

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu”, dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra seseorang. Pengetahuan merupakan sesuatu yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Nursalam & efendi, 2008). Pengetahuan terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka. Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Sunaryo, 2004). Sumber pengetahuan selain berasal dari pengindraan menurut Plato, Descartes, Spinoza dan Leibniz mengatakan bahwa akal budi adalah sumber utama pengetahuan. Menurut Bacon, Hobbes, dan Locke menyatakan bahwa bukan akal budi sebagai sumber utama pengetahuan melainkan pancaindra dan pengalaman-pengalaman indra. Akan tetapi, para filsuf itu mengakui juga bahwa tidak semua pengetahuan manusia secara langsung bergantung pada pengalaman, melainkan apabila ditelusuri lebih lanjut, pada akhirnya akan terlihat bahwa pengetahuan sesungguhnya berasal dari pengalaman (Rapar, 1996). Tingkat pengetahuan memiliki enam tingkat yaitu tahu,

memahami, aplikasi atau pelaksanaan, analisis, sintesis, dan evaluasi (Efendi & Makhfudli, 2009).

- a. Tahu diartikan sebagai pengingat akan suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Contohnya peserta program pendidikan profesi dokter dapat menyebutkan tahap-tahap pelaksanaan *hand hygiene* yang telah dipelajari di bangku kuliah (Efendi & Makhfudli, 2009).
- b. Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, dan menyimpulkan. Contohnya peserta program pendidikan profesi dokter dapat menjelaskan mengapa harus melakukan *hand hygiene* di rumah sakit (Efendi & Makhfudli, 2009).
- c. Aplikasi atau pelaksanaan diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Contohnya peserta program pendidikan profesi dokter mengetahui situasi kapan *hand hygiene* dilaksanakan, sehingga setelah situasi tersebut peserta program pendidikan profesi dokter melaksanakan *hand hygiene* (Efendi & Makhfudli, 2009). Pelaksanaan juga memiliki

... adalah untuk mencapai tujuan yang spesifik

Pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada rencana strategi untuk membantu komunitas mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu komunitas dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemulihan kesehatan. Perencanaan akan dapat berjalan dengan baik apabila komunitas memiliki keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan. Selama tahap pelaksanaan data terus dikumpulkan untuk memilih tindakan yang paling sesuai dengan kebutuhan komunitas (Efendi & Makhfudli, 2009). Indikator penting yang harus diukur untuk mengetahui apakah tujuan telah tercapai, yaitu tingkat kepatuhan terhadap standar layanan kesehatan dasar atau dapat juga dengan mengukur apakah kegiatan utama telah dilaksanakan. Kemudian lakukan identifikasi semua faktor yang kemungkinan menghambat atau mendorong pelaksanaan penerapan pemecahan masalah. Faktor penghambat yang sering dijumpai, misalnya, kemalasan, kurangnya sumber daya, kurangnya pengertian terhadap masalah. Faktor pendorong misalnya, penghargaan kepada petugas yang melaksanakan (Pohan, 2004).

- d. Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Contohnya dapat membedakan kapan harus mencuci tangan biasa, mencuci tangan antiseptik, menggosok tangan antiseptik, dan

- e. Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru (Efendi & Makhfudli, 2009).
- f. Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Efendi & Makhfudli, 2009).

Cara yang tepat untuk mengukur pengetahuan adalah dengan wawancara, baik terstruktur maupun wawancara mendalam, dan diskusi kelompok terarah, khusus untuk penelitian kualitatif. Sementara itu untuk memperoleh data tindakan adalah melalui observasi, tetapi dapat juga pendekatan melalui wawancara, dengan mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan responden beberapa waktu lalu (Maulana, 2009).

## 2. Peserta Program Pendidikan Profesi Dokter

Peserta program pendidikan dokter (Ko-asisten) adalah tahapan magang atau latihan kerja untuk mendapatkan sertifikat praktik mandiri (Hanafiah & Amir, 2009). Ko-asisten termasuk salah satu yang akan menjadi tenaga kesehatan yaitu orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan sesuai dengan bidang keahlian yang bersangkutan (Priharjo, 2008).

