

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. KEPATUHAN

a. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia memiliki arti kesetiaan, ketaatan, atau loyalitas. Sedangkan menurut *Oxford English Dictionary*, kepatuhan merupakan sebuah tindakan yang sesuai dengan, atau hasil dari sebuah hasrat, permohonan, kondisi, petunjuk, dan mengabdikan sebuah instruksi. Kepatuhan disebut juga *compliance* atau *adherence* yang berasal dari bahasa Latin *complire* yang bermakna untuk memenuhi dan menyelesaikan sebuah tindakan, transaksi, atau proses, serta untuk memenuhi sebuah janji (Aronson *et al.*, 2007). Efstathiou *et al.* (2011) menawarkan definisi yang luas dari kepatuhan dalam tatacara pelayanan kesehatan. Berdasarkan definisi tersebut, kepatuhan adalah tingkatan dari perilaku tertentu (contoh: menuruti perintah dokter atau menerapkan gaya hidup sehat) yang sesuai dengan instruksi dokter atau nasehat pelayanan kesehatan.

Teori kepatuhan awalnya diperkenalkan oleh Stanley Milgram yang menyebutkan bahwa kepatuhan merupakan sebagian bentuk dari persesuaian (*conformity*). Stanley Milgram merupakan psikolog di Universitas Yale, ia meneliti tentang perselisihan antara kepatuhan dan suara hati seseorang. Dalam penelitian tersebut ia menggunakan konsep *teacher-learner*, dimana ia meneliti seseorang yang berperan sebagai guru yang sedang menguji orang yang

sebenarnya adalah orang suruhan Milgram. Apabila sang *learner* tersebut salah dalam menyebutkan kata yang sudah diajarkan sebelumnya maka ia akan dialiri arus listrik 15-450 volt. Hasilnya sangat mencengangkan yaitu 65% responden dapat melanjutkan untuk menekan tombol hingga 450 volt. Kesimpulannya adalah orang cenderung akan mematuhi perintah orang yang memiliki kekuasaan bahkan apabila harus membunuh manusia yang tidak bersalah. Milgram juga melakukan beberapa variasi dalam penelitiannya, mulai dari lokasi penelitian, penampilan peneliti, status kekuasaan, dll. Dimana semua faktor tersebut mempengaruhi hasil dari kepatuhan responden (Bocchiaro dan Zamperini, 2012). Munro *et al.* (2007) menyatakan ada 5 teori utama berkaitan dengan kepatuhan, yaitu *biomedical*, *behavioural*, *communication*, *cognitive*, dan *self-regulatory*.

1) *The Biomedical Perspective*

Teori *The Biomedical Perspective* menjelaskan bahwa pasien diasumsikan sebagai penerima yang pasif instruksi dari dokter. Sehat atau sakit diusut berdasarkan penyebab biomedisnya seperti bacteria atau virus, dan penatalaksanaanya fokus kepada badan pasien. Ketidakpatuhan biasanya timbul berkaitan dengan obat yang diresepkan dokter ke pasien. Hal ini dapat dimengerti dikarenakan adanya perbedaan karakter setiap pasien berbeda, seperti usia dan jenis kelamin pasien. Keterbatasan yang mendasar dari teori ini adalah bahwa teori ini mengabaikan faktor diluar tubuh pasien yang mungkin berpengaruh pada *health behavior* pasien. Misalnya yaitu pandangan pasien terhadap penyakitnya, pengaruh *psycho-social*, dan pengaruh dari lingkungan

sosial ekonomi pasien itu sendiri. Oleh karena itu teori ini telah diintegrasikan dengan “*Biopsychosocial Theory*” dimana dapat mencakup lebih luas tentang lingkungan sosialnya.

2) *Behavioural (Learning) Perspective*

Teori ini fokus kepada lingkungan dan mengajarkan skill untuk mengatur kepatuhan. Teori ini memiliki karakteristik berupa penggunaan prinsip sebab dan akibat serta pengaruhnya terhadap lingkungan. Sebab adalah dapat berasal dari internal (pikiran) dan eksternal (lingkungan). Sedangkan akibat atau konsekuensi dapat berupa penghargaan dan hukuman atas perilaku seseorang. Teori ini dikritik karena kurangnya pendekatan individu karena tidak mempertimbangkan perilaku masa lalu dan kebiasaan.

3) *Communication Perspective*

Komunikasi merupakan landasan disetiap hubungan dokter-pasien. Pada teori ini mengemukakan bahwa peningkatan komunikasi *provider-client* akan meningkatkan kepatuhan dan secara tidak langsung menyatakan bahwa teori ini dapat dicapai melalui edukasi terhadap pasien dan ketrampilan komunikasi yang baik oleh petugas kesehatan.

4) *Cognitive Perspective*

Teori kognitif mencakup teori *Health Belief Model* (HBM), *Social-Cognitive Theory* (SCT), *The Theories Of Reasoned Action* (TRA) and *The Planned Behavior* (TPB) and *The Protection Motivation*

Theory (PMT). Teori ini fokus kepada variable kognitif sebagai bagian dari perubahan perilaku dan sama-sama diasumsikan sebagai sikap dan kepercayaan.

5) *Self-regulation Perspective*

Teori ini mengembangkan hal yang berhubungan dengan proses kepatuhan yang fokus terhadap pasien. Teori ini mengemukakan bahwa penting untuk menguji pengalaman subjektif seseorang terhadap ancaman kesehatan yang bertujuan untuk membuatnya mengerti cara untuk menyesuaikan diri dengan ancaman tersebut. Sehingga teori ini berlandaskan asumsi bahwa seseorang termotivasi untuk menghindari dan mengobati ancaman penyakit dan seseorang tersebut aktif dan mengatur dirinya sendiri dalam menyelesaikan masalah.

b. Beberapa faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Cuci Tangan

Menurut Efstathiou *et al.* (2011) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan tenaga kesehatan terhadap “*Standard Precaution*” agar supaya menghindari paparan mikroorganisme.

1) Situasi darurat (*Emergency situation*)

Banyak tenaga kesehatan yang mengeluhkan adanya situasi gawat darurat yang menjadi penghambat dalam melakukan tindakan pencegahan seperti penggunaan alat pelindung diri dan *hand hygiene*. Mereka memperdebatkan ketika tenaga kesehatan tiba-tiba bertemu situasi antara hidup dan mati pasien, mereka akan

memakai waktu mereka untuk menangani pasien dibandingkan dengan memakai alat pelindung diri. Mereka tahu bahwa hal ini dapat menyebabkan resiko terinfeksi mikroorganisme, akan tetapi bagi tenaga kesehatan, hal utama yang harus dilakukan adalah menyelamatkan hidup pasien.

