

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Health-care associated infections (HAIs)*

a. Pengertian

World Health Organization (WHO) 2009, menyebutkan bahwa *healthcare associated infections (HAIs)* adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama proses perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, dan sebelum pasien dirawat tidak memiliki gejala serupa dan tidak dalam masa inkubasi. Infeksi akan berkembang selama pasien dirawat di rumah sakit dan mulai menunjukkan gejalanya >48 jam setelah mulai dirawat di rumah sakit. Program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di rumah sakit digalakkan Kementerian Kesehatan yang bertujuan meningkatkan *patient safety* serta menurunkan resiko infeksi yang didapat dan disebarkan diantara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela,

mahasiswa dan pengunjung rumah sakit (DepKes RI, 2012). *HAI*s adalah infeksi yang didapat penderita selama dirawat di rumah sakit. Infeksi dikatakan didapat dari rumah sakit jika memiliki ciri-ciri :

- 1) Saat penderita dirawat di rumah sakit tidak ditemukan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut.
- 2) Saat penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak dalam masa inkubasi dari suatu infeksi.
- 3) Tanda-tanda infeksi baru timbul sekurang-kurangnya setelah 3x24 jam sejak awitan perawatan.
- 4) Infeksi tersebut bukan dari sisa dari infeksi sebelumnya.
- 5) Jika saat mulai dirawat di rumah sakit sudah ada tanda-tanda infeksi, dan terbukti infeksi tersebut didapatkan penderita saat dirawat di rumah sakit yang sama di waktu lalu, serta belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial (Darmadi, 2008).

b. Pencegahan Terjadinya HAIs

Kegiatan untuk mengurangi terjadinya kejadian *HAIs* merupakan komponen penting dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi yang komprehensif. Berikut ini adalah pedoman yang dibuat oleh Tim PPI RS Massachusetts yang diadaptasi dan dikembangkan oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Centers for Disease Control and Prevention adalah sebagai berikut (Pittet et al., 2006) :

- 1) Rekomendasi terkait dengan Program Pengaturan Infeksi Pencegahan dan Pengendalian Rumah Sakit
- 2) Rekomendasi *Hand hygiene*
- 3) *Universal Precaution* di Rumah Sakit
- 4) *Contact Precaution* di Rumah Sakit
- 5) Pencegahan dan manajemen Multi-drug Resistant *Organisms*
- 6) Pencegahan *Ventilator-Associated Pneumonia*
- 7) Pencegahan Infeksi Luka Operasi
- 8) Pencegahan Infeksi Aliran Darah Primer

9) Pencegahan *Catheter-Associated Urinary Tract Infections*

Landasan dari upaya untuk mengurangi *HAIs* di rumah sakit adalah program pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif. Tujuan utama dari program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit adalah untuk melindungi pasien, karyawan dan pengunjung dari penularan infeksi. Pasien, petugas kesehatan, dan pengunjung juga dapat menjadi mitra dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Salah satunya dengan meningkatkan *hand hygiene* di rumah sakit (Pittet et al, 2006)

2. *Hand hygiene*

a. *Definisi Hand hygiene*

Hand hygiene (kebersihan tangan) adalah teknik dasar paling penting didalam pencegahan dan pengendalian infeksi (WHO, 2009). Menurut (Marjadi and McLaws, 2010), *hand hygiene* adalah suatu tindakan untuk membersihkan tangan. *Hand hygiene* terdiri dari 2

hal yaitu mencuci tangan dengan air dan sabun serta membersihkan tangan dengan handrub apabila tangan terlihat tidak kotor.

Hand hygiene adalah tindakan utama/ dasar yang telah terbukti efektif dalam pencegahan *HAIs* dan penyebaran resistensi antimikroba. Mikroorganisme di kulit manusia diklasifikasikan dalam dua kelompok yakni flora residen dan flora transient. Flora *residen* merupakan mikroorganisme yang konsisten dapat diisolasi dari tangan manusia, tidak mudah hilang dengan gesekan mekanis karena telah beradaptasi pada tangan manusia, contohnya *Staphylococcus*, *Corynebacterium* dan *Klinsiella*. Sedangkan flora transient merupakan flora transit atau flora kontaminasi yang jenisnya tergantung dari lingkungan, kuman ini mudah hilang dengan cuci tangan yang efektif. Contohnya *Staphylococcus aureus*, *Streptococci*, *Pseudomonas*, *E.Coli*, mikroorganisme tersebut dapat dihilangkan dari permukaan tangan dengan

gesekan mekanik dan cuci tangan yang efektif (Zulpahiyana, 2013)

b. Tujuan *Hand hygiene*

Hand hygiene merupakan tindakan dasar dalam upaya pencegahan infeksi, tujuan dilakukan *hand hygiene* adalah menghilangkan mikroorganisme yang berada tangan (Zulpahiyana, 2013). Menurut WHO dalam *Guideline on Hand hygiene in Health Care a Summary* dan Joint Commission International (JCI) menjelaskan bahwa *Hand hygiene* bertujuan memutus transmisi penyebaran mikroorganisme, mengurangi penyebaran *HAIs*, dan untuk mencegah terjadinya *HAIs* di rumah sakit. (WHO, 2009).

c. Indikasi *Hand hygiene*

WHO (2009) memperkenalkan konsep *five moments hand hygiene* sebagai dasar dalam *pencegahan* penyebaran infeksi nosokomial yang harus dilaksanakan sesuai dengan indikasi.

