

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. *Health-care Associated Infections (HAIs)***

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

*Health-care Associated Infections (HAIs)* merupakan infeksi terkait perawatan kesehatan atau infeksi dalam perawatan kesehatan yang memberikan efek samping paling sering di seluruh pelayanan kesehatan seluruh dunia. Ratusan juta pasien mengalami dampak perawatan terkait infeksi di seluruh dunia setiap tahun dan menyebabkan kematian dan keuangan kerugian dalam sistem kesehatan (Depkes, 2010).

HAIs dapat diartikan sebagai infeksi yang terjadi di rumah sakit yang terdapat pada penderita atau pasien yang sedang mendapat pelayanan rumah sakit, selain itu literatur lain menyebutkan bahwa HAIs terjadi jika lebih dari 2 hari atau 48 jam setelah pasien mendapat pelayanan medis di Rumah sakit. Sedangkan menurut sumber dari WHO HAIs adalah infeksi yang didapat di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, yang terjadi 48 jam setelah masuk rumah sakit, 3 hari setelah pulang dari rumah sakit, sampai 30 hari setelah operasi, ketika pasien

dirawat untuk penyakit non infeksi. HAIs dapat terjadi pada petugas medis yang bekerja di fasilitas kesehatan serta pengunjung rumah sakit.

Proses terjadinya penyakit infeksi adalah akibat adanya interaksi segitiga epidemiologi yang biasa dikenal dengan istilah trias epidemiologi dimana hal tersebut merupakan konsep dasar yang memberikan gambaran tentang hubungan antara tiga faktor utama yang berperan dalam terjadinya penyakit dan masalah kesehatan lainnya, yaitu *host* (penjamu), *environment* (lingkungan), dan *agent* (bakteri) (Maryani & Muliani, 2010). HAIs disebabkan oleh patogen yang mudah menyebar ke seluruh tubuh, terutama pada pasien rumah sakit dengan sistem kekebalan tubuh yang rendah, sehingga mereka kurang mampu untuk melawan infeksi. Dalam beberapa kasus, pasien mengalami infeksi karena kondisi/fasilitas kesehatan di rumah sakit yang buruk, atau karena staf rumah sakit tidak mengikuti prosedur yang tepat seperti cuci tangan yang baik dan benar (WHO, 2012).

b. Penilaian yang digunakan untuk HAIs

Penilaian yang digunakan dalam HAIs yaitu apabila memenuhi batasan atau kriteria sebagai berikut:

- 1) Pada waktu penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak didapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut.
- 2) Pada waktu penderita mulai dirawat tidak dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut.
- 3) Tanda-tanda infeksi tersebut baru timbul setelah 48 jam sejak mulai dirawat.
- 4) Infeksi tersebut bukan merupakan sisa (*residual*) dari infeksi sebelumnya.

c. Pencegahan terjadinya HAIs

Pencegahan dari HAIs ini diperlukan suatu rencana yang terintegrasi, monitoring dan program yang termasuk :

- 1) Membatasi transmisi organisme dari atau antara pasien dengan cara mencuci tangan dan penggunaan sarung tangan, tindakan septik dan aseptik, sterilisasi dan disinfektan
- 2) Mengontrol resiko penularan dari lingkungan
- 3) Melindungi pasien dengan penggunaan antibiotika yang adekuat, nutrisi yang cukup, dan vaksinasi
- 4) Membatasi resiko infeksi endogen dengan meminimalkan prosedur invasive
- 5) Pengawasan infeksi, identifikasi penyakit dan mengontrol penyebarannya.

d. Bakteri penyebab HAIs

Sebagian besar mikroorganisme yang bertanggung jawab untuk infeksi rumah sakit dan mikroba yang memiliki kapasitas/kemampuan untuk menyebabkan infeksi pada pasien yang dirawat di rumah sakit adalah 90% disebabkan oleh bakteri, sedangkan sisanya disebabkan mikrobakteri, virus, jamur atau protozoa. Bakteri yang sering menyebabkan HAIs adalah: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp., *Bacillus cereus*, *Acineto-bacter* spp., Enterococci, *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella* dan *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Salmonella* spp., *Serratia marcescens*, *Kleb-Siella pneumoniae*. Yang umumnya dilaporkan adalah *E.coli*, *Staphylococcus aureus*, enterococci dan *P.aeruginosa*, tapi berdasarkan data, *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus* adalah yang paling sering / paling banyak sebagai penyebab HAIs.

e. Pencegahan HAIs

Perilaku mencuci tangan dengan menggunakan sabun merupakan salah satu upaya pencegahan penyakit. Perilaku ini dilakukan karena tangan merupakan sarana dan seringkali menjadi agen yang membawa kuman dan menyebabkan kuman patogen berpindah dari satu individu ke individu lainnya baik

dengan kontak langsung maupun kontak secara tidak langsung. Tangan yang bersentuhan langsung dengan kotoran (*feces*) manusia maupun binatang, ataupun cairan tubuh lain (seperti *saliva*, *sekret* / ingus) dan makanan atau minuman yang terkontaminasi saat tidak dicuci dengan sabun dapat memindahkan bakteri, virus, dan parasit pada orang lain yang tidak sadar bahwa dirinya sedang ditulari patogen tersebut (WHO, 2012).

