prosedur lainnya (Darmadi, 2011). Penggunaan sarung tangan bersih aman untuk menyentuh darah, cairan tubuh lainnya, barang yang terkontaminasi dan bahan berpotensi menular lainnya. Penggunaan sarung tangan steril sesuai prinsip aseptis bedah, harus dikenakan sebelum melaksanakan prosedur *invasive* dan dipakai dalam melakukan perawatan/tindakan medis terhadap pasien *immunocompromised* atau dirawat di ruang isolasi ketat. Beberapa hal yang harus diperhatikan (WHO, 2004):

- a) Ganti sarung tangan terutama saat berpindah dari area tubuh yang terkontaminasi ke area tubuh bersih.
- b) Jangan memakai sarung tangan yang sama untuk merawat lebih dari satu pasien.
- c) Lepaskan sarung tangan setelah merawat pasien
- d) Tingkatkan kebersihan tangan setiap kali sarung tangan dilepaskan.
- e) Sarung tangan sekali pakai sebaiknya tidak digunakan kembali namun harus dibuang sesuai dengan protokol fasilitas pelayanan kesehatan.

## 2) Masker

Masker digunakan untuk melindungi pemakai dari transmisi mikroorganisme yang ditularkan pada saat adanya kemungkinan terkena cipratan cairan tubuh atau melalui *droplet* dan udara. Masker sangat penting terutama bagi tenaga kesehatan yang bekerja merawat luka terbuka atau merawat pasien yang terinfeksi dengan penyakit-penyakit yang ditularkan melalui *droplet* atau udara. Sebaliknya masker juga melindungi pasien dari infeksi yang penularannya melalui udara, terutama bagi pasien di kamar operasi, kamar bersalin dan bayi (Darmadi, 2011). Teknik yang

tepat dalam memakai dan melepas masker merupakan bagian penting dari pengendalian infeksi. Prinsip pemakaian masker yang harus dipatuhi (WHO, 2004):

- a) Pakai untuk melindungi mulut dan hidung saat melakukan tindakan keperawatan/tindakan medis.
- b) Pakai masker bedah bukan bahan katun/masker kasa.
- c) Jangan gunakan kembali masker sekali pakai, buang sesuai dengan protokol fasilitas pelayanan kesehatan.

### 3) Apron/celemek dan Gaun

Apron atau gaun adalah alat pelindung diri berupa kain/plastik yang berguna menutupi tubuh dari darah atau produk lain dari pasien. Alat ini biasanya digunakan saat melakukan tindakan invasif seperti bedah atau persalinan. Prinsip penggunaan, sebagai berikut (WHO, 2004):

- a) Kenakan gaun untuk melindungi kulit dan mencegah rontokan pakaian selama tindakan medis.

- b) Lepaskan gaun kotor atau basah sesegera mungkin, untuk menghindari kontaminasi.
  - c) Celemek plastik bisa dikenakan di atas gaun.
  - d) Gaun dan celemek dapat digunakan kembali, sesuai petunjuk rumah sakit
  - e) Jangan gunakan kembali gaun/celemek sekali pakai.
- 4) Topi/petutup rambut dan sepatu bot/penutup sepatu

Topi/penutup rambut adalah alat pelindung diri yang bertujuan untuk menutup rambut agar rambut tidak jatuh ke media steril saat tindakan medis, sedangkan sepatu bot/penutup sepatu bertujuan untuk mencegah kaki/sepatu terkena cairan dari pasien. Berikut prinsip penggunaan topi/penutup rambut dan sepatu (WHO, 2004), yaitu:

- a) Kenakan topi dan sepatu bot saat ada kemungkinan darah atau cairan tubuh menyebar atau tumpah ke rambut atau sepatu.
- b) Topi dan sepatu bot dapat digunakan kembali, sesuai petunjuk rumah sakit.
- c) Jangan gunakan kembali topi/sepatu bot sekali pakai.