2) Ketersediaan peralatan (*Availability of equipment*)

Faktor lain yang dirasakan sebagai penghalang adalah kurangnya alat perlindungan diri yang tersedia (masker, sarung tangan) dan jauhnya akses ke tempat penyimpanan alat pelindung diri tersebut dari pasien yang harus segera ditangani. Selain itu, sering kali persediaan alat pelindung diri ada, tetapi ukurannya tidak sesuai dengan petugas medis yang akan memakainya.

3) Pengaruh negatif penggunaan peralatan pelindung (*Negative influence of protective equipment*)

Beberapa kelompok tenaga kesehatan mengemukakan bahwa penggunaan alat pelindung diri dapat mengurangi ketrampilan tenaga kesehatan. Mereka menyatakan bahwa memakai sarung tangan ketika mengambil darah pasien dapat menurunkan ketangkasan, ia juga tidak dapat meraba vena karena pengaruh dari sarung tangan steril tersebut.

4) Pasien merasa tidak nyaman (*Patients' discomfort*)

Tenaga kesehatan mengkhawatirkan bahwa pasien akan merasa tidak nyaman apabila tenaga kesehatan memakai masker dan

berkali-kali mencuci tangannya pada saat melakukan penatalaksanaan kepada pasien.

5) Terlalu sibuk, kurangnya personil tenaga kesehatan, banyaknya waktu yang dibutuhkan (*Too busy, lack of healthcare personnel, implementation of guidelines is time consuming*)

Jumlah pasien yang sangat banyak dengan jumlah petugas medis yang terbatas menyebabkan tenaga kesehatan harus menangani banyak pasien. Sehingga penerapan prosedur *Standard Precaution* berdasarkan panduan adalah tindakan yang banyak memakan waktu.

6) Pengalaman bekerja sudah banyak (*Working experience*)

Faktor ini dapat terjadi ketika tenaga kesehatan telah mendapat banyak pengalaman kerja, mereka merasa sangat percaya diri dengan kemampuannya sehingga garis pedoman tertentu yang harus dipatuhi malah dilanggar.

c. Pengukuran kepatuhan

Pengukuran kepatuhan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu kuisisioner dan survei. Kuisisioner dibuat berdasarkan indikator-indikator yang telah dipilih. Indikator tersebut sangat penting untuk menjadi ukuran tentang standar dan penyimpangan dinilai dari ambang batas standar tersebut. Sedangkan survei merupakan pengukuran kepatuhan dengan observasi atau pengamatan terhadap suatu tindakan.

d. Pengertian Perilaku

Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007). Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Intervensi terhadap faktor perilaku secara garis besar dapat dilakukan melalui dua upaya saling bertentangan. Masing-masing upaya tersebut mempunyai kelebihan dan kekurangan. Kedua upaya tersebut dilakukan melalui :

1) Tekanan (*Enforcement*)

Upaya agar masyarakat mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara-cara tekanan, paksaan, atau koersi (*coertion*). Upaya *enforcement* ini bisa dalam bentuk undang-undang atau peraturan-peraturan (*law enforcement*), instruksi-instruksi, tekanan-tekanan (fisik atau nonfisik), sanksi-sanksi, dan sebagainya. Pendekatan dengan cara ini lebih cepat menimbulkan perubahan perilaku namun umumnya perilaku baru tersebut tidak tahan lama karena tidak didasari oleh kesadaran tinggi mengapa perilaku tersebut harus dilakukan.

2) Pendidikan (*Education*)

Upaya agar masyarakat mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau promosi kesehatan. Promosi kesehatan

mengupayakan agar perilaku individu, kelompok, atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2007) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar) sehingga teorinya disebut S-O-R (Stimulus Organisme Respons). Terdapat dua jenis respons yaitu :

- 1) *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. *Respondent respons* juga mencakup perilaku emosional.
- 2) *Operant Respons* atau *instrumental respons* yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Stimulus ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforce*, karena memperkuat respons.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2007) yaitu :

- 1) Perilaku tertutup (*Covert Behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2) Perilaku terbuka (*Overt Behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati dan dilihat oleh orang lain.

e. Teori Perilaku

1) *Precede-Proceed Model* : Lawrence Green

Green dalam (Notoatmodjo, 2007) menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavioural causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavioural causes*). Sedangkan faktor perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat seperti air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat cuci tangan, dan sebagainya.

3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, dari pasien, hingga petugas kesehatan itu sendiri.

Berdasarkan teori di atas, intervensi pendidikan (promosi kesehatan) hendaknya dimulai dengan mendiagnosis ketiga faktor penyebab tersebut. Model Green ini dapat digambarkan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2007) :

$$\mathbf{B = f(PF,EF,RF)}$$

B : *Behaviour*

PF : *predisposing factors*

EF : *enabling factors*

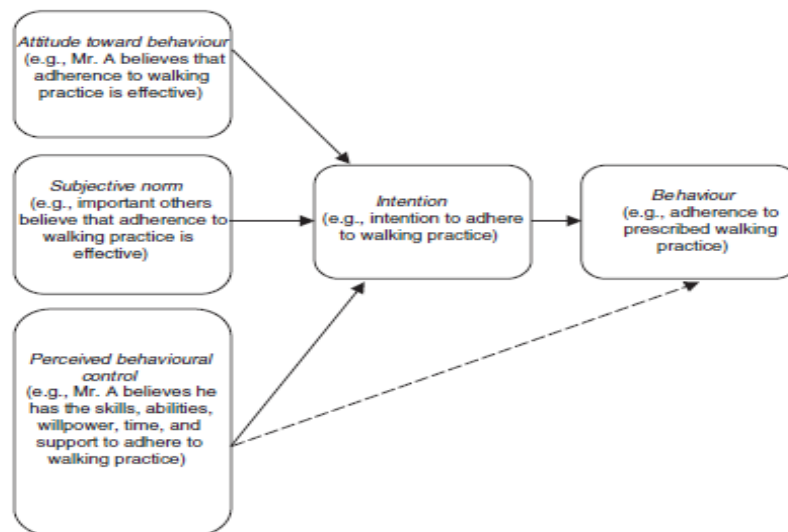
RF : *reinforcing factors*

f : fungsi

2) *Theory of Reasoned Action*

Teori ini Azjen dan Fishbein dikemukakan pada tahun 1980. Teori ini kemudian diubah namanya dan dikembangkan oleh Ajzen menjadi *The theory of Planned Behavior* pada tahun 1985 (Sirur *et al.*, 2009).