Gambar 2. 1. Lima momen menurut WHO 2009



Sumber: WHO,2009.*Guideline on Hand Hygiene in Health Care a Summary*

Indikasi *five moments hand hygiene* yang dimaksud meliputi: sebelum menyentuh pasien, sebelum prosedur aseptik, setelah resiko terpapar cairan tubuh pasien, setelah menyentuh pasien, dan setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien.

Tabel 2. 1. *Five Moment hand hygiene*

1. Sebelum kontak dengan pasien	<ul style="list-style-type: none"> Bersihkan tangan sebelum menyentuh pasien Melindungi pasien dari bakteri patogen yang ada pada tangan petugas
2. Sebelum melakukan tindakan aseptik	<ul style="list-style-type: none"> Bersihkan tangan segera sebelum melakukan tindakan aseptik Melindungi pasien dari bakteri patogen, termasuk dari permukaan tubuh pasien sendiri, memasuki bagian dalam tubuh.
3. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien	<ul style="list-style-type: none"> Bersihkan tangan setelah kontak atau resiko kontak dengan cairan tubuh pasien (dan setelah melepas sarung tangan) Melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien
4. Setelah kontak dengan pasien	<ul style="list-style-type: none"> Bersihkan tangan setelah menyentuh pasien, sesaat setelah meninggalkan pasien Untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien.
5. Setelah kontak dengan area sekitar pasien	<ul style="list-style-type: none"> Bersihkan tangan setelah menyentuh objek atau furniture yang ada di sekitar pasien saat meninggalkan pasien, walaupun tidak menyentuh pasien. Melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien

d. Teknik *hand hygiene*

Hand hygiene yang dilakukan meliputi 3 teknik *hand hygiene*, antara lain: (WHO, 2009).

1) *Handrub*

Banyaknya pasien dan petugas yang kontak dalam satu waktu, atau susahny mendapatkan sumber air bersih yang memadai menjadi kendala dalam

melaksanakan *hand hygiene* dengan mencuci tangan. Karena alasan ini, WHO memiliki alternatif lain dalam melakukan *hand hygiene*, yaitu dengan handrub berbasis alkohol. *Handrub* dilakukan dengan menggunakan cairan berbasis alkohol. Handrub hanya boleh dilakukan jika kondisi tangan dalam keadaan bersih. Handrub yang efektif membutuhkan waktu sekitar 20-30 detik melalui teknik 6 (enam) langkah kebersihan tangan. Prosedur ini dimulai dengan menuangkan 3-5 ml handrub ke dalam telapak tangan lalu memulai teknik 6 langkah :

- a) Menggosok bagian dalam telapak tangan.
- b) Menggosok punggung tangan bergantian.
- c) Menggosok sela-sela jari tangan.
- d) Menggosok ruas jari tangan dengan mengkaitkan kedua telapak tangan.
- e) Menggosok ibu jari tangan secara bergantian.
- f) Menggosok ujung-ujung jari tangan.

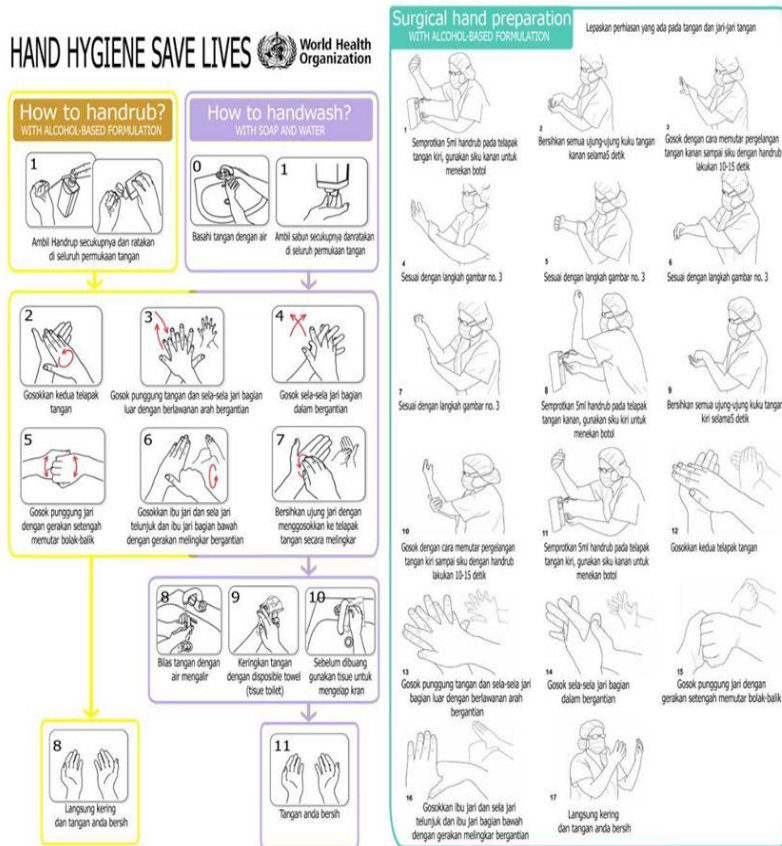
2) *Handwash*

Handwash dilakukan dengan menggunakan air mengalir dan sabun dengan indikasi bila tangan terlihat kotor, sehingga dapat dibersihkan dengan air yang mengalir. Pelaksanaan *hand hygiene* dengan mencuci tangan yang efektif akan membutuhkan waktu sekitar 40-60 detik,

