

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Infeksi nosokomial**

###### **a. Definisi**

Infeksi adalah suatu organisme pada jaringan atau cairan tubuh yang disertai gejala klinis baik lokal maupun sistemik. Istilah nosokomial berasal dari bahasa Yunani yang berarti rumah sakit (*nosos* = penyakit, *komeo* = merawat). Infeksi nosokomial adalah infeksi yang muncul selama pasien dirawat di rumah sakit dan mulai menunjukkan suatu gejala selama seseorang tersebut dirawat atau setelah selesai dirawat. Istilah Infeksi Nosokomial sendiri sudah berubah menjadi HAIs di luar negeri, tetapi karena belum ada kesepakatan istilah yang tepat untuk mengadopsi istilah HAIs untuk dapat digunakan di negara Indonesia, maka peneliti dalam penelitian ini masih menggunakan istilah infeksi nosokomial sebagai padanan istilah HAIs. Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang terjadi ketika pasien masuk rumah sakit dan gejala timbul setelah 72 jam pasien berada di rumah sakit, disebut Infeksi nosokomial (Utama, 2006).

Proses terjadinya infeksi bergantung kepada interaksi antara suseptibilitas pejamu, agen infeksi (*pathogenesis, virulensi* dan *dosis*) serta cara penularan. Identifikasi faktor resiko pada pejamu dan

pengendalian terhadap infeksi tertentu dapat mengurangi insiden infeksi (Infeksi nosokomial), baik pada pasien atau pada petugas kesehatan (Mochtar, 2014).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi infeksi nosokomial

Suatu infeksi pada pasien dinyatakan sebagai Infeksi nosokomial bila memenuhi beberapa kriteria berikut :

- 1) Waktu pasien dirawat di rumah sakit tidak didapatkan tanda klinis infeksi tersebut.
- 2) Waktu pasien mulai dirawat di rumah sakit tidak sedang dalam masa inkubasi infeksi tersebut.
- 3) Tanda klinis infeksi tersebut baru timbul sekurang-kurangnya 48 jam sejak mulai perawatan.
- 4) Infeksi tersebut bukan merupakan sisa infeksi sebelumnya.

## 2. *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)*

*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)* adalah strain tertentu dari bakteri *S. aureus*, dia merupakan kuman patogen umum yang biasa hadir sebagai flora normal tubuh dan biasa ditemukan pada kulit dan di dalam selaput lendir orang sehat.

a. Morfologi *Staphylococcus Aureus*

Ciri-ciri bakteri ini adalah Gram positif, bentuk sferis (seperti bola), diameter 0,8-1,0 mikron, tidak bergerak, tidak berspora, dan fakultatif anaerob. Pada sediaan langsung yang berasal dari pus, bakteri tersebut dapat terlihat dalam bentuk tunggal, berpasangan ataupun bergerombol seperti susunan buah anggur. Pada lempeng agar, koloninya berbentuk

bulat diameter 1-2 mm, cebung, mengkilat berwarna khas kuning keemasan dengan intensitas warna yang bervariasi (Brooks *et al.*, 2004). Lebih dari 80% strain *Staphylococcus Aureus* menghasilkan *penicillinase*, dan *penicillinase-stable beta-lactam* seperti *methicilin*, *cloxacillin*, dan *fluoxacillin* yang telah digunakan sebagai terapi utama dari infeksi *Staphylococcus Aureus* selama lebih dari 35 tahun. Strain yang resisten terhadap kelompok penicillin dan beta lactam ini muncul tidak lama setelah penggunaan agen ini untuk pengobatan (Duckworth *et al.*, 2008).

b. Epidemiologi

MRSA merupakan penyebab utama terjadinya infeksi nosokomial dan infeksi yang diperoleh dari masyarakat, pola epidemiologi digambarkan oleh sebagian besar ahli di tahun 2005, dengan menggunakan data dari sembilan daerah perkotaan di seluruh negara, yang terdiri dari sekitar 16,5 juta orang. Para peneliti menjabarkan invasif frekuensi infeksi MRSA didefinisikan sebagai isolasi organisme dari bagian yang biasanya steril, seperti darah, LCS (cairan serebrospinal), pleura atau berbagai jaringan. Klevens *et al.*,(2007) membagi infeksi nosokomial ini menjadi tiga macam, yaitu :