3) *The theory of Planned Behavior*



Gambar 1. Teori *Planned Behaviour* (Sirur et al., 2009)

The theory of Planned Behavior dikembangkan oleh Ajzen dan timnya (Sirur *et al.*, 2009). Teori ini menekankan tujuan perilaku sebagai luaran dari perpaduan beberapa kepercayaan. Teori ini mengemukakan bahwa tujuan sebaiknya dirumuskan sebagai rencana kegiatan dalam pencarian sebuah tujuan perilaku tertentu. Tujuan tersebut adalah sebuah hasil dari keyakinan berikut ini :

a) Sikap terhadap sebuah perilaku (*Attitude towards a behavior*)

Membentuk penilaian terhadap perilaku tertentu dan yakin terhadap luaran yang dihasilkan. Contoh : Mencuci tangan adalah hal yang menyenangkan dan dapat mencegah saya terserang penyakit.

b) Norma subjektif (*Subjective norm*)

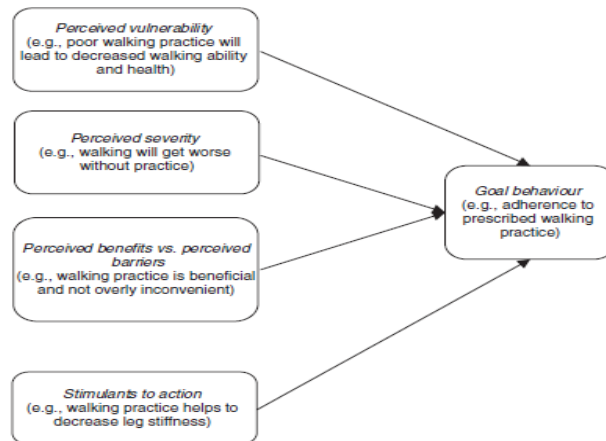
Hal ini merupakan keyakinan individu bahwa orang lain mengerti pentingnya perilaku yang akan dilakukan, yang merupakan motivasi bagi individu tersebut untuk patuh dalam melakukan perilaku

tersebut. Contoh : Orang yang penting bagi saya akan menerima saya apabila saya selalu menjaga kebersihan saya, dan saya menginginkan untuk berada di dekat mereka. Sebagai contoh pada penelitian ini pasien akan diikut sertakan untuk mengamati tindakan *hand hygiene* para petugas kesehatan. Maka tenaga kesehatan akan menganggap peran pasien ini sangat penting, karena pasien akan memberikan nilai baik dan buruk *hand hygiene* mereka melalui kartu berwarna merah dan biru. Kartu ini yang akan akan dikumpulkan dan akan mempengaruhi besar gaji yang mereka terima. Pada klinik hemodialisis ini, besar gaji ditentukan dengan kinerja tenaga kesehatannya.

- c) Kontrol perilaku yang pernah diterima terdahulu (*Perceived behavioural control*)

Perceived behavioural control berisikan keyakinan bahwa seorang individu dapat memutuskan sebuah perilaku berdasarkan pertimbangan kontrol internal (keahlian, pengetahuan) dan kontrol eksternal (hambatan, kesempatan), dimana kedua kontrol tersebut dipengaruhi oleh perilaku terdahulu.

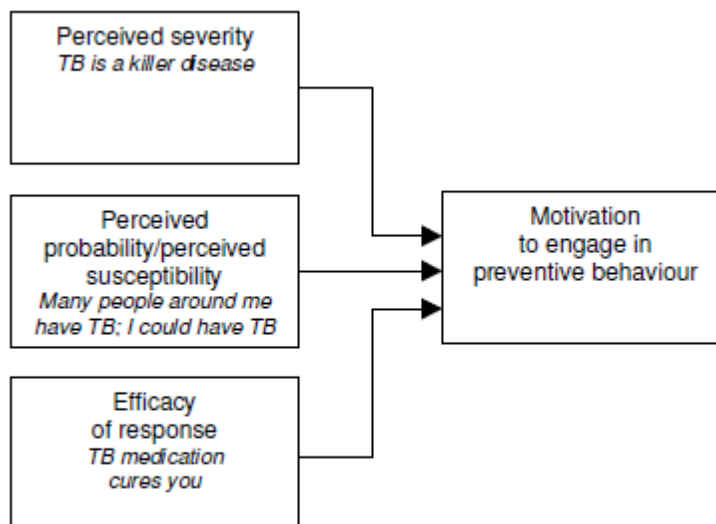
4) *The Health Belief Model*



Gambar 2. Teori *Health Belief* (Sirur et al., 2009)

The *health belief model* dikemukakan oleh Rosenstock. Berdasarkan model ini tujuan perilaku bergantung pada 4 hal yaitu (1) *perceived vulnerability*, (2) *perceived severity*, (3) *perceived benefits vs. perceived barriers*, (4) *stimulants to action* (Sirur et al., 2009). Model HBM model merupakan model pertama yang diadaptasi dari ilmu perilaku dan masalah kesehatan yang bertujuan untuk mempelajari dan mempromosikan layanan kesehatan. Anggapan dari teori HBM adalah bahwa seorang individu akan menggunakan tindakan kesehatan yang direkomendasikan jika dia percaya bahwa kondisi kesehatan yang negatif dapat dihindari dan kehadiran penyakit hanya memiliki derajat sedang. (Powers et al., 2016).

5) Protection Motivation Theory

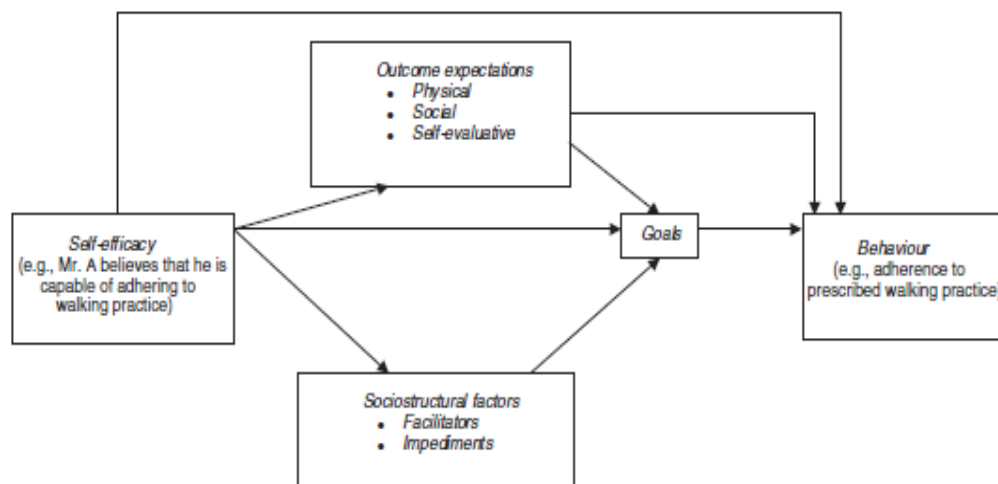


Adapted from Rogers, 1975

Gambar 3. *Protection Motivation Behaviour* (Sirur et al., 2009)

Teori ini dikemukakan oleh Rogers (Sirur *et al*, 2009). Berdasarkan teori ini, perubahan perilaku dapat dicapai dengan menarik ketakutan individu. Terdapat tiga komponen untuk menimbulkan rasa takut : besarnya bahaya dari suatu gambaran peristiwa, kemungkinan peristiwa dapat terjadi, dan kemampuan respon perlindungan diri (Munro *et al.*, 2007). Prinsip ini dapat diedukasikan terhadap para tenaga kesehatan di klinik hemodialisis dengan menjelaskan bahaya mematikan dari *Healthcare-Associated Infections* yang didapat apabila mereka tetap mengabaikan pentingnya *hand hygiene* untuk mencegah infeksi silang pasien kepada para tenaga kesehatan. Dengan demikian, mereka akan secara sadar merasa melakukan *hand hygiene* dan memakai alat pelindung diri untuk kebaikan mereka sendiri dan juga pasien mereka.