3) *Surgical hand preparation*

Metode *Hand hygiene* bedah merupakan suatu bentuk upaya membersihkan tangan dari mikroorganisme dengan menggunakan metode yang paling maksimal sebelum melakukan prosedur atau tindakan bedah. Dalam upaya mengurangi mikroorganisme patogen pada area tangan, mencuci tangan metode bedah dilakukan dengan sangat hati-hati dan dalam waktu yang relatif lebih lama yang membutuhkan waktu sekitar 2-6 menit.

Gambar 2. 2. teknik *hand hygiene* berdasarkan WHO.



Sumber: WHO, 2009. *Guideline on Hand Hygiene in Health Care a Summary*

e. Faktor Pendukung *Hand hygiene*

Kepatuhan *hand hygiene* dapat ditingkatkan dengan memperhatikan hal-hal *antara* lain: usia, pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, pengawasan, kebijakan,

tenaga kerja, fasilitas, serta niat atau *intention*. Seperti yang dilaporkan (Randle et al., 2006) bahwa pengetahuan sangatlah berpengaruh terhadap pelaksanaan *hand hygiene*. Selain itu, ketersediaan fasilitas *hand hygiene* juga mempengaruhi kepatuhan petugas kesehatan terhadap *hand hygiene*.

f. Kendala *hand hygiene*

Beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya angka *hand hygiene* antara lain (WHO, 2009) :

- 1) Bahan yang digunakan untuk cuci tangan mengakibatkan iritasi pada kulit
- 2) Lokasi sarana/ prasarana atau fasilitas yang tidak terlihat dan susah dijangkau
- 3) Kurangnya sabun, tisu dan handuk yang tersedia.
- 4) Kurangnya waktu atau terlalu sibuk
- 5) Lebih memprioritaskan pelayanan
- 6) *Hand hygiene* dianggap mengganggu hubungan tenaga kesehatan dengan pasien

- 7) Menganggap bahwa resiko tertular infeksi dari pasien rendah
- 8) Anggapan bahwa penggunaan sarung tangan menyingkirkan kebutuhan *hand hygiene*
- 9) Kurangnya pengetahuan tentang protokol atau guideine *hand hygiene*
- 10) Kurangnya pengalaman serta pendidikan
- 11) Kurangnya penghargaan dan motivasi
- 12) Kurangnya panutan dari rekan atau atasan
- 13) Skeptis pada nilai *hand hygiene*
- 14) Tidak sependapat terhadap rekomendasi *hand hygiene*
- 15) Kurangnya informasi yang ilmiah tentang dampak peningkatan *hand hygiene* untuk mengurangi kejadian *HAIs*.

g. Ruang Lingkup *Hand hygiene*

WHO (2009) menyarankan bahwa setiap orang atau petugas yang disebutkan dibawah ini untuk selalu mematuhi setiap prosedur *hand hygiene*, yaitu:

- 1) Setiap petugas yang melakukan kontak langsung dengan pasien seperti dokter atau perawat dan petugas kesehatan lainnya.
- 2) Setiap petugas yang kontak secara tidak langsung dengan pasien seperti ahli gizi dan farmasi
- 3) Setiap orang yang berkontribusi dalam setiap prosedur yang dilakukan terhadap pasien
- 4) Setiap orang yang bekerja di rumah sakit.

h. Hambatan dalam mencuci tangan

Ada berbagai alasan mengapa petugas kesehatan tidak melakukan cuci tangan adalah (Kampf et al., 2009):

- 1) Kurangnya pengetahuan mengenai situasi klinis.
- 2) Kurangnya ketersediaan fasilitas atau tidak adanya bahan disinfektan
- 3) Kurangnya waktu, sehingga cuci tangan sering tidak dilakukan karena meningkatnya tekanan kerja atau faktor lingkungan seperti kekurangan staff
- 4) Iritasi pada kulit atau masalah kulit lainnya seperti kulit kering, rasa terbakar pada kulit.

3. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012) mengungkapkan pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tahu dari manusia yang sekedar menjawab pertanyaan “*What*”. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang didapat setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu baik secara penginderaan, penciuman, rasa, dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan merupakan kemampuan seseorang untuk mengungkapkan kembali apa yang diketahuinya dalam bentuk bukti jawaban baik secara lisan atau tulisan, bukti tersebut merupakan suatu reaksi dari suatu stimulasi yang berupa pertanyaan baik lisan atau tulisan (Notoatmodjo, 2007).

b. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoadmojo (2007) faktor – faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan adalah :

1) Umur

Usia atau umur dapat mempengaruhi daya tangkap serta pola pikir seseorang. Semakin bertambahnya usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh akan semakin membaik. Diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, terutama beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya dalam kosa kata dan pengetahuan umum.