- d) Bersihkan dan disinfeksi sepatu yang bisa digunakan kembali.
- c. Pencegahan jarum suntik dan luka dari instrumen/benda tajam. Pencegahan dilakukan saat (WHO, 2007):
- 1) Menangani jarum, pisau bedah dan benda tajam lain.
  - 2) Membersihkan instrument/benda bekas.
  - 3) Membuang jarum bekas dan instrumen tajam lain.
- d. Kebersihan udara/pernafasan dan etika/aturan batuk, diterapkan dengan cara (WHO, 2007):
- 1) Menerapkan tindakan pengendalian sumber infeksi pada pasien dengan gejala penyakit pernafasan.
  - 2) Tutup hidung dan mulut saat batuk/bersin dengan masker.
  - 3) Buang masker bekas ditempat yang disediakan.
  - 4) Lakukan kebersihan tangan setelah kontak dengan pasien.

Fasilitas perawatan kesehatan, dengan keadaan harus (WHO, 2007):

- 1) Jika memungkinkan tempatkan pasien dengan gejala pernafasan akut paling sedikit 1 meter (3 kaki) dari tempat orang lain berada.

- 2) Berikan tanda peringatan di pintu masuk fasilitas perawatan kesehatan yang menginstruksikan pasien dengan gejala pernafasan untuk menerapkan aturan yang berlaku.
  - 3) Menyediakan fasilitas untuk menerapkan kebersihan tangan dan menyediakan masker di tempat umum dan area dengan risiko tinggi.
- e. Kebersihan lingkungan dengan menerapkan prosedur untuk pembersihan rutin dan disinfeksi pada lingkungan dan area pasien (WHO, 2007).
- f. Linen
- Menangani, mengangkat dan mengolah linen bekas dengan cara (WHO, 2007):
- 1) Mencegah kontak kulit terhadap linen/pakaian yang terkontaminasi.
  - 2) Menghindari penyebaran patogen penyebab infeksi dari pasien ke pasien lain atau lingkungan.
- g. Pembuangan limbah, dikelola dengan cara (WHO, 2007):
- 1) Pastikan pengelolaan limbah yang aman.
  - 2) Pengelolaan limbah yang terkontaminasi sebagai limbah klinis seperti darah, cairan tubuh, sekresi,

ekskresi dan limbah laboratorium dikelola sesuai aturan yang berlaku di Rumah Sakit.

3) Buang benda sekali pakai dengan benar di tempat yang disediakan.

h. Perawatan peralatan pasien, dilakukan dengan cara (WHO, 2007):

1) Tangani peralatan yang telah kontak dengan darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi dengan cara mencegah kontak kulit dan mukosa, kontaminasi pakaian dan penyebaran bakteri patogen ke pasien lain atau lingkungan.

2) Lakukan pembersihan dan disinfeksi dengan tepat pada peralatan yang dapat digunakan kembali sebelum digunakan kembali pada pasien lain.

## 5. *Hospital-Acquired Infections*

a. Pengertian

Nosokomial atau *hospital-acquired infections* berasal dari bahasa Yunani, terdiri dari kata *nosos* dan *komeo*. *Nosos* memiliki arti penyakit dan *komeo* memiliki arti merawat, maka makna *nosokomion* dapat diartikan sebagai tempat untuk merawat. Secara umum, infeksi nosokomial adalah

infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit (Darmadi, 2011).

Menurut *World Health Organization* (WHO), *hospital-acquired infections* adalah infeksi yang didapat selama perawatan di rumah sakit yang tidak ada atau diinkubasi saat masuk dan ada setelah pasien keluar dari rumah sakit dan infeksi yang didapat oleh tenaga kesehatan saat berkerja di rumah sakit (Ducel, Fabry, & Nicolle, 2002). Infeksi yang terjadi lebih dari 48 jam setelah masuk biasanya dianggap nosokomial (Ocran & Tagoe, 2014). *Hospital-acquired infections* atau infeksi nosokomial adalah infeksi yang terjadi pada pasien yang masuk rumah sakit dan menunjukkan tanda infeksi setelah dua kali 24 jam berada di rumah sakit (Darmadi, 2011).

b. Penularan

*World Health Organization* (WHO) menyebutkan banyak faktor dapat meningkatkan infeksi pada pasien yang dirawat di rumah sakit, seperti: penurunan kekebalan tubuh pada pasien, berbagai macam prosedur medis dan tindakan invasif yang menjadi jalur potensi terjadinya infeksi, penyebaran mikroba yang resistan terhadap obat tertentu

diantara populasi rumah sakit yang padat, dan praktik pengendalian infeksi yang buruk dapat memfasilitasi penyebaran infeksi di rumah sakit. Mekanisme penularan mikroba patogen ke pejamu yang rentan dapat melalui dua cara (Darmadi, 2011), yaitu:

1) Transmisi langsung (*direct transmission*)

Penularan langsung oleh mikroba patogen ke pejamu, seperti: sentuhan, gigitan atau saat transfusi darah yang terkontaminasi mikroba patogen.