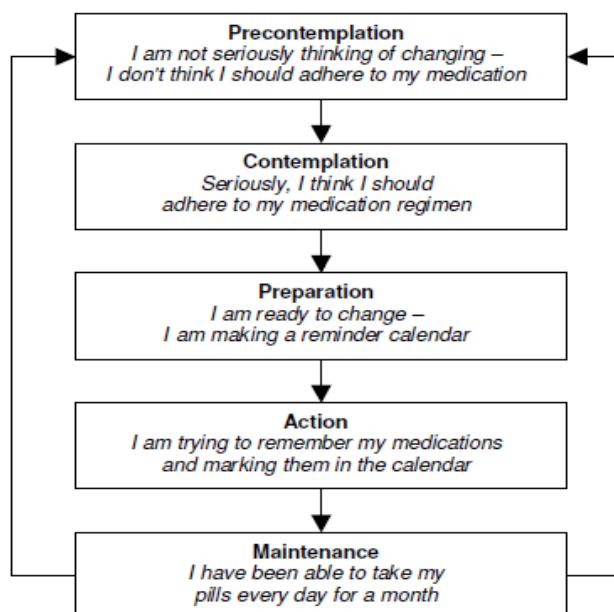
6) *Social Learning Theory*



Gambar 4. Teori *Social Learning* (Sirur et al., 2009).

Prinsip perencanaan dasar dari perubahan perilaku yang dikemukakan oleh teori ini adalah determinisme timbal balik dimana terdapat interaksi yang dinamis, berkelanjutan antara individu, lingkungan, dan perilaku. Teori *social-cognitive* menyatakan bahwa saat pengetahuan tentang faktor resiko dan manfaat merupakan syarat untuk perubahan, maka pengaruh dari diri sendiri diperlukan untuk perubahan tersebut dapat terjadi. Hasil dari teori perilaku ini dapat berupa penerimaan dari masyarakat atau bahkan celaan. Penilaian terhadap positif maupun negatif pada perilaku hidup sehat dan status kesehatan dirinya sendiri dapat juga mempengaruhi hasil praktek dari teori ini. Faktor lain yang mempengaruhi perilaku adalah fasilitas dan hambatan. Perubahan perilaku dapat terjadi akibat kurangnya atau tidak adanya hambatan.

7) *Transtheoretical Model of Change*



Gambar 5. *Transtheoretical Model of Change* (Sirur et al., 2009).

f. Domain Perilaku

Karakteristik atau faktor-faktor dari dalam diri seseorang dapat mempengaruhi perubahan perilaku, meskipun perilaku merupakan bentuk respons terhadap stimulus dari luar. Perilaku disebut juga dengan hasil bersama berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2007) membagi perilaku manusia dalam 3 domain yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor.

1) **Pengetahuan (*Knowledge*)**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Penelitian

Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu :

- a) *Awareness* (kesadaran), artinya bahwa orang tersebut menyadari adanya stimulus.
- b) *Interest*, yakni orang mulai tertarik terhadap stimulus.
- c) *Evaluation*, menimbang baik-buruknya stimulus.
- d) *Trial*, orang tersebut mencoba perilaku baru.
- e) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengetahuan dibagi menjadi 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2007), yaitu :

- a) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang ia pelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

- b) Memahami (*Comprehension*)

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, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya.

c) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi real (sebenarnya).

d) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasari oleh kriteria yang dibuat sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang sudah ada.

2) Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Newcomb dalam Notoatmodjo, 2007). Sikap belum merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku

yang terbuka. Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu (1) kepercayaan ide dan konsep terhadap suatu objek, (2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek (3) kecenderungan untuk bertindak. Sama halnya dengan pengetahuan, sikap memiliki berbagai tingkatan, yakni :

a) Menerima (*receiving*)

Menerima berarti bahwa subjek atau orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek .

b) Merespon (*responding*)

Merespon berarti memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

c) Menghargai (*valuing*)

Menghargai berarti mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

d) Bertanggungjawab (*responsible*)

Bertanggungjawab memiliki arti bahwa subjek bertanggungjawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko. Tingkatan ini merupakan sikap yang paling tinggi.

3) Praktik atau Tindakan (*practice*)

Praktik atau tindakan memiliki beberapa tingkatan, yaitu :

a) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil merupakan praktik tingkat pertama.

b) Respons terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

c) Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

d) Adopsi (*Adoption*)

Adaptasi adalah suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan tersebut sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2. PERAN PASIEN

Pasien merupakan orang sakit yang dirawat oleh dokter dan petugas kesehatan lainnya seperti perawat. Memahami kebutuhan dan keinginan pasien merupakan hal utama untuk menentukan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan lainnya. Kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktivitas dan suatu produk dengan harapannya (Nursalam, 2011).

Pengalaman pasien dengan lingkungan rumah sakit bisa bermacam-macam. Pertama pasien akan menjumpai fasilitas rumah sakit seperti tempat parkir, ruang dokter. Kedua pasien akan menjumpai pelayanan rumah sakit berupa tindakan dokter, tenaga kesehatan, petugas laboratorium, dan bagaimana pembayaran dilakukan. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi persepsi

pasien terhadap penyedia layanan kesehatan. Faktor tersebut terdiri atas kebersihan lingkungan, tampilan fasilitas untuk mempermudah pasien menuju ke lokasi yang spesifik, perhatian yang muncul dari pegawai rumah sakit untuk memberikan secepatnya yang terbaik untuk pasien, biaya rumah sakit, dan lain sebagainya (Powell, 2001).

Program multi-modal *hand hygiene* termasuk *patient empowerment* telah dipertimbangkan sebagai komponen yang penting dalam kepatuhan *hand hygiene* (McGuckin dan Govednik, 2013). Metode multi-modal ini didukung oleh *World Health Organization* (WHO) dalam *guidelines* berjudul *WHO Guidelines on Hand hygiene in Health Care*. Strategi sistem ini memiliki 5 langkah penting yaitu (1) Perubahan sistem, termasuk akses tenaga kesehatan terhadap *alcohol-based handrub*, sabun, handuk bersih, air yang mengalir cukup (2) edukasi dan pelatihan terhadap tenaga kesehatan dan staf (3) *monitoring* dan evaluasi pengetahuan tenaga kesehatan dan menyediakan *reward* bagi yang patuh melakukan *hand hygiene* (4) peringatan saat ditempat kerja (5) Iklim yang aman di institusi dengan partisipasi aktif oleh tenaga kesehatan, manajer, dan pasien.

