

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Edukasi

a. Pengertian Edukasi

Edukasi atau disebut juga dengan pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Notoadmojo, 2003). Edukasi merupakan proses belajar dari tidak tahu tentang nilai kesehatan menjadi tahu (Suliha, 2002). Pendidikan merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi kehidupan manusia, sudah semestinya usaha dalam menumbuh kembangkan pendidikan secara sistematis dan berkualitas perlu terus di upayakan, sehingga tujuan dari proses pendidikan dapat dicapai secara optimal. Pendidikan memiliki arti penting bagi individu, pendidikan lebih jauh memberikan pengaruh yang besar terhadap kemajuan suatu bangsa.

Dalam konteks relasi sosial, khususnya dalam relasi antara masyarakat yang membutuhkan pendidikan pada tingkat dan jenjang tertentu melalui pendidikan formal dan pemerintah sebagai penyedia kebutuhan itu terdapat semacam muatan yang menjadi pengikat dalam relasi itu. Hubungan antara masyarakat dan pemerintah dengan salah satu muatannya adalah kebutuhan atas pendidikan dipahami dalam konteks organisasi, keberadaannya dapat dilihat dari sudut pandang muatan dalam jaringan sosial dalam suatu organisasi sosial (Agusyanto, 2007).

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan terkait pentingnya edukasi atau pendidikan itu sendiri dalam penelitian ini dalam merencanakan, memantau, mengaplikasikan metode, mendeskripsikan, dan mengevaluasi hasil terhadap pengetahuan akan teknik dan metode apa saja yang diketahui oleh para responden penelitian yakni khususnya para pengunjung lembaga penyedia layanan kesehatan.

Pendidikan kesehatan dapat diartikan sebagai pemberian informasi, instruksi, atau peningkatan pemahaman terkait kesehatan. Pendidikan kesehatan dapat meliputi jenis pendidikan terkait potensial kesehatan dan bagaimana potensial kesehatan dapat tercapai atau terkait bagaimana menghindari masalah penyakit tertentu (Carr *et al*, 2014).

b. Tujuan Edukasi Kesehatan

Tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 tahun 1992 maupun WHO yakni: “meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya. Pendidikan kesehatan sangat berpengaruh untuk meningkatkan derajat kesehatan seseorang dengan cara meningkatkan kemampuan masyarakat untuk melakukan upaya kesehatan itu sendiri.

c. Sasaran Edukasi Kesehatan

Mubarak *et al* tahun 2009 mengemukakan bahwa sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam tiga kelompok sasaran yaitu:

- 1) Sasaran primer (*Primary Target*), sasaran langsung pada masyarakat segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan.
- 2) Sasaran sekunder (*Secondary Target*), sasaran para tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat disekitarnya.
- 3) Sasaran Tersier (*Tersiery Target*), sasaran pada pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

2. Infeksi Nosokomial

a. Pengertian Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Infeksi nosokomial atau sekarang disebut *Healthcare Associated Infections (HAIs)* merupakan merupakan infeksi yang terjadi pada pasien dan tenaga medis di rumah sakit yang terjadi selama proses perawatan ataupun selama bekerja di fasilitas kesehatan (WHO, 2010).

Pelayanan kesehatan sebagai tempat pengobatan, juga merupakan sarana pelayanan kesehatan yang dapat menjadi sumber infeksi dimana orang sakit dirawat.

Infeksi nosokomial dapat terjadi pada penderita, tenaga kesehatan, dan juga setiap orang yang datang ke Rumah Sakit. Infeksi yang ada di pusat pelayanan kesehatan ini dapat ditularkan atau diperoleh melalui petugas kesehatan, orang sakit, pengunjung yang berstatus karier atau karena kondisi Rumah Sakit (Septiari, 2012). Di Indonesia infeksi nosokomial secara nasional belum ada angka yang pasti, namun begitu studi prevalensi yang dilakukan di Indonesia pada 10 rumah sakit pendidikan didapatkan angka prevalensi infeksi nosokomial yang cukup tinggi yaitu 9,8% dengan bentang 6,1% - 16% (Hesti, 2003).