2) Jenis Kelamin

Umumnya perempuan lebih sensitif dan mau menerima masukan yang baik terutama dalam masalah kesehatan sehingga dapat memunculkan motivasi untuk menjaga kebersihan, kesehatan pribadi serta lingkungan yang lebih baik dibandingkan laki-laki.

3) Pendidikan

Pendidikan juga merupakan usaha untuk mengembangkan suatu kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Pendidikan akan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima suatu informasi. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan memiliki hubungan yang erat dengan pendidikan dimana seseorang yang memiliki pendidikan tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Namun perlu tetap ditekankan bahwa seseorang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek terdiri dari 2 aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek inilah yang pada akhirnya menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif

dari objek yang diketahui maka akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap objek tersebut.

4) Pekerjaan

Pekerjaan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Ditinjau dari jenisnya, pekerjaan yang sering berinteraksi dengan orang lain akan lebih banyak pengetahuannya bila dibandingkan dengan orang tanpa ada interaksi dengan orang lain. Pengalaman belajar dalam bekerja akan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar dalam bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan dalam hal mengambil keputusan yang merupakan keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik.

5) Sumber Informasi

Informasi yang didapat dari pendidikan formal maupun non formal akan memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi menyediakan berbagai macam media massa yang dapat

mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi-inovasi terbaru. Adanya informasi baru mengenai suatu hal dapat memberikan landasan kognitif baru terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

4. Sikap

a. Pengertian Sikap

Sikap adalah kecenderungan (*tendency*) untuk mendekati (*approach*) atau menjauhi (*avoid*), atau melakukan sesuatu, baik sesuatu yang positif maupun negatif terhadap suatu lembaga, peristiwa, gagasan atau konsep. Sikap merupakan suatu sistem dari tiga komponen yang berhubungan, yaitu kognisi (pengenalan), feeling (perasaan), dan *action tendency* (kecendrungan untuk bertindak) (Azwar, 2011).

b. Faktor yang Mempengaruhi Terbentuknya Sikap

Menurut Azwar (2011) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya sikap, yaitu:

1) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan yang sudah kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Umumnya individu cenderung untuk memiliki sikap yang searah dengan sikap seseorang yang dianggapnya penting.

3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dapat menanamkan pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah.

4) Media massa

Media massa membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang sehingga dapat mempengaruhi sikap kita terhadap sesuatu.

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Kedua lembaga ini memberikan dasar pengertian dan konsep moral dalam individu sehingga kedua

lembaga ini merupakan suatu sistem yang mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap.

6) Pengaruh faktor emosional

Suatu sikap dapat merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego (Azwar, 2011).

5. *Determinan Perilaku Kesehatan*

a. **Pengertian Determinan Perilaku**

Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa faktor determinan perilaku adalah faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku yang bisa berasal dari subjek (faktor internal) maupun dari luar subjek (faktor eksternal). Faktor personal atau faktor internal yang dapat mempengaruhi perilaku hand hygiene meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, pengetahuan, sensitifitas kulit, lupa, suasana kerja, kesibukan, penggunaan sarung tangan, tidak setuju dengan rekomendasi *hand hygiene*, ketidakpercayaan terhadap

hand hygiene (Setiawati, 2009). Faktor eksternal yang dapat mempengaruhi perilaku *hand hygiene* meliputi ketersediaan fasilitas, suasana kerja, atasan, program pendidikan yang berkelanjutan, role model, dukungan administratif, dan kekurangan tenaga kerja (Setiawati, 2009.).

b. Teori Perubahan Perilaku

Teori perubahan perilaku terbagi menjadi tiga (Notoadmodjo, 2003), yaitu :

1) Teori Lawrence Green

Lawrence Green mengemukakan bahwa faktor perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama, meliputi :

a) *Predisposing factors* (Faktor-faktor predisposisi)

Faktor-faktor yang mempredisposisi atau yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang meliputi : pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan tradisi.

b) *Enabling factors* (Faktor-faktor pemungkin)

Faktor-faktor yang memfasilitasi atau memungkinan terjadinya perilaku atau tindakan yaitu adalah sarana dan prasarana, sumber daya, kebijakan dan pelatihan.

c) *Reinforcing factors* (Faktor-faktor penguat)

Faktor-faktor yang memperkuat atau mendorong terjadinya perilaku terdiri dari supervisi, peran kader, tokoh agama.

