

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pendidikan Kesehatan**

##### **1. Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2011) pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktik pendidikan. Oleh sebab itu, konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Dapat dirumuskan menurut Notoatmodjo (2011) bahwa secara konsep, pendidikan kesehatan adalah upaya untuk memengaruhi, dan atau mempengaruhi orang lain, baik individu kelompok atau masyarakat, agar melaksanakan perilaku hidup sehat. Sedangkan secara operasional, pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

##### **2. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2011), ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan

dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga, yakni:

- a. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu
- b. Pendidikan kesehatan kelompok, dengan sasaran kelompok
- c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat atau tatanan dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya :

- a. Pendidikan kesehatan di dalam keluarga (rumah)
- b. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid
- c. Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan, (dilakukan di rumah sakit-rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di Puskesmas, dan sebagainya)
- d. Pendidikan kesehatan ditempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
- e. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat umum (TTU).

### 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi belajar

Faktor-faktor tersebut dapat dikelompokkan (Susilo, 2011) :

#### 1. Faktor Internal

##### 1) Faktor fisiologis

Faktor fisiologis merupakan faktor-faktor yang berasal dari dalam diri individu dan dapat mempengaruhi hasil belajar

individu. Kondisi fisiologis yang mempengaruhi proses dan hasil belajar masih dibedakan menjadi 2 macam :

- a) Keadaan Jasmani, keadaan jasmani yang dikatakan melatarbelakangi aktivitas belajar, keadaan jasmani yang segar akan lain pengaruhnya dengan keadaan jasmani yang kurang segar, keadaan jasmani yang lelah, akan lain pengaruhnya dengan yang tidak lelah.
- b) Keadaan fungsi-fungsi jasmani tertentu, terutama panca indera. Berfungsinya panca indera akan merupakan syarat proses belajar itu berlangsung baik, terutama mata dan telinga.

## 2) Faktor Psikologis

Menurut Ardon, N. Frandson ,dikutip oleh Susilo (2011) mengatakan bahwa hal-hal yang mendorong untuk belajar adalah sebagai berikut :

- a) Adanya sifat ingin tahu dan ingin menyelidiki dunia yang lebih luas.
- b) Adanya sifat yang kreatif yang ada pada manusia dan keinginan untu selalu maju.
- c) Adanya keinginan untuk mendapatkan simpati dari orangtua, guru dan teman-teman.
- d) Adanya keinginan untuk memperbaiki kegagalan yang lalu dengan usaha yang baru.

- e) Adanya keinginan untuk mendapatkan rasa aman bila menguasai pelajaran.
- f) Adanya ganjaran atau hukuman sebagai akhir dari pelajaran.

## 2. Faktor Eksternal

### 1) Faktor non sosial

Kondisi non sosial ini tidak terlalu banyak, diantaranya udara, suhu udara, cuaca, waktu, tempat dan alat-alat yang dipakai. Semua faktor-faktor non sosial supaya diatur sedemikian rupa sehingga dapat membantu proses belajar secara maksimal.

### 2) Faktor sosial

Kondisi sosial disini adalah faktor manusia, baik manusia itu ada (hadir) maupun kehadirannya itu dapat disimpulkan tidak langsung hadir. Kehadirannya orang atau orang lain pada waktu seseorang sedang belajar, sangat mengganggu belajar. Misalnya sedang ada ujian, seseorang atau banyak orang bercakap-cakap didekat ruang ujian atau seseorang sedang belajar dikamar, seseorang atau lebih keluar masuk kamar tersebut.

## 4. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Mengingat istilah prinsip sehat maka perlu kita mengetahui batasan sehat, seperti dikemukakan pada Undang-Undang No. 23 tahun 1992, yakni bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari

badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk mencapai sehat seperti definisi tersebut diatas, maka orang harus mengikuti berbagai latihan atau mengetahui apa saja yang harus dilakukan agar orang benar-benar menjadi sehat. Sehat dalam pengertian seperti dalam batasan sehat tersebut diatas (Susilo, 2011).

Pendidikan kesehatan tentang *hand hygiene* pada keluarga pasien yang ada pada ruang rawat inap rumah sakit tersebut adalah bertujuan agar keluarga pasien dapat mengetahui bagaimana cara pencegahan pengendalian infeksi, memperoleh pengetahuan dan pemahaman pentingnya *hand hygiene* untuk mencegah terjadinya infeksi *Health Associated Infections* (HAIs), dan tercapainya perilaku sehat *hand hygiene* sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan fisik, mental, dan sosialnya.

#### 5. Metode Pendidikan Kesehatan

Penyampaian pendidikan kesehatan banyak menggunakan cara-cara tertentu, materi yang disampaikan juga harus sesuai dengan target atau sasaran, dan juga alat bantu pendidikan kesehatan disesuaikan dengan tepat agar dicapai suatu hasil yang ditargetkan secara optimal. Untuk sasaran kelompok, metodenya berbeda dengan pendidikan kesehatan sasaran massa dan sasaran individual. Begitu juga sebaliknya untuk sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individual dan lain sebagainya.

Pengaruh dan efektivitas suatu metode tergantung pada besarnya sasaran pendidikan (Notoatmodjo, 2011). Beberapa metode pendidikan, diantaranya adalah :

a. Metode Pendidikan Individual

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan kesehatan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau seseorang yang telah tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar dari digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Bentuk dari pendekatan individual, antara lain yaitu :

1) Bimbingan dan Penyuluhan (*Guidance and Counseling*), yaitu:

- Kontak antara klien dengan petugas lebih intensif
- Setiap ada masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya
- Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut.

2) Wawancara (*Interview*)

Merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan, menggali informasi mengapa tidak atau belum menerima perubahan,

untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu memiliki dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

b. Metode Pendidikan Kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan berbeda. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya jumlah sasaran pendidikan.

