

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori

1. Pelatihan

Pelatihan adalah suatu proses membantu orang lain dalam memperoleh keterampilan dan pengetahuan (Marzuki, 1992). Sedangkan Jucius (1990) menjelaskan istilah latihan untuk menunjukkan setiap proses untuk mengembangkan bakat, keterampilan dan kemampuan pegawai guna menyelesaikan pekerjaan-pekerjaan tertentu.

Nawawi (1997) menyatakan bahwa pelatihan pada dasarnya adalah proses memberikan bantuan bagi para pekerja untuk menguasai keterampilan khusus atau membantu untuk memperbaiki kekurangannya dalam melaksanakan pekerjaan. Fokus kegiatannya adalah untuk meningkatkan kemampuan kerja dalam memenuhi kebutuhan tuntutan cara bekerja yang paling efektif pada masa sekarang. Franco (1991) mengemukakan pelatihan adalah suatu tindakan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan seseorang pegawai yang melaksanakan pekerjaan tertentu.

Tujuan pelatihan menurut Tjiptono dan Diana (1995) adalah untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap karyawan serta meningkatkan kualitas dan produktivitas organisasi secara keseluruhan, dengan kata lain tujuan pelatihan adalah meningkatkan kinerja dan pada gilirannya akan meningkatkan daya saing.

Adapun jenis-jenis pelatihan yaitu :

a. Pelatihan Wacana (*Knowledge Based Training*)

Adalah sebuah pelatihan mengenai sebuah wacana baru yang harus disosialisasikan kepada peserta pelatihan dengan tujuan wacana baru tersebut dapat meningkatkan pencapaian tujuan seseorang, kelompok, organisasi atau lembaga.

b. Pelatihan Keterampilan (*Skill Based Training*)

Adalah sebuah pelatihan mengenai pengenalan atau pendalaman keterampilan seseorang, kelompok, organisasi atau lembaga baik secara teknis (*hard skill*) maupun bersifat non teknis yang lebih bersifat pada pengembangan pribadi (*soft skill*).

Tentang manfaat pelatihan beberapa ahli mengemukakan pendapatnya Robinson dalam Marzuki (1992) mengemukakan manfaat pelatihan sebagai berikut : pelatihan sebagai alat untuk memperbaiki penampilan dan kemampuan individu atau kelompok dengan harapan memperbaiki performa organisasi, keterampilan tertentu diajarkan agar karyawan dapat melaksanakan tugas-tugas sesuai dengan standar yang diinginkan, pelatihan juga dapat memperbaiki sikap-sikap terhadap pekerjaan, terhadap pimpinan atau karyawan, manfaat lain daripada pelatihan adalah memperbaiki standar keselamatan.

Pelatihan menurut Tjiptono dan Diana (1998) juga memberikan manfaat sebagai berikut : mengurangi kesalahan produksi, meningkatkan produktivitas, meningkatkan kualitas, meningkatkan fleksibilitas tenaga

kesehatan, respon yang lebih baik terhadap perubahan, meningkatkan komunikasi, kerjasama tim yang lebih baik.

Rukman (2013) berpendapat jadi pengertian, tujuan, dan manfaat pelatihan secara hakiki merupakan manifestasi kegiatan pelatihan. Dalam pelatihan pada prinsipnya ada kegiatan proses pembelajaran baik teori maupun praktek, bertujuan meningkatkan dan mengembangkan kompetensi atau kemampuan akademik, sosial dan pribadi di bidang pengetahuan, keterampilan dan sikap, serta bermanfaat bagi karyawan (peserta pelatihan) dalam meningkatkan kinerja pada tugas atau pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya.

Dalam penyelenggaraan pelatihan, agar dapat bermanfaat bagi peserta dan dapat mencapai tujuan secara optimal, hendaknya penyelenggaraannya mengikuti asas-asas umum pelatihan. Menurut Yoder (1962) dalam bukunya *Personal Principles and Policies*, menyebutkan sembilan asas yang berlaku umum dalam kegiatan pelatihan yaitu (1) *Individual differences*, (2) *relation to job analysis*, (3) *motivation* (4) *active participation*, (5) *selection of trainees*, (6). *Selection of trainers*, (7) *trainer's of training* (8) *training method's* dan (9) *principles of learning*.