Peserta program pendidikan profesi dokter memiliki tugas di bagian poliklinik, bangsal dan instalasi gawat darurat. Di poliklinik peserta program pendidikan profesi dokter bertugas melakukan anamnesa, pemeriksaan, rencana pemeriksaan pununjang, diagnosis, dan diferensial diagnosis. Di bangsal peserta program pendidikan profesi dokter bertugas melakukan follow up pasien. Di instalasi gawat darurat peserta program pendidikan profesi dokter bertugas menerima pasien baru, melakukan anamnesa, pemeriksaan, dan rencana terapi (Muin, 2013).

### 3. Kepatuhan

Kepatuhan adalah istilah yang dipakai untuk menjelaskan ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditentukan. Kepatuhan menyiratkan adanya suatu upaya untuk mengendalikan. Kepatuhan dalam program kesehatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan dengan begitu dapat langsung diukur. Karakteristik pribadi dan situasi memainkan suatu peran penting dalam menentukan kepatuhan (Bastable, 2002). Kepatuhan juga dapat diartikan sebagai komitmen seseorang terhadap nilai. Pertimbangan untuk melaksanakan sesuatu didasarkan pada kegunaan diri sendiri, tidak mau melakukannya jika tidak berguna bagi diri sendiri. Kepatuhan didasarkan pada logika seseorang, jika hal itu tidak masuk akalny maka tidak akan dilakukan. Kepatuhan didasarkan pada tingkat kesadaran. Melaksanakan kepatuhan hanya untuk menyesuaikan diri dengan pihak lain, dan tidak muncul dari kesadaran diri. Douglas Graham melihat

normativist adalah kepatuhan terhadap norma-norma hukum, integralist adalah kepatuhan yang didasarkan pada kesadaran dengan pertimbangan-pertimbangan yang rasional, fenomenalist adalah kepatuhan yang berdasarkan suara hati, hedonist adalah kepatuhan berdasarkan kepentingan diri sendiri (Gulo, 2002). Kepatuhan juga bergantung dari banyak faktor lain, termasuk motivasi individu, persepsi tentang kerentanan, dan keyakinan terhadap upaya pengontrolan dan pencegahan penyakit, variabel lingkungan, kualitas instruksi kesehatan, dan kemampuan mengakses sumber yang ada (Carpenito, 2009). Ada 5 tipe kepatuhan yaitu :

- a. Otoritarian adalah kepatuhan yang “ikut-ikutan” atau sering disebut “bebekisme”
- b. Konformist . Kepatuhan tipe ini memiliki 3 bentuk yaitu, konformist yang directed adalah penyesuaian diri terhadap orang lain, konformist hedonist adalah kepatuhan yang berorientasi pada “untung-ruginya” diri sendiri, konformist integral adalah kepatuhan yang menyesuaikan kepentingan diri sendiri dengan masyarakat
- c. Compulsive deviant adalah kepatuhan yang tidak konsisten atau yang disebut “plinplan”
- d. Hedonik psikopatik adalah kepatuhan kepada kekayaan tanpa memperhitungkan kepentingan orang lain
- e. Supra moralist adalah kepatuhan karena keyakinan yang tinggi terhadap

Begitu standar telah disusun untuk menggunakan standar yang sudah ada, indikator untuk standar itu harus dibuat dan dipilih agar dapat memfasilitasi proses berikutnya yaitu pengukuran penyimpangan dari standar yang seharusnya dipatuhi tersebut. Cara pengukuran kepatuhan dilakukan dengan mengumpulkan data yang diperlukan untuk mengukur indikator-indikator yang telah dipilih. Indikator tersebut sangat diperlukan sebagai ukuran tidak langsung mengenai standar dan penyimpangan yang diukur melalui sejumlah tolok ukur yang digunakan oleh organisasi untuk petunjuk derajat kepatuhan terhadap standar itu. Jadi suatu indikator adalah suatu variabel terukur yang dapat digunakan untuk menentukan derajat kepatuhan terhadap standar atau pencapaian tujuan mutu. Indikator yang digunakan harus memiliki karakteristik yaitu, reliabel, valid, jelas, mudah diterapkan, sesuai dengan kenyataan dan dapat diukur (Assaf, 2009).