- 1) Kesehatan yang berhubungan dengan onset di rumah sakit
- 2) Kesehatan yang berhubungan dengan onset masyarakat
- 3) Masyarakat yang berhubungan dengan tidak ada fitur yang termasuk dalam jenis kedua

c. Patogenesis

Patogenesis MRSA disebabkan oleh adanya ekspresi dari faktor-faktor virulensi yang dapat mengakibatkan lesi *superficial* kulit, misalnya furunkel, *styes*, dan *paronychia* atau infeksi kulit lain yang lebih serius seperti mastitis, osteomielitis, endokarditis, sepsis dan meningitis (Fedtke *et al.*, 2004). Patogenesis dari kuman MRSA ini disebabkan oleh adanya kemampuan menginvasi ke jaringan tubuh manusia, serta toxin dan enzim ekstraseluler yang dihasilkan, selain itu disebabkan oleh adanya rendahnya daya tahan tubuh (Jawetz, 2004)

d. Manifestasi Klinis

Kuman MRSA ini paling sering berkolonisasi di *nasal anterior* (lubang hidung), saluran kencing, luka-luka terbuka, saluran pernafasan, dan kateter intravena. Masyarakat yang sehat juga memiliki potensi terinfeksi secara asimtomatik hingga periode bertahun-tahun. Infeksi sekunder bisa dialami oleh pasien dengan ketahanan tubuh yang rendah. MRSA berkembang substansial dalam waktu sekitar 24-48 jam setelah timbul gejala topikal. MRSA dapat hidup dan bertahan di jaringan tubuh manusia dan menjadi resisten setelah 72 jam. Manifestasi awal dari infeksi yang ditimbulkan adalah benjolan berwarna merah,, kecil seperti jerawat, bisul atau gigitan laba-laba, bisa disertai atau tanpa demam. Setelah beberapa hari, benjolan menjadi lebih besar, lebih menyakitkan dan akhirnya akan menembus ke dalam jaringan dan menjadi nanah bisul (Goyal *et al.*, 2002)

e. Resistensi MRSA

Pada tahun 1959 pertama kali diperkenalkan mengenai methicillin yang merupakan *penicillinase-resistant*. *Methicilline* digunakan untuk mengatasi infeksi *staphylococcus aureus* yang resisten terhadap *penicilline*. Pada tahun 1960, ditemukan perkembangan dari *S. Aureus* yang resisten terhadap methicillin dan antibiotik lini pertama lainnya, dimana strain ini sangat mudah menular (*American Nurse Today*). MRSA adalah penyebab utama Infeksi nosokomial dan infeksi yang diperoleh masyarakat. Infeksi MRSA secara cepat menyebar di seluruh negara-negara Eropa, Jepang, Australia, Amerika Serikat, dan seluruh dunia selama berpuluh-puluh tahun dan dan menjadi infeksi yang bersifat multidrugs-resistant (Enright *et al.*, 2002;Samathkumar, 2007)

**Tabel 2.** Kronologi Infeksi *Staphylococcus Aureus* beserta resistensinya

Tahun	Kejadian
1940	Penisilin diperkenalkan
1942	Muncul <i>Staphylococcus Aureus</i> resisten terhadap penisilin
1959	Methicilin diperkenalkan; sebagian besar strain <i>Staphylococcus Aureus</i> di rumah sakit dan masyarakat resisten terhadap penisilin
1961	Muncul MRSA
1963	Muncul wabah MRSA pertama di rumah sakit
1968	Diteukan strain MRSA di rumah sakit Amerika
1970-an	Penyebaran MRSA secara global, kejadian MRSA yang sangat tinggi di Eropa utara
1980-an & awal 1990-an	Penurunan MRSA yang dramatis dengan adanya program “ <i>Search and Destroy</i> ” di Eropa utara
1997	Kejadian MRSA di rumah sakit Amerika hampir 25%, penggunaan vancomycin meningkat, dilaporkan adanya infeksi CA-MRSA yang serius
2003	kejadian MRSA kembali meningkat; hampir 60% terjadi di ICU; wabah CA-MRSA dilaporkan terjadi di banyak tempat dan berimplikasi terjadi wabah di rumah sakit
2006	Infeksi kulit <i>Staphylococcus Aureus</i> terjadi >50% di bagian gawat darurat yang disebabkan CA-MRSA yang secara epidemiologi menjadi sangat sulit
2007	“The year of MRSA”

Sumber : Samathkumar, 2007

Saat ini diperkirakan sekitar 2-3% populasi umum telah terkolonisasi oleh MRSA. Jumlah ini akan meningkat lagi menjadi kurang lebih 5% pada populasi yang hidup berkelompok. Orang yang terkolonisasi akan mudah mendapat infeksi, walaupun sebagian besar akan tetap asimtomatik. (*Navy Environmental Health Center, 2005*)

f. Jenis-jenis Infeksi Nosokomial

Menurut Klevens *et al.*, 2007 infeksi dibagi menjadi : Pertama, kesehatan yang berhubungan dengan onset di rumah sakit. Kedua, kesehatan yang berhubungan dengan onset masyarakat.

MRSA dibagi menjadi dua tipe dasar, salah satunya adalah yang berkaitan dengan tempat pengendalian perawatan kesehatan (HA-MRSA); dan jenis lain yang diperoleh dari masyarakat (CA-MRSA), meskipun keduanya berbeda, tetapi karena jenis CA-MRSA lebih cenderung berada di pusat pengendalian perawatan kesehatan dan jenis HA-MRSA diketahui bisa mengikuti para petugas kesehatan ke rumah mereka, kemudian hal ini menjadi penyebab sulitnya dalam pemberantasan infeksi (*American Nurse Today*).

g. Transmisi MRSA

MRSA menyebar dengan mudah dari orang ke orang melalui kontak kulit. Bakteri ini mampu hidup berminggu-minggu pada benda mati seperti, di atas meja tempat tidur, lampu, sisi rel tempat tidur, lampu alarm, seragam/pakaian, peralatan medis dan plastik (*American Nurse Today*). Permukaan lingkungan berpotensi untuk terkontaminasi dan berkontribusi dalam transmisi patogen. Faktor- faktor transmisinya adalah sebagai berikut :

1) Pertama

Kemampuan patogen bertahan hidup untuk jangka waktu yang lama di berbagai permukaan lingkungan kering.

## 2) Kedua

Kemampuan patogen untuk tetap virulen setelah paparan lingkungan.

## 3) Ketiga

Frekuensi dari transmisi patogen berdasarkan permukaan yang umumnya disentuh oleh pasien dan petugas kesehatan.

## 4) Keempat

Tingkat kontaminasi yang cukup tinggi menyebabkan transmisi ke pasien.

## 5) Kelima

Resistensi patogen relatif terhadap desinfektan yang digunakan pada pembersihan permukaan lingkungan (Boyce, 2007).

## h. Faktor Resiko

Populasi yang berisiko terinfeksi adalah masyarakat dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah (HIV, SLE, penderita kanker, asma parah dll), diabetes, pengguna narkoba jarum suntik, anak-anak, lansia, pelajar/mahasiswa yang tinggal di asrama, pegawai di sebuah fasilitas kesehatan dalam jangka waktu yang lama dll.

## i. Dampak atau akibat

Infeksi nosokomial merupakan masalah yang serius bagi rumah sakit. Kerugian yang ditimbulkan sangat membebani rumah sakit dan pasien. Pencegahan dan pengendalian Infeksi nosokomial merupakan



upaya penting dalam meningkatkan mutu pelayanan medis rumah sakit (Bady *et al.*, 2007).

j. Pengendalian dan pencegahan

Program pengendalian infeksi ini dapat dikelompokkan dalam tiga kelompok yaitu tindakan operasional, tindakan organisasi, dan tindakan struktural. Tindakan operasional mencakup kewaspadaan berdasarkan penularan/transmisi (Kayser *et al.*, 2005). Salah satu komponen utama standar pencegahan dan pengendalian Infeksi nosokomial dalam tindakan operasional adalah penggunaan antiseptik, penanganan peralatan dalam perawatan pasien dan kebersihan lingkungan (Depkes RI, 2007, Bayuningsih, 2010). Dekontaminasi dan pembersihan merupakan dua tindakan pencegahan dan pengendalian yang sangat efektif meminimalkan risiko penularan infeksi. Hal penting sebelum membersihkan adalah mendekontaminasi alat tersebut dengan merendam dalam larutan kloron 0,5 % selama 10 menit. Setelah melakukan langkah dekontaminasi, selanjutnya adalah pembersihan terlebih dahulu. Pembersihan bisa dilakukan dengan sabun cair dan air untuk membunuh mikroorganisme. Tahap selanjutnya adalah tahap sterilisasi, tahap ini harus dilakukan pada alat-alat yang kontak langsung dengan aliran darah atau cairan tubuh lainnya dan atau oleh jaringan (DepKes RI, 2007).

Salah satu strategi yang sudah terbukti bermanfaat dalam pengendalian Infeksi nosokomial adalah dengan cara meningkatkan kemampuan setiap petugas kesehatan dalam metode *Universal Precautions* atau dalam bahasa kita (bahasa Indonesia) adalah Kewaspadaan Universal (KU) yaitu suatu cara penanganan baru untuk meminimalkan pajanan darah dan cairan tubuh dari semua pasien, tanpa memperdulikan status infeksi.

### **3. Edukasi**

#### **a. Definisi**

Edukasi merupakan serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, mulai dari individu, kelompok, keluarga dan masyarakat agar terlaksananya perilaku hidup sehat (Setiawati, 2008). Definisi lain mengenai edukasi adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahannya diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru (Craven dan Hirnle, 1996 dalam Suliha, 2002)

#### **b. Tujuan**

Edukasi memiliki berbagai tujuan menurut beberapa peneliti. Tujuan edukasi pada dasarnya dapat disimpulkan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok, dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri, dalam mencapai tujuan

hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai (Suliha, 2002). Menurut Notoatmodjo (1997) tujuan edukasi adalah:

- 1) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat
- 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada

#### **4. Pengetahuan**

##### **a. Definisi**

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya (Soekanto, 2003:8). Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak disengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Wahit *et al*, 2006). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, sebab perilaku ini terjadi akibat adanya paksaan atau aturan yang mengharuskan untuk berbuat.

##### **b. Proses-proses**

Penelitian Rogers, 1974 mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- 1) Kesadaran (*Awerenes*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus.
  - 2) Merasa tertarik (*Interest*), terhadap stimulasi atau objek tersebut
  - 3) Evaluasi (*Evaluation*), menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
  - 4) Mencoba (*Trial*), dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus
  - 5) Adopsi (*Adoption*), dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus.
- c. Faktor-faktor yang mempengaruhi

Hal ini sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2003), bahwa dalam masyarakat pengetahuan seseorang dipengaruhi beberapa faktor antara lain : sosial ekonomi, kultur (budaya, agama), pendidikan dan pengalaman. Hal yang sama juga disampaikan oleh Budiman dan Riyanto (2013) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan ada 6 faktor antara lain :

1) Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah seseorang menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi, maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media masa. Semakin banyak informasi yang di dapat, semakin

banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Namun seseorang dengan pendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula.

## 2) Informasi/Media massa

Informasi mencakup data, teks, gambar, suara, kode, program komputer dan basis data. Informasi tersebut dapat dijumpai dalam kehidupan sehari-hari, yang diperoleh dari data dan pengamatan terhadap dunia sekitar, serta diteruskan melalui komunikasi. Informasi yang diperoleh baik secara formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang inovasi baru. Media massa juga dalam bentuk penyampaiannya berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang.

## 3) Sosial, Budaya, Ekonomi

Sosial dan budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam penerimaan informasi. Status ekonomi seseorang juga dapat menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga status ekonomi seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

## 4) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang berada di sekeliling individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan

berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada di lingkungan tersebut. Hal ini karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang direspon sebagai pengetahuan.

#### 5) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan akan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang baik.

#### 6) Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin baik. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup adalah sebagai berikut:

1. Semakin bertambah usia, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuan.
2. Tidak dapat mengerjakan kepandaian baru pada usia yang sudah tua karena telah mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Beberapa teori menyatakan bahwa IQ seseorang akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia.

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*ovent behaviour*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Menurut Arikunto(2006), pengukuran pengetahuan dapat diperoleh dari kuesioner atau angket yang menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat juga disesuaikan dengan tingkat pengetahuan. Sedangkan kualitas pengetahuan pada masing-masing tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan *scoring*.

Kategori tingkat pengetahuan seseorang digolongkan menjadi 3 tingkatan yang didasarkan pada nilai persentase yaitu: (Budiman & Riyanto, 2013)

- 1) Tingkat pengetahuan kategori **Baik** jika nilainya  $\geq 75\%$
- 2) Tingkat pengetahuan kategori **Cukup** jika nilainya 56-74%
- 3) Tingkat pengetahuan kategori **Rendah** jika nilainya  $\leq 55\%$

## 5. Kebersihan

### 1) Definisi

Kebersihan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah keadaan bebas dari kotoran, termasuk di antaranya, debu, sampah, dan bau. Manusia perlu menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan diri agar sehat dan supaya tidak menyebarkan kotoran, atau menularkan kuman

penyakit bagi diri sendiri maupun orang lain. Kebersihan adalah salah satu tanda *hygiene* yang baik.

Kebersihan lingkungan adalah kebersihan tempat tinggal, tempat bekerja, dan sarana umum. Kebersihan lingkungan dimulai dengan menjaga kebersihan halaman dan membersihkan jalan di depan rumah dari sampah. (Sangian, 2011 : 3-4). Kebersihan tempat tinggal dilakukan dengan cara melap jendela dan perabot rumah tangga, menyapu dan mengepel lantai, mencuci peralatan masak dan peralatan makan, membersihkan kamar mandi dan jamban, serta membuang sampah. Kebersihan lingkungan dimulai dari lingkungan yang paling dekat dengan kita dan setiap saat kita temui yaitu lingkungan ruangan yang selalu kita gunakan untuk melakukan aktivitas. Kemudian setelah itu kebersihan halaman dan selokan, dan membersihkan jalan dari sampah. Lailia pada tahun 2012 menyebutkan bahwa menjaga kebersihan lingkungan memiliki beberapa keuntungan yaitu, terhindar dari penyakit yang disebabkan oleh lingkungan yang tidak sehat, lingkungan menjadi lebih baik, bebas dari polusi udara, air menjadi lebih bersih dan aman untuk diminum, lebih tenang dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Artinya, ketika seseorang sudah memahami mengenai kebersihan lingkungan, maka, seseorang tersebut dapat mengerti dan memahami untuk menciptakan lingkungan yang sehat, aman, bersih dan sejuk sehingga tidak mudah terserang berbagai penyakit.

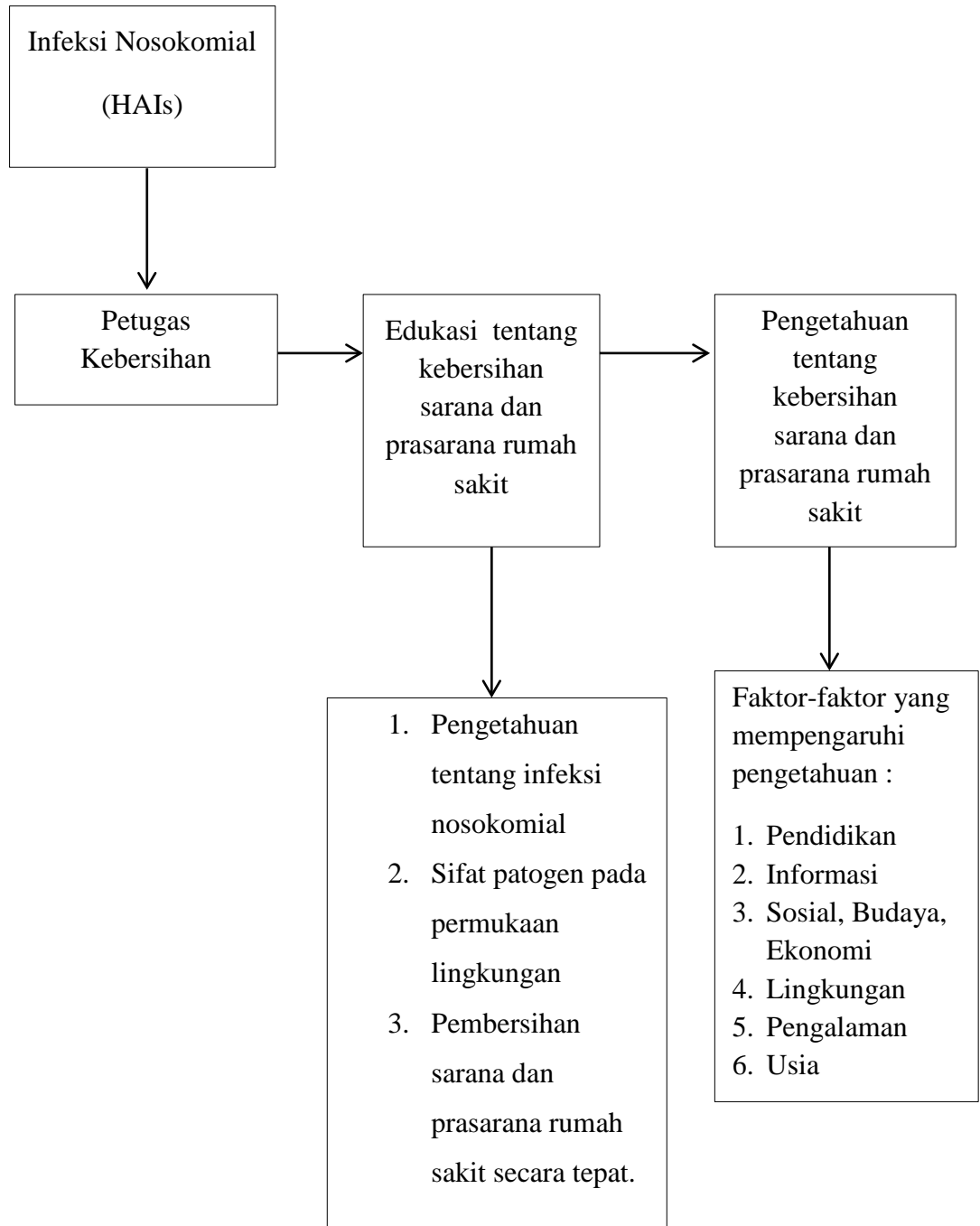


## 2) Manfaat

Manfaat pengelolaan kesehatan dan kebersihan lingkungan di rumah sakit terdiri dari : perlindungan terhadap lingkungan, , manajemen lingkungan rumah sakit yang lebih baik, pengembangan sumber daya manusia, kontinuitas peningkatan performa lingkungan rumah sakit, kepatuhan terhadap perundang-undangan, bagian dari manajemen mutu terpadu, pengurangan/penghematan biaya dan dapat meningkatkan citra rumah sakit (Adisasmito, 2007)

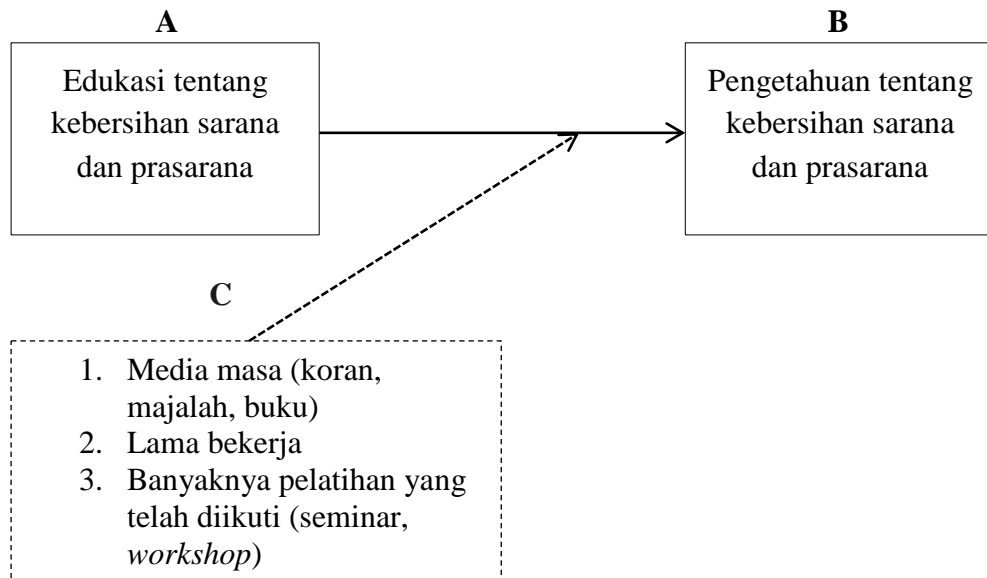
## B. Kerangka Teori

Gambar 1. Kerangka Teori

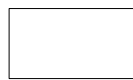


### C. Kerangka Konsep

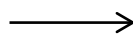
Gambar 2. Kerangka Konsep



#### Keterangan



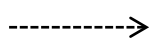
= Diteliti



= Hasil



= Tidak diteliti



= Variabel pengganggu

Penelitian ini terdiri dari tiga variabel, yaitu : variabel bebas (A), variabel terikat (B) dan variabel pengganggu (C). Variabel terikat adalah variabel yang tergantung kepada variabel bebas atau variabel terikat dipengaruhi oleh variabel bebas. Variabel bebas dan variabel pengganggu akan mempengaruhi hasil/variabel terikat (B) dari penelitian ini, tetapi hanya variabel bebas yang diteliti, sedangkan variabel pengganggu tidak diteliti pada penelitian ini.

**D. Hipotesis**

Terdapat pengaruh edukasi tentang kebersihan sarana dan prasarana rumah sakit dalam meningkatkan pengetahuan petugas kebersihan di RS. Hidayatullah dan RS. Nur Hidayah Yogyakarta.