Diperkirakan 40 persen HAIs disebabkan oleh kebersihan tangan yang buruk. Petugas rumah sakit dapat secara signifikan mengurangi jumlah kasus dengan mencuci tangan secara teratur. Pencegahan HAIs adalah tanggung jawab semua individu dan pemberi layanan kesehatan, banyak penekanan telah dilakukan pada prosedur terkait staf, terutama tentang kebersihan tangan karena dengan mencuci tangan merupakan intervensi penting dalam pencegahan dan pengendalian HAIs disamping sarung tangan, baju, dan masker. WHO telah mencanangkan setiap tanggal 15 Oktober sebagai Hari Mencuci Tangan Pakai Sabun Sedunia, yang diikuti oleh 20 negara di dunia, salah satu diantaranya adalah Indonesia (WHO, 2012).

Pentingnya membiasakan perilaku cuci tangan dengan sabun secara baik dan benar sesuai pedoman juga didukung oleh WHO. Data dari WHO menyebutkan bahwa setiap tahun rata-rata 100 ribu anak di Indonesia meninggal dunia karena diare. Menurut kajian WHO menyatakan cuci tangan memakai sabun dapat mengurangi angka diare hingga 48%. Berdasarkan Data dari Subdit diare Kemenkes juga menunjukkan sekitar 300 orang diantara 1000 penduduk masih terjangkit diare sepanjang tahun. Penyebab utama diare adalah kurangnya perilaku hidup sehat di masyarakat, salah satunya contoh kurangnya pemahaman mengenai cara cuci tangan dengan sabun secara baik dan benar menggunakan air bersih yang mengalir (Kemenkes RI, 2010).

Terdapat penelitian yang berpendapat bahwa mencuci tangan dengan sabun secara teratur dan menggunakan alat pelindung seperti masker, sarung tangan, dan alat pelindung lainnya, ternyata lebih efektif untuk menahan penyebaran virus ISPA seperti flu dan SARS. Penelitian ini menjelaskan bahwa perilaku mencuci tangan dengan air dan sabun adalah cara yang sederhana dan efektif untuk mencegah virus ISPA, mulai dari virus flu sehari-hari hingga virus pandemik yang mematikan. Penelitian lain menyatakan bahwa perbandingan bayi yang

dirawat oleh petugas kesehatan yang tidak mencuci tangan dengan sabun lebih signifikan, lebih cepat, dan lebih sering terkena patogen *S. aureus* dibandingkan dengan bayi yang dirawat oleh petugas kesehatan yang mencuci tangan dengan sabun (Paul, et al., 2011).

Perilaku mencuci tangan adalah tindakan yang sangat sederhana, namun efektif dalam pencegahan dan pengendalian infeksi karena secara statistik telah membuktikan bahwa perilaku mencuci tangan adalah langkah yang paling penting dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Pusat pencegahan infeksi dan pengendalian penyakit memberikan amanah bahwa semua personil kesehatan / petugas kesehatan harus melakukan dekontaminasi tangan saat merawat pasiennya. Membersihkan tangan merupakan dasar dan indikator mutu dalam mencegah dan mengendalikan infeksi, sehingga perilaku cuci tangan wajib dilakukan oleh setiap petugas kesehatan. Membersihkan tangan dan bagian tangan yang lain seperti kuku, celah jari dapat dilakukan dengan mencuci tangan dengan air mengalir atau menggunakan antiseptik berbasis alkohol (Hernandes, 2014).

## 2. *Hand Hygiene*

*Hand hygiene* yaitu merupakan istilah umum yang berlaku untuk mencuci tangan, baik cuci tangan dengan antiseptik, maupun *hand rub* antiseptik. Pedoman mencuci tangan dan antiseptis tangan dicetuskan oleh *Association for Professionals in Infection Controls (APIC)*. WHO mnecetuskan saat tahun 2012 tentang *global patient safety challenge* dengan *clean care is safe care*, yang mana merumuskan strategi penerapan *hand hygiene* untuk petugas kesehatan dengan *My five moments for hand hygiene* (WHO, 2012).