1) Kelompok Besar

Kelompok besar yaitu apabila penyuluhan atau pendidikan kesehatan dilakukan minimal pada 15 orang, dengan metode antara lain yaitu :

a) Ceramah

1. Definisi Metode Ceramah

Ceramah merupakan metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

Ceramah ialah pidato yang disampaikan oleh seseorang pembicara di depan sekelompok pengunjung. Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar. Dalam proses transfer ada tiga

elemen penting, yaitu pengajar, materi dan sasaran belajar.

## 2. Penggunaan Metode Ceramah

Ceramah digunakan pada sifat sasaran sebagai berikut, yaitu sasaran belajar mempunyai perhatian yang selektif, sasaran belajar mempunyai lingkup yang terbatas, sasaran belajar memerlukan informasi yang kategoris dan sistematis, sasaran belajar perlu menyimpan informasi, sasaran belajar perlu menggunakan informasi yang diterima.

## 3. Keunggulan Metode Ceramah

Keunggulan metode ceramah diantaranya, yaitu dapat digunakan pada orang dewasa, penggunaan waktu yang efisien, dapat dipakai pada kelompok yang besar, tidak terlalu banyak menggunakan alat bantu pengajaran, dan dapat dipakai untuk memberi pengantar pada pelajaran atau suatu kegiatan.

## 4. Kekurangan Metode Ceramah

Sedangkan kekurangan metode ceramah, yaitu menghambat respon dari belajar sehingga pembicara sulit menilai reaksinya, tidak semua pengajar dapat menjadi pembicara yang baik,

pembicara harus menguasai pokok pembicaraannya, dapat kurang menarik, sulit dipakai untuk anak-anak.

5. Yang perlu diperhatikan dalam metode ceramah :

a. Persiapan

Ceramah akan berhasil bila penceramah menguasai materi ceramah, maka ceramah harus mempersiapkan diri dengan :

- 1.) Mempelajari materi dengan sistematika yang baik maka lebih baik lagi disusun dalam diagram/kurva.
- 2.) Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya : makalah singkat, slide, lembar balik, leaflet.

b. Pelaksanaan

Kunci keberhasilan dalam pelaksanaan ceramah adalah apabila dapat menguasai sasaran ceramah, maka penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut : Sikap penampilan yang meyakinkan, tidak oleh bersikap ragu-ragu dan gelisah, suara cukup keras dan jelas, pandangan harus tertuju pada seluruh peserta ceramah.

b) Seminar

Seminar hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat dimasyarakat.

2) Kelompok Kecil

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan apabila peserta yang ikut dalam pendidikan kesehatan kurang dari 15 orang, metode-metodenya antara lain adalah sebagai berikut :

a) Diskusi Kelompok

Kegiatan yang dilakukan dengan melibatkan lebih dari satu individu. Kegiatan ini dapat menjadi alternatif dalam membantu memecahkan permasalahan seorang individu..

b) Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Curah pendapat dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, dan ditampung dan ditulis dalam flipchart/papan tulis.

c) Bola Salju (*Snow Balling*)

Tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi

satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya.

d) Kelompok Kecil-kecil (*Buzz Groups*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut.

e) Memainkan Perananan (*Role Play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu, misalnya sebagai perawat atau bidan dll. Mereka memperagakan bagaimana interaksi atau komunikasi sehari-hari dalam menjalankan tugas.

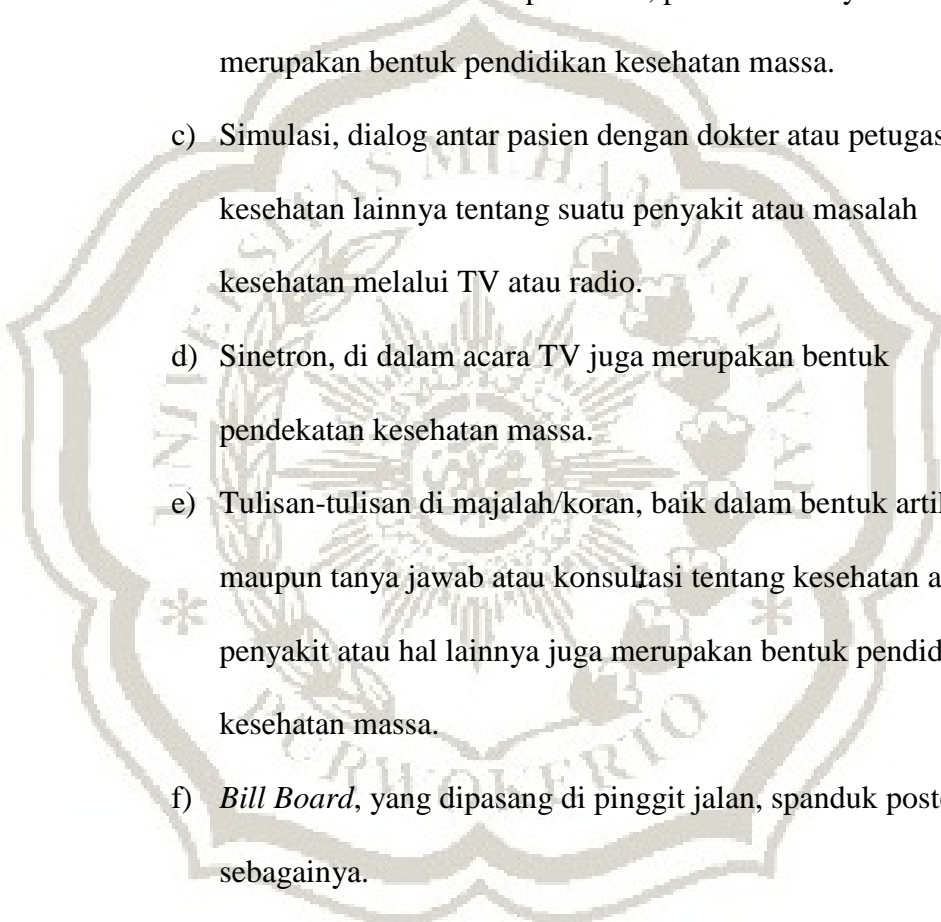
f) Permainan Simulasi (*Simulation, Game*)

Merupakan gambaran *role play* dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3. Metode Pendidikan Massa (*public*)

Pada umumnya bentuk pendekatan cara ini adalah tidak secara langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa.