Pada tahun 2000, Pittet *et al.* dalam McGuckin dan Govednik (2013). melaporkan penelitian pertama mengenai promosi *hand hygiene* secara luas dengan keterlibatan manajer dan tenaga kesehatan mampu menurunkan prevalensi *Healthcare Associated Infections (HAIs)* lebih dari beberapa tahun. Sementara itu McGuckin *et al.* menyatakan bahwa terdapat dampak positif saat melibatkan peran pasien dalam program kepatuhan *hand hygiene* di *United States of America* dan *United Kingdom*, sebuah pendekatan yang dipercaya tidak mungkin pada saat

itu. Sepuluh tahun kemudian, strategi program multi-modal yang melibatkan *patient empowerment* telah dipromosikan sebagai komponen penting dalam program *hand hygiene*.

Istilah '*empowerment*' dalam *patient empowerment* dapat memiliki arti dan interpretasi yang berbeda. Pada pelayanan kesehatan, istilah tersebut merujuk kepada proses yang memungkinkan seseorang atau komunitas untuk menambah ilmu, ketrampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk membuat keputusan dan berpartisipasi di dalam lingkungan itu. Menurut *World Health Organization* (WHO), *empowerment* didefinisikan sebagai sebuah proses dimana pasien memahami kesempatan mereka untuk berpartisipasi dan hak untuk diberikan pengetahuan dan ketrampilan oleh tenaga kesehatan dan sumber edukasi lain. Sebuah penelitian di *Veterans Affairs hospital* di *the United States of America* Lent *et al.* mendirikan program berjudul '*Partners in Your Care*' menggunakan naskah cetak yang mendorong pasien untuk meminta tenaga kesehatan untuk mencuci tangan mereka, atau, pada kelompok yang terpisah, pasien diminta untuk berterimakasih kepada tenaga kesehatan mereka yang telah mencuci tangan sebelumnya. Peneliti tersebut menggunakan *self-reporting* untuk mengukur kesuksesan penelitiannya dan menyatakan bahwa tingkat kepatuhan *hand hygiene* pada petugas kesehatan hanya 3% saat diminta pasien untuk mencuci tangan. Namun kepatuhan tenaga kesehatan mencapai 45% saat pasien berterima kasih pada tenaga kesehatan tersebut sudah mencuci tangannya (Mcguckin dan Govednik, 2013).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien berharap untuk dilakukan *patient empowerment*. Program yang dilaporkan oleh *World Health Organization Hand hygiene Guidelines e Programmes for Empowerment* dalam konteks peningkatan kepatuhan *hand hygiene* dapat dikategorikan menjadi (1) edukasi dan motivasi (peringat/poster), (2) *role modelling* (3) *patient as observers* dalam konteks pendekatan multimodal.

Pasien sebagai pengamat adalah hal yang disorot pada penelitian ini. Dalam rangka memelihara gagasan dalam menguatkan pasien untuk dapat berperan mengingatkan tenaga kesehatan mereka untuk melakukan *hand hygiene*, penelitian terakhir menyatakan bahwa pasien mungkin, faktanya, juga dapat menjadi cara untuk memonitor *hand hygiene* yang sangat *cost-effective* yaitu dengan cara menjadi *observers*. (Mcguckin dan Govednik, 2013).

3. HAND HYGIENE

a. Pengertian *Hand hygiene*

Menurut *World Health Organization* (2009), *hand hygiene* merupakan kata yang umum berkenaan dengan semua usaha untuk membersihkan tangan. *Hand hygiene* merupakan hal utama yang paling penting untuk mencegah infeksi pada petugas kesehatan. Namun, kendala utamanya ada pada kepatuhan.

b. Tujuan *Hand hygiene*

Tujuan melakukan cuci tangan adalah sebagai berikut :

- 1) Mengangkat mikroorganisme yang ada di tangan
- 2) Mencegah infeksi silang (*cross infection*)
- 3) Menjaga kondisi steril

- 4) Melindungi diri dan pasien dari infeksi
- 5) Memberikan perasaan segar dan bersih.

c. Indikasi *Hand hygiene*

WHO menyatakan indikasi mencuci tangan sebagai berikut :

- 1) Mencuci tangan dengan sabun dan air ketika terlihat kotor atau terpapar darah atau cairan tubuh lain atau setelah menggunakan toilet.
- 2) Jika terbukti terpapar pada potensial pathogen, termasuk infeksi oleh *Costridium difficile*, mencuci tangan dengan sabun dan air terbukti lebih ampuh.
- 3) Gunakan *alcohol-based handrub* secara rutin untuk antiseptik tangan. Apabila tidak terdapat *alcohol-based handrub*, cuci tanganlah menggunakan air dan sabun.
- 4) Setelah melepas sarung tangan steril maupun non-steril.
- 5) Sebelum menyiapkan obat dan makanan
- 6) Sabun dan *alcohol-based handrub* tidak boleh dilakukan bersama-sama.

d. Macam-macam *Hand hygiene*

Mencuci tangan dapat dilakukan dengan berbagai macam. Mulai dari menggunakan alcohol, sabun, cairan antiseptik, dan bahan pembersih lainnya.

Menurut WHO (2009), cuci tangan dibedakan menjadi :

1) *Alcohol-based (hand) rub*

Bahan yang mengandung alkohol yang dapat berupa cairan, gel, atau buih yang dirancang untuk tangan dapat menonaktifkan mikroorganisme dan atau menekan pertumbuhannya sementara waktu.

2) *Antimicrobial (medicated) soap*

Sabun atau detergen mengandung sejumlah agen antiseptic untuk menonaktifkan mikroorganisme dan atau menekan pertumbuhannya sementara waktu seperti alcohol. Aktifitas detergen seperti sabun juga dapat mengeluarkan mikroorganisme atau kontaminan yang lain dari kulit setelah itu akan dibersihkan oleh air.

3) *Antiseptic agent*

Agen antiseptik merupakan suatu zat antimikroba yang menonaktifkan mikroorganisme atau menghambat pertumbuhannya di jaringan hidup. Contoh agen antiseptik adalah alcohol, *chlorhexidine gluconate* (CHG), *chlorine derivatives*, *iodine*, *chloroxylonol* (PCMX), *quaternary ammonium compounds*, dan *triclosan*.

4) *Antiseptic hand wipe*

Sapu tangan antiseptik merupakan satu lembar kain tipis atau kertas yang sebelumnya dibasahi dengan antiseptik yang digunakan untuk menyeka tangan untuk menonaktifkan dan atau menghilangkan kontaminan mikroba. Cara ini mungkin bisa dipertimbangkan sebagai alternatif untuk mencuci tangan tanpa sabun dan air, namun cara ini kurang efektif dalam mengurangi jumlah bakteri pada tangan tenaga kesehatan dibandingkan dengan menggunakan *handrub* alcohol atau mencuci tangan dengan sabun antimikroba dan air.

5) *Detergent (surfactant)*

Deterjen merupakan bahan campuran yang memiliki aktivitas membersihkan. Deterjen memiliki dua jenis zat yaitu hidrofilik dan lipofilik. Deterjen juga dibedakan kedalam empat kelompok yaitu *anionic, cationic, amphoteric, and non-ionic*

6) *Plain soap*

Sabun sederhana ini tanpa ditambahi dengan zat antimikroba dan semata-mata hanya untuk membersihkan kotoran saja.

7) *Waterless antiseptic agent*

Agen antiseptik tanpa air ini merupakan agen antiseptic berupa cairan, gel, atau buih yang tidak membutuhkan air. Karena setelah penggunaan, individu harus menggosokan kedua tangan mereka bersamaan sampai kulit terasa kering.

e) Teknik *Hand hygiene*

1) *Antiseptic handwashing*

Antiseptic handwashing adalah mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air atau deterjen lain yang mengandung agen antiseptik.

2) *Antiseptic handrubbing*

Antiseptic handrubbing merupakan teknik mencuci tangan menggunakan antiseptic handrub untuk mengurangi atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme tanpa harus menggunakan air dari luar dan

tanpa butuh untuk membilas atau mengeringkan dengan handuk atau alat yang lain.

3) *Hand antisepsis/decontamination/degerming*

Menurunkan atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme dengan mengaplikasikan *antiseptic handrub* atau *antiseptic handwash*.

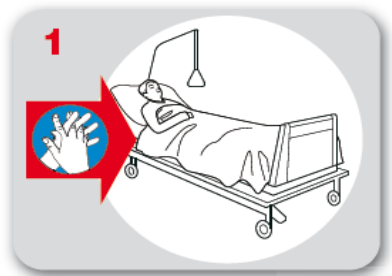
4) *Hand disinfection*

Hand disinfection merupakan teknik mencuci tangan yang telah dipergunakan secara luas dan umum di dunia untuk mengacu pada *antiseptic handwash*, *antiseptic handrubbing*, *hand antisepsis/decontamination/degerming handwashing* dengan menggunakan sabun anti mikroba dan air, *hygienic hand antisepsis*, atau *hygienic handrub*.

5) *Surgical hand antisepsis/surgical hand preparation/presurgical hand preparation*

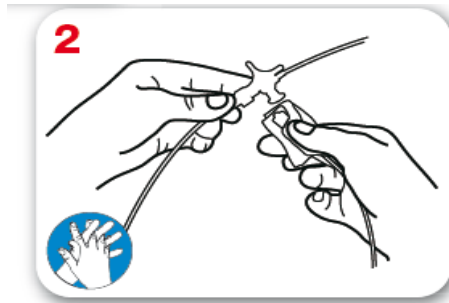
Teknik ini digunakan sebelum operasi bagi tim bedah untuk mengeliminasi flora dari luar dan menurunkan flora normal kulit. Teknik ini dilakukan baik menggunakan sabun dan air maupun menggosok dengan alkohol.

f. *Five Moment Hand hygiene*



Langkah 1. Sebelum menyentuh pasien

Gambar 6. Momen pertama cuci tangan (WHO, 2009)



Langkah 2. Sebelum melakukan prosedur invansif dengan menggunakan sarung tangan atau tidak.

Gambar 7. Momen kedua cuci tangan (WHO, 2009)



Langkah 3. Setelah kontak dengan cairan tubuh, membran mukosa, atau balutan luka

Gambar 8. Momen ketiga cuci tangan (WHO, 2009)



Langkah 4. Setelah menyentuh pasien.

Gambar 9. Momen keempat cuci tangan (WHO, 2009)



Langkah 5. Setelah menyentuh objek disekitar pasien.

Gambar 10. Momen kelima cuci tangan (WHO, 2009)

4. HEMODIALISIS

a. Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis adalah metode yang paling sering digunakan untuk mengobati gagal ginjal permanen atau *chronic kidney failure*. Sejak tahun 1960, ketika hemodialisis pertama menjadi penatalaksanaan untuk gagal ginjal, kita telah belajar banyak bagaimana membuat hemodialisis menjadi lebih efektif dan memiliki efek samping yang minimal. Beberapa tahun terakhir, mesin dialisa menjadi lebih lengkap dan lebih sederhana seperti dengan adanya penemuan '*home dialysis*'. Meskipun prosedur dan peralatan yang dibutuhkan lebih baik dibandingkan sebelumnya, hemodialisis tetap terapi yang rumit dan merepotkan yang membutuhkan upaya kerjasama dari petugas kesehatan termasuk dokter *nephrologist*, perawat dialisa, teknisi dialisa, *dietitian*, dan pekerja sosial (NIDDK, 2006)

Ketika pasien *chronic kidney failure* mencapai suatu titik dimana ginjalnya tidak dapat menjalankan fungsinya, maka pilihan yang diberikan kepada pasien adalah : (1) dialisis baik hemodialisis maupun dialisis peritoneal, (2) transplatasi ginjal, (3) kematian. Gagal ginjal dengan sebab apapun, akan didapatkan banyak kekecauan fisiologis. Homeostatis air dan mineral (sodium, potasium, klorid, kalsium, fosfor, magnesium, sulfat), serta pengeluaran beban metabolik menjadi tidak memungkinkan lagi. Sehingga racun hasil dari metabolisme nitrogen (urea, kreatinin, asam urat) terakumulasi di dalam darah dan jaringan. Oleh karena itu ginjal tidak akan bisa lagi berfungsi sebagai organ endokrin yang memproduksi *erythropoietin* dan *1,25-dihydroxycholecalciferol* (*calcitriol*). Prosedur

hemodialisis akan membersihkan hasil dari katabolisme nitrogen dan mulai untuk mengoreksi kekacauan jumlah garam, air, dan asam basa yang berhubungan dengan gagal ginjal. Dialisis merupakan pengobatan yang tidak sempurna untuk mengatasi banyak sekali kelainan pada gagal ginjal, karena dialysis tidak dapat mengoreksi fungsi endokrin dari ginjal (NIDDK, 2006)