*Hand hygiene* merupakan perilaku membersihkan tangan menggunakan sabun antiseptik dialiri air mengalir (*hand washing*) atau dengan menggunakan *hand rub* yang terkandung alkohol (*hand rubbing*) dengan langkah-langkah sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah koloni bakteri yang berada pada tangan (WHO, 2012). *Hand washing* (mencuci tangan) adalah proses menggosok kedua permukaan tangan dengan kuat secara bersamaan menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme sebanyak mungkin (Keevil, 2011). *Hand rubbing* adalah tindakan menggosok tangan *dengan* berbahan dasar alkohol tanpa air (Goddard, 2011), penggosokkan tangan ini dilakukan dengan menggunakan senyawa

berbahan dasar alkohol (misalnya, *etanol*, *n-propanol* atau *isopropanol*) yang digunakan dengan cara bilas (*rinse*) dan gosok (*rub*) untuk tangan (Keevil, 2011).

a. Ruang lingkup *hand hygiene*

Menurut WHO berpendapat bahwa setiap individu atau petugas yang disebutkan dibawah ini untuk selalu patuh terhadap prosedur *hand hygiene*, yaitu:

- 1) Setiap individu yang melakukan kontak langsung dengan pasien seperti dokter/ perawat dan petugas kesehatan lain.
- 2) Setiap individu yang melakukan kontak secara tidak langsung dengan pasien, seperti : apoteker , ahli gizi.
- 3) Setiap individu yang berhubungan langsung dengan prosedur yang dilakukan terhadap pasien.
- 4) Setiap individu yang bekerja di lingkungan rumah sakit seperti petugas kebersihan , *security*.

b. Tata laksana *hand hygiene*

Menurut WHO Perilaku *hand hygiene* dengan mencuci tangan efektif membutuhkan waktu sekitar 40-60 detik, yang dimulai dengan membuka kran dan membasahi kedua telapak tangan, lalu menuangkan sabun cair dan gosokkan pada kedua telapak tangan dengan urutan **TE-PUNG-SELA-CI-PU-PUT**

yaitu **TELAPAK**, **PUNGGUNG**, **SELA-SELA**, **KUNCI**,  
**PUTAR-PUTAR** sebagai berikut :

- 1) **Telapak** tangan maka gosoklah kedua telapak tangan
- 2) **Punggung** tangan maka gosoklah punggung dan sela-sela jari sisi luar tangan kanan dan sebaliknya.
- 3) **Sela-sela** jari maka gosoklah telapak tangan dan sela-sela jari sisi dalam tangan kanan dan sebaliknya
- 4) **KunCi** maka jari jari sisi dalam dari kedua tangan lalu saling mengunci
- 5) **Putar** maka gosoklah ibu jari tangan kiri dan berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- 6) **Putar** maka rapatkan ujung jari tangan kanan dan gosokkan pada telapak tangan kiri dengan cara memutar mutar terbalik arah jarum jam, lakukan pada ujung jari tangan sebaliknya.
- 7) Lalu ambil kertas tisu atau kain lap sekali pakai, keringkan kedua tangan dan tutup kran dengan siku atau bekas kertas tisu yang masih di tangan.

Enam (6) langkah cuci tangan dapat dilihat seperti di gambar:



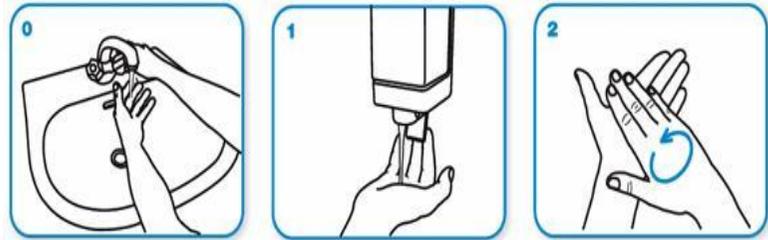
Gambar 2.1 Enam langkah cuci tangan pakai sabun (WHO, 2012)

*Hand hygiene* dapat dilakukan melalui 2 cara:

- 1) Mencuci tangan : dilakukan menggunakan air mengalir dengan sabun biasa atau sabun antiseptic, apabila tangan terlihat kotor atau setelah terkena cairan tubuh. Waktu yang diperlukan untuk *handwash* yaitu 40 – 60 detik.
- 2) Alternatif cuci tangan (alcuta) dengan *handrub* antiseptic yang berisi pelembut seperti, gliseri, glisol propoerlin atau sorbitol yang melindungi dan melembutkan kulit. Waktu yang diperlukan untuk *handwash* yaitu 20 – 30 detik.

Cara atau prinsip-prinsip cuci tangan yang efektif dengan alkohol atau *handscrub* yang berbasis alkohol menggunakan 6 langkah menurut WHO (2012):

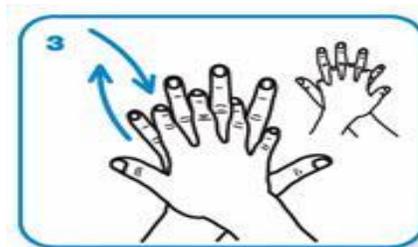
- 1) Basahi kedua telapak anda dengan air, lalu gosok dengan lembut pada kedua telapak tangan.