Pada tahun 2008, Depkes RI mengeluarkan cetakan kedua pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya bekerja sama dengan pengendalian infeksi Indonesia (PERDALIN). Dalam buku tersebut tertulis bahwa karena seringkali tidak bisa secara pasti ditentukan asal infeksi, maka sekarang istilah infeksi nosokomial atau *Hospital Acquired Infection* diganti dengan istilah baru yaitu *Healthcare Associated Infections (HAIs)*, dengan pengertian yang lebih luas tidak hanya di rumah sakit tetapi juga di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Juga tidak terbatas infeksi pada pasien saja, tetapi juga infeksi pada petugas kesehatan yang didapat saat melakukan tindakan perawatan pasien. Khusus untuk infeksi yang terjadi atau didapat di rumah sakit, selanjutnya disebut sebagai infeksi rumah sakit atau *Hospital Infection*.

b. Batasan Infeksi Nosokomial

Siregar tahun 2004 mengemukakan bahwa suatu infeksi pada penderita baru bisa dinyatakan sebagai infeksi nosokomial apabila memenuhi beberapa kriteria/batasan tertentu: 1) Pada waktu penderita mulai dirawat di Rumah Sakit tidak didapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut 2) Pada waktu penderita mulai dirawat di Rumah Sakit, tidak sedang dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut 3) Tanda-tanda klinik infeksi tersebut timbul sekurang-kurangnya setelah 2x24 jam sejak mulai perawatan 4) Infeksi tersebut bukan merupakan sisa dari infeksi sebelumnya 5) Bila saat mulai dirawat di Rumah Sakit sudah ada tanda-tanda infeksi, dan terbukti infeksi tersebut didapat penderita ketika dirawat di Rumah Sakit yang sama pada waktu yang lalu, serta belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial.

c. Pembagian Infeksi Nosokomial

Menurut sistem *national nosokomial infections surveillance* (NNIS) dari *centers for disease control and prevention* (CDC) tahun 1994, ada 13 lokasi utama dan 48 lokasi spesifik infeksi nosokomial.

Tabel 2. Daftar kode lokasi utama infeksi nosokomial dan lokasi spesifik infeksi nosokomial pada kulit dan jaringan lunak.

Kode	Lokasi Infeksi Nosokomial
UTI	Urinary Tract Infection
SSI	Surgical Site Infection
PNEU	Pneumoni
BSI	Bloodstream Infection
BJ	Bone and Joint Infection
CNS	Central Nervus System Infection
EENT	Eye, Ear, Nose, Throat or Mouth Infection
GI	Gastrointestinal System Infection
LRI	Lower Respiratory Tract Infection, Other Than
REPR	Pneumoni
SST	Reproductive Tract Infection
- SKIN	Skin and Soft Tissue Infection
- ST	Skin
- DECU	Soft Tissue
- BURN	Decubitus Ulcer
- BRST	Burn
- UMP	Breast abscess or mastitis
- PUST	Omphalitis
- CIRC	Infant Pustulosis
SYS	Newborn Circumcision
	Systemic Infection

d. Tahapan Infeksi Nosokomial

Darmadi tahun 2008 mengemukakan bahwa terdapat 3 tahapan infeksi nosokomial yaitu:

- 1) Mikroba patogen bergerak menuju ke penjamu atau penderita dengan mekanisme penyebaran (*mode of transmission*) yang terdiri dari penularan langsung, dan tidak langsung. Penularan langsung melalui *droplet nuclei* yang berasal dari petugas, keluarga atau pengunjung, dan penderita lainnya, sedangkan penularan

tidak langsung melalui penularan mikroba patogen melalui benda-benda mati seperti peralatan medis atau peralatan lainnya, penularan mikroba patogen dengan perantara seperti serangga, penularan mikroba patogen melalui makanan dan minuman yang disajikan penderita, penularan mikroba melalui air namun kemungkinannya kecil sekali karena air di Rumah Sakit biasanya sudah melalui uji baku, penularan mikroba patogen melalui udara yang peluang terjadinya infeksi cukup tinggi karena ruangan/ bangsal yang tertutup secara teknis kurang baik ventilasi dan pencahayaannya.