2) Transmisi tidak langsung (*indirect transmission*)

Penularan mikroba patogen yang memerlukan adanya media perantara, antara lain:

a) *Vehicle-borne*

Media perantara penularan melalui barang/bahan yang terkontaminasi seperti peralatan makan dan minum, instrumen bedah, peralatan laboratorium, peralatan infus/transfusi.

b) *Vector-borne*

Media perantara penularan melalui vektor (serangga), yang memindahkan mikroba patogen ke pejamu dengan cara sebagai berikut:

(1). Cara mekanis

Penularan melalui kaki serangga yang telah terkena mikroba patogen, hinggap pada makanan/ minuman, dan masuk ke saluran cerna pejamu.

(2). Cara biologis

Penularan yang terjadi setelah mikroba mengalami siklus perkembangbiakan dalam tubuh vector atau serangga, kemudian mikroba tersebut pindah ke tubuh penjamu melalui gigitan.

c) *Food-borne*

Makanan/minuman adalah media perantara yang efektif untuk penyebaran mikroba ke pejamu.

d) *Water-borne*

Kualitas air meliputi aspek fisik, kimiawi dan mikrobiologis, diharapkan terbebas dari mikroba patogen sehingga aman untuk dikonsumsi. Media perantara air sangat mudah menyebarkan mikroba patogen ke pejamu.

e) *Air-borne*

Adanya udara yang terkontaminasi oleh mikroba patogen sangat sulit untuk dideteksi. Mikroba patogen dalam udara masuk ke saluran nafas pejamu dalam bentuk *droplet nuclei* yang dikeluarkan oleh penderita saat batuk atau bersin, bicara atau bernapas melalui mulut atau hidung. Sedangkan *dust* merupakan partikel yang dapat terbang bersama debu lantai/tanah. Penularan melalui udara ini mudah terjadi di dalam ruangan tertutup seperti di dalam gedung, ruangan/ bangsal/ kamar perawatan/ tindakan atau laboratorium klinik.

c. Faktor Pencetus

Penularan infeksi dalam lingkungan kesehatan membutuhkan tiga unsur, yaitu: sumber mikroorganisme yang menginfeksi, pembawa penyakit yang rentan dan alat transmisi untuk mikroorganisme ke inang. Sumber penularan yang paling sering menyebabkan *hospital-acquired infections*, yaitu: pasien, peralatan medis, perangkat individu, lingkungan rumah sakit, tenaga kesehatan, obat-obatan, makanan yang terkontaminasi, dan peralatan medis yang terkontaminasi (Collins, 2008).

Pasien, pengunjung, tenaga kesehatan, maupun sumber lain dapat meningkatkan kejadian infeksi di rumah sakit (Septiari, 2012). Faktor-faktor yang memengaruhi proses terjadinya infeksi nosokomial (Darmadi, 2011), adalah:

1) Tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan dapat menjadi sumber utama tertapar infeksi yang dapat menyebarkan mikroba patogen ke pasien maupun tempat lain sehingga menyebabkan infeksi nosokomial. Salah satu upaya dalam pencegahan infeksi adalah cuci tangan karena tangan merupakan sumber penularan utama untuk penularan infeksi nosokomial.

2) Lingkungan

Mikroorganisme penyebab infeksi bisa tumbuh dan berkembang pada lingkungan yang tidak bersih.

3) Peralatan medis

Peralatan medis yang dimaksud adalah alat yang digunakan untuk tindakan medis, seperti: jarum, kateter, kassa, instrument, dan sebagainya.

4) Makanan atau minuman



Hidangan yang disajikan setiap saat kepada pasien akan menyebabkan infeksi jika standart kebersihan bahan tidak layak untuk dikonsumsi.

5) Penderita lain

Keberadaan penderita lain dalam satu kamar atau ruangan atau bangsal dapat merupakan sumber penularan.