Gambar 2.2. Langkah pertama cuci tangan

Sumber : WHO, 2012

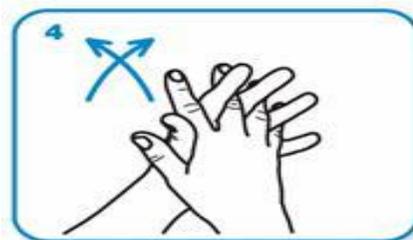
- 2) Gosok masing-masing punggung tangan secara bergantian.



Gambar 2.3. Langkah kedua cuci tangan

Sumber : WHO, 2012

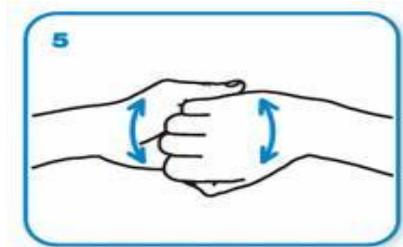
- 3) Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari



Gambar 2.4. Langkah ketiga cuci tangan

Sumber : WHO, 2012

- 4) Gosokkan ujung jari (kuku-kuku) dengan mengatupkan jari tangan kanan terus gosokkan ke telapak tangan kiri bergantian



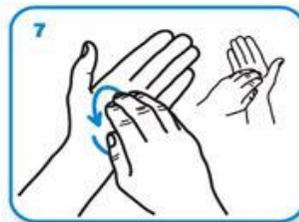
Gambar 2.5. Langkah keempat cuci tangan  
Sumber : WHO, 2012

- 5) Gosok dan putar ibu jari secara bergantian



Gambar 2.6. Langkah kelima cuci tangan  
Sumber : WHO, 2012

- 6) Gosokkan ujung kuku pada telapak tangan secara bergantian



Gambar 2.7. Langkah keenam cuci tangan  
Sumber : WHO, 2012

c. Hal-hal yang harus diperhatikan pada perilaku cuci tangan

Menurut literature yang ada pada saat sebelum dan sesudah melakukan cuci tangan ada hal-hal yang harus diperhatikan agar tujuan cuci tangan dapat terwujud, diantaranya yaitu :

1) Kuku tangan

Sebelum melakukan cuci tangan pastikan kuku tangan harus bersih dan pendek, karena kuku yang panjang dapat berpotensi timbul koloni kuman patogen biasanya yang terdapat dibawah kuku.

2) Perhiasan dan aksesoris

Tidak diperbolehkan memakai aksesoris atau perhiasan seperti cincin pada jari, karena ada resiko akumulasi bakteri patogen.

3) Kosmetik

Kosmetik seperti cat kuku tidak diperkenankan, karena dapat menyimpan bakteri patogen.

4) Penggunaan tisu

Pengeringan tangan sebaiknya memakai tisu sekali pakai, hasilnya lebih kering dan dapat dipakai sebagai pelindung waktu menutup kran.

d. Hambatan-hambatan pada cuci tangan

Ada berbagai alasan mengapa petugas kesehatan tidak melakukan cuci tangan yang diperlukan untuk melindungi pasien:

- 1) Kurangnya pengetahuan
- 2) Kurangnya fasilitas
- 3) Kurangnya waktu
- 4) Iritasi kulit/ masalah kulit
- 5) Meningkatkan kepatuhan cuci tangan

Langkah-langkah meningkatkan kepatuhan cuci tangan:

- 1) Pelatihan staf berkaitan dengan indikasi klinis tentang cuci tangan
- 2) Pencantuman tujuan yang jelas dalam program pelatihan
- 3) Disinfeksi cuci tangan harus tersedia luas
- 4) Pengurangan cuci tangan yang tidak perlu
- 5) Anggota staf senior medis harus member contoh/panutan dan bertindak sesuai pedoman

e. Fakta cuci tangan pakai sabun (CTPS):

Terdapat 7 cuci tangan pakai sabun:

- 1) Mencuci tangan dengan air saja tidak cukup

- 2) Mencuci tangan pakai sabun bisa mencegah penyakit yang menyebabkan kesakitan/kematian jutaan anak-anak setiap tahunnya
- 3) Waktu-waktu penting cuci tangan pakai sabun adalah setelah dari jamban dan sebelum menyentuh makanan baik saat mempersiapkan , memasak , menyajikan dan saat makan.
- 4) Melakukan cuci tangan pakai sabun adalah intervensi kesehatan yang “*cost-effective*”
- 5) Upaya peningkatan cuci tangan pakai sabun memerlukan pendekatan sosial yang fokus pada subyek cuci tangan pakai sabun dan memerlukan motivasi individunya untuk menyadarkan dalam melakukan cuci tangan pakai sabun.
- 6) Tindakan cuci tangan pakai sabun merupakan pengetahuan umum bagi masyarakat awam tetapi tidak berkesinambungan dengan perilaku CTPS karena kurang sarana pra-sarana CTPS dilingkungan sekitar.
- 7) Perilaku cuci tangan pakai sabun merupakan agenda Nasional yang terdapat pada Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.