2) Teori Snehandu B. Kar

Snehandu B. Kar mengidentifikasi beberapa faktor perilaku, yang ditentukan oleh lima determinan perilaku meliputi :

- a) Niat
- b) Ada dukungan sosial dari masyarakat sekitar (*sosial support*)
- c) Ada tidaknya informasi tentang kesehatan maupun fasilitas kesehatan (*accessibility of information*)
- d) Adanya kebebasan atau otonomi pribadi dalam hal mengambil keputusan (*personal autonomy*)

- e) Adanya situasi serta kondisi yang memungkinkan
(*action situation*)

3) Teori WHO

WHO menganalisis adanya perilaku tertentu karena ada alasan empat pokok, yaitu:

- a) Adanya pemikiran serta perasaan (*thoughts and feeling*) yang dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan nilai-nilai seseorang terhadap objek.
- b) Adanya acuan dan referensi dari seseorang yang dipercaya (*personal reference*) seperti pada kelompok referensi (*reference group*)
- c) Adanya sumber daya yang tersedia (*resources*) seperti uang, waktu, fasilitas dan tenaga kerja.
- d) Kebudayaan (*culture*) adalah perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai serta penggunaan sumber-sumber yang pada umumnya ada didalam suatu masyarakat tertentu.

6. Proses Adopsi Perilaku

Dalam penelitiannya, Roger mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, didalam diri seseorang tersebut telah terjadi proses yang berurutan (Notoatmodjo, 2003) :

- a. Kesadaran (*awareness*) adalah dimana orang tersebut menyadari atau mengetahui terlebih dahulu dari stimulus atau objek.
- b. Tertarik (*interest*) adalah mulai tertarik pada stimulus tertentu.
- c. Menimbang-nimbang (*evaluation*) terhadap baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- d. Mencoba (*trial*) adalah dimana orang tersebut sudah mulai mencoba-coba untuk berperilaku baru.
- e. Adopsi (*adoption*) adalah subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran serta sikapnya terhadap suatu stimulus.

Penelitian Roger selanjutnya menyimpulkan bahwa perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap seperti yang

sudah dijelaskan. Bila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui sebuah proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, serta sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bertahan lebih lama atau langgeng (*long lasting*), tetapi jika perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka perilaku tersebut tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003).

7. Kepatuhan Petugas Kesehatan terhadap cuci tangan (*hand hygiene*)

a. Definisi Kepatuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kepatuhan memiliki definisi menurut perintah ataupun. Kepatuhan dapat diartikan juga sebagai taat pada perintah. Kepatuhan merupakan perilaku yang sesuai dengan aturan atau berdisiplin. Menurut Alhamda 2014, perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan melewati tahap kepatuhan, identifikasi, lalu internalisasi.

Kepatuhan individu yang dikarenakan rasa terpaksa maupun karena ketidakpahaman tentang pentingnya

perilaku yang baru, dapat disertai dengan kepatuhan yang lainnya, yaitu kepatuhan yang bertujuan menjaga hubungan baik dengan tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*). Perubahan perilaku individu akan menjadi optimal apabila perubahan tersebut terjadi melalui sebuah proses internalisasi dimana perilaku yang baru tersebut diyakini memiliki nilai positif bagi diri individu itu sendiri serta dapat diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari kehidupannya. Berdasarkan penelitian, kepatuhan petugas kesehatan *hand hygiene* di beberapa Rumah sakit dilaporkan masih sangat rendah (Carter et al., 2014)

b. Teori Perilaku Kepatuhan

Kepatuhan adalah suatu perilaku yang merupakan bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme. Perilaku manusia terdiri dari semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007). Menurut Skinner,

seperti yang telah dikutip Notoatmodjo (2007), menjelaskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh sebab itu perilaku dapat terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme yang kemudian organisme tersebut merespons. Teori Skinner disebut teori “S-O-R” atau Stimulus – Organisme – Respon. Perilaku menurut Notoatmodjo (2007) dibedakan menjadi dua, perilaku tertutup (*covert behavior*) dan perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku tertutup (*covert behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tertutup (*covert*). Respon terhadap stimulus ini masih terbatas dalam bentuk perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran. Sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Perilaku terbuka (*overt behavior*) yaitu respon seseorang terhadap stimulus yang terlihat dari tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek diaman tindakan

tersebut mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Perilaku seseorang dapat dipengaruhi atau ditentukan oleh berbagai faktor, baik dari dalam maupun dari luar subyek.

B. Landasan Teori

Healthcare associated infections (*HAI*s) atau yang sering disebut dengan infeksi nasokomial adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama proses perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Kementerian Kesehatan menggalakkan suatu program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di rumah sakit yang bertujuan meningkatkan *patient safety* serta menurunkan resiko infeksi yang didapat dan disebarkan diantara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa dan pengunjung rumah sakit. Salah satu program dalam meningkatkan *patient safety* adalah dengan program *hand hygiene* atau yang sering disebut dengan cuci tangan. Berdasarkan beberapa penelitian, menyatakan bahwa angka kepatuhan cuci tangan di dunia termasuk di Indonesia masih rendah. Rendahnya angka kepatuhan cuci tangan dipengaruhi

oleh beberapa faktor, diantaranya adalah pengetahuan dan sikap, terutama pengetahuan dan sikap pada petugas kesehatan.