6) Pengunjung

Pengunjung dapat menyebarkan infeksi yang didapat dari luar ke dalam lingkungan rumah sakit atau sebaliknya.

Setelah terpapar organisme patogen, pasien memiliki kerentanan yang bervariasi untuk terjadi infeksi. Beberapa orang memiliki mekanisme perlindungan diri yang baik, sehingga dapat menahan pertumbuhan mikroba atau memiliki kekebalan terhadap mikroba tertentu. Pasien dengan kekebalan tubuh yang rendah dapat menjadikan proses tersebut menjadi aktif. Faktor risiko *hospital-acquired infections* (Collins, 2008), yaitu:

a) Faktor risiko intrinsik:

- (1). *Immunocompromised* (neonatus, lanjut usia).
- (2). *Penyakit* yang mendasarinya.
- (3). *Tingkat* keparahan penyakit.
- (4). *Pengobatan* immunosupresif atau perawatan medis/bedah.
- (5). *Imunodefisiensi* primer (misalnya anemia atau penyakit autoimun).
- (6). *Imunodefisiensi* sekunder (misalnya kemoterapi, kortikosteroid, diabetes, leukemia).
- (7). *Memiliki* infeksi berulang atau infeksi yang lebih parah, seperti pneumonia berulang.

b) Faktor risiko ekstrinsik:

- (1). Prosedur bedah atau prosedur invasif lainnya.
- (2). Intervensi diagnostik atau terapeutik (misalnya, perangkat invasif, benda asing yang ditanamkan, transplantasi organ, obat immunosupresif).
- (3). Perangkat medis *invasive*.

(4). Paparan lainnya.

Risiko infeksi yang terkait dengan faktor ekstrinsik ini dapat dikurangi dengan pengetahuan dan penerapan praktik pengendalian infeksi yang tepat.

d. Pencegahan

Memberikan perlindungan kepada pasien, tenaga kesehatan dan pengunjung sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Hal utama yang harus diperhatikan dalam penanganan infeksi pelayanan kesehatan adalah mencegah penyebaran infeksi. Pencegahan *hospital-acquired infections* memerlukan program yang mencakup komponen berikut ini (Ducel et al., 2002):

- 1) Membatasi transmisi organisme dari/ke pasien.
- 2) Pengendalian lingkungan pada area dengan risiko infeksi.
- 3) Melindungi pasien dengan penggunaan antibiotik profilaksis, nutrisi dan vaksinasi yang tepat.
- 4) Membatasi risiko infeksi dengan meminimalkan prosedur invasif dan menggunakan antibiotik secara optimal.
- 5) Surveilans infeksi, identifikasi dan pengendalian wabah.

- 6) Pencegahan infeksi pada tenaga kesehatan.
- 7) Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam asuhan perawatan/tindakan medis pada pasien.

Salah satu upaya pencegahan *hospital-acquired infections* adalah menerapkan *universal precautions*, yaitu meningkatkan kewaspadaan tenaga kesehatan terhadap darah dan cairan tubuh lain yang tidak membedakan perlakuan terhadap setiap pasien, dan tidak tergantung pada diagnosis penyakitnya (Irianto, 2010). Kewaspadaan tersebut meliputi (WHO, 2004):

- 1) Mencuci tangan dan antisepsis (kebersihan tangan).
- 2) Penggunaan alat pelindung diri.
- 3) Penanganan peralatan dan linen kotor dengan tepat.
- 4) Pencegahan terjadinya luka akibat benda tajam.
- 5) Pembersihan lingkungan, pengelolaan dan penanganan limbah yang tepat.

## **B. Penelitian Terdahulu**

1. Salama, Jamal, Mousa, A-Abdul Ghani & Rotimi (2014) berjudul *The Effect of Hand Hygiene Compliance on Hospital-Acquired Infections in an ICU Setting in a Kuwaiti Teaching Hospital*.

Merupakan penelitian intervensi prospektif. Penelitian tersebut menunjukkan angka kejadian infeksi dipengaruhi oleh kepatuhan tenaga kesehatan dalam penerapan menjaga kebersihan tangan di ruang *Intensive Care Unit* di Rumah Sakit.