### 3. **Program *Penyadaran (Awareness Program)***

*Awareness program* adalah pengetahuan atau persepsi dari situasi atau fakta, sadar menyiratkan pengetahuan yang didapat melalui persepsi sendiri atau dengan bantuan sarana informasi dari luar dan program penyadaran adalah sebuah program yang dirancang untuk meningkatkan kesadaran sesuatu (Gardner, B & Thomas, V. 2015). Tingkat pengetahuan tenaga medis dipengaruhi oleh sumber belajar seperti kuliah formal, pengalaman waktu bertugas, *hospital guidelines*, fasilitas dan artikel sains (Huang, et al., 2013).

Jadi program penyadaran (*Awareness program*) yang dimaksud disini adalah program untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan cuci tangan yang pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan cuci tangan pada tenaga medis di IGD RSUD Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta. Dengan proses *sosialisasi* cuci tangan yang baik dan benar melalui proses penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan, melalui latihan (peragaan dan praktik) untuk meningkatkan ketrampilan cuci tangan serta pemasangan berbagai tulisan kreatif tentang cuci tangan disetiap sudut ruang IGD RSUD Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta.

#### 1) Tujuan program penyadaran

##### a. Meningkatkan pengetahuan *hand hygiene*

- b. Meningkatkan budaya hand hygiene
- c. Meningkatkan kepatuhan cuci tangan
- d. Menurunkan resiko infeksi
- e. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit

Faktor kunci keberhasilan program penyadaran adalah *monitoring* dan evaluasi terus menerus secara berkelanjutan, setiap tahun kegiatan program dievaluasi pada tingkat kesadaran serta perubahan perilaku pada kepatuhan cuci tangan/ kebersihan tangan yang terjadi. Perbaikan dapat dibuat sehingga program dapat lebih efektif dalam mencapai tujuan untuk tahun berikutnya.

## 2) Faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan

Menurut Kushartanti (2012) beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan pakai sabun adalah a) Citra diri, b) Status sosial ekonomi, c) Pengetahuan, d) Kebiasaan, e) Sikap, f) Motivasi, g) Pola asuh orang tua (lingkungan, tingkat sosial ekonomi), h) Peran guru/dosen.

## 4. Pengetahuan

### a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia tahu hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Pengetahuan seseorang

terhadap obyek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010: 27). Pengetahuan adalah keakraban, kesadaran, informasi, deskripsi, atau keterampilan, yang diperoleh melalui pengalaman atau pendidikan dengan mempersepsikan, menemukan, atau belajar dalam suatu objek tertentu (Wawan dan Dewi, 2011: 12).

Cara memperoleh pengetahuan adalah melalui gejala (fenomena) yang teramati oleh indera. Ilmu pengetahuan pada awalnya merupakan serangkaian perilaku. Ilmu pengetahuan merupakan suatu disposisi yang lebih terkait dengan fakta-fakta ketimbang dengan apa yang dikatakan orang tentang mereka (Skinner, 2013: 18). Pengetahuan diperoleh dari hasrat ingin tahu. Semakin kuat hasrat ingin tahu manusia akan semakin banyak pengetahuannya. Pengetahuan itu sendiri diperoleh dari pengalaman manusia terhadap diri dan lingkungan hidupnya (Jalaluddin, 2013: 83).

Berdasarkan teori di atas pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang diperoleh dari penginderaan terhadap suatu objek untuk terbentuknya tindakan. Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu tingkat pemahaman yang diperoleh perawat tentang pemasangan kateter urin.

b. Tingkatan Pengetahuan

Notoatmodjo (2010: 27-28) mengemukakan bahwa pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar, orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat dijelaskan, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi

ataupenggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam situasi konteks atau situasi lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Synthesis*)

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

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

Berdasarkan teori di atas tingkatan pengetahuan dimulai dari tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi.

c. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan

Menurut Wawan dan Dewi (2011: 16-18), pengetahuan seseorang dipengaruhi dua faktor, yaitu faktor internal dan eksternal:

1) Faktor internal

a) Pendidikan

Pendidikan merupakan pembelajaran yang diterima seseorang dalam rangka meningkatkan keahlian dan ilmu pengetahuan dalam bidang tertentu.

b) Pekerjaan

Pekerjaan yaitu suatu rutinitas yang dilakukan guna memenuhi kebutuhan pribadi maupun kebutuhan keluarga.

c) Umur

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja.