C. Penelitian Terdahulu

1. Penelitian dilakukan oleh MHJD Ariyaratne¹, TDCP Gunasekara, MM Weerasekara¹, J Kottahachchi¹, BP Kudavidanage , SSN Fernando pada tahun 2013 dengan judul *Knowledge, attitudes and practices of hand hygiene among final year medical and nursing students at the University of Sri Jayewardenepura* di Srilanka. Penelitian dilakukan untuk membandingkan pengetahuan, sikap, praktik dan kepuasan fasilitas antara mahasiswa kedokteran dan keperawatan tahun akhir dari Fakultas Ilmu Kedokteran, Universitas Sri Jayewardenepura. Peserta memiliki pengetahuan moderat (77%) tetapi sikap, praktik dan kepuasan fasilitas dari semua peserta rendah (<50%). Namun siswa keperawatan memiliki pengetahuan yang lebih baik ($p = 0,023$), sikap ($p < 0,001$), praktik ($p < 0,001$) dan kepuasan fasilitas (p

<0,001) dibandingkan dengan mahasiswa kedokteran. Pengetahuan, sikap, praktik dan kepuasan fasilitas mahasiswa kedokteran dan keperawatan tidak memuaskan. Studi ini menunjukkan perlunya peningkatan lebih lanjut dari program pelatihan kebersihan tangan yang ada untuk mengatasi kesenjangan dalam pengetahuan, sikap dan praktik.

2. Penelitian dilakukan oleh BP Kudavidnange, T DCP Gunasekara, S Hapuarachchi di tahun 2011 dengan judul *Knowledge, attitudes and practices on hand hygiene among ICU staff in Anuradhapura Teaching hospital* di Srilanka. Penelitian ini untuk menilai pengetahuan, sikap, praktik dan kepuasan fasilitas yang tersedia untuk pekerja kesehatan di unit perawatan intensif berkaitan dengan kebersihan tangan di Rumah Sakit Pengajaran Anuradhapura menggunakan kuosioner. Penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden (72,5%) memiliki pengetahuan yang moderat tentang kebersihan tangan. Pengetahuan tentang penggunaan yang benar

dengan pembersih tangan dan alkohol ditemukan tidak konsisten. Sikap yang dinilai secara individu didapatkan 47% memiliki sikap yang baik, sikap sedangkan 62,5% memiliki sikap terhadap praktek kebersihan tangan yang buruk. Tingkat kepuasan di antara para pekerja kesehatan mengenai fasilitas yang tersedia untuk kebersihan tangan buruk (55%). Pada kesimpulan didapatkan bahwa sikap dan pengetahuan tentang kebersihan tangan praktek di antara staf ICU di rumah sakit pendidikan Anuradhapura adalah moderat hingga buruk.

3. Penelitian oleh Dewi Santosaningsih , Dewi Erikawati, Sanarto Santoso, Noorhamdani Noorhamdani, Irene Ratridewi di tahun 2017 dengan judul *Intervening With Healthcare Workers' Hand hygiene Compliance, Knowledge, And Perception In A Limited-Resource Hospital In Indonesia: A Randomized Controlled Trial Study* di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efek dari tiga program pendidikan yang berbeda pada peningkatan kepatuhan kebersihan tangan,

pengetahuan, dan persepsi di antara petugas layanan kesehatan di rumah sakit tersier di Indonesia. Penelitian dilakukan dari Mei hingga Oktober 2014 dan dibagi menjadi intervensi pra-intervensi, dan fase pasca-intervensi. Uji coba terkontrol acak cluster ini mengalokasikan implementasi tiga intervensi ke departemen, termasuk pelatihan model peran-pediatri, operasi presentasi aktif, kombinasi pelatihan model peran dan presentasi aktif-obat internal, dan kelompok kontrol-kebidanan-ginekologi. Kedua observasi langsung dan survei persepsi-pengetahuan tentang kebersihan tangan dilakukan menggunakan alat-alat WHO. Kepatuhan kebersihan tangan diamati selama 2,766 kesempatan kebersihan tangan, dan persepsi-pengetahuan dinilai di antara 196 peserta dalam pra-intervensi dan 88 pada periode pasca-intervensi. Setelah intervensi, tingkat kepatuhan kebersihan tangan meningkat secara signifikan di pediatri (24,1% menjadi 43,7%; $P < 0,001$), interna (5,2% menjadi 18,5%; $P < 0,001$), dan kebidanan-

ginekologi (10,1% hingga 20,5%; $P < 0,001$). Skor pengetahuan rata-rata meningkat dari 5,6 (SD = 2,1) menjadi 6,2 (SD = 1,9) ($P < 0,05$). Dalam survei persepsi, "bau alkohol tangan yang kuat" sebagai alasan untuk ketidakpatuhan meningkat secara signifikan di departemen dengan intervensi (10,1% menjadi 22,9%; $P = 0,021$).