2. Siagian (2012) berjudul Pengaruh Pengawasan dan Kepatuhan Terhadap Penggunaan Alat Pelindung Diri Pada Perawat Dalam Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit Umum Daerah Kisaran. Merupakan penelitian survei deskriptif analitik dengan menggunakan rancangan *cross-sectional*. Hasil penelitian menunjukkan sebagian perawat dinyatakan tidak patuh dalam menggunakan alat pelindung diri dalam pencegahan infeksi di Rumah Sakit.
3. Setiyajati (2014) berjudul Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap Penerapan Standar Keselamatan Pasien di Instalasi Perawatan Intensif RSUD dr. Moewardi. Merupakan penelitian pendekatan kuantitatif observasional analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian tersebut menyebutkan pengetahuan dan sikap perawat secara bersama-sama berpengaruh secara signifikan terhadap penerapan standar keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan terutama instalasi perawatan di Rumah Sakit.

4. Ogoine et al. (2015) berjudul *Knowledge, Attitude and Practice of Standard Precautions of Infection Control by Hospital Workers in Two Tertiary Hospitals in Nigeria*. Merupakan penelitian dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian tersebut menunjukkan pengetahuan pada sebagian besar tenaga kesehatan adalah kurang dan perawat memiliki pengetahuan dan kepatuhan lebih rendah dibandingkan dengan dokter dalam penerapan *standard precautions*.
5. Yakob & Lamaro (2015) berjudul *Knowledge, Attitude and Practice towards Infection Control Measures among Mizan-Aman General Hospital Workers, South West Ethiopia*. Merupakan penelitian dengan rancangan *cross-sectional*. Hasil dari penelitian tersebut menyebutkan sebagian besar pengetahuan, sikap dan praktik pada tenaga kesehatan terhadap tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit cenderung kurang.
6. Fox et al. (2015) berjudul *Use of a Patient Hand Hygiene Protocol to Reduce Hospital-Acquired Infections and Improve Nurses' Hand Washing*. Merupakan penelitian eksperimental. Penelitian tersebut menunjukkan kebersihan tangan pada perawat di unit perawatan dapat mengurangi/menurunkan angka infeksi yang didapat di Rumah Sakit.

7. Oli, Okoli, Ujam, Adje & Ezeobi (2016) berjudul *Health Professionals' Knowledge about Relative Prevalence of Hospital-Acquired Infections in Delta State of Nigeria*. Merupakan penelitian dengan rancangan *cross-sectional*. Hasil penelitian menjelaskan prevalensi *hospital-acquired infections* di negara tersebut dilaporkan tinggi, meskipun tenaga kesehatan memiliki pengetahuan yang baik tentang *hospital-acquired infections*. Penelitian tersebut juga menjelaskan usaha sikap dan kepatuhan yang baik tidak selalu diterapkan dalam pencegahan infeksi nosokomial di Rumah Sakit.
8. Haile, Engeda & Abdo (2016) berjudul *Compliance with Standard Precautions and Associated Factors among Healthcare Workers in Gondar University Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia*. Merupakan penelitian dengan rancangan *cross-sectional*. Hasil penelitian menjelaskan kepatuhan terhadap penerapan *standard precautions* pada tenaga kesehatan yang berkerja di Rumah Sakit sangat rendah. Pelatihan mengenai tindakan pencegahan standar pada tenaga kesehatan sangat penting serta dukungan dan kerja sama antara pihak manajemen rumah sakit dan tenaga kesehatan yang konsisten dan berkelanjutan sangat dibutuhkan.

Terdapat beberapa perbedaan dari penelitian terdahulu terhadap penelitian yang peneliti lakukan. Perbedaan ini yang menjadi sebagian alasan peneliti dalam melakukan penelitian. Perbedaan tersebut yaitu:

1. Perbedaan terhadap jumlah dan jenis aspek yang diteliti, peneliti membahas tiga aspek yaitu pengetahuan, sikap dan kepatuhan pada tenaga kesehatan.
2. Perbedaan terhadap tenaga kesehatan yang diteliti, tenaga kesehatan yang diteliti adalah perawat dan bidan yang berkerja di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
3. Perbedaan terhadap jumlah sampel yang diteliti, perbedaan jumlah sampel didapat berdasarkan dari jumlah populasi tenaga kesehatan yang diteliti di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
4. Perbedaan terhadap lokasi/tempat dilakukannya penelitian, lokasi penelitian dilakukan di ruang rawat inap, ruang *intensive care unit* dan ruang bersalin Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul, dimana lokasi ini belum pernah dilakukan penelitian mengenai masalah yang dikaji oleh peneliti.