2) Faktor eksternal

a) Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat memengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat memengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

Berdasarkan teori di atas faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu pendidikan, pekerjaan, umur, lingkungan dan sosial budaya.

## 5. Ketepatan Cuci Tangan

Ketepatan cuci tangan merupakan kesesuaian atau tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam melakukan kebersihan cuci tangan. Melakukan kebersihan cuci tangan adalah langkah pencegahan yang sederhana dalam pengendalian infeksi (Marques *et all*, 2016).

Ketepatan cuci tangan dinilai berdasarkan prinsip-prinsip cuci tangan yang efektif dengan alkohol atau *handscrub* yang berbasis alkohol menggunakan 6 langkah menurut WHO (2012):

- a. Basahi kedua telapak anda dengan alcohol 0,1% ke telapak usap dan gosok dengan lembut pada kedua telapak tangan.
- b. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
- c. Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari dan Gosok kedua telapak dan sela-sela jari.

- d. Punggung jari tangan kanan digosokkan pada telapak tangan kiri dengan jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci.
- e. Ibu jari tangan kiri digosok berputar dalam gengaman tangan kanan dan sebaliknya .
- f. Gosokkan ujung kuku pada telapak tangan secara bergantian.

## 6. *Cooperative Learning*

Menurut Davidson dan Warsham (dalam Isjoni, 2016: 29), “Pembelajaran kooperatif adalah model pembelajaran yang mengelompokkan orang untuk tujuan menciptakan pendekatan pembelajaran yang berefektifitas yang mengintegrasikan keterampilan sosial yang bermuatan akademik”.

Rusman (2016:202) menyatakan bahwa “pembelajaran kooperatif (*cooperative learning*) merupakan bentuk pembelajaran dengan cara individu bekerja sama dalam kelompok-kelompok kecil secara kolaboratif yang anggotanya terdiri dari 4-6 orang dengan struktur kelompok heterogen”. Jadi dalam model pembelajaran kooperatif ini, individu bekerja sama dengan kelompoknya untuk menyelesaikan suatu permasalahan, tugas atau mengerjakan sesuatu untuk mencapai tujuan bersama. Model pembelajaran kooperatif adalah kegiatan pembelajaran dengan cara berkelompok untuk bekerja sama saling membantu untuk menyelesaikan masalah.

Ada dua kemungkinan kerjasama antar individu dalam kelompok belajarnya, yaitu kooperatif dan kolaboratif:

- a) Kooperatif adalah kerjasama antara individu yang berbeda tingkatan kemampuannya. Individu dengan kemampuan yang lebih tinggi akan menularkan dan mendorong individu yang lebih rendah kemampuannya. Dalam proses ini diyakini bahwa, tidak hanya individu yang akan menerima manfaat dan individu dengan kemampuan yang lebih tinggi. Akan tetapi, dilain pihak yang memiliki kemampuan lebih tinggi dalam proses kerjasama tersebut akan memperoleh tantangan baru untuk meningkatkan kemampuannya ke tingkat yang lebih tinggi. Mana orang yang sedangkan kolaboratif adalah kerjasama antara individu yang sama tingkat pengetahuannya.
- b) Kolaboratif adalah kerjasama antara individu dengan kemampuan yang setingkat. Kedua pihak berbagi (*share*) pengalaman dan pengetahuan sehingga kedua belah pihak yang bekerjasama akan saling mengisi kekurangan sehingga saling melengkapi. Hasilnya, kedua pihak akan meningkatkan pengetahuannya masing-masing.

Ada lima unsur yang menjadi ciri dan *Cooperative Learning* yang membedakannya dengan model belajar dan pembelajaran kelompok yang lain yaitu:

- 1) Saling kebergantungan positif
- 2) Tanggung jawab perseorangan
- 3) Tatap muka
- 4) Komunikasi antar anggota
- 5) Evaluasi proses kelompok

## B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1. Penelitian Terdahulu

No.	Nama Peneliti	Tahun Peneliti	Judul	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
1.	Permana dan Hidayah	2017	<i>The Influence of Health Workers' Knowledge, Attitude and Compliance on the Implementation of Standard Precautions in Hospital-Acquired Infections at PKU Muhammadiyah Bantul Hospital</i>	Penelitian observasional analitik dengan desain cross-sectional. Penuh arti pengetahuan, sikap dan kepatuhan terhadap 99 pekerja kesehatan yang terdiri dari perawat dan bidan dalam penerapan tindakan pencegahan standar di ruang rawat inap, unit perawatan intensif dan ruang bersalin Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul selama Juli hingga Agustus 2017. Analisis data menggunakan regresi logistik ganda.	Hasil penelitian menunjukkan sikap adalah yang paling berpengaruh dengan nilai p 0,038 dan nilai OR adalah 3,701. Dari hasil analisis, diketahui bahwa persentase semua variabel adalah 36,8% menuju penerapan tindakan pencegahan standar. Pengetahuan, Sikap, dan Kepatuhan memiliki efek 36,8% pada penerapan kewaspadaan standar dengan sikap memiliki pengaruh terbesar.	Analisis data, variabel dan tempat, waktu penelitian