- 2) Upaya dari mikroba patogen untuk menginvasi ke jaringan atau organ penjamu atau pasien dengan cara mencari akses masuk (*port d'entree*) seperti adanya kerusakan atau lesi kulit atau mukosa dari rongga hidung, mulut, orifisium uretra, dan sebagainya.
- 3) Mikroba patogen berkembang biak disertai dengan tindakan destruktif terhadap jaringan, walaupun ada mengakibatkan perubahan morfologis, dan gangguan fisiologis jaringan.

3. Cuci Tangan

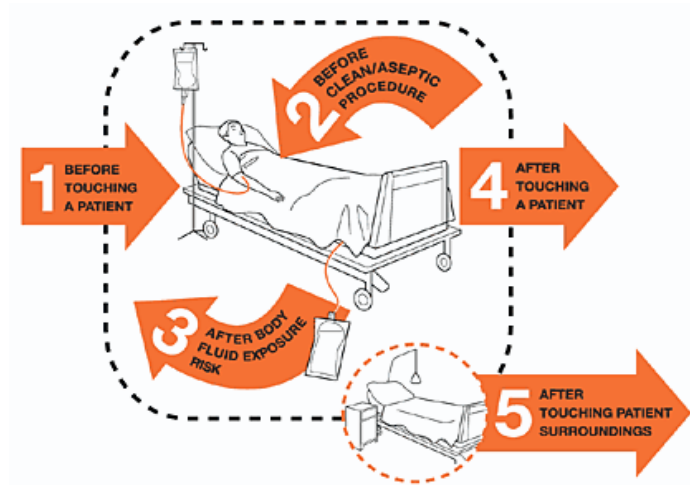
a. Pengertian Cuci Tangan

Cuci tangan adalah kegiatan membersihkan kotoran yang melekat pada kulit dengan memakai sabun dan air yang mengalir (Depkes, 2007). Cuci tangan sangat diperlukan di pelayanan kesehatan untuk memutus rantai infeksi yang sering terjadi. Kebersihan tangan merupakan ukuran utama yang terbukti efektif dalam mencegah infeksi nosokomial dan penyebaran resistensi antimikroba (WHO, 2009). Cuci tangan

bersih adalah kegiatan mencuci tangan menggunakan sabun dan air atau menggunakan *handrub*.

b. 5 Momen Mencuci Tangan

Cuci tangan di pelayanan kesehatan dapat dilakukan pada 5 momen yaitu sebelum menyentuh pasien, sebelum melakukan prosedur aseptik, setelah terpapar cairan tubuh atau beresiko, setelah menyentuh pasien, setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien (*Sax, 2007*).