Metodenya antara lain (Notoatmodjo, 2011) :

- 
- a) Ceramah Umum (*Public Speaking*), dilakukan pada acara tertentu misalnya Hari Kesehatan Nasional, dilakukan oleh menteri atau pejabat kesehatan lain.
  - b) Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
  - c) Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio.
  - d) Sinetron, di dalam acara TV juga merupakan bentuk pendekatan kesehatan massa.
  - e) Tulisan-tulisan di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan antara penyakit atau hal lainnya juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
  - f) *Bill Board*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya.

#### 6. Alat bantu dan media pendidikan kesehatan

Media pendidikan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan, alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan. Disebut media pendidikan kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut

digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat dan klien (Notoatmodjo, 2011).

Pada garis besarnya hanya ada tiga macam alat bantu pendidikan (alat peraga), antara lain : Alat bantu melihat (visual) yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) yang berguna dalam membantu pendidikan.

- a) Alat bantu dengar (audio aids) yang dapat membantu menstimulasi indera pendengaran, pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan atau pengajaran misalnya radio.
- b) Alat bantu lihat-dengar, seperti: Televisi dan video *cassate*. Alat-alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan *Audio Visual Aids* (AVA).
- c) Alat yang diproyeksikan, misalnya slide film, film strio dan sebagainya.
- d) Alat-alat yang tidak diproyeksikan :
  - 1) Dua dimensi, gambar peta, bagan dan sebagainya.
  - 2) Tiga dimensi, misalnya bola dunia dan boneka.

## **B. Tingkat Pengetahuan**

### **1. Pengertian Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” penginderaan manusia tentang suatu objek tertentu. Proses pengindraan manusia terjadi melalui panca indera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba melalui kulit (Notoatmodjo, 2007

dikutip oleh Aini, 2017). Menurut Notoatmodjo (2007) yang dikutip oleh Aini (2017), pengetahuan mempunyai 6 tingkat sebagai berikut :

- a) Tahu (*Know*) : Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
- b) Memahami (*Comprehension*) : Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c) Aplikasi (*Application*) : Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.
- d) Analisis (*Analysis*) : Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e) Sintesis (*Synthesis*) : Menunjukkan pada suatu kemampuan dalam melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu keseluruhan yang baru.

f) Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

## 2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Wawan (2010) adalah sebagai berikut :

- a) Pendidikan : Bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Wawan, 2010).
- b) Pekerjaan : Pekerjaan digunakan dalam suatu tugas atau aktivitas yang menghasilkan uang bagi seseorang. Seseorang yang bekerja akan berinteraksi dengan orang lain, sehingga mendapatkan berbagai macam informasi yang dapat menambah pengetahuannya dan pengalaman seseorang (Notoatmodjo, 2011).
- c) Umur : Semakin cukup umur, semakin tinggi tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.
- d) Pengalaman Pengetahuan : Pengetahuan dapat berasal dari pengalaman, baik dari pengalaman pribadi maupun pengalaman yang berasal dari orang lain, pengalaman dianggap pengetahuan yang paling benar.

- e) Ekonomi (Pendapatan) : Dalam memenuhi kebutuhan primer maupun kebutuhan sekunder, keluarga yang status ekonomi baik akan lebih tercukupi bila dibanding dengan keluarga yang status ekonominya rendah.
- f) Faktor Lingkungan : Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat berpengaruh dalam perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.
- g) Sosial Budaya : Sistem sosial budaya yang ada di masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.
- h) Paparan Media Massa dan Informasi : Melalui berbagai media massa baik cetak maupun elektronik sebagai alat informasi yang diterima oleh masyarakat. Sehingga masyarakat yang lebih banyak mendapatkan informasi dari media massa seperti televisi, radio, majalah, koran dan lainnya akan memperoleh informasi dan pengetahuan yang lebih banyak daripada yang tidak pernah terpapar media massa sama sekali (Notoatmodjo, 2011).

### 3. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) yang dikutip oleh Aini (2017), pengukuran pengetahuan dapat dilakukan penilaian dimana setiap jawaban dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0. Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor jawaban dengan skor yang diharapkan (tertinggi)

kemudian dikalikan 100% dan hasil presentase dengan rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$N = \frac{SP}{SM} \times 100$$

Keterangan :

N = Nilai pengetahuan

SP = Skor yang didapat

SM = Skor tertinggi maksimum

Pengetahuan seseorang dapat diketahui dan di interpretasikan, sebagai berikut :

- a) Baik : Hasil presentase 76% - 100%
- b) Cukup : Hasil presentase 56% - 75%
- c) Kurang : Hasil presentase  $\leq 55\%$

### C. Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)

#### 1. Konsep Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)

Program pencegahan pengendalian infeksi (PPI) adalah kegiatan surveilans, disamping adanya kegiatan lain seperti pendidikan dan latihan, kewaspadaan isolasi serta kebijakan penggunaan, antimikroba yang rasional. Kegiatan surveilans infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu kegiatan yang penting dan luas dalam program pengendalian infeksi, dan suatu hal yang harus dilakukan untuk mencapai keberhasilan dari program PPI (Depkes, 2011).