4. Penelitian yang dilakukan Matthew P. Muller, MD, PhD, FRCPC, Eileen Carter, PhD, RN, Naureen Siddiqui, MSc, dan Elaine Larson, RN, PhD di Kanada pada tahun 2015 dengan judul *Hand hygiene Compliance in an Emergency Department: The Effect of Crowding*. Peneliti ingin mengevaluasi apakah kepadatan di instalasi gawat darurat juga terkait dengan penurunan kepatuhan kebersihan tangan di antara petugas kesehatan. Pengamat terlatih mengukur kepatuhan kebersihan tangan menggunakan definisi standar selama berbulan-bulan di 40 IGD dari rumah sakit akademis 475 tempat tidur di Toronto, Ontario, Kanada. Data kebersihan tangan, diukur selama

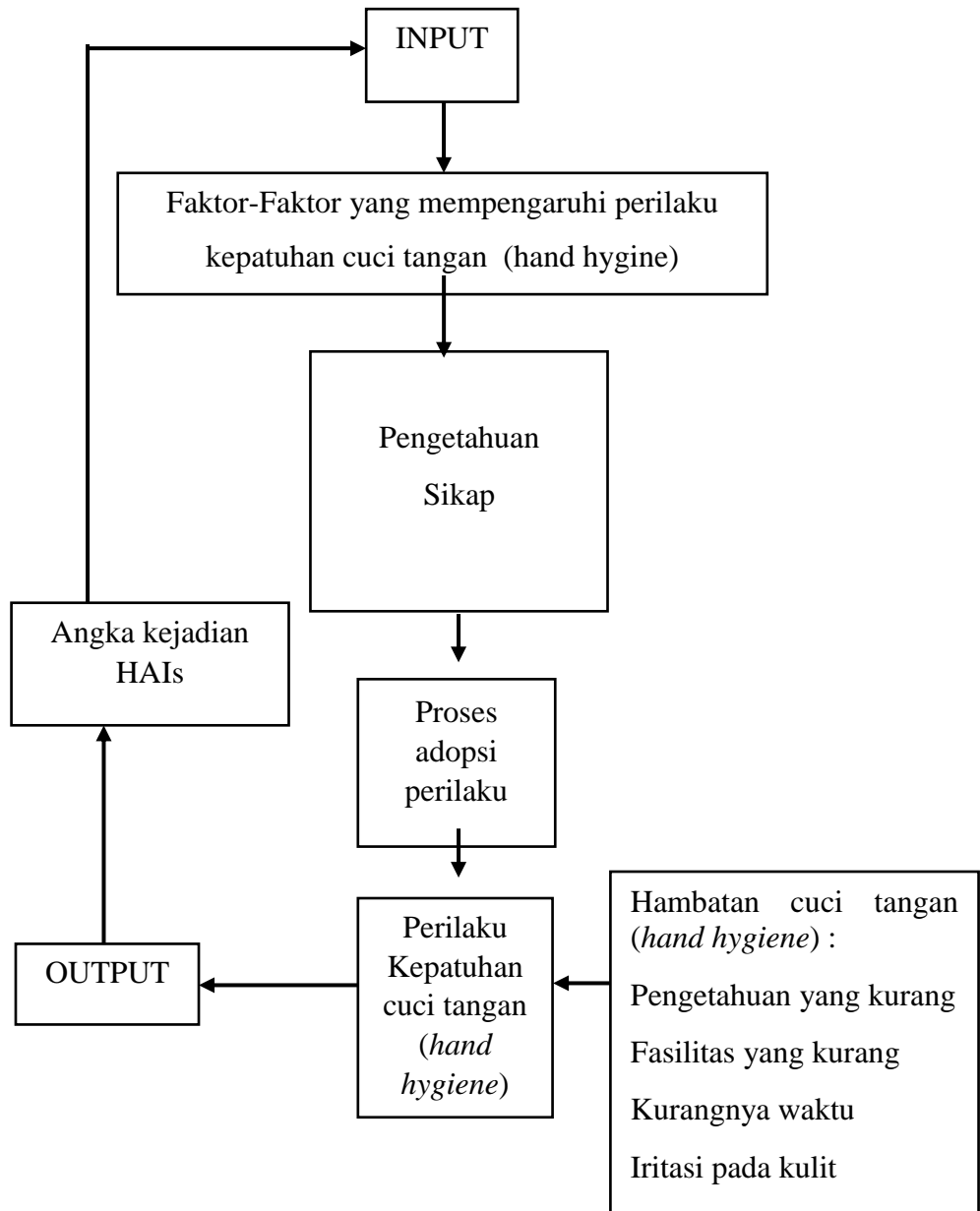
sesi observasi 20 menit, dikaitkan dengan hasil harian agregat untuk setiap metrik crowding. Metrik crowding dan dikenal rediktor kepatuhan kebersihan tangan kemudian dimasukkan dalam model multivariat jika dikaitkan dengan kepatuhan kebersihan tangan dengan nilai $p < 0,20$. Pada penelitian ini mendapatkan hasil kepatuhan kebersihan tangan adalah 29% (325 dari 1.116 peluang). Mencuci tangan dengan alkohol adalah 66% di setiap waktu. Perawat menyumbang 68% dari peluang kebersihan tangan dan dokter sebanyak 18%, dengan sisa 14% yang diberikan kepada pekerja perawatan kesehatan non-fisik. Yang paling umum indikasi untuk kebersihan tangan adalah kebersihan tangan sebelum (35%) dan diikuti kebersihan tangan setelah kontak dengan pasien atau lingkungannya (52%). Dalam analisis multivariat, waktu untuk dokter dikaitkan dengan kepatuhan yang lebih rendah, selain itu, kepatuhan lebih rendah untuk perawatan kesehatan nonnurse dan nonfisik pekerja lebih tinggi untuk kebersihan tangan dilakukan setelah kontak

dengan pasien atau lingkungannya, dibandingkan dengan kebersihan tangan yang dilakukan sebelum kontak dengan pasien atau / lingkungannya. Kesimpulan dari penelitian adalah kepatuhan kebersihan tangan di IGD masih rendah. Peningkatan waktu untuk pemeriksaan dokter adalah terkait dengan pengurangan kepatuhan, yang menunjukkan hubungan antara kepadatan dan kepatuhan.

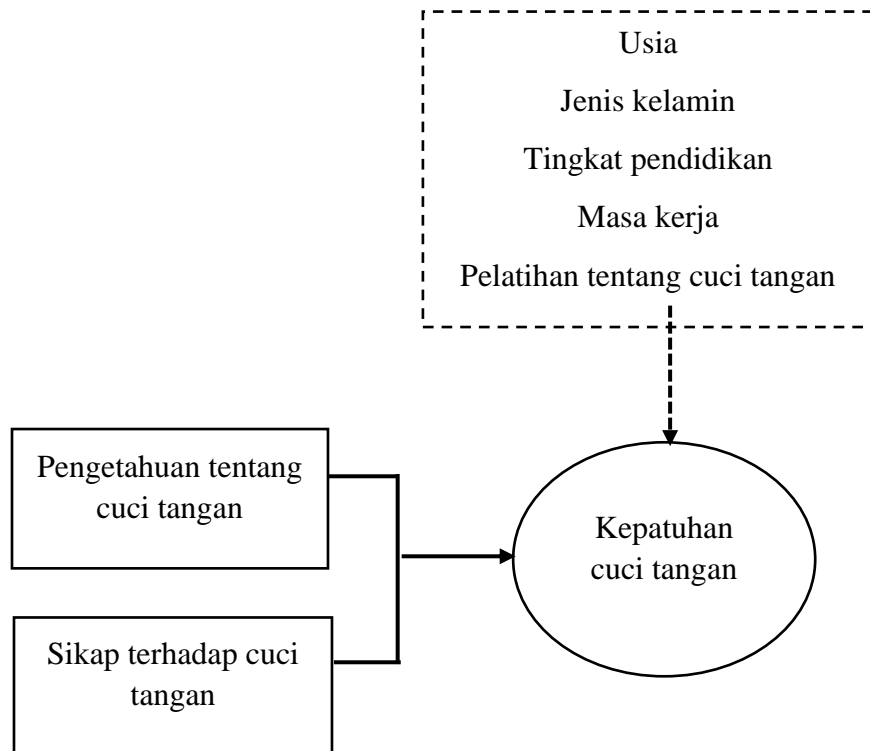
5. Penelitian yang dilakukan Caroline Zottele, Tania Solange Bosi de Souza Magnago , Angela Isabel dos Santos Dullius, Adriane Cristina Bernat di Sao Paulo pada tahun 2015 dengan judul *Hand hygiene Compliance Of Healthcare Professionals In An Emergency Department*. Penelitian ini memiliki tujuan untuk menganalisis kepatuhan terhadap kebersihan tangan oleh para profesional perawatan kesehatan di sebuah unit gawat darurat. Metode dari penelitian ini adalah penelitian kuantitatif longitudinal yang dikembangkan pada tahun 2015 dengan petugas kesehatan dari rumah sakit universitas di negara bagian Rio Grande do Sul. Setiap

petugas dimonitor tiga kali oleh non-peserta langsung secara observasi pada lima momen yang direkomendasikan WHO di tangan kebersihan, mengambil konsep peluang, indikasi, dan tindakan. Statistik menggunakan analisis deskriptif . Hasil dari penelitian adalah 59 petugas kesehatan berpartisipasi dalam penelitian ini. Tingkat kepatuhan adalah 54,2%. Perawat dan fisioterapis menunjukkan tingkat kepatuhan 66,6% dan dokter sebesar 41,3%. Ketika kepatuhan dibandingkan antara kategori profesional, perawat menunjukkan kepatuhan yang lebih besar daripada dokter. Kesimpulan pada penelitian ini adalah kepatuhan kebersihan tangan masih rendah.

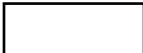
D. Kerangka Teori





E. Kerangka Konsep



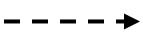
Keterangan :

 : Variabel bebas

 : Variabel terikat

 : Variabel perancu

 : Diteliti

 : Tidak diteliti

F. Hipotesis dan Pertanyaan Penelitian

1. Hipotesis

- a. Terdapat pengaruh antara pengetahuan tentang cuci tangan terhadap kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di Instalasi Gawat Darurat.
- b. Terdapat pengaruh sikap cuci tangan terhadap kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di Instalasi Gawat Darurat.
- c. Terdapat pengaruh bersama-sama antara pengetahuan dan sikap cuci tangan terhadap kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan di Instalasi Gawat Darurat.

2. Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana pelaksanaan cuci tangan petugas kesehatan di instalasi gawat darurat salah satu RS swasta di Surakarta?
- b. Apa saja faktor-faktor penghambat yang mempengaruhi pelaksanaan cuci tangan petugas kesehatan di instalasi gawat darurat salah satu RS swasta di Surakarta?