

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TELAAH PUSTAKA

1. PUSKESMAS (PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT)

a. Pengertian

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah yang memberikan pelayanan upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerja puskesmas tersebut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

b. Upaya Kesehatan Perorangan di Puskesmas

Upaya kesehatan perorangan tingkat pertama yang diselenggarakan oleh puskesmas meliputi pelayanan pemeriksaan umum, layanan kesehatan gigi, pelayanan KIA,

KB dan imunisasi (persalinan), pelayanan MTBS, pelayanan gizi, pelayanan kefarmasian dan pelayanan laboratorium serta pelayanan unggulan lainnya.

c. Akreditasi Puskesmas

Akreditasi puskesmas adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri setelah dinilai bahwa puskesmas tersebut memenuhi standar pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah ditetapkan untuk meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan. Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali untuk menjaga kualitas puskesmas. Akreditasi juga merupakan salah satu persyaratan rekredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di puskesmas, yaitu kelompok administrasi dan manajemen, kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat

(UKM), dan kelompok Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) atau Pelayanan Kesehatan. Standar akreditasi puskesmas terdiri dari 9 Bab, dalam setiap bab akan diuraikan dalam standar penilaian, yang kemudian dalam masing-masing standar akan diuraikan dalam kriteria-kriteria, dan dalam kriteria akan diuraikan elemen penilaian untuk dapat menilai pencapaian dari elemen tersebut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Standar, kriteria, dan elemen penilaian akreditasi untuk kelompok administrasi dan manajemen puskesmas diuraikan dalam tiga bab yaitu :

Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)

Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)

Bab III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

Sedangkan untuk kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), diuraikan dalam tiga bab yaitu :

Bab IV. Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBM)

Bab V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)

Bab VI. Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat (SKUKM)

Untuk kelompok Upaya Kesehatan Perorangan juga diuraikan dalam 3 bab yaitu :

Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)

Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)

Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Secara keseluruhan, dalam instrumen akreditasi puskesmas terdapat 42 Standar, 168 kriteria, dan 776 elemen penilaian yang akan digunakan sebagai acuan untuk menetapkan status akreditasi puskesmas (Zakiah, 2015).

2. PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

a. Pengertian

Pengertian dari keselamatan pasien adalah pemberian pelayanan kepada pasien yang tidak mencederai dan

merugikan ataupun sebagai suatu sistem dimana rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (IOM dalam Cahyono, 2008; Depkes RI, 2006).

Peningkatan mutu adalah suatu konsep pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan yang bertujuan untuk mewujudkan terjaminnya mutu pelayanan kesehatan secara kontinyu. Pencapaian mutu lebih menekankan kepada proses pelaksanaan kegiatan pelayanan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan sehingga diharapkan mencegah terjadinya kegiatan pelayanan yang tidak memenuhi standar. Peningkatan mutu yang dilakukan secara terus menerus dapat terlaksana jika diterapkan sistem mutu dalam pengelolaan pelayanan yang baik dan benar.

Menurut Ali Gufron (2007) istilah mutu memiliki banyak penafsiran yang berbeda-beda, ketika istilah mutu digunakan untuk menggambarkan sebuah produk atau pelayanan tertentu. Beberapa orang mengartikan layanan kesehatan yang bermutu adalah layanan yang memuaskan pelanggan. Meskipun layanan tersebut tidak memenuhi standar pelayanan medis secara profesional. Selain itu juga mutu diartikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) atau prosedur pelayanan yang ditetapkan. Dalam uraian lebih lanjut menurut Ali Gufron, 2007, dalam pengertian luas layanan bermutu diartikan bahwa apakah realitas pelayanan kesehatan yang diberikan sudah sesuai dengan kriteria dan standard profesional pelayanan yang terbaru dan bagus, dan apakah sudah memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan dengan hasil seefisiensi mungkin. Pendekatan pengukuran mutu dilakukan dengan metode pengukuran yang digunakan sebagai upaya meningkatkan mutu melalui unsur input, proses dan output.

b. Sasaran Keselamatan pasien

Menurut WHO, Sasaran keselamatan pasien (Permenkes RI, 2017) terdiri dari 6 (enam) hal, yaitu: (1) melakukan identifikasi pasien secara tepat, (2) melakukan komunikasi secara efektif, (3) melakukan keamanan penggunaan obat yang beresiko, (4) melakukan tepat lokasi, tepat pasien dan tepat prosedur tindakan pelayanan, (5) mengurangi risiko infeksi, (6) mengurangi risiko karena jatuh.

c. Standar Peningkatan Mutu

Donabedian (1980) dalam Purwoastuti dan Walyani (2015) mengatakan bahwa standar dan kriteria dibagi kedalam tiga kelompok. Menurut Donabedian tersebut pada prinsipnya sama dengan pembagian dari WHO, yaitu : standar input / struktur, standar proses dan keluaran (*outcome*).