2. *Hand Hygiene*

a. Definisi *hand hygiene*

Definisi *hand hygiene* adalah suatu ilmu kesehatan yang mencakup seluruh faktor yang membantu atau mendorong adanya

kehidupan yang sehat baik perorangan maupun melalui masyarakat (Mukono, 2000). Sedangkan menurut Azwar (2000) *Hygiene* adalah usaha kesehatan masyarakat yang mempelajari pengaruh kondisi lingkungan terhadap kesehatan manusia, upaya mencegah timbulnya penyakit karena pengaruh kondisi lingkungan sedemikian rupa sehingga terjamin pemeliharaan kesehatan.

Hygiene petugas kesehatan dilakukan dengan upaya selalu memakai masker ketika bertugas, memakai sarung tangan, mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah menangani pasien, makanan dan minuman petugas di ruangan dalam keadaan tertutup, tidak makan dan minum sambil menangani pasien, memakai peralatan makan dan minum yang bersih, dan sampai di rumah langsung mandi Tietjen (2004). Boyce dan Pittet (2002) menyebutkan bahwa kegagalan untuk melakukan kebersihan dan kesehatan tangan yang tepat dianggap sebagai sebab utama HAIs yang menular di pelayanan kesehatan dan penyebaran mikro organisme multiresisten dan telah diakui sebagai kontributor yang penting terhadap timbulnya wabah misalnya *hygiene* sudah baik karena petugas mau mencuci tangan dengan bersih memakai sabun sebelum dan sesudah menangani pasien, tetapi jika keadaan sanitasi lingkungan buruk misalnya karena tidak tersedianya air bersih yang cukup maka mencuci tangan tidak dapat dilakukan dengan baik dan sempurna.

b. Macam – macam *hand hygiene* menurut Girou (2002).

- 1) *Hand washing* yaitu cara mencuci tangan dengan berbasis air mengalir dan sabun cara melakukan seperti contoh :
 - a) Basahi tangan dengan air mengalir yang bersih.
 - b) Tuangkan 3-5 cc sabun cair untuk manyabuni seluruh permukaan tangan
 - c) Ratakan dengan kedua telapak tangan
 - d) Gosok punggung dan sela-sela tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
 - e) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
 - f) Jari-jari dalam dari kedua tangan saling mengunci.
 - g) Gosok ibu jari kiri memutar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
 - h) Gosok dengan memutar ujung jari-jari di telapak tangan kiri dan sebaliknya.
 - i) Bilas kedua tangan dengan air mengalir.
 - j) Keringkan dengan handuk sekali pakai atau *tissue towel* sampai benar-benar kering.
- 2) *Handrub* yaitu membersihkan tangan dengan berbasis *antiseptic alcohol* penggunaan *handrube antiseptic* untuk tangan yang bersih lebih efektif membunuh flora transien dari pada mencuci tangan dengan sabun dan air. *Antiseptic* ini cepat dan mudah di gunakan serta menghasilkan penurunan jumlah flora tangan awal yang lebih

besar (Girou, 2002). *Handrub antiseptic* juga berisi emolien seperti gliserin, glisol propelin, atau sorbitol yang melindungi dan melembutkan kulit adapun contoh penggunaan *handrub* :

- a) Tuangkan 3-5 cc *antiseptic* berbasis *alcohol* kedalam tangan.
 - b) Gosokan kedua tangan hingga merata.
 - c) Gosokan punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan sebaliknya.
 - d) Gosokan kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
 - e) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.
 - f) Gosokan ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan sebaliknya.
 - g) Gosokan dengan memutar ujung-ujung jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya.
 - h) Diamkan dan tangan anda sudah bersih.
- c. Teknik melakukan *hand hygiene* menurut Girou (2002).

Cara melakukan *hand hygiene* yang benar (Gambar 2.1) :

- 1) Basahi tangan dengan air mengalir yang bersih.
- 2) Tuangkan 3-5 cc sabun cair untuk manyabuni seluruh permukaan tangan.
- 3) Ratakan dengan kedua telapak tangan.
- 4) Gosok punggung dan sela-sela tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
- 5) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.

- 6) Jari-jari dalam dari kedua tangan saling mengunci.
- 7) Gosok ibu jari kiri memutar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
- 8) Gosok dengan memutar ujung jari-jari di telapak tangan kiri dan sebaliknya.
- 9) Bilas kedua tangan dengan air mengalir.
- 10) Keringkan dengan handuk sekali pakai atau *tissue towel* sampai benar-benar kering.



PERHATIAN

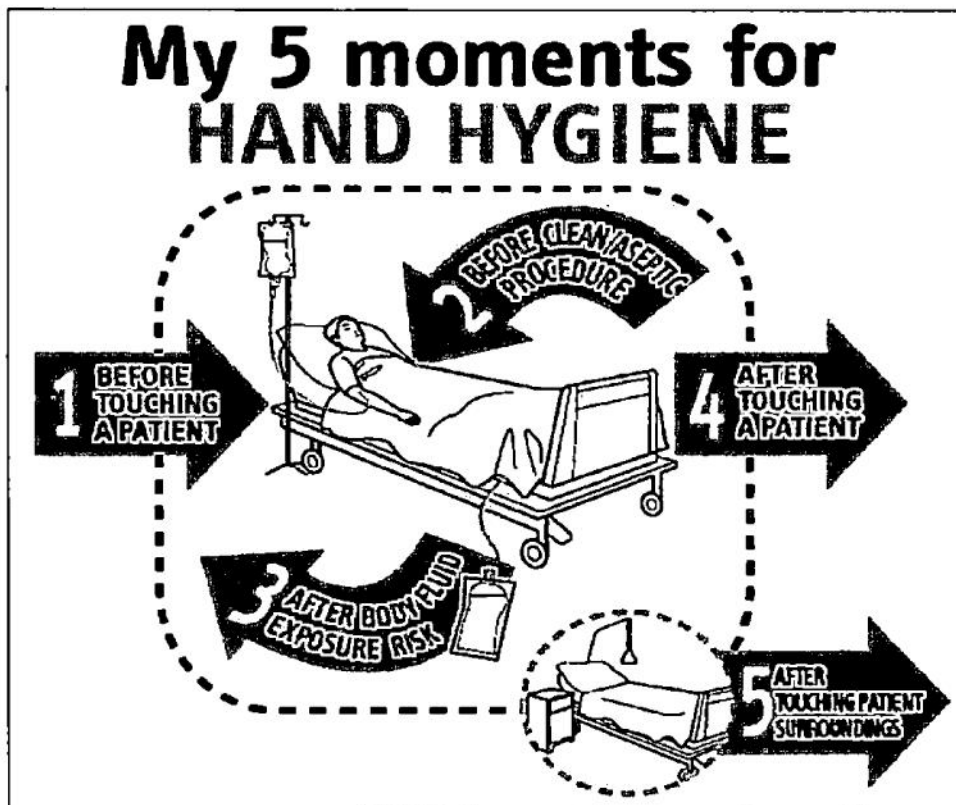
1. Gunakan air yang mengalir dan tidak panas
2. Gunakan sabun cair atau batangan
3. Bersihkan tangan setiap kali usai melakukan aktivitas
4. Potonglah selalu kuku tangan anda bila telah panjang

Gambar 2.1. Cara mencuci tangan yang baik dan benar (WHO 2009)

d. Waktu melakukan *hand hygiene* menurut *Guideline hand hygiene* (WHO 2009) (Gambar 2.2) :

Menurut WHO, ada lima *moment* untuk cuci tangan, dan ini selalu menjadi pedoman tenaga kesehatan yang bertujuan untuk :

- 1) Mengevaluasi hubungan kebersihan tangan petugas kesehatan dengan infeksi yang di peroleh dalam perawatan kesehatan.
- 2) Meningkatkan keyakinan rasa aman pada petugas kesehatan dengan memberikan saran dan petunjuk bagaimana melakukan kebersihan tangan dalam perawatan kesehatan.



Gambar 2.2. "5 moments for hand hygiene" (Guideline Hand Hygiene WHO 2009)

5 moment bertujuan untuk mencegah penularan penyakit dari petugas kesehatan ke pasien maupun sebaliknya sesuai dengan WHO pada tahun 2009. *5 moments* yang dimaksud dalam WHO 2009 yang di kemukakan oleh Nurhayati pada tahun 2013 dalam imunitas dan infeksi:

1) Sebelum kontak dengan pasien

Kebersihan tangan pada saat ini tujuannya untuk melindungi pasien dari kolonisasi kuman, dan mikroorganisme dari lingkungan luar yang terbawa tangan petugas atau orang lain yang tidak bersih. Contoh : pada saat petugas kesehatan akan masuk kedalam ruang pasien sebelumnya menyentuh pegangan pintu dan kemudian akan menjabat tangan pasien, sehingga kebersihan tangan harus selalu diperhatikan dan dilakukan sebelum menyentuh pasien. Petugas kesehatan harus membersihkan tangan sebelum akan kontak langsung dengan pasien misalnya untuk bersalaman dengan pasien, memegang bagian tubuh dari pasien, membantu pasien untuk bergerak, sebelum melakukan pemeriksaan *vital sign* seperti memeriksa nadi, tekanan darah, auskultasi, palpasi, atau akan melakukan rekam jantung (ECG), memandikan atau membersihkan pasien, membantu memakai masker oksigen, akan melakukan fisioterapi dan lainnya.

2) Sebelum tindakan aseptik

Kebersihan tangan pada *moment* ini tujuannya untuk mencegah terjadinya HAIs, melindungi pasien dari kuman luar maupun dari

diri sendiri, masuk ketubuhnya. Contoh prosedur-prosedur yang harus di cuci tangan sebelum melakukan tindakan kepada pasien, antara lain menyikat gigi pasien, memberikan tetes mata, memeriksa mulut, telinga dengan atau tanpa alat (*suction*), perawatan luka dengan atau tanpa alat, injeksi, memberi salep sebelum insersikateter (urine, NGT, ET, dll) , memberikan obat atau makanan lewat infus, menyiapkan makanan, obat, steril material, dan prosedur lainnya.

3) Setelah terkena cairan tubuh pasien

Aksi kebersihan tangan ini memiliki tujuan melakukan mengurangi risiko kolonisasi atau infeksi mikro organisme dari pasien ke petugas kesehatan dengan agen infeksi, melindungi diri kita dan lingkungan dari kolonisasi atau infeksi dari pasien, misalnya ketika menyentuh membrane mukosa dari pasien dan kulit luka pasien : setelah injeksi percutaneous, setelah pemasangan infus, kateter, tube, setelah melepas alat-alat invasive, setelah membuang barang-barang pasien yang terkena cairan tubuh (pampers, *dressing*, handuk, dll) setelah memegang sampling bahan, membersihkan sekret dan cairan tubuh (muntahan, feses, urine, darah, dll) setelah membersihkan permukaan alat atau di sekitar pasien yang terkontaminasi cairan (linen, *instrument*, urial, dll) Pada *moment* tiga ini menggunakan sarung tangan sajan tidak cukup dalam rangka mencegah tangan terpapar cairan infeksi dari

pasien, tetapi sebelum menggunakan sarung tangan dan sesudah memakai sarung tangan harus mencuci tangan.

4) Setelah kontak dengan pasien

Ketika meninggalkan zona pasien setelah melakukan perawatan, sebelum menyentuh obyek di daerah di luar zona pasien dan sebelum para pasien, kebersihan tangan bertujuan untuk melindungi diri kita dan lingkungan dari kolonisasi atau infeksi dari kolonisasi atau infeksi dari pasien, contohnya situasi setelah bersalaman dengan pasien, memegang bagian tubuh dari pasien, membantu pasien untuk bergerak, atau membersihkan pasien, memakaikan masker oksigen, fisioterapi, setelah memeriksa nadi, tekanan darah, auskultasi, palpasi, atau setelah merekam *ECG*.

5) Setelah kontak dengan lingkungan pasien

Tujuan untuk melindungi diri kita dan lingkungan dari kolonisasi atau infeksi dari pasien yang mungkin ada di permukaan barang di sekitar pasien. Contoh setelah mengganti sprei, meskipun pasien tidak ada di tempat tidur, memperbaiki kecepatan tetes infus, memonitoring alarm, memegang *bed rail*, dan setelah mendekati atau membersihkan meja pasien.

3. Mahasiswa Profesi Pendidikan Dokter

Menurut UU No:20 Tahun 2013 tentang pendidikan kedokteran menerangkan bahwa menjadi dokter harus melalui dua tahap pendidikan, yaitu praklinik dan kepelatihan klinik. Praklinik adalah menjalani kuliah-

kuliah selama 3,5-4 tahun dan setelah menyelesaikannya akan diberi gelar S.Ked (Sarjana Kedokteran). Maka seorang S.Ked harus menjalani kepelatihan klinik atau koas (dari kata ko-asisten, artinya jelas sebagai asisten dokter, bukan dokter) atau periode dokter muda selama 1,5-2 tahun. Setelah itu, dengan kurikulum baru dan kebijakan baru harus melewati masa internship selama 1 tahun dengan STR sementara, sebelum itu menjalani UKDI (Ujian Kompetensi Dokter Indonesia). Baru dapat mengajukan STR tetap dan SIP sesuai dengan UU Praktik Kedokteran. Baru dapat praktik mandiri sebagai dokter.

Mahasiswa profesi pendidikan dokter adalah suatu periode pendidikan dokter yang ditekankan pada penerapan (aplikasi) teori-teori yang sebelumnya sudah didapat dari periode praklinik. Menjadi mahasiswa profesi bukanlah menjadi dokter mandiri. Mahasiswa profesi pendidikan dokter memiliki hak dan kewajibannya sendiri dan mirip tetapi berbeda dengan hak dan kewajiban dokter, mahasiswa profesi pendidikan dokter dan dokter punya kewajiban untuk menghormati pasien, bersikap profesional sesuai keilmuan, dan lainnya. Namun mahasiswa profesi pendidikan dokter tidak ada hak untuk berpraktik mandiri. Semua apa yang dilakukan mahasiswa profesi dokter harus berada dibawah supervisi dokter pembimbingnya. Namun dibalik itu mereka pun dituntut untuk memiliki *profesionalisme* layaknya dokter mandiri.

Menjadi mahasiswa profesi dokter, seperti yang disebutkan, perlu mengedepankan rasa *profesionalisme* layaknya dokter praktik. Harus

mampu menempatkan diri dan sikap yang sesuai, mahasiswa profesi dokter tidak boleh diam saja ketika pasien memerlukan pertolongan. (Sido, 2010).

Antara pasien dan mahasiswa profesi dokter perlu ada kesepahaman, perlu ada rasa menghargai dan menghormati satu sama lain. Eksistensi keduanya saling diperlukan. Pasien tidak perlu lagi merasa dirinya kelinci percobaan. Tetapi keduanya saling merasa membutuhkan sehingga menghasilkan hubungan yang mutualisme satu sama lainnya.

4. Kepatuhan

Kepatuhan adalah tingkat seseorang dalam melaksanakan suatu aturan dan perilaku (Bart, 1994). Kepatuhan ini dibedakan menjadi dua yaitu kepatuhan penuh (*total compliance*) dimana pada kondisi ini petugas kesehatan patuh secara sungguh-sungguh terhadap *hand hygiene*, dan penderita yang tidak patuh (*non compliance*) dimana pada keadaan ini penderita tidak melakukan *hand hygiene*.

Menurut Feuer Stein, ada beberapa faktor yang mendukung sikap patuh, diantaranya :

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan, usaha manusia meningkatkan kepribadian atau proses perubahan perilaku menuju kedewasaan dan penyempurnaan kehidupan manusia dengan jalan membina dan mengembangkan potensi kepribadiannya, yang berupa rohani (cipta, rasa, karsa) dan jasmani. Domain pendidikan dapat diukur dari (Notoatmodjo, 2003) :

- a) Pengetahuan terhadap pendidikan yang diberikan (*knowledge*).
- b) Sikap atau tanggapan terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).
- c) Praktek atau tindakan sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan.

b. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Pasien yang mandiri harus dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan.

c. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial.

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman sangat penting, kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu memahami kepatuhan terhadap program pengobatan.

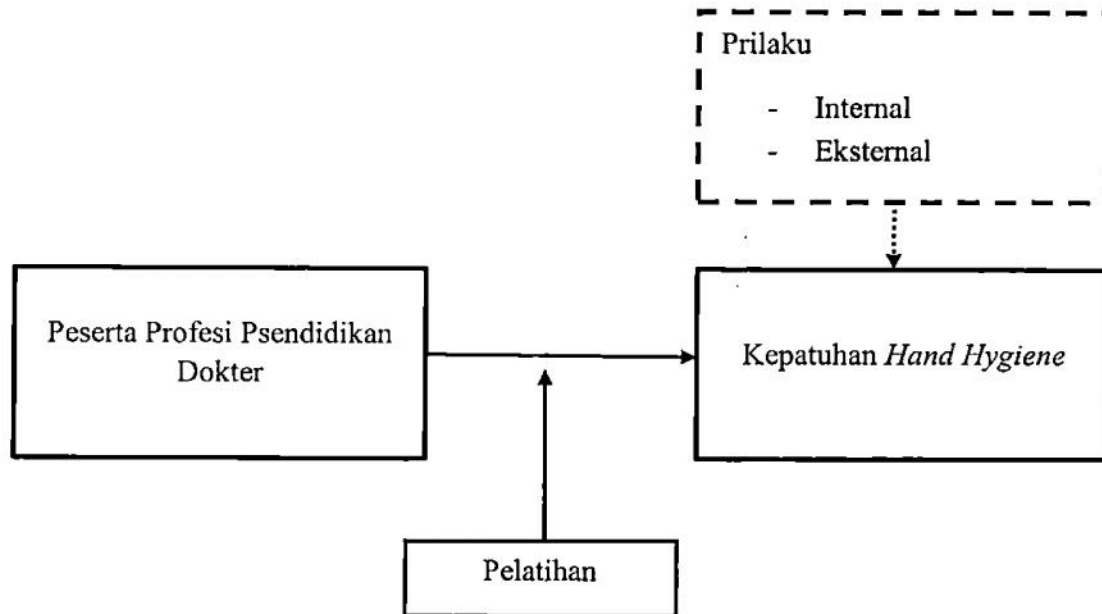
d. Perubahan model terapi.

Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

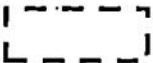
e. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien.

f. Suatu hal yang penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi diagnosa.

B. Kerangka Konsep



Keterangan :

 tidak diteliti

 yang diteliti

C. Hipotesis

Ho : Tidak ada pengaruh pelatihan *hand hygiene* dalam meningkatkan kepatuhan mahasiswa profesi pendidikan dokter di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Ha : Ada pengaruh pelatihan *hand hygiene* dalam meningkatkan kepatuhan mahasiswa profesi pendidikan dokter di RSUD Panembahan Senopati Bantul.