### **C. Landasan Teori**

Landasan teori dalam penelitian ini dengan mengkombinasikan teori Notoatmodjo, Niven, Punia dan Mehta. Pengetahuan merupakan



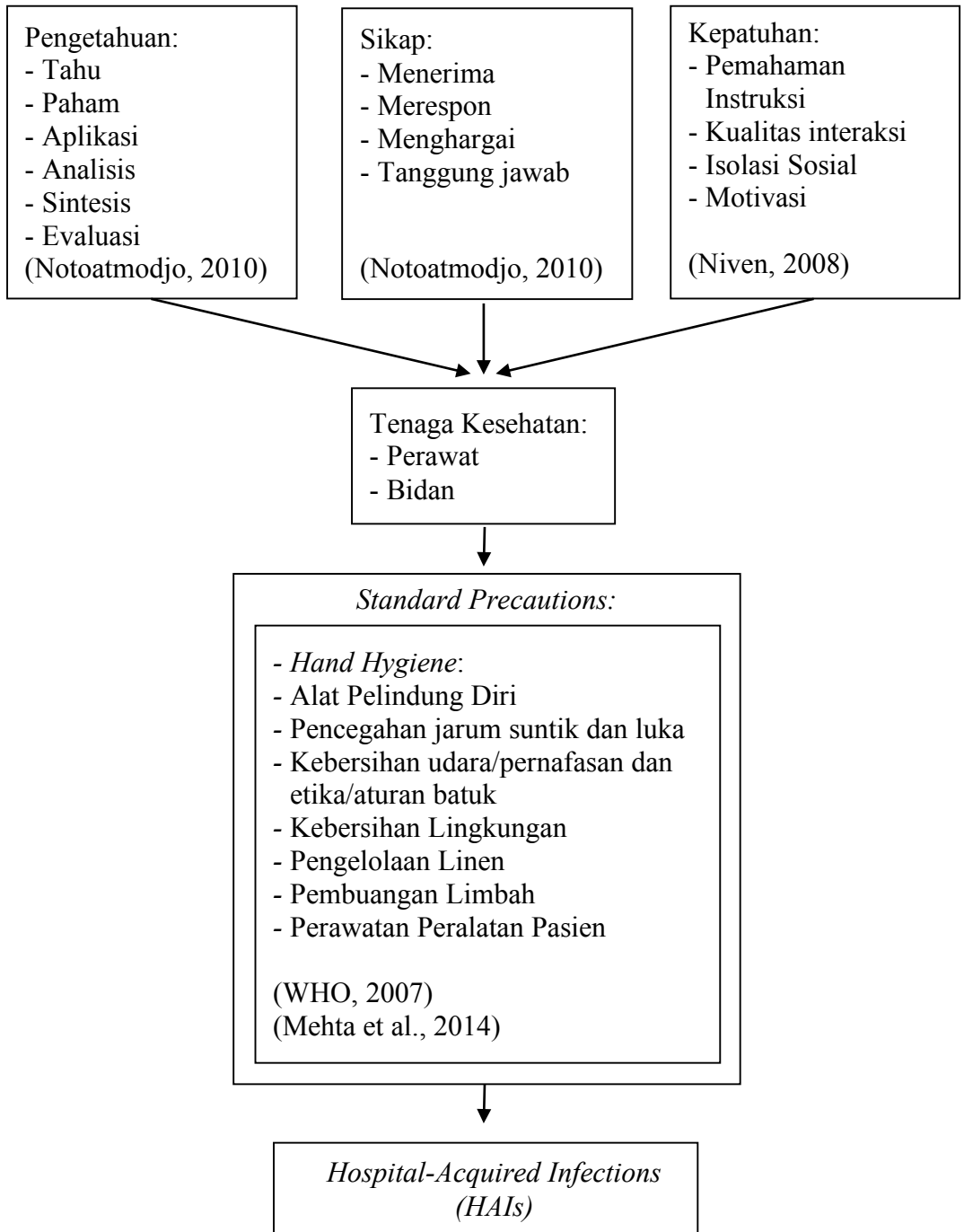
domain yang sangat penting dalam terbentuknya perilaku seseorang untuk melakukan tindakan. Pengetahuan pada domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu: tahu (*know*), paham (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) dan evaluasi (*evaluation*) (Notoatmodjo, 2010). Seperti pengetahuan, sikap memiliki berbagai tingkatan dalam melakukan tindakan, yaitu: menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valuating*) dan bertanggung jawab (*responsible*) (Notoatmodjo, 2010). Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi ketidakpatuhan dalam kesehatan untuk melakukan tindakan, antara lain: pemahaman instruksi, kualitas interaksi, isolasi sosial dan motivasi (Niven, 2008).