”*Health-care Associated Infections (HAIs)*” merupakan komplikasi yang paling sering terjadi di pelayanan kesehatan. HAIs

selama ini dikenal sebagai Infeksi Nosokomial atau disebut juga sebagai Infeksi di rumah sakit "*Hospital-Acquired Infections*" merupakan persoalan serius karena dapat menjadi penyebab langsung maupun tidak langsung kematian pasien. Kalaupun tak berakibat kematian, pasien dirawat lebih lama sehingga pasien harus membayar biaya rumah sakit yang lebih banyak. HAIs adalah penyakit infeksi yang pertama muncul (penyakit infeksi yang tidak berasal dari pasien itu sendiri) dalam waktu antara 48 jam dan empat hari setelah pasien masuk rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya, atau dalam waktu 30 hari setelah pasien keluar dari rumah sakit.

## 2. Tujuan dari Pencegahan Pengendalian Infeksi

Tujuan dari pencegahan pengendalian infeksi adalah untuk :

- a. Melindungi masyarakat (pengunjung, keluarga pasien, pasien serta masyarakat di sekitar rumah sakit) dan tenaga kesehatan serta seluruh individu yang berada di rumah sakit dari resiko penularan infeksi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan di rumah sakit.
- c. Menurunkan dan mengendalikan *Health Associated Infections* (HAIs) atau infeksi nosokomial pada setiap ruangan di rumah sakit.

### 3. Tahap Kewaspadaan Standar Efektif dalam Pencegahan Pengendalian Infeksi

Program pencegahan pengendalian infeksi (PPI) sangat penting untuk dilaksanakan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sebagai salah satu tolak ukur mutu pelayanan yang berfokus pada keselamatan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan serta pengunjung atau penunggu keluarga dari resiko tertularnya penyakit (Anonim, 2013). *Hand hygiene* merupakan tindakan sederhana dengan mencuci tangan yang terbukti dapat mencegah penyakit atau terjadinya infeksi. Akan tetapi, tindakan sederhana ini seringkali tidak diperhatikan oleh masyarakat, dan tingkat pengetahuan masyarakat sebagian juga tidak mengetahui pentingnya *hand hygiene* untuk pencegahan pengendalian infeksi.

Salah satu tahap kewaspadaan standar yang efektif dalam pencegahan pengendalian infeksi adalah *hand hygiene* (kebersihan tangan) karena kegagalan dalam menjaga kebersihan tangan adalah penyebab utama infeksi nosokomial dan HAIs mengakibatkan penyebaran mikroorganisme multi resisten di fasilitas pelayanan kesehatan. Menjaga kebersihan tangan dengan cara mencuci tangan adalah metode paling mudah dan efektif dalam pencegahan pengendalian infeksi (Anonim, 2016). Menurut Hidayat (2007) yang dikutip dari Meiningsih (2014), pencegahan infeksi nosokomial yang dapat dilakukan adalah :

- a. Aseptik, yaitu tindakan yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah mengurangi atau menghilangkan jumlah mikroorganisme, baik pada permukaan benda hidup maupun benda mati agar alat-alat kesehatan aman digunakan.
- b. Antiseptik, yaitu upaya pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.  
Salah satunya dengan cara sederhana yaitu dengan hand hygiene menjaga kebersihan tangan dengan mencuci tangan secara baik dan benar. Tangan merupakan media transmisi patogen tersering di RS. Menjaga kebersihan tangan dengan baik dan benar dapat mencegah penularan mikroorganisme dan menurunkan frekuensi infeksi nosokomial. Kepatuhan terhadap kebersihan tangan merupakan pilar pengendalian infeksi. Teknik yang digunakan adalah teknik cuci tangan 6 langkah atau *hand hygiene*. Dapat menggunakan antiseptik, dan air mengalir atau handrub berbasis alkohol. Kebersihan tangan merupakan prosedur terpenting untuk mencegah transmisi penyebab infeksi.
- c. Dekontaminasi, yaitu tindakan agar benda mati dapat ditangani oleh petugas kesehatan secara umum, terutama petugas pembersihan medis sebelum pencucian dilakukan.
- d. Pencucian yaitu tindakan yang menghilangkan semua darah, cairan tubuh, atau setiap benda asing seperti debu dan kotoran.

- e. Sterilisasi yaitu tindakan yang menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, jamur, parasit dan virus) termasuk bakteri endospore dari benda mati.
- f. Desinfeksi, yaitu tindakan menghilangkan sebagian besar mikroorganisme penyebab penyakit dari benda mati.

#### 4. Rantai Penularan Infeksi

Pengetahuan tentang rantai penularan infeksi sangat penting karena apabila satu mata rantai dihilangkan atau dirusak, maka infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Komponen yang diperlukan sehingga terjadi penularan adalah :

- a. Agen infeksi (*infectious agent*) adalah Mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi. Pada manusia dapat berupa bakteri, virus, rickettsia, jamur dan parasit. Dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu: patogenitas, virulensi, dan jumlah (dosis, atau *load*).
- b. *Reservoir* atau tempat dimana agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang biak dan siap ditularkan kepada orang. Reservoir yang paling umum adalah manusia, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air dan bahan-bahan organik lainnya.
- c. *Port of exit* (Pintu keluar) adalah jalan darimana agen infeksi meninggalkan reservoir. Pintu keluar meliputi : saluran pernafasan, saluran pencernaan, saluran kemih dan kelamin, kulit dan membrana mukosa, plasenta dan darah serta cairan tubuh lain.

d. Transmisi (cara penularan) adalah mekanisme bagaimana transport agen infeksi dari reservoir ke penderita (yang suseptibel). Ada beberapa cara penularan yaitu :

1) Kontak (*contact transmission*) :

a) Direct/Langsung, merupakan kontak badan ke badan transfer kuman penyebab secara fisik pada saat pemeriksaan fisik, memandikan pasien

b) Indirect/Tidak langsung, merupakan kontak melalui objek (benda/alat) perantara: melalui instrumen, jarum, kasa, tangan yang tidak dicuci.