1) Standar Input dan Struktur

Standar struktur adalah standar yang menjelaskan peraturan sistem, kadang-kadang disebut juga sebagai masukan atau struktur. Termasuk kedalamnya adalah

hubungan organisasi, misi organisasi, kewenangan, komite-komite, personel, peralatan, gedung, rekam medis, keuangan, perbekalan, obat dan fasilitas. Karakteristik yang relatif stabil dari penyedia pelayanan kesehatan, alat dan sumber daya yang dipergunakan, fisik dan pengaturan organisasi di lingkungan kerja. Konsep struktur yang termasuk manusia, fisik, dan sumber keuangan yang dibutuhkan untuk memberi pelayanan medis.

Hubungan antar struktur dan kualitas pelayanan adalah hal yang penting dalam merencanakan, mendesain, dan melaksanakan sistem yang dikehendaki untuk memberikan pelayanan kesehatan.

2) Standar Proses

Standar proses adalah sesuatu yang menyangkut semua aspek pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan, melakukan prosedur dan kebijaksanaan. Standar proses akan menjelaskan apa yang dilakukan, bagaimana melakukannya dan bagaimana sistem bekerja.

3) Standar keluaran /*Outcome*

Standar keluaran merupakan hasil akhir atau akibat dari pelayanan kesehatan. Standar keluaran akan menunjukkan apakah pelayanan kesehatan berhasil atau gagal. Keluaran (*outcome*) adalah apa yang diharapkan akan terjadi sebagai hasil dari layanan kesehatan yang diselenggarakan dan mendapatkan standar pengukuran keberhasilan. Tentang keluaran /*outcome*, Donabedian memberikan penjelasan bahwa *outcome* dapat digunakan sebagai ukuran untuk menilai pelayanan kesehatan. Standar hasil (yang diharapkan) dapat digunakan sebagai ukuran apakah pelayanan medis yang dilakukan bermutu atau tidak.

Penentuan mutu suatu pelayanan dapat ditinjau dari lima dimensi dalam menentukan mutu pelayanan, yaitu :

1) Bukti fisik (*tangibles*)

Bahwa mutu pelayanan dapat dirasakan langsung terhadap penampilan fisik serta sarana pendukung dalam memberikan pelayanan.

2) Kehandalan (*Reliability*)

Adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan tepat waktu dan akurat sesuai dengan janji yang ditawarkan.

3) Daya tanggap (*Responsiveness*)

Adalah respon atau kesigapan petugas dalam membantu pasien dan memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap, meliputi : kesigapan petugas dalam melayani pasienn, kecepatan petugas dalam menangani transaksi dan penanganan keluhan pasien.

4) Jaminan (*Assurance*)

Adalah rasa aman dan kenyamanan yang didapat pasien karena kemampuan petugas terhadap kompetensinya secara tepat, kualitas keramah tamahan, perhatian, dan kesopanan dalam memberikan pelayanan, keterampilan dalam memberikan informasi, kemampuan dalam memberikan keamanan di dalam memanfaatkan jasa yang ditawarkan. Unsur jaminan ini merupakan gabungan dari beberapa unsur:

- a) Kompetensi, artinya bahwa pengetahuan dan ketrampilan para petugas dalam melakukan pelayanan.
- b) Kesopanan, meliputi sikap, keramahan atau perhatian petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- c) Kredibilitas, merupakan kepercayaan pasien terhadap suatu pelayanan, seperti reputasi, prestasi, dan sebagainya.

5) Empati (*emphaty*),

Adalah kepedulian atau perhatian petugas kesehatan terhadap pelanggan dengan mendengarkan keluhan dan memahami kebutuhan serta memberikan kemudahan bagi seluruh pelanggan dalam menghubungi petugas kesehatan.