*Standard precaution* merupakan tindakan pencegahan dasar minimal yang berlaku dan harus diterapkan dalam seluruh asuhan keperawatan/tindakan medis oleh seluruh tenaga kesehatan, beberapa diantaranya meliputi *hand hygiene* dan alat pelindung diri (Punia et al., 2014). Penerapan *hand hygiene* sering kali tidak optimal. Hal ini disebabkan oleh berbagai alasan, seperti: kurangnya peralatan (fasilitas) yang disediakan, alergi terhadap produk cuci tangan seperti jenis sabun, kurangnya pengetahuan tentang risiko dan lamanya waktu yang disarankan untuk cuci tangan (Mehta et al., 2014).

Alat pelindung diri merupakan suatu penghalang antara fisik dengan mikroorganisme pada pemakainya, ini memberikan perlindungan dengan mencegah mikroorganisme dari luar masuk ke dalam tubuh. Ketersediaan alat pelindung diri (fasilitas) dan pelatihan yang memadai sangat penting. Tenaga kesehatan juga harus sadar penggunaan alat pelindung diri tidak menggantikan kebutuhan lain untuk pengendalian infeksi dasar seperti kebersihan tangan pemakai (Mehta et al., 2014). Alat pelindung diri meliputi: sarung tangan, masker, apron/celemek dan gaun, topi/petutup rambut dan sepatu bot/penutup sepatu.

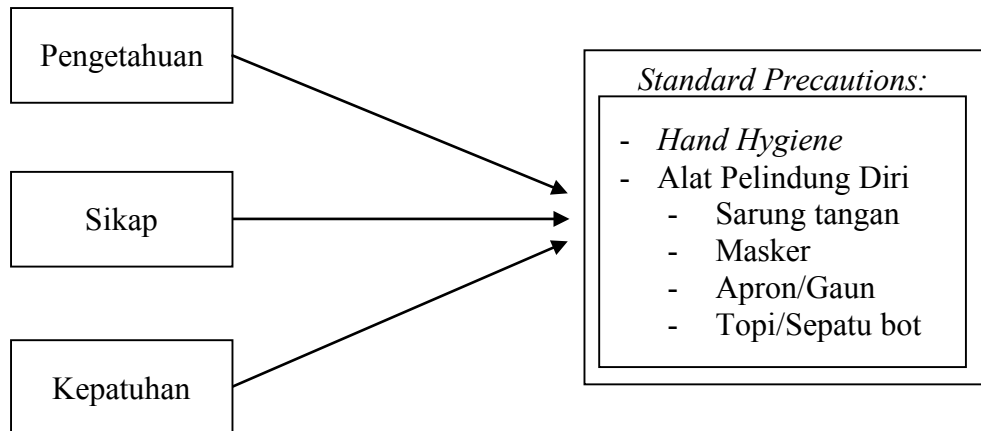
*World Health Organization* menjelaskan terdapat beberapa tindakan *standard precautions* selain *hand hygiene* dan alat pelindung diri, meliputi pencegahan jarum suntik dan luka, kebersihan udara/pernafasan dan etika/aturan batuk, kebersihan lingkungan, pengelolaan linen, pembuangan limbah dan perawatan peralatan pasien (WHO, 2007).

## D. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori berdasarkan teori Notoatmodjo, Niven, Punia dan Mehta

### E. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

### F. Hipotesis Penelitian

1. Pengetahuan tenaga kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penerapan *standard precautions* dalam pencegahan *hospital-acquired infections* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
2. Sikap tenaga kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penerapan *standard precautions* dalam pencegahan *hospital-acquired infections* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
3. Kepatuhan tenaga kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penerapan *standard precautions* dalam pencegahan *hospital-acquired infections* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.