2) Droplet, partikel droplet melalui batuk, bersin, bicara, jarak sebar pendek, tdk bertahan lama di udara, “deposit” pada mukosa konjungtiva, hidung, mulut contoh : *Difteria, Pertussis, Mycoplasma, Virus Influenza.*

3) Airborne : partikel sangat kecil, bertahan lama di udara, jarak penyebaran jauh, dapat terinhalasi, contoh:

*Mycobacterium tuberculosis, virus campak, Varisela (cacar air).*

4) Melalui Vehikulum, merupakan bahan yang dapat berperan dalam mempertahankan kehidupan kuman penyebab sampai masuk (tertelan atau terokulasi) pada pejamu yang rentan.

Contoh: air, darah, serum, plasma, tinja, makanan

5) Melalui Vektor : Artropoda (umumnya serangga) atau binatang lain yang dapat menularkan kuman penyebab cara menggigit pejamu yang rentan atau menimbun kuman penyebab pada kulit pejamu atau makanan. Contoh: nyamuk, lalat, pinjal/kutu, binatang pengerat

- e. *Port of entry* (Pintu masuk) adalah tempat dimana agen infeksi memasuki pejamu. Pintu masuk bisa melalui: saluran pernafasan, saluran pencernaan, saluran kemih dan kelamin, selaput lendir, serta kulit yang tidak utuh (luka).
- f. Pejamu rentan adalah orang yang tidak memiliki daya tahan tubuh yang cukup untuk melawan agen infeksi serta mencegah infeksi atau penyakit. Faktor yang mempengaruhi: umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma atau pembedahan, pengobatan immunosupresan. Sedangkan faktor lain yang mungkin berpengaruh adalah jenis kelamin, ras atau etnis tertentu, status ekonomi, gaya hidup, pekerjaan.

#### 5. Strategi pencegahan dan pengendalian infeksi

Strategi pencegahan dan pengendalian infeksi terdiri dari, yaitu :

- a. Peningkatan daya tahan pejamu, dapat pemberian imunisasi aktif (contoh vaksinasi hepatitis B), atau pemberian imunisasi pasif (imunoglobulin). Promosi kesehatan secara umum

termasuk nutrisi yang adekuat akan meningkatkan daya tahan tubuh.

- b. Inaktivasi agen penyebab infeksi, dapat dilakukan metode fisik maupun kimiawi. Contoh metode fisik adalah pemanasan (pasteurisasi atau sterilisasi) dan memasak makanan seperlunya. Metode kimiawi termasuk klorinasi air, disinfeksi.
- c. Memutus mata rantai penularan. Merupakan hal yang paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, tetapi hasilnya bergantung kepada ketaatan petugas dalam melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan.
- d. Tindakan pencegahan paska pajanan (*“Post Exposure Prophylaxis”/PEP*) terhadap petugas kesehatan.  
Berkaitan pencegahan agen infeksi yang ditularkan melalui darah atau cairan tubuh lainnya, yang sering terjadi karena luka tusuk jarum bekas pakai atau pajanan lainnya. Penyakit yang perlu mendapatkan perhatian adalah hepatitis B, Hepatitis C, dan HIV.

#### 6. Kewaspadaan Isolasi

Mikroba penyebab HAIs dapat ditransmisikan oleh pasien terinfeksi/kolonisasi kepada pasien lain dan petugas. Bila kewaspadaan isolasi diterapkan benar dapat menurunkan risiko transmisi dari pasien infeksi/kolonisasi. Tujuan kewaspadaan isolasi adalah menurunkan transmisi mikroba infeksius diantara petugas

dan pasien (Anonim, 2013). Peraturan untuk kewaspadaan isolasi, harus dihindarkan transfer mikroba patogen antar pasien dan petugas saat perawatan pasien rawat inap, perlu diterapkan hal-hal berikut :

- a. Kewaspadaan terhadap semua darah dan cairan tubuh ekskresi dan sekresi dari seluruh pasien
- b. Dekontaminasi tangan sebelum dan sesudah kontak diantara pasien satu lainnya
- c. Cuci tangan setelah menyentuh bahan infeksius (darah dan cairan tubuh)
- d. Gunakan teknik tanpa menyentuh bila memungkinkan terhadap bahan infeksius
- e. Pakai sarung tangan saat atau kemungkinan kontak darah dan cairan tubuh serta barang yang terkontaminasi, disinfeksi tangan segera setelah melepas sarung tangan. Ganti sarung tangan antara pasien.
- f. Penanganan limbah feses, urine, dan sekresi pasien lain di buang ke lubang pembuangan yang telah disediakan.
- g. Tangani bahan infeksius sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO)
- h. Pastikan peralatan, barang fasilitas dan linen pasien yang infeksius telah dibersihkan dan didisinfeksi benar.

Kewaspadaan Isolasi harus diterapkan kewaspadaan isolasi sesuai gejala klinis, sementara menunggu hasil laboratorium keluar.

Kewaspadaan Isolasi merupakan kombinasi dari :

1) *Standard Precautions* (Kewaspadaan Standar), merupakan gabungan dari:

- *Universal Precautions* (Kewaspadaan Universal)
- *Body Substance Isolation* (Isolasi substansi/cairan tubuh)

2) *Transmission-based precautions* (Kewaspadaan berbasis transmisi).