No.	Nama Peneliti	Tahun Peneliti	Judul	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
2.	Indrawinata, H	2015	Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan Cuci Tangan Terhadap Perilaku Cuci Tangan Keluarga Pasien di RSUP Dr. Soedirman Kebumen	Penelitian ini menggunakan jenis penelitian <i>quasi experiment</i> menggunakan uji <i>Paired t-test</i> . Sampel yang digunakan terdiri dari 33 responden dengan menggunakan <i>random sampling</i> dalam memilih sampel. Variabel dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan cuci tangan keluarga pasien.	Diketahui hasil uji statistik <i>paired sample t-test</i> nilai signifikan $p \text{ value} = 0,000$ . Oleh karena itu ( $0,000 < 0,05$ ) maka $H_0$ ditolak, artinya ada perbedaan antara pre dan post pada pemberian pendidikan kesehatan cuci tangan terhadap perilaku cuci tangan keluarga pasien di RSUP Dr. Soedirman Kebumen. Persamaan penelitian terletak pada jenis penelitian, variabel penelitian dan teknik analisis data..	Variabel penelitian, teknik pengambilan sampel dengan <i>purposive sampling</i> .
3.	Marfu'ah	2018	Analisis Tingkat Kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Subyek penelitian sebanyak 15 perawat dengan <i>total sampling</i> , sedangkan wawancara dengan kepala bangsal, perawat dan kontrol lain serta pencegahan infeksi	Hasil: Para perawat dalam melakukan SOP kebersihan tangan sudah tepat tetapi beberapa tidak dengan persentase 80%. Perawat kepatuhan dalam kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan lima prinsip saat itu ditemukan bahwa perawat dalam melaksanakan momen	Variabel penelitian, analisis data dan waktu penelitian

No.	Nama Peneliti	Tahun Peneliti	Judul	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
4.	Sharif et all	2016	Knowledge, Attitude, and Performance of Nurses toward Hand Hygiene in Hospitals	Penelitian ini merupakan studi cross-sectional dilakukan pada 200 (240) perawat dari tiga rumah sakit di kota Kerman di timur Iran pada 2015. Kuesioner terstandarisasi adalah alat untuk pengumpulan data. Data-data ini dimasukkan	<p>menggunakan <i>purposive sampling</i>. Pengumpulan data dilakukan dengan lembar daftar, wawancara dan dokumen. Data dianalisis menggunakan Miles dan Huberman.</p> <p>1 adalah sebesar 66,7% dan saat 2 adalah 73,4%, persentase itu dikategorikan sebagai kepatuhan minimal. Kesimpulan: Prosedur operasi standar kebersihan tangan dan infrastruktur sudah baik, proses pelaksanaan perawat kebersihan tangan belum semuanya memenuhi standar. Perawat kebanyakan mengabaikan momen 1 dan 2, momen 3, 4 dan 5 berada dalam kategori kepatuhan yang baik. Pemantauan dan evaluasi telah dilakukan.</p> <p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas peserta laki-laki 173 (86,5%), memiliki gelar BA 161 (80,5%) dan menikah 155 (70,5%). Sebagian besar perawat 77 (38,5%) memiliki pengalaman kerja (5-10 tahun). Mayoritas perawat memiliki pengetahuan baik</p>	Analisis data, tempat dan waktu penelitian

No.	Nama Peneliti	Tahun Peneliti	Judul	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
				dalam SPSS (V.22). Frekuensi dan persentase frekuensi dalam statistik deskriptif digunakan untuk analisis data. Interval kepercayaan dianggap sebagai 95%.	149 (74,5%), sikap positif 141 (70,5%) dan kinerja baik 175 (87,5%)	

### C. Landasan Teori

Salah satu komponen standar kewaspadaan dan usaha menurunkan HAIs adalah menggunakan panduan kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang benar dan mengimplementasikan secara benar dan efektif (WHO, 2012). Kebiasaan perilaku cuci tangan tidak timbul secara spontan, tetapi harus membiasakan diri sejak kecil atau masa kanak-kanak. Pada masa kanak-kanak merupakan masa terbaik untuk memberikan edukasi pada diri sendiri maupun lingkungannya sekaligus mengajarkan pola hidup bersih dan sehat.