#### 4. *Hand hygiene*

*Hand hygiene* adalah salah satu tindakan prevensi untuk *cross infection*. Mencuci tangan yang tidak memadai dapat menjadi wabah infeksi (Friedman & Petersen, 2004). Tangan pada petugas kesehatan adalah transmisi yang paling sering dari mikroorganisme. Didapatkan kesadaran yang rendah untuk melakukan *hand hygiene* oleh petugas kesehatan di dunia. Pada suatu studi angka kepatuhan petugas kesehatan di rumah sakit kurang dari 50% (Madrazo, 2009). Tangan merupakan sarana untuk hampir setiap penyebaran patogen potensial dari satu pasien ke pasien lain, dari

(Kowalak, 2009). Kulit tangan memiliki bakteri yang disebut sebagai flora normal. Di rumah sakit, seseorang dapat membawa mikroorganisme yang disebut sebagai flora sementara pada permukaan kulit. Flora sementara ini dapat mengakibatkan infeksi nosokomial (Garber, *et al.*, 2010). Untuk melindungi pasien dari infeksi nosokomial, *hand hygiene* harus dilaksanakan secara rutin dan benar (Kowalak, 2009). Rutin melaksanakan cuci tangan dapat menghilangkan flora sementara dari tangan (Garber, *et al.*, 2010). Prilaku tangan yang bersih dan sehat dengan kulit yang intak, kuku jari yang pendek dan tanpa cincin akan meminimalisasi resiko terkontaminasi (Kowalak, 2009).

Tahun 2002, CDC mengungkapkan *hand hygiene* adalah istilah umum untuk mencuci tangan, mencuci tangan antiseptik, menggosok tangan antiseptik, dan bedah tangan antiseptik (Kowalak, 2009). Terdapat beberapa metode cuci tangan dengan menggunakan bahan yang berbeda. Pemilihan dalam metode cuci tangan dan bahan yang digunakan tergantung dari mikroorganisme yang akan dihilangkan (Weston, 2008). Mencuci tangan dengan sabun dan air tidak dapat digunakan untuk melaksanakan *hand hygiene* yang memerlukan tingkat disinfeksi lebih tinggi misalnya, pada saat pembedahan atau melakukan tindakan *invasive*. Sabun cair dengan menggunakan alat dispenser lebih dianjurkan dalam penggunaan klinis. Sabun batang tidak dianjurkan karena dapat terkontaminasi saat digunakan secara umum dan dapat menjadi media untuk tumbuhnya mikroorganisme. Menggosok tangan antiseptik dengan menggunakan alkohol adalah *gold*



*standar* untuk pelaksanaan *hand hygiene* dan harus digunakan secara rutin. Metode ini lebih efektif dalam menghilangkan mikroorganisme dan dapat digunakan dalam waktu singkat untuk disinfeksi tangan di antara dua *procedure*. Mencuci tangan antiseptik dengan air dapat membunuh dan menghilangkan mikroorganisme (Weston, 2008). Tidak ada produk yang ideal karena semua produk dalam pelaksanaan *hand hygiene* memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. *Hand hygiene* dilakukan untuk dapat menghilangkan secara cepat flora transient (Ellis, *et al.*, 2004). Pelaksanaan *hand hygiene* termasuk mencuci tangan dengan anti septik atau mencuci tangan biasa tergantung dari tingkat kontaminasi (McCall & Tankersley, 2008). Mencuci tangan dengan antimikroba, alkohol ataupun dengan sabun dan air tetap menjadi salah satu metode efektif untuk mencegah penyebaran infeksi (Kowalak, 2009).

*Hand hygiene* yang dilakukan secara tepat merupakan pencegahan yang penting. Hal ini sangat penting bahwa seluruh petugas pelayanan kesehatan harus mempelajari secara tepat prosedur pelaksanaan *hand hygiene* dan pada saat kapan *hand hygiene* dilakukan. Program edukasi perlu dilakukan untuk memberikan penjelasan pentingnya pelaksanaan *hand hygiene* dan memberikan panduan yang jelas pada situasi apa *hand hygiene* harus dilakukan (Wilson, 2006).

Situasi yang memerlukan pelaksanaan *hand hygiene* adalah sebelum dan setelah berinteraksi dengan pasien, di antara kegiatan yang tidak saling

*gloves* dan setelah melepaskan *gloves*, sebelum meninggalkan laboratorium, sebelum makan siang atau beristirahat, sebelum dan setelah dari ruang istirahat, kapanpun saat tangan terkontaminasi (McCall & Tankersley, 2008). Tidak berkontak dengan pasien bukan berarti *hand hygiene* tidak perlu dilakukan. Tangan dapat terkontaminasi karena sejumlah benda dalam beberapa kasus, dan membahayakan pasien maupun tenaga kesehatan. Benda yang dimaksud seperti pakaian pasien, handuk pasien, tempat tidur pasien, dan catatan klinis (Porche, 2008).

Menurut Dinas Kesehatan (DINKES) 2012 cara standar mencuci tangan adalah :

- a. Basahi tangan setinggi pertengahan lengan bawah dengan air mengalir
- b. Gunakan sabun di bagian telapak tangan yang telah basah
- c. Gosok antara kedua telapak tangan
- d. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan (telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri dengan jari kedua tangan saling bertautan) dan sebaliknya
- e. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari, jari-jari kedua tangan saling bertautan

- g. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- h. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
- i. Bilas kedua tangan dengan air
- j. Keringkan tangan dengan benar menggunakan handuk/*tissue* sekali pakai
- k. Gunakan handuk/*tissue* untuk menutup keran

Tujuan dilakukan cuci tangan *hygiene* adalah mencegah infeksi nosokomial, mencegah kontaminasi silang antar pasien dan antara pasien dengan peralatan dan pemberi layanan kesehatan, untuk memutus rantai infeksi (McCall & Tankersley, 2008).

Faktor resiko yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pelaksanaan *hand hygiene* :

- a. Dokter dibandingkan dengan perawat
- b. Asisten perawat dibandingkan dengan perawat
- c. Bekerja di unit gawat darurat
- d. Bekerja pada hari biasa jika dibandingkan dengan akhir pekan
- e. Menggunakan *gloves*
- f. Wastafel otomatis
- g. Kesempatan untuk melaksanakan *hand hygiene* per jam pada perawat pasien (Motacki, *et al.*, 2010)

Sejumlah literatur lebih dari 30 tahun terakhir sudah diterbitkan untuk mengungkapkan pentingnya pelaksanaan *hand hygiene* dan diterima sebagai salah satu prosedur dasar dalam pencegahan infeksi pada pasien maupun petugas kesehatan (Weston, 2008). Suatu survey pada 200 orang pekerja kesehatan mengungkapkan bahwa 89% menyadari mencuci tangan adalah pencegahan infeksi yang penting, tetapi kepatuhan dalam pelaksanaan mencuci tangan di antara pekerja kesehatan berkisar 16 % dan 81% (Garber, *et al.*, 2010). Faktor pribadi yang mengakibatkan ketidakpatuhan dalam melaksanakan *hand hygiene* adalah wastafel yang tersedia tidak memadai, sabun dan handuk tangan kurang, aktivitas yang terlalu sibuk, *staff* kurang, pasien yang banyak, mementingkan pasien terlebih dahulu, panduan pengetahuan *hand hygiene* tidak memadai, *hand hygiene* dapat mengganggu hubungan baik dengan pasien, memiliki anggapan resiko rendah untuk mendapatkan infeksi dari pasien, lupa untuk mencuci tangan, tidak ada contoh dari atasan atau seseorang yang lebih senior, meragukan hasil dari pelaksanaan *hand hygiene*, tidak setuju dengan rekomendasi (Motacki, *et al.*, 2010).

Suatu studi mengungkapkan pelaksanaan *hand hygiene* meningkat setelah *intensive* promosi *hand hygiene*, tetapi 6 bulan kemudian pelaksanaan *hand hygiene* menurun pada level awal sebelum dilaksanakannya program tersebut. Waktu adalah kunci yang menjadi faktor penting penghambat pelaksanaan *hand hygiene*. Mencuci tangan dengan

antara pasien dan wastafel cukup jauh (Wilson, 2006). Kepatuhan *hand hygiene* dipengaruhi oleh pengetahuan, resiko terinfeksi, kebiasaan setiap individu, dan fasilitas untuk melaksanakan *hand hygiene* (Atti, et al., 2011).

Studi lain mengungkapkan bahwa kepatuhan dalam melakukan *hand hygiene* meningkat dengan pelaksanaan menggosok tangan dengan alkohol. Waktu yang dibutuhkan saat melakukan menggosok tangan dengan alkohol lebih sedikit dan pelaksanaannya dinilai lebih mudah. Dalam penyempurnaan pelaksanaan *hand hygiene* pendekatan multimodal harus dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan yaitu kebiasaan dari setiap individu, suasana dari institusi, kendala yang terdapat di lingkungan, penggunaan poster untuk mempromosikan *hand hygiene*, dan manajemen pendukung yang kuat untuk program rumah sakit (Wilson, 2006).

#### a. Keselamatan Pasien

Dalam menjalankan tugasnya bagi dokter "*Aegroti Salus Lex Suprema*", yang berarti keselamatan pasien adalah hukum yang tertinggi (Hanfiah & Amir, 2009). Kejadian resiko yang mengakibatkan pasien tidak aman sebenarnya masih dapat dicegah atau diminimalisasi dengan beberapa cara antara lain dokter meningkatkan kompetensi, melakukan kewaspadaan dini terhadap penggunaan obat-obatan, monitoring resiko infeksi nosokomial, dan lain-lain (Widajat, 2009). Keberhasilan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit, terdapat beberapa aspek

adil, disertai komitmen dan fokus yang kuat untuk keselamatan pasien, kerjasama yang kuat anatar berbagai bidang profesi, pelaporan insidensi keselamatan pasien yang aman, diperlukan penggerak yang terlatih dalam bidang keselamatan pasien dan resiko medis, rumah sakit yang terbuka dalam pemberdayaan dan pengembangan komunikasi dengan pasien dan keluarganya (Cahyono, 2008).

Rumah sakit perlu menyusun program pencegahan dan pengendalian infeksi. Pelaksanaan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), merupakan salah satu bentuk dari program keselamatan pasien. Tujuan dari pelaksanaan PPI adalah meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya melalui pencegahan dan pengendalian infeksi, melindungi sumber daya manusia kesehatan dan masyarakat dari penyakit infeksi yang berbahaya, serta menurunkan angka HAIs. Ruang lingkup dari PPI meliputi pencegahan infeksi , pendidikan dan pelatihan, surveilans, dan penggunaan obat antibiotik secara rasional. Dalam Kepmenkes no. 129 tahun 2008 ditetapkan suatu standar minimal pelayanan rumah sakit, termasuk didalamnya pelaporan kasus infeksi nosokomial untuk melihat sejauh mana rumah sakit melakukan pengendalian terhadap infeksi ini (Arfiana, dkk., 2012).