#### 7. *Hand Hygiene* (Kebersihan Tangan)

*Hand hygiene* yang ditetapkan oleh *Centers for Disease Control* (CDC) (1995) yang dikutip dari Meida (2016), adalah untuk mencegah penyebaran dari berbagai penyakit yang dikeluarkan melalui darah di lingkungan Rumah Sakit maupun sarana pelayanan kesehatan lainnya.

Salah satu cara mencegah kontaminasi silang dari mikroorganisme sehingga dapat menurunkan dan mencegah insiden kejadian infeksi nosokomial yaitu *Hand hygiene*, baik itu melakukan proses cuci tangan maupun deinfektan tangan (Akyol, 2005). Cuci tangan dibedakan menjadi 3 jenis, yaitu :

1. Cuci tangan sosial/cuci tangan biasa, yaitu untuk menghilangkan kotoran dan mikroorganisme transien dari tangan dengan sabun atau detergen paling tidak selama 10 sampai 15 detik.

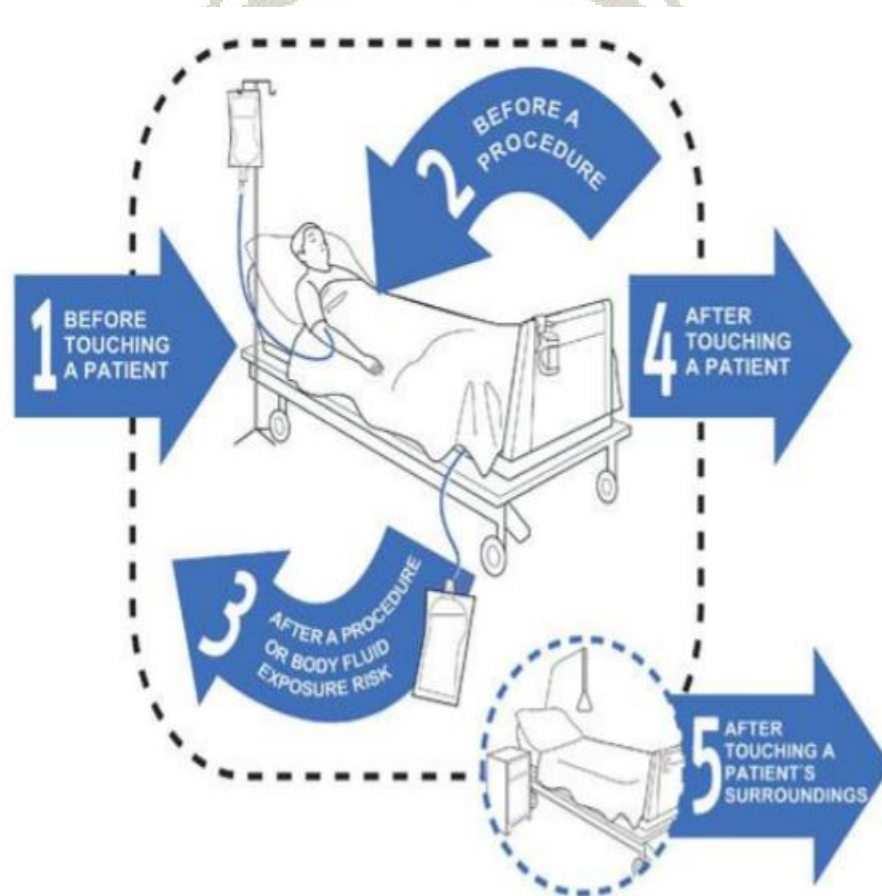
2. Cuci tangan prosedural/cuci tangan antiseptik, yaitu untuk menghilangkan atau mematikan mikroorganisme transien, disebut juga antisepsi tangan, dilakukan dengan sabun antiseptik atau alkohol paling tidak selama 10 sampai 15 detik.
3. Cuci tangan bedah/cuci tangan steril, yaitu proses menghilangkan atau mematikan mikroorganisme transien dan mengurangi mikroorganisme residen, dilakukan dengan larutan antiseptik dan diawali dengan menyikat paling tidak selama 120 detik.

Mencuci tangan yang efektif sangat mengurangi resiko penularan organisme patogen dari satu pasien ke pasien lainnya, baik melalui kontak langsung maupun melalui kontaminasi benda-benda yang dipergunakan (Lowbury et al, 1974 dalam penelitian Meida, 2016).

#### Prosedur 6 Langkah *Hand Hygiene* :

- 1) Ratakan sabun dengan kedua telapak tangan.
- 2) Gosokan punggung dan sela-sela jari tangan dengan kanan dan sebaliknya.
- 3) Gosokan telapak tangan dan sela-sela jari.
- 4) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.
- 5) Kemudian gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
- 6) Gosok dengan memutar ujung jari ditelapak tangan kiri dan sebaliknya.

WHO telah mengembangkan moments untuk kebersihan tangan yaitu *Five Moments for Hand Hygiene*, yang telah diidentifikasi sebagai waktu kritis ketika kebersihan tangan harus dilakukan yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah terpapar cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan pasien (WHO, 2009).



**Gambar 2.1** *Five Moments Hand Hygiene* (Sumber: WHO, 2009)



**Gambar 2.2** Handwashing Technique With Soap and Water

(WHO, 2009)



**Gambar 2.3** Hand Hygiene Technique with Alcohol-Based

Formulation (WHO, 2009)

## D. Keluarga Pasien

### 1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Marilyn, 2010). Menurut Depkes RI (1998), dikutip dari (Meida, 2016) menjelaskan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat, tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

### 2. Peranan Keluarga

Effendy (1998) dan Blais & Kathleen (2007), dikutip dari Meida (2016), mengemukakan peran yang terdapat dalam keluarga masing-masing anggota antara lain :

- a) Peran Ayah, sebagai suami dan istri dari anak-anak berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman serta sebagai kepala keluarga.
- b) Peran Ibu, sebagai istri dan ibu dari anak-anak ibu mempunyai peran mengurus rumah tangga, mengasuh dan mendidik anak disamping sebagai anggota masyarakat.
- c) Peran Anak, peran anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya.