Berhubungan dengan dimensi mutu pelayanan, beberapa penelitian menghasilkan beberapa pendapat. Melinda, 2011 menyatakan bahwa kunci keberhasilan

pelayanan kesehatan berasal dari kecepatan pelayanan, keramahan, efektifitas tindakan serta kenyamanan bagi pasien dan pengunjung lainnya. Petugas memberi dukungan dan berkomitmen merupakan faktor pendorong yang sangat efektif dalam pelaksanaan mutu pelayanan kesehatan. Noor,A, 2013,menyatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan lebih terpusat pada dimensi daya tanggap petugas. Pasien lebih membutuhkan keramahan petugas dan komunikasi petugas dengan pasien lebih efektif. Sedangkan menurut pendapat Rosita dkk (2011) bahwa dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, empati atau perhatian dari petugas kesehatan sangat diharapkan para pelanggan atau pasien.

Keselamatan pasien (*pasien safety*) adalah suatu sistem terhadap pelayanan pasien agar menjadi lebih aman, meliputi manajemen resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta pencarian solusi untuk meminimalkan

timbulnya resiko agar tidak terjadi cedera yang disebabkan oleh pengambilan keputusan akibat melaksanakan suatu tindakan atau keputusan tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. (Peraturan Menteri Kesehatan nomer 11 tahun 2017 pasal 1). Tujuan dari pengaturan Keselamatan Pasien adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen resiko dari seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan Keselamatan Pasien dilaksanakan dengan menerapkan sistem pelayanan yang terdiri dari :

- 1) Standar Keselamatan Pasien,
- 2) Sasaran Keselamatan pasien,
- 3) Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien.

Standar Keselamatan Pasien meliputi standar :

- 1) Hak Pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang penyakitnya,

rencana dan hasil pelayanan termasuk insiden yang bisa terjadi dari penyakitnya maupun dampak dari pengobatan atau tindakan yang dilakukan,

2) Pendidikan bagi pasien dan keluarga,

Fasilitas kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga dalam asuhan pasien.

3) Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan

Fasilitas Kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan,

d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien

1) Fasilitas kesehatan membuat perbaikan proses yang ada dari hasil evaluasi proses dengan inovasi proses baru, monitorin dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisa insiden secara intensif,

dan membuat perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

2) Peran manajerial dalam meningkatkan Keselamatan Pasien.

Pemimpin harus mampu mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Pemimpin seharusnya menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi resiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden. Pemimpin juga mampu mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan antar individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.

3) Pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien.

Puskesmas memiliki rencana kegiatan dalam proses pendidikan, pelatihan dan orientasi jabatan mencakup keterkaitan jabatan, dengan keselamatan pasien secara

jelas. Pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan ini bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

3. KEPATUHAN

a. Pengertian

Pengertian kepatuhan berdasar Kamus Umum Bahasa Indonesia adalah bahwa patuh adalah suka menurut perintah, taat terhadap perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku yang menuruti aturan dan selalu berdisiplin.

Kepatuhan petugas kesehatan adalah perilaku seorang petugas kesehatan dimana petugas tersebut melakukan ketentuan sesuai dengan yang telah diberikan oleh pimpinan, pihak sarana kesehatan ataupun pihak rumah sakit (Niven, 2002).

b. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Kepatuhan merupakan suatu perilaku yang berbentuk respon atau reaksi terhadap stimulus akibat rangsangan dari

luar organisme. Respon tersebut akan nampak tergantung dari karakteristik dan faktor faktor lain. Green (1980, dalam Notoatmojo, 2010) menyatakan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Ketiga faktor tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

1) Faktor predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor predisposisi adalah faktor pemicu perilaku seseorang yang menjadi dasar atau motivasi perilaku. Pengalaman belajar mempengaruhi faktor ini, tergantung dari preferensi yang dibawa seseorang atau kelompok. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat. Yang termasuk dalam faktor predisposisi terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, sikap. Keyakinan, nilai-nilai, dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk melakukan suatu tindakan.

a) Umur

Usia berhubungan dengan kedewasaan, kematangan dan kemampuan individu dalam bekerja. Semakin bertambah usia semakin bertambah kemampuan individu dan semakin matang serta semakin cepat berpikir rasional, mampu untuk menentukan keputusan, semakin bijaksana, semakin mampu mengontrol emosi bertambah taat terhadap aturan dan norma dan komitmen terhadap pekerjaan. Seseorang yang bertambah usia, akan semakin terlihat bijaksana, mampu mengendalikan emosi, berpengalaman dan penuh pertimbangan ketika mengambil keputusan. Sehingga mempunyai etika kerja yang baik dan komitmen yang tinggi terhadap mutu (Robbins, S.P & Judge, TA, 2008).

Usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan hingga saat ini dengan perhitungan tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam

dalam berfikir dan bekerja, dan dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa (Wawan dan Dewi, 2010).