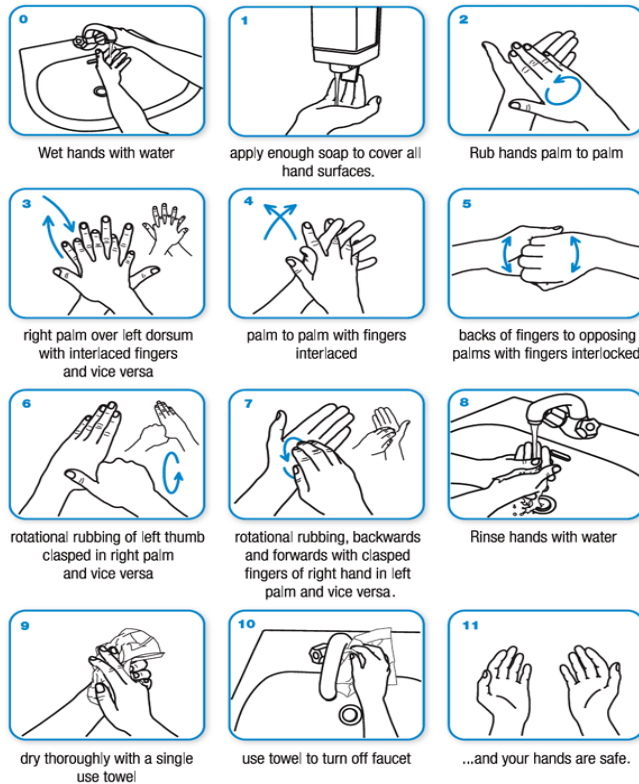


Gambar 1. 5 Moment Hand Hygiene (WHO, 2009)

c. Teknik Mencuci Tangan

Prosedur cuci tangan bersih dengan 6 langkah cuci tangan adalah: 1) ratakan sabun dengan kedua telapak tangan, 2) gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya, 3) gosok kedua telapak dan sela-sela jari, 4) punggung jari tangan kanan digosokkan pada telapak tangan kiri dengan jari-jari kedua tangan saling mengunci, 5) ibu jari tangan kiri digosok berputar dalam

genggaman tangan kanan dan sebaliknya, 6) kemudian gosok berputar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya (WHO, 2009).



Gambar 2. Langkah Cuci Tangan dengan sabun

d. Jenis Sabun Mencuci Tangan

Segala jenis sabun baik digunakan untuk mencuci tangan baik itu sabun (mandi) biasa, sabun antiseptik, ataupun sabun cair. Sabun antiseptik atau anti bakteri seringkali dipromosikan lebih banyak pada publik. Hingga kini tidak ada penelitian yang dapat membuktikan bahwa sabun antiseptik atau disinfektan tertentu dapat membuat seseorang rentan pada organisme umum yang berada di alam. Perbedaan antara sabun antiseptik dan sabun biasa adalah, sabun ini mengandung zat anti bakteri umum seperti triklosan yang memiliki daftar panjang akan resistensinya terhadap

organisme tertentu (Kemenkes, 2014). *Handrub* atau penggunaan alkohol untuk cuci tangan dilakukan untuk menjaga kebersihan tangan dan membutuhkan waktu sekitar 20-30 detik untuk keseluruhan prosedur cuci tangan, sedangkan mencuci tangan dengan sabun dan air dilakukan apabila tangan terlihat kotor dan membutuhkan waktu sekitar 40-60 detik untuk keseluruhan prosedur cuci tangan (WHO, 2009).

4. Metode Jembatan Keledai

a. Pengertian

Metode secara harfiah berarti cara. Dalam pemakaian yang umum metode diartikan sebagai cara melakukan suatu kegiatan atau cara melakukan pekerjaan dengan menggunakan fakta dan konsep-konsep secara sistematis (Mustofa, 2015). Salah satu metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode jembatan keledai. Jembatan keledai atau yang dikenal dengan Mnemonik merupakan strategi dalam penyandian informasi agar dapat disimpan (dalam memori jangka panjang) dengan baik dan mempermudah proses pengambilan kembali informasi (Halim, 2010). Metode mnemonik adalah cara mengelola informasi untuk membuatnya jadi lebih mudah diingat, biasanya menggunakan kode, citra visual, sajak atau dalam kombinasi (Foster, 2009). Jembatan keledai merupakan cara paling sederhana untuk membantu seseorang dalam mengingat sesuatu (Pherson, 2010).

Menurut Suharnan tahun 2005 mendefinisikan, metode jembatan keledai sebagai strategi yang dipelajari untuk mengoptimalkan kinerja ingatan melalui latihan-latihan. Metode ini berkaitan erat dengan imajinasi dan asosiasi. Imajinasi dan asosiasi adalah bagian dari kerja otak kanan yang menjadi pusat kreativitas, oleh

sebab itu belajar dengan metode jembatan keledai secara tidak langsung mengkoordinasikan antara otak kiri dan otak kanan dalam satu aktivitas belajar (Pasiaq, 2003). Metode jembatan keledai cukup efektif membantu seseorang untuk mengingat, meski begitu metode ini tidak menjamin informasi yang masuk akan tetap diingat sebab untuk menyimpan informasi kedalam memori jangka panjang setidaknya butuh banyak pengulangan.

b. Jenis Jembatan keledai

Menurut *Pherson* tahun 2010 mengemukakan bahwa terdapat 2 jenis mnemonic atau jembatan keledai yaitu:

- 1) Akronim adalah suatu gabungan huruf yang disusun membentuk sebuah kata. Teknik ini berguna untuk mengingat kata-kata spesifik, sebagai contoh dalam menghafal nama danau terbesar di Amerika yang terdiri dari Huron, Ontario, Michigan, Superior dapat dilakukan dengan meningkatnya menjadi HOMES. Metode ini cukup baik untuk menghafal informasi yang tidak banyak membutuhkan pemahaman yang rumit.
- 2) Akrostik adalah mengambil beberapa huruf pertama dari kata yang akan dihafal kemudian dirangkai menjadi untaian kata yang menarik seperti Kings Phil Came Over For The Genes Special (Kingdom, Phylum, Class, Ordo, Genus, Species).

Selain teknik tersebut diatas, menurut *Matroji* tahun 2004 terdapat teknik lain dalam metode jembatan keledai yaitu teknik kata kunci. Teknik kata kunci digunakan untuk mengingat kata inti dari informasi yang akan diingat, misalnya untuk mengingat informasi tentang tugas Dewan Keamanan Liga Bangsa-Bangsa yaitu

cukup menggunakan kata kuncinya yaitu seperti menyelesaikan perselisihan-perselisihan internasional (perselisihan).

c. Tujuan Metode Jembatan Keledai

Menurut Kartika tahun 2013 tujuan dari metode jembatan keledai adalah sebagai berikut:

- 1) Mempermudah orang dalam mengingat pengetahuan baik itu tempat, orang, tanggal, dengan cara menghubungkan dan mengasosiasikannya dengan suatu kejadian yang ada hubungannya atau dekat dengan dirinya.
- 2) Mempermudah orang dalam mengambil kembali pengetahuan yang sudah lama sehingga dapat diungkap kembali, apabila diperlukan.
- 3) Mengefektifkan informasi dari *short-term memory* (memori jangka pendek) menjadi *long-term memory* (memori jangka panjang) dengan berbagai cara yang terdapat didalamnya.

d. Tahapan Belajar dalam Metode Jembatan Keledai

Joyce tahun 2009 mengungkapkan beberapa tahap yang dapat meningkatkan daya ingat dalam metode jembatan keledai adalah sebagai berikut: tahap belajar pertama adalah menyediakan materi atau bahan yang akan dipelajari, gunakan teknik menggaris bawahi atau membuat daftar hafalan. Tahap kedua adalah membuat hubungan materi, dalam tahap ini buatlah agar materi lebih mudah untuk diingat dan dikembangkan dengan menggunakan teknik membuat kata kunci, kata ganti, atau hubungan kata. Tahap berikutnya adalah mempertajam daya ingat, dalam hal ini dapat menggunakan teknik yang dapat mempertajam daya ingat, misalnya dengan

menggunakan kata-kata yang lucu dan menggelikan atau melebih-lebihkan. Tahap terakhir adalah latihan mengulang, yaitu mengulangi materi sampai benar-benar dipahami.

5. Pengetahuan

a. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Achmadi, 2013). Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja 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 daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, sebab perilaku ini terjadi akibat adanya paksaan atau aturan yang mengharuskan untuk berbuat (Mubarak *et al*, 2007).

b. Tingkatan pengetahuan

Menurut Notoadmojo tahun 2003 mengemukakan bahwa pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu: 1) Tahu, diartikan sebagai mengingat akan suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dengan cara menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya 2) Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan objek tersebut secara benar 3)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya 4) Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam satu struktur organisasi 5) Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru 6) Evaluasi yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek tertentu.

Menurut Nursalam (2008) tingkat pengetahuan diidentifikasi dengan skor sebagai berikut:

- 1) Pengetahuan kategori baik dengan persentase 76-100% apabila responden mampu menjawab 11-15 pertanyaan dengan benar.
- 2) Pengetahuan kategori cukup dengan persentase 56-75% apabila responden mampu menjawab 6-10 pertanyaan dengan benar.
- 3) Pengetahuan kategori rendah dengan persentase $\leq 56\%$ apabila responden mampu menjawab 1-5 pertanyaan dengan benar.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap

seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai baru diperkenalkan (Mubarak *et al*, 2007).

2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung (Mubarak *et al*, 2007).

3) Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pada aspek psikologi atau mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa (Mubarak *et al*, 2007). Abu Ahmadi tahun 2001 juga mengemukakan bahwa daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur. Umur yang bertambah dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang.

4) Minat

Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Dengan adanya pengetahuan yang tinggi didukung minat yang cukup dari seseorang, sangatlah mungkin seseorang tersebut akan berperilaku sesuai dengan apa yang diharapkan (Notoadmodjo, 2003).

5) Pengalaman

Yaitu suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang

akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap obyek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya (Mubarak *et al*, 2007).

6) Kebudayaan lingkungan sekitar

Budaya lingkungan sekitar mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan seseorang. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang (Notoadmodjo, 2003).

7) Informasi

Informasi adalah keseluruhan makna, dapat diartikan sebagai pemberitahuan seseorang adanya informasi baru mengenai suatu hal serta memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut (Notoadmodjo, 2003). Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru (Mubarak *et al*, 2007).

d. Cara mengukur pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan pengetahuan (Notoadmojo, 2007).

6. Puskesmas

a. Pengertian puskesmas

Puskesmas merupakan salah satu bentuk pelayanan masyarakat yang menjadi dasar pembangunan kesehatan di Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan No. 128/Menkes/SK/II/2004 menyatakan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Departemen Kesehatan, 2004). Sebagai UPT dari Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Hartono, 2010).

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2014). Peran puskesmas adalah sebagai penanggung jawab penyelenggaraan upaya kesehatan untuk jenjang pertama di wilayah kerjanya masing-masing (Satrianegara, 2014). Rumah sakit dan tempat pelayanan kesehatan lainnya seperti puskesmas merupakan tempat berkumpulnya segala macam penyakit, baik menular maupun tidak menular (Kemenkes, 2011). Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan juga dapat menjadi sumber infeksi dimana orang sakit dirawat. Infeksi yang ada di pusat

pelayanan kesehatan ini dapat ditularkan atau diperoleh melalui petugas kesehatan, orang sakit, pengunjung yang berstatus karier atau karena kondisi pelayanan kesehatan tersebut (Darmadi, 2008).

Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan yang berfungsi mengembangkan dan membina kesehatan masyarakat serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan terdepan dan terdekat dengan masyarakat dalam bentuk kegiatan pokok yang menyeluruh dan terpadu di wilayah kerjanya. Selain itu, dalam memberikan pelayanan, puskesmas melibatkan peran serta masyarakat dan juga secara aktif membina masyarakat (Triwibowo *et al*, 2015).

b. Visi dan misi puskesmas

Visi pembangunan kesehatan yang harus diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju tercapainya Indonesia Sehat. Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan. Gambaran itu berupa masyarakat yang hidup dalam lingkungan sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), serta memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, sehingga memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Merujuk kepada rumusan visi tersebut jelas bahwa yang hendak dicapai oleh Puskesmas dengan Kecamatan Sehatnya mencakup: Lingkungan sehat, perilaku hidup bersih dan sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu dan derajat kesehatan penduduk kecamatan (Hartono, 2010).

Misi pembangunan kesehatan yang harus diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut yaitu: 1) Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya 2) Mendukung kemandirian keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya untuk hidup sehat dengan cara meningkatkan pengetahuan, sikap dan kemampuan mereka menuju kemandirian untuk hidup sehat 3) Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan 4) Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, dan masyarakat beserta lingkungannya.

c. Fungsi puskesmas

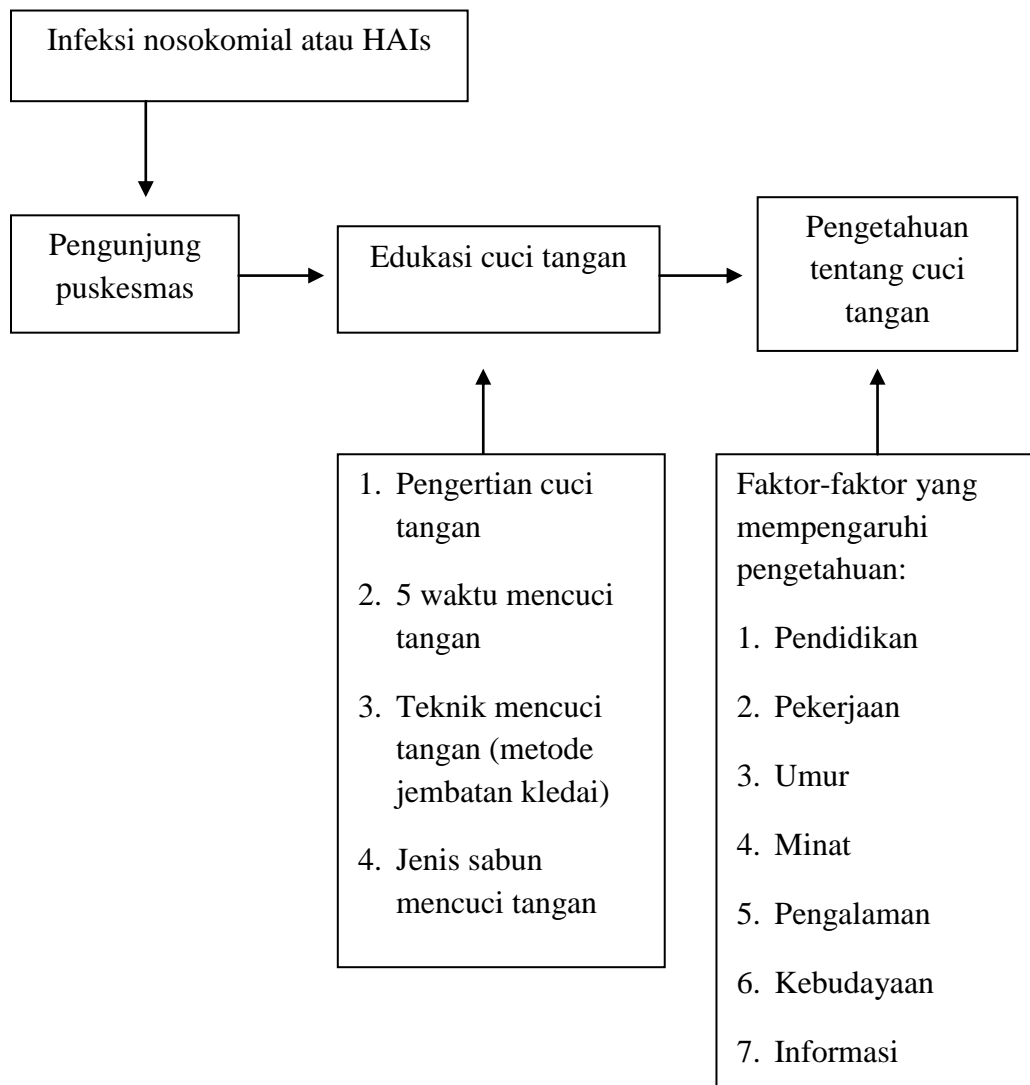
Hartono tahun 2010 mengemukakan bahwa terdapat tiga fungsi puskesmas yang ditetapkan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu:

- 1) Puskesmas merupakan pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.
- 2) Puskesmas merupakan pusat pemberdayaan masyarakat.
- 3) Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yang terdiri atas pelayanan kesehatan individu dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Hartono tahun 2010 mengemukakan bahwa banyak peluang untuk melaksanakan promosi kesehatan oleh Puskesmas. Secara umum, peluang itu dapat dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Di dalam gedung puskesmas yaitu promosi kesehatan dapat dilakukan di tempat pendaftaran, poliklinik, ruang perawatan, pelayanan penunjang medis, pelayanan klinik khusus, tempat pembayaran rawat inap dan lingkungan puskesmas.
- 2) Di masyarakat yaitu promosi kesehatan dapat dilakukan pada tatanan rumah tangga, tatanan sarana pendidikan, tatanan tempat kerja dan tatanan tempat umum.

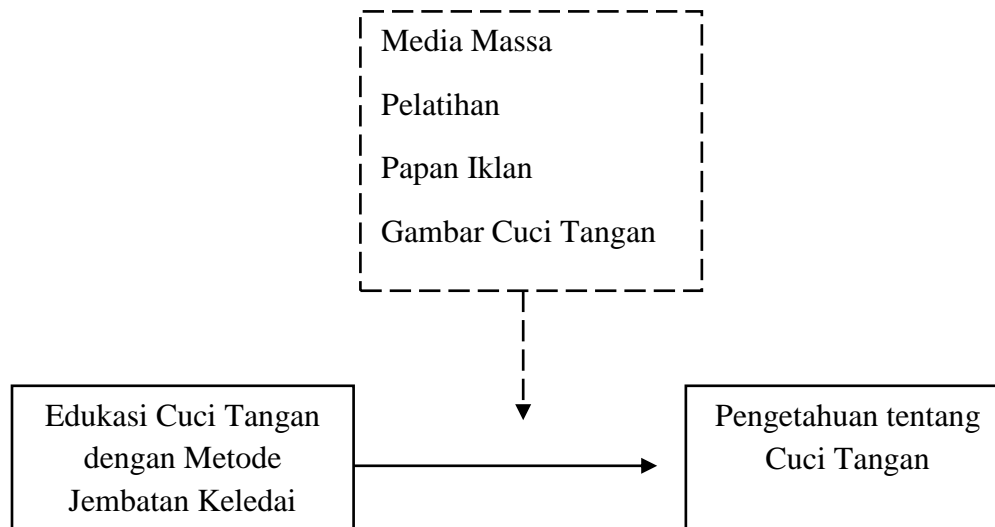
B. Kerangka Teori



Gambar 3. Kerangka Teori

Modifikasi: Mubarak, *et al* (2007), WHO (2009)

C. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep

Keterangan :

Edukasi cuci tangan dengan metode jembatan keledai dan pengetahuan tentang cuci tangan merupakan variabel yang akan diteliti pada penelitian ini. Edukasi adalah variable bebas sedangkan pengetahuan adalah variable terikat pada penelitian ini. Variable pengganggu yang terdiri dari media massa, maturasi dan lainnya merupakan variabel yang tidak akan di teliti.

D. HIPOTESIS

Terdapat pengaruh edukasi cuci tangan dengan metode jembatan keledai dalam meningkatkan pengetahuan cuci tangan pengunjung.