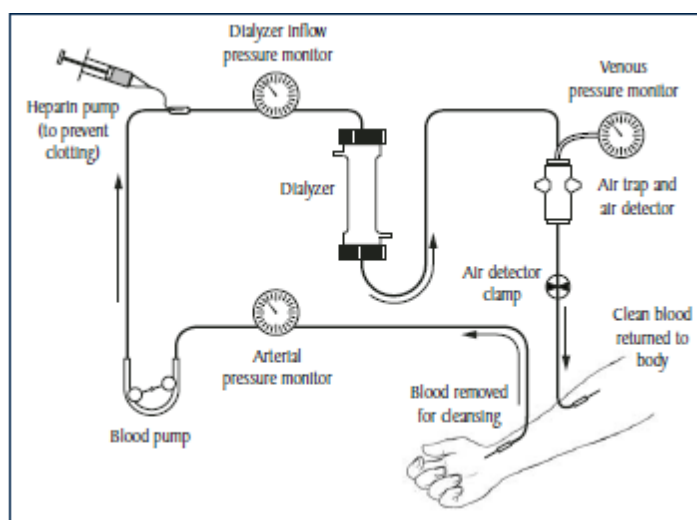
b. Indikasi Dilakukan Hemodialisis

Ginjal yang sehat membersihkan darah dengan cara membuang kelebihan cairan, mineral, dan zat-zat sisa metabolisme tubuh. Ginjal juga membuat hormon yang berfungsi menjaga tulang kuat dan darah menjadi sehat. Ketika ginjal gagal menjalankan fungsinya, zat sisa berbahaya akan tertinggal menumpuk didalam tubuh, sehingga tekanan darah mungkin akan naik dan tubuh akan menahan kelebihan cairan dan tidak membuat se darah merah yang cukup. Ketika hal ini terjadi, maka tindakan yang diperlukan adalah hemodialisis untuk menggantikan fungsi ginjal yang telah gagal. Penyesuaian terbesar bagi pasien yang melakukan hemodialisis adalah mengikuti jadwal yang ketat. Kebanyakan pasien datang ke klinik hemodialisis 3 kali dalam seminggu dengan 3-5 jam setiap datang (NIDDK, 2006).

Indikasi memulai dialisis pada pasien gagal ginjal kronis sangat bermacam-macam. Beberapa dokter memulai dialysis apabila *residual glomerular filtration rate* berada dibawah $10 \text{ mL}/\text{menit}/1,73 \text{ m}^2$ area permukaan tubuh ($15 \text{ mL}/\text{menit}/1,73 \text{ m}^2$ pada pasien diabetes). Selain itu, beberapa institusi lain akan memulai pengobatan hemodialisis saat pasien sudah merasakan kehilangan stamina untuk melakukan pekerjaan dan aktivitas normal sehari-hari. Dalam hal

ini, banyak pendapat yang menyetujui apabila pasien memiliki gejala (mual, muntah, anoreksia, kelelahan, penurunan sensoris) dan tanda (*pericardial friction rub*, edema pulmonal, asidosis metabolic, *foot/wrist drop*) pada uremia, penatalaksanaan dialisis harus dilaksanakan segera (NIDDK, 2006).

c. Prinsip Kerja Hemodialisis



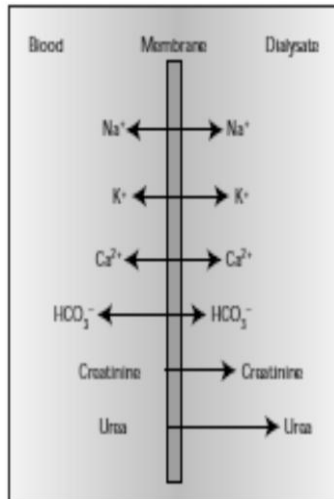
Gambar 11. Prinsip kerja hemodialisis

Pada saat proses hemodialisis, darah pasien akan diijinkan mengalir, beberapa ons sekali waktu, melalui filter penyaring khusus yang mengangkat zat-zat sisa dan kelebihan cairan. Darah yang sudah bersih kembali ke tubuh pasien kembali. Proses penyaringan zat sisa berbahaya dan kelebihan garam dan air untuk membantu mengatur tekanan darah dan menjaga keseimbangan bahan kimia seperti sodium dan potassium (NIDDK, 2006).

Satu langkah penting sebelum memulai hemodialisis adalah menyiapkan VA (*Vascular Access*), sebuah tempat di bagian tubuh pasien dimana darah akan keluar dan kembali ke tubuh pasien. *Vascular Access* harus dipersiapkan dalam beberapa minggu atau bulan sebelum pasien memulai hemodialisis. VA akan

mempermudah dan membuat pembersihan darah menjadi lebih sedikit komplikasinya.

Dialisis merupakan proses memisahkan unsur



ke dalam sebuah larutan dengan cara difusi melalui membran semipermeabel ke konsentrasi tinggi ke rendah. Hal ini merupakan proses yang utama untuk membersihkan hasil akhir metabolisme nitrogen seperti urea, kreatinin, dan asam urat serta untuk memenuhi kekurangan bikarbonat pada asidosis metabolic yang berkaitan dengan gagal ginjal.

Gambar 12. Proses pertukaran ion

d. Alat dan Bahan yang digunakan saat hemodialisis

1) Mesin Dialisis

Ukuran mesin dialisis kira-kira sebesar mesin pencuci piring.

Mesin ini memiliki 3 tugas yaitu :

- a) memompa darah dan menjaga aliran darah untuk keselamatan
- b) membersihkan zat sisa dari darah
- c) menjaga tekanan darah dan kecepatan pembuangan cairan dari dalam tubuh pasien

2) *Dialyzer*

Dialyzer merupakan canister besar yang berisi ribuan serabut atau serat-serat kecil yang akan dilalui oleh darah. Larutan dialisis dan cairan pembersih akan dipompa melalui serat-serat tersebut. Serat-serat ini akan

memungkinkan zat sisa dan kelebihan cairan untuk lepas dari darah pasien dan menuju larutan dialisis yang akan membawa zat sisa tersebut keluar dari tubuh. Sehingga *dialyzer* sering dijuluki ginjal buatan.

3) *Dialysis Solution* (Larutan dialisis)

Larutan dialisis, juga dikenal sebagai dialisat, merupakan cairan yang berada pada *dialyzer* yang membantu mengangkat zat sisa dan kelebihan cairan di dalam darah.

4) Jarum

Sebagian besar pusat dialisis akan menggunakan dua jarum, satu untuk membawa darah pada *dialyzer* dan satu lagi untuk mengembalikan darah bersih ke dalam tubuh pasien. Beberapa jarum di desain khusus dengan dua lubang untuk dua arah aliran darah, namun jarum seperti ini kurang efisien dan membutuhkan waktu yang lebih lama.

e. **Tindakan Pencegahan (*Standard Precaution*) Hemodialisis**

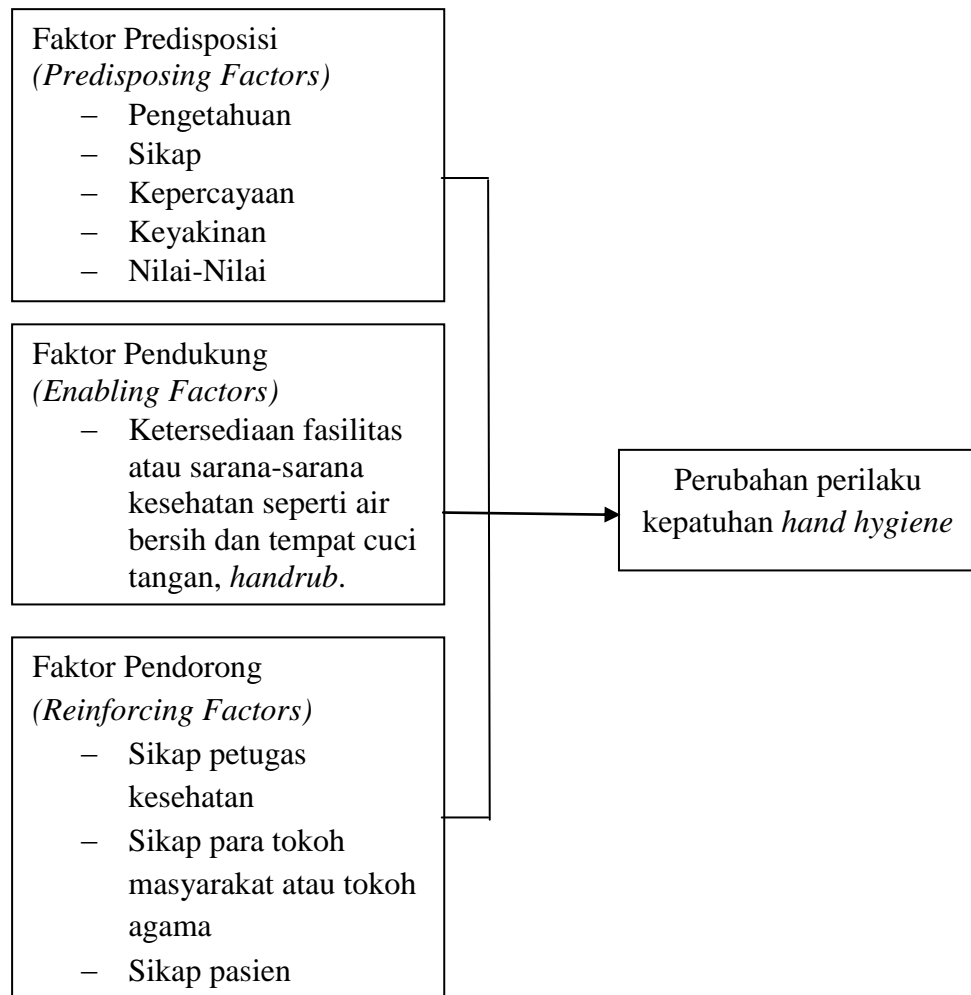
Standard Precautions (Universal Precautions) berkenaan dengan praktek yang dibentuk untuk mencegah transmisi infeksi melalui kontak dengan cairan tubuh pasien. Konsep dari *Standar Precautions* adalah berdasarkan pada prinsip bahwa seluruh darah, cairan tubuh, hasil sekresi maupun ekskresi dari seluruh pasien mungkin mengandung agen infeksi menular. Hal ini dapat dicegah dengan menggunakan masker, pelindung wajah, jubah/gaun panjang, dan sarung tangan. Di unit hemodialisis, tindakan pencegahan harus ditingkatkan lagi karena tingginya potensi untuk bersentuhan dengan darah dan pathogen di dalamnya seperti Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, dan Hepatitis C Virus.

Resiko terpapar meningkat karena petugas kesehatan dalam hal ini tenaga kesehatan harus mengakses aliran darah pasien saat sesi dialisis, begitu dekatnya tenaga kesehatan dengan pasien, tenaga kesehatan sering kontak dengan banyak pasien dan peralatan yang berbeda. Sehingga, petugas hemodialisis harus mengambil langkah teliti untuk melindungi mereka sendiri dan juga pasien tentunya (NIDDK, 2006).

f. Beberapa faktor yang Menyebabkan *Healthcare-Associated Infections* saat Hemodialisis

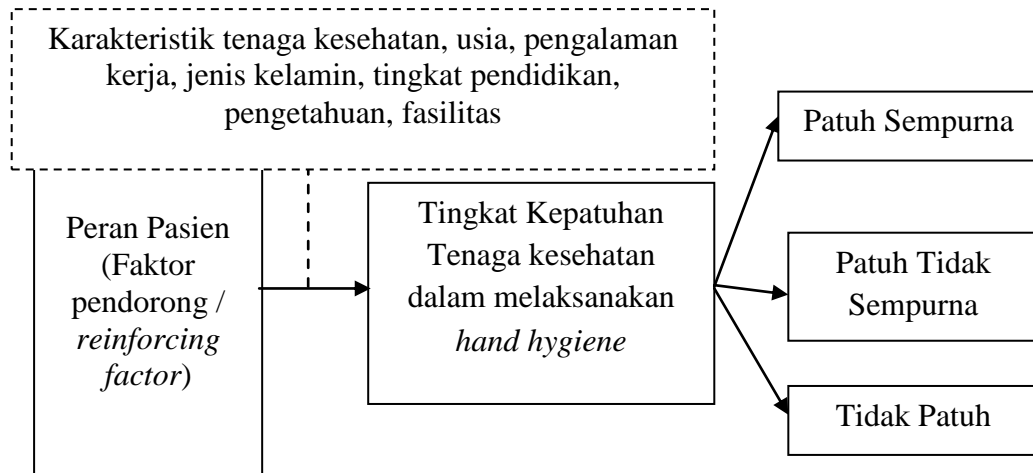
- a. Seringnya menggunakan kateter atau penempatan jarum untuk mengakses aliran darah.
- b. Penurunan sistem imun pasien
- c. Seringnya rawat inap di rumah sakit dan operasi.

B. KERANGKA TEORI




Gambar 13. Kerangka Teori Perilaku Lawrence Green


C. KERANGKA KONSEP



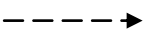
Gambar 14. Kerangka konsep

Keterangan:

 = variabel yang diteliti

 = variabel pengganggu

 = diteliti

 = tidak diteliti

D. HIPOTESIS

Pada penelitian ini terdapat dua hipotesis yaitu :

H_0 : Tidak ada perbedaan kepatuhan tenaga kesehatan dalam *hand hygiene* sebelum dan sesudah intervensi

H_1 : Ada perbedaan kepatuhan tenaga kesehatan dalam melaksanakan *hand hygiene* sebelum dan sesudah intervensi