Kementrian kesehatan (kemenkes) menetapkan seluruh rumah sakit di Indonesia wajib menyelenggarakan program Pencegahan dan

Menteri Kesehatan Endang Rahayu Sedyaningsih mengatakan hal ini mengingat masalah penyakit infeksi kini menjadi masalah kesehatan serius. Kemenkes mengatakan HAIs sebagai penyebab utama kematian dan kesakitan di rumah sakit serta fasilitas kesehatan lainnya. Menkes mengatakan dengan program PPI permasalahan penyakit infeksi ini bisa diatasi sebagai bagian dari perlindungan pasien. Selain program PPI, setiap rumah sakit juga diwajibkan membentuk komite dan tim PPI. Salah satu contoh PPI adalah kebijakan mengenai kebiasaan mencuci tangan di rumah sakit dengan menggunakan alkohol, dengan takaran yang sudah ditetapkan oleh badan kesehatan dunia (WHO). Kebiasaan mencuci tangan diwajibkan bagi semua orang di rumah sakit yakni pasien, tenaga kesehatan, dan karyawan di rumah sakit serta pengunjung atau penunggu. Menurut Menkes, kesadaran mencuci tangan di rumah sakit masih rendah, termasuk dokter (Suara Pembaruan, 2011).

#### b. Infeksi Nosokomial

Infeksi adalah kondisi dimana mikroorganisme menyerang tubuh, bereplikasi dan mengakibatkan penyakit. Mikroba termasuk, bakteri, fungi, protozoa, dan virus. Sebagian besar mikroba nonpatogen, artinya tidak mengakibatkan penyakit pada kondisi normal. Mikroba yang mengakibatkan penyakit disebut patogen. Infeksi bisa terjadi lokal ataupun sistemik ketika seluruh tubuh terinfeksi. Fasilitas kesehatan yang terinfeksi disebut sebagai infeksi nosokomial dan dapat diakibatkan dari

pengunjung, dan peralatan yang terkontaminasi (McCall & Tankersley, 2008). Penderita yang sedang dalam proses asuhan perawatan di rumah sakit, baik dengan penyakit dasar tunggal maupun penderita dengan penyakit dasar lebih dari satu, secara umum keadaan umumnya tidak/kurang baik, sehingga daya tahan tubuh menurun. Hal ini akan mempermudah terjadinya infeksi silang karena kuman-kuman, virus dan sebagainya akan masuk ke dalam tubuh penderita yang sedang dalam proses asuhan keperawatan dengan mudah. Infeksi yang terjadi pada setiap penderita yang sedang dalam proses asuhan keperawatan ini disebut infeksi nosokomial. Resiko infeksi di rumah sakit atau yang biasa dikenal dengan infeksi nosokomial merupakan masalah penting di seluruh dunia. Infeksi ini terus meningkat dari 1% di beberapa Negara Eropa dan Amerika, sampai lebih dari 40% di Asia, Amerika Latin dan Afrika. Penyakit infeksi masih merupakan penyebab utama tingginya angka kesakitan dan kematian di dunia. Salah satu jenis infeksi adalah infeksi nosokomial. Infeksi ini menyebabkan 1,4 juta kematian setiap hari di seluruh dunia. Saat ini infeksi nosokomial lebih dikenal sebagai Health-care Associated Infections (HAIs) (Arfiana, dkk., 2012).

Penyebaran infeksi memerlukan beberapa tahapan untuk dapat menimbulkan suatu rangkaian infeksi. Enam komponen yang mengakibatkan terjadinya suatu infeksi yaitu, agen infeksius, reservoir, jalan keluar, cara penularan, jalan masuk dan seseorang yang rentan. Tahapan ini harus lengkap untuk bisa mengakibatkan terjadinya suatu

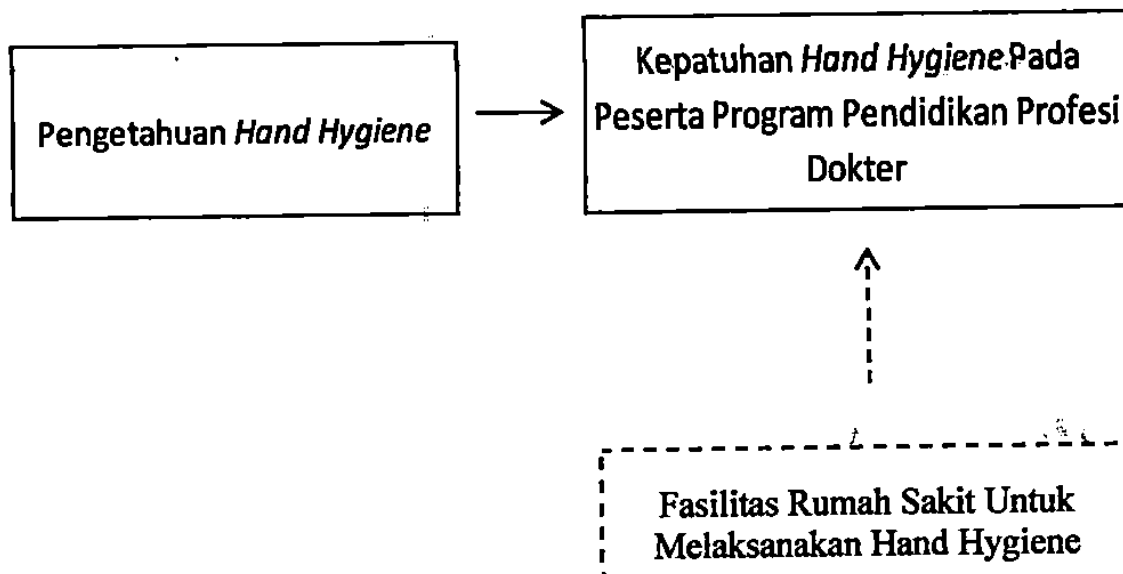


infeksi. Jika tahapan ini dicegah pada salah satu komponen, dapat mencegah terjadinya infeksi (McCall & Tankersley, 2008). Salah satu tahapan dari penyebaran infeksi adalah cara penularan. Cara penularan merupakan proses ketika agen infeksius akan berpindah dari reservoir kepada seseorang yang rentan terinfeksi. Beberapa cara penularan infeksi yaitu, airborne, kontak, droplet, vektor dan benda. Mikroba yang sama dapat ditularkan lebih dari satu cara (McCall & Tankersley, 2008).

- i. Penularan melalui udara adalah suatu proses ketika cairan yang mengandung agen infeksius mengalami evaporasi. Cairan ini bisa keluar diakibatkan karena bersin, batuk, atau berbicara (McCall & Tankersley, 2008).
- ii. Penularan melalui kontak adalah penyebab tersering terjadinya infeksi. Ada dua cara penyebaran infeksi melalui kontak, yaitu secara langsung dan tidak langsung. Langsung adalah proses penularan dari orang yang terinfeksi kepada orang yang rentan melalui hubungan dekat atau intim misalnya, saling bersentuhan atau berciuman. Cara tidak langsung adalah proses penularan yang terjadi ketika individu yang rentan menyentuh benda yang terkontaminasi misalnya, tempat tidur pasien, baju, atau peralatan makan termasuk sarung tangan, jarum, tabung spesimen, dan peralatan tes. Penyebaran infeksi melalui tangan yang terkontaminasi kepada individu yang rentan termasuk

- iii. Penularan infeksi melalui droplet terjadi ketika agen infeksius menyerang membran mukosa mulut, hidung, konjungtiva dari individu yang rentan melalui cairan. Hal ini biasa terjadi ketika penderita batuk, bersin, berbicara, atau melakukan prosedur seperti pengambilan swab tenggorokan (McCall & Tankersley, 2008).
- iv. Penularan melalui vektor terjadi ketika agen infeksius dibawa oleh insekta, arthropod, atau binatang (McCall & Tankersley, 2008).
- v. Penularan melalui benda terjadi ketika makanan, air, atau obat terinfeksi oleh agen infeksius. Salah satu contoh ketika individu terinfeksi shigella karena meminum air yang terkontaminasi (McCall & Tankersley, 2008).

## B. Kerangka Konsep



1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan *hand hygiene* pada peserta program pendidikan profesi dokter

.....