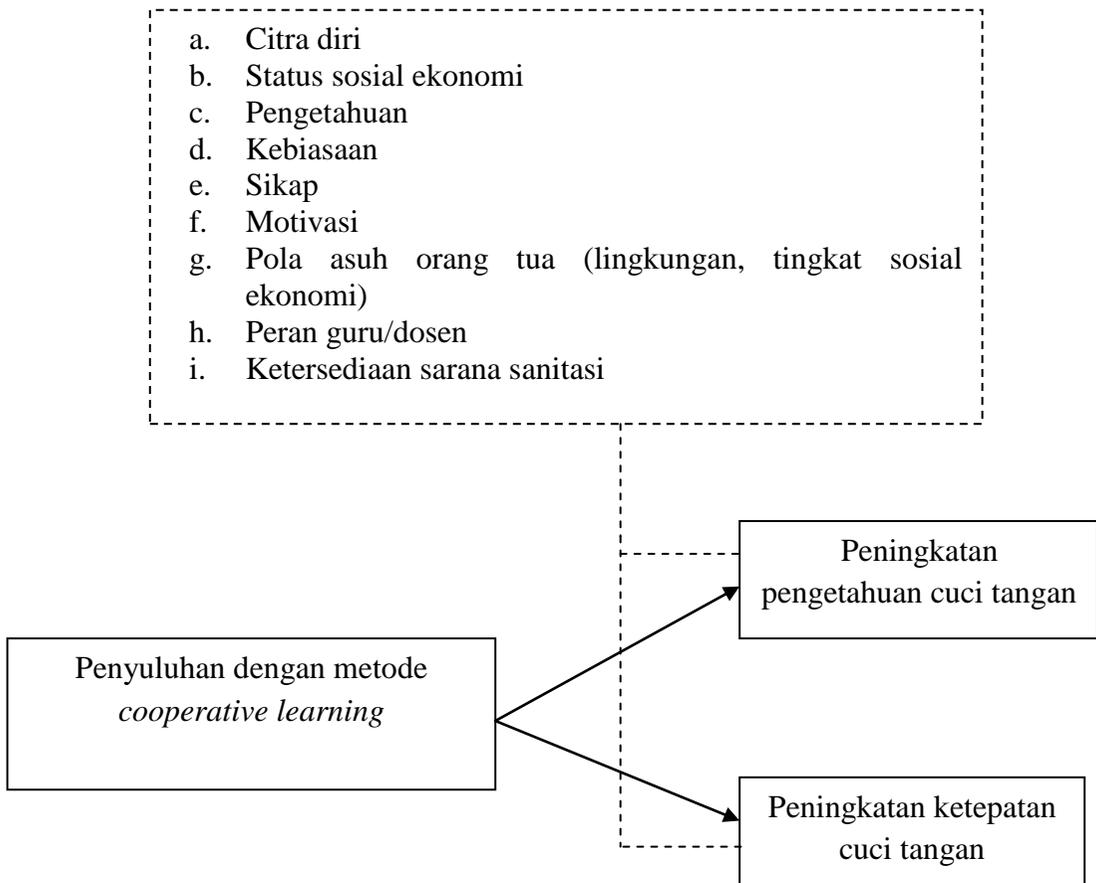
*Hand hygiene* merupakan perilaku membersihkan tangan menggunakan sabun antiseptik dialiri air mengalir (*hand washing*) atau dengan menggunakan *hand rub* yang terkandung alkohol (*hand rubbing*) dengan langkah-langkah sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah koloni bakteri yang berada pada tangan (WHO, 2012).

Dengan cuci tangan diharapkan akan mencegah penyebaran kuman patogen melalui tangan, karena peran tangan sangat penting sebagai sarana transmisi kuman patogen dan telah terbukti bahwa dokter yang membersihkan tangannya dengan cara cuci tangan sebelum sesudah melayani pasien dapat mengurangi angka infeksi di rumah sakit. Yang masih menjadi masalah adalah bahwa masih rendahnya tingkat kepatuhan cuci tangan tenaga medis yakni masih berada dibawah standar WHO (50%), yang disebabkan masih kurangnya pengetahuan dan keterampilan cuci tangan. Untuk mengatasi masalah ini maka perlu dilakukan usaha maupun upaya agar pengetahuan serta kepatuhan cuci

tangan meningkat, dengan meningkatkan pengetahuan/ketrampilan cuci tangan yang dapat dimulai dari para mahasiswa khususnya dan para petugas kesehatan umumnya sehingga dampak yang ditimbulkan seperti masih adanya penyakit infeksi yang mengakibatkan tingginya angka kematian dan biaya kesehatan dapat dicegah.

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia tahu hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010: 27). Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan serta ketepatan cuci tangan adalah dengan penerapan metode *cooperative learning*.

## D. Kerangka Konsep



Gambar 2.9 Kerangka Konsep

### Keterangan

- : Dilakukan penelitian  
 : Tidak dilakukan penelitian

### **E. Hipotesis Penelitian**

1. Ada perbedaan pengetahuan cuci tangan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan dengan metode *cooperative learning*.
2. Ada perbedaan ketepatan cuci tangan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan dengan metode *cooperative learning*.