### 3. Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga (Marilyn, 2010), sebagai berikut :

- a. Fungsi afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
- c. Fungsi produksi (*the reproduction function*), yaitu berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi (*the economic function*), yaitu keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan (*the health care function*), yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

#### 4. Tugas keluarga di bidang kesehatan

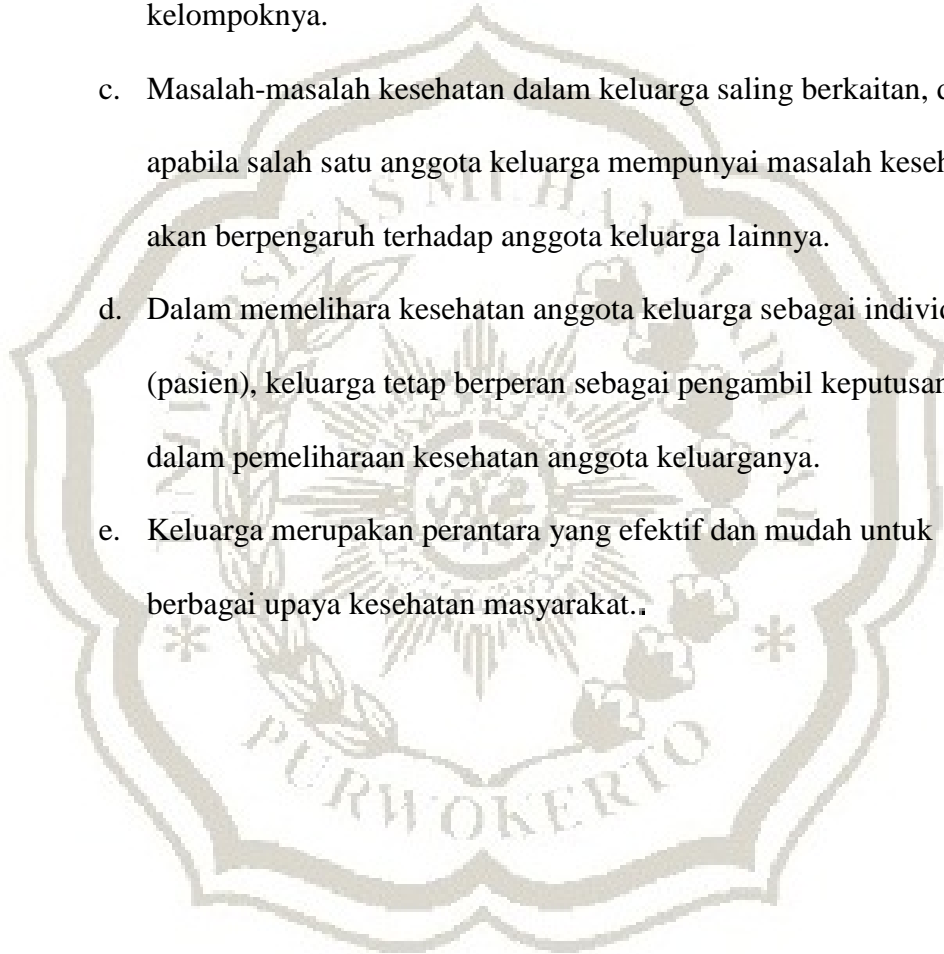
Menurut Suprajitno (2004), yang dikutip dari Meida (2016), sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, yaitu :

- a. Mengenal masalah kesehatan keluarga, kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatan kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis.
- b. Memutuskan tindakan kesehatan bagi keluarga, tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.
- c. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar.
- d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

#### 5. Alasan keluarga sebagai unit pelayanan

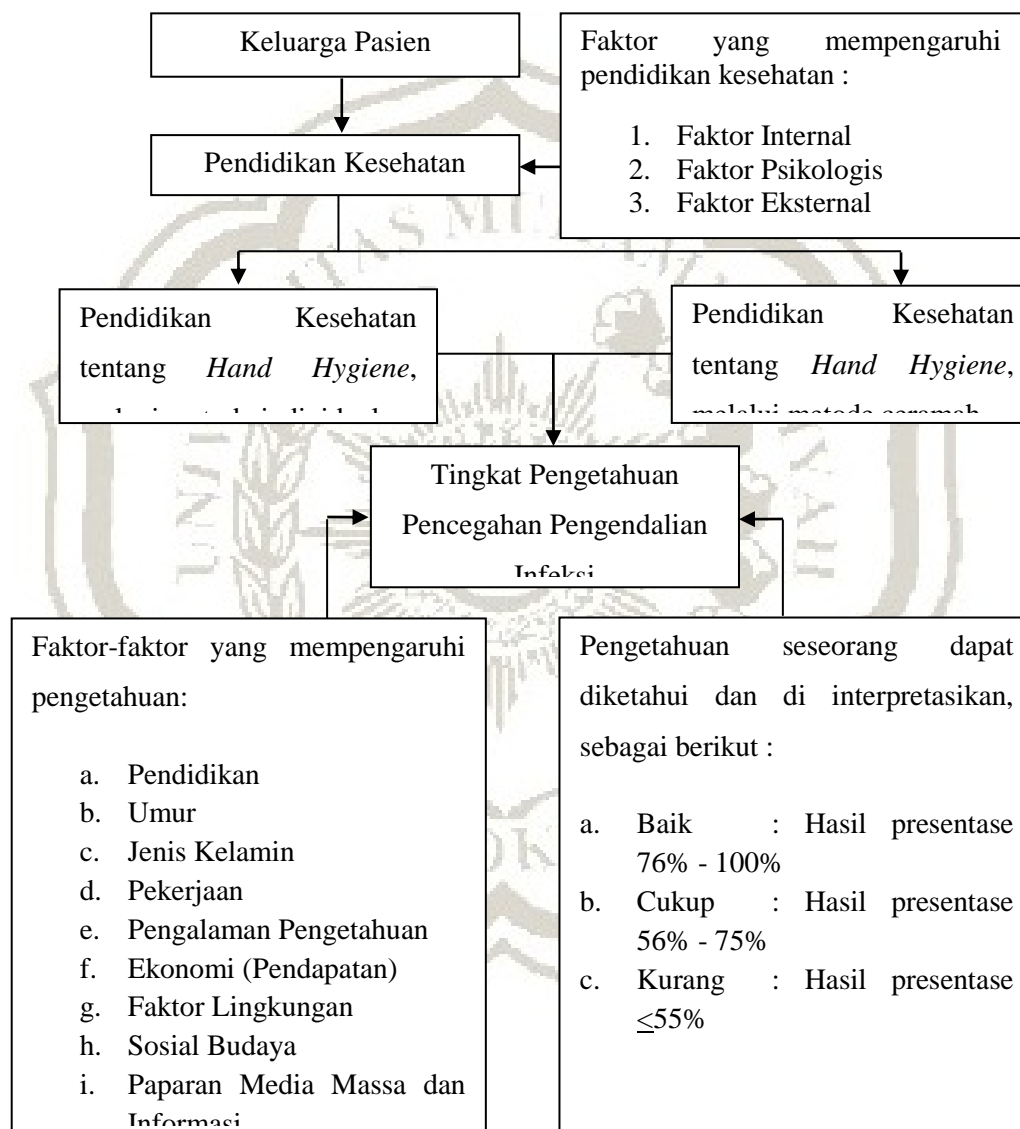
Menurut Freeman (1981), dalam penelitian Meida (2016), mengemukakan beberapa alasan, antara lain :

- a. Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat.
- b. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan, atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya.
- c. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya.
- d. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien), keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarganya.
- e. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat..



## E. Kerangka Teori

Kerangka landasan teori menurut Marilyn (2010), Susilo (2011), Notoatmodjo (2012) dan Depkes (2011) dapat disusun kerangka teori yang telah dimodifikasi sebagai berikut :



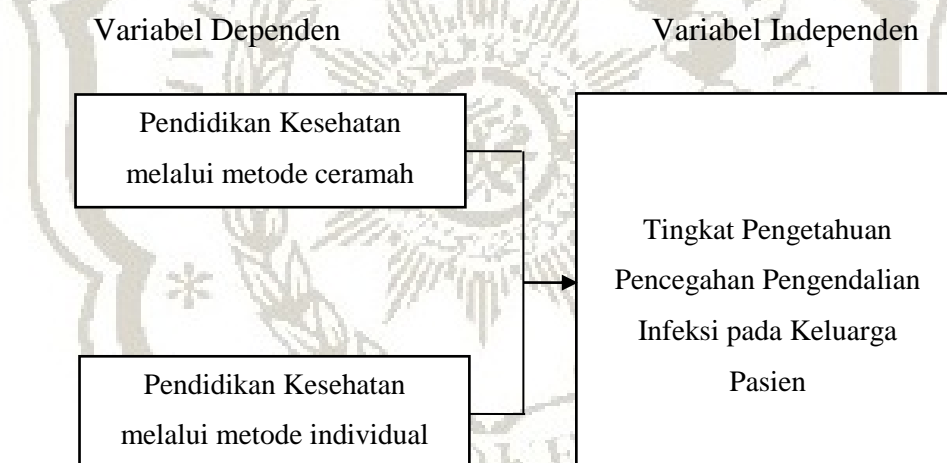
Sumber: Marilyn (2010), Susilo (2011), Notoatmodjo (2012) dan Depkes (2011)

**Bagan 2.1** Kerangka Teori Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dan Individual Terhadap Pengetahuan Pencegahan Pengendalian Infeksi pada Keluarga Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Ajibarang.

## F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah hubungan-hubungan antara konsep yang satu dengan konsep yang lain menyadari masalah yang diteliti sesuai dengan apa yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka (Azwar, 2013). Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang dilakukan dan memberi alasan kuat terhadap topik yang dipilih sesuai dengan identifikasi masalahnya.

Berdasarkan landasan teori dapat disusun kerangka konsep yang telah dimodifikasi sebagai berikut :



Sumber: Notoatmodjo (2011), Depkes RI (2011), Wawan (2010).

**Bagan 2.2** Kerangka Konsep Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dan Individual Terhadap Pengetahuan Pencegahan Pengendalian Infeksi pada Keluarga Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Ajibarang.

## G. Hipotesis

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini yaitu :

1. Ho = Tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah terhadap pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi pada keluarga pasien di ruang rawat inap RSUD Ajibarang.

Ha = Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah terhadap pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi pada keluarga pasien di ruang rawat inap RSUD Ajibarang.

2. Ho = Tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan metode individual terhadap pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi pada keluarga pasien di ruang rawat inap RSUD Ajibarang.

Ha = Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode individual terhadap pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi pada keluarga pasien di ruang rawat inap RSUD Ajibarang.

3. Ho = Tidak ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dan individual terhadap pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi pada keluarga pasien di ruang rawat inap RSUD Ajibarang.

Ha = Ada perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dan individual terhadap pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi pada keluarga pasien di ruang rawat inap RSUD Ajibarang.