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki laki dan perempuan sebenarnya tidak ada perbedaan yang berarti dalam melaksanakan pekerjaan. Teori psikologi mengatakan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan pria lebih ambisi dan lebih besar kemungkinannya daripada wanita dalam mengharapkan untuk sukses, meskipun perbedaan ini kecil. Menurut Robbins, wanita yang berumah tangga memiliki tugas tambahan sehingga kemangkiran lebih sering dilakukan daripada pria (Robbins, S.P & Judge, TA, 2008).

c) Pengetahuan

Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2010) adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya.

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Wawan dan Dewi, 2010)

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap kemampuan individu dalam bekerja. Individu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi diasumsikan memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang lebih baik dalam menyelesaikan pekerjaannya. Tenaga kesehatan seperti perawat dan bidan yang pendidikannya lebih tinggi akan lebih baik kinerjanya pada mereka yang tingkat pendidikannya lebih tinggi dibanding dengan lainnya

e) Sikap

Sikap atau attitude secara umum adalah perasaan, pikiran, dan kecenderungan seseorang yang kurang lebih bersifat permanen mengenai aspek aspek tertentu dalam lingkungannya.

Sikap adalah perilaku yang berhubungan dengan kepribadian, persepsi dan motivasi. Sikap merupakan keadaan mental yang dipengaruhi dari pengalaman dan mempengaruhi hasil reaksi

seseorang dalam berinteraksi. Sikap petugas dalam pemberian pelayanan kesehatan sangat berperan penting karena dapat membentuk dan mengubah perilaku pekerja petugas kesehatan.

f) Persepsi

Persepsi adalah respon petugas terhadap berbagai aspek dan gejala di sekitarnya yang merupakan aspek yang penting bagi manusia. Persepsi mengandung pengertian yang sangat luas, menyangkut *intern* dan *ekstern*. Persepsi adalah tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Persepsi manusia terdapat perbedaan sudut pandang dalam memandang suatu hal. Ada yang berpandangan / mempersepsikan sesuatu itu baik atau persepsi yang positif maupun persepsi negatif yang akan mempengaruhi tindakan manusia yang tampak atau nyata.

2) Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor ini merupakan faktor *antedesenden* terhadap perilaku yang memungkinkan aspirasi terlaksana. Termasuk didalamnya adalah kemampuan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan suatu perilaku. Faktor-faktor pemungkin ini melingkupi pelayanan kesehatan (termasuk didalamnya biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas).

3) Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor penguat merupakan faktor yang datang sesudah perilaku dalam memberikan ganjaran atau hukuman atas perilaku dan berperan dalam menetapkan dan atau lenyapnya perilaku tersebut. Termasuk dalam faktor ini adalah manfaat sosial dan manfaat fisik serta ganjaran nyata atau tidak nyata yang pernah diterima oleh pihak lain. Sumber dari faktor penguat dapat berasal dari tenaga kesehatan, kawan, keluarga, atau pimpinan.

Faktor penguat bisa positif dan negatif tergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan.

c. Pengukuran Kepatuhan

Pengukuran kepatuhan dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner, dengan cara mendapatkan data yang diperlukan untuk mengukur indikator-indikator yang dipilih. Pengukuran indikator dapat digunakan sebagai pengukuran tidak langsung mengenai standar yang berlaku. Melalui sejumlah tolok ukur dan ambang batas akan terukur standar dan penyimpangan. Kepatuhan organisasi dapat diukur dengan nilai penyimpangan dari ambang batas tersebut. (Al-Assaf, 2010).

Indikator adalah suatu variabel terukur (karakteristik) yang dapat digunakan untuk menentukan derajat kepatuhan terhadap standar atau pencapaian tujuan mutu. Suatu indikator juga memiliki karakteristik yang sama dengan standar, misalnya karakteristik itu harus reliabel, valid, jelas, mudah diterapkan, sesuai dengan kenyataan, dan juga dapat diukur (Al-Assaf, 2010).

4. ALAT PELINDUNG DIRI

a. Pengertian

Alat pelindung diri (APD) adalah suatu sarana yang digunakan dengan tujuan melindungi diri atau tubuh dari bahaya-bahaya kecelakaan kerja, dimana secara teknis dapat meminimalisir kejadian kecelakaan kerja yang terjadi. Meskipun tetap tidak menghilangkan atau mengurangi bahaya yang ada dengan menggunakan APD (Suma'mur, 2009)

b. Tujuan

Tujuan APD untuk melindungi tubuh dari keadaan bahaya tertentu, yang berasal dari lingkungan pekerjaan maupun pekerjaan dan sebagai usaha untuk mencegah atau meminimalisir kemungkinan cedera atau sakit (Siburian, 2012). Alat pelindung diri merupakan bagian utama dari usaha tindakan pencegahan pribadi (*personal precaution*) serta penggunaannya yang digunakan petugas sebagai tindakan kewaspadaan standar (*standard precaution*) dalam

melakukan tindakan kesehatan menurut Departemen Kesehatan RI, 2007 yang bekerja sama dengan Perhimpunan Pengendalian Infeksi Indonesia (PERDALIN) tahun 2008.

c. Jenis jenis APD

Jenis-jenis APD adalah

1) Sarung tangan,

Sarung tangan digunakan oleh petugas kesehatan dengan dua alasan utama :

- a) Untuk mengurangi resiko kontaminasi dengan darah dan cairan tubuh pasien.
- b) Untuk mengurangi resiko penyebaran kuman ke lingkungan dan transmisi dari petugas ke pasien atau sebaliknya, atau dari pasien satu ke pasien lainnya. (WHO, 2009)

Sarung tangan steril digunakan untuk tindakan bedah dan beberapa tindakan non bedah, seperti saat akan memegang peralatan steril atau luka. (Kozier, 2010; WHO, 2009). Sarung tangan tidak diperlukan saat mengganti cairan infus, memeriksa tanda tanda vital,

mengganti linen kecuali jika terdapat tumpahan cairan tubuh yang terkontaminasi.(Kozier, 2010)

Sebaiknya gunakan sarung tangan yang berbeda beda untuk setiap pasien, saat menggunakan sarung tangan hindari kontak pada benda benda yang tidak berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan, serta tidak dianjurkan menggunakan sarung tangan rangkap bila tidak karena indikasi, kecuali dalam tindakan yang memerlukan waktu yang lama atau tindakan yang berhubungan dengan jumlah darah atau cairan tubuh yang banyak. (Kemenkes, 2010).

Agar tidak terjadi pemborosan , sarung tangan digunakan sesuai dengan indikasi. Hal ini juga berhubungan dengan ketersediaan dari sarung tangan itu sendiri berdasarkan biaya atau pengadaan barang.

2) Masker

Masker digunakan untuk menghindarkan petugas menghirup mikroorganisme dari saluran pernafasan pasien dan mencegah penularan patogen dari saluran

pernafasan petugas ke pasien, atau sebaliknya. Misalnya pada saat berinteraksi dengan penderita tuberkulosis, atau ketika melakukan tindakan pada pasien yang menderita infeksi saluran pernafasan, karena bisa terjadi penularan melalui udara (airborne). Saat menggunakan masker minimalkan pembicaraan, masker yang sudah lembab agar segera diganti dan hanya digunakan sekali pakai (Potter & Perry, 2009).

3) Goggle atau kacamata

Petugas kesehatan menggunakan kacamata pelindung, masker atau pelindung wajah saat mengikuti prosedur invasif yang dapat menimbulkan percikan atau semprotan darah atau cairan tubuh lainnya seperti pembersihan luka, mengganti kateter atau dekontaminasi alat bekas pakai. Kacamata harus terpasang dengan tepat di area mata sehingga cairan tidak mengenai area mata (Potter & Perry, 2009)

4) Cover gown atau Gaun pelindung

Gaun digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan genangan atau percikan darah atau cairan tubuh yang terinfeksi, juga digunakan untuk menutupi pakaian yang digunakan saat memberi pelayanan terhadap pasien yang menderita penyakit menular melalui kontak langsung. Cover gown ini harus dipakai bila kontak dalam ruang isolasi ada indikasi misalnya saat membersihkan luka, melakukan drainase, membuang cairan terkontaminasi, mengganti pembalut, menangani pasien dengan perdarahan massif, melakukan tindakan bedah, otopsi atau perawatan gigi. Saat membuka gown harus hati hati untuk meminimalkan kontaminasi terhadap tangan dan baju. (Potter & Perry, 2009)

5) Penutup kepala atau topi

Penutup kepala atau topi dipakai untuk menutupi kepala, rambut dan kulit kepala sehingga mencegah mikroorganisme yang terdapat di rambut dan kulit

kepala tidak jatuh ke area steril atau alat yang sudah disterilkan. Disamping itu topi digunakan untuk melindungi petugas dari cairan tubuh berupa darah atau cairan lainnya yang keluar dengan percikan cairan tubuh yang menyemprot atau memercik. (Kemenkes, 2010)

6) Sepatu pelindung (boot)

Sepatu pelindung adalah sepatu yang digunakan petugas pada saat tindakan khusus di ruang ruang tertentu, seperti ruang bedah, ICU, ruang persalinan, ruang isolasi, ruang laboratorium, ruang pemulasaran, dan ruang sanitasi. Tidak boleh digunakan di luar dari ruang ruang tersebut. Tujuannya adalah untuk melindungi kaki petugas dari darah atau cairan tubuh lainnya atau untuk mencegah dari kemungkinan terkena benda tajam atau kejatuhan alat alat kesehatan. (Kemenkes, 2010)

5. CUCI TANGAN

a. Pengertian

Mencuci tangan adalah proses yang secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan menggunakan air yang mengalir atau dengan larutan yang mengandung bahan dasar alkohol (Depkes RI, 2007). Mencuci tangan yang benar adalah menggunakan sabun, karena dengan air saja terbukti cuci tangan tidak efektif.

b. Tujuan

Tujuan mencuci tangan adalah salah satu unsur pencegahan penularan infeksi yaitu dengan cara menurunkan: jumlah mikroorganisme yang ada di tangan, perpindahan mikroorganisme ke pasien, resiko kontaminasi silang antara pasien, dan resiko perpindahan organisme sumber infeksi ke diri perawat dan pasien (Aryani dkk, 2009).

Tujuan mencuci tangan adalah untuk membuang kotoran dan organisme yang menempel dari tangan dan

untuk mengurangi jumlah mikroba total pada saat itu. Tangan yang terkontaminasi merupakan penyebab utama perpindahan infeksi (Potter & Perry, 2009).

c. Prosedur Cuci Tangan

Prosedur yang dilakukan saat mencuci tangan menurut WHO:

- 1) Basuh tangan dengan air bersih yang mengalir, ratakan sabun dengan kedua telapak tangan. Jika menggunakan cairan handscrub, tuang cairan handscrub pada telapak tangan, kemudian usapkan dan gosokkan kedua telapak tangan dengan lembut dengan arah memutar satu arah.
- 2) Usapkan dan gosokkan kedua punggung tangan secara bergantian.
- 3) Gosok di sela sela jari tangan hingga bersih dan bergantian.
- 4) Bersihkan ujung jari tangan secara bergantian dengan posisi jari tangan saling mengunci.
- 5) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian.

6) Letakkan ujung jari tangan ke telapak tangan kemudian gosok perlahan

d. Prinsip Cuci Tangan

Cuci tangan (*hand hygiene*) adalah salah satu langkah kegiatan yang efektif dalam memutuskan rantai transmisi infeksi, untuk meminimalisir insidensi nosokomial. Pencegahan dan pengendalian infeksi mutlak harus dilakukan oleh tenaga kesehatan (perawat, bidan, dokter) dan seluruh petugas yang terlibat dalam pelayanan pasien. Salah satu komponen kewaspadaan standar dan usaha menurunkan infeksi nosokomial adalah menggunakan pedoman cuci tangan yang benar dan melaksanakan secara efektif.

Cuci tangan (*hand hygiene*) adalah gerakan yang dilakukan untuk membersihkan jari tangan dan tangan dari mikroorganisme dengan cara menggosok kedua tangan menggunakan air mengalir dan sabun antiseptik ataupun menggunakan cairan pembersih tangan *handrub*. Promosi *global patient safety challenge* dengan *clean care is safecare* menurut WHO (2009), yang artinya tantangan menghadapi

keselamatan pasien secara global dengan cara perawatan kebersihan adalah keamanan perawatan. Maksudnya adalah adanya suatu terobosan strategi penerapan cuci tangan / hand hygiene untuk petugas kesehatan. Hand hygiene itu adalah dengan cuci tangan 5 momen (five moments for hand hygiene).

Menurut WHO (2009) 5 momen mencuci tangan adalah tersebut sebagai berikut:

1) Sebelum bersentuhan dengan pasien

Petugas melakukan cuci tangan sebelum melakukan pelayanan terhadap pasien, seperti berjabat tangan, membantu pasien bergeser ataupun berpindah posisi, dan pemeriksaan klinis.

2) Sebelum melakukan tindakan aseptik

Petugas melakukan cuci tangan segera sebelum melakukan tindakan yang mengharuskan dalam kondisi bersih dan steril seperti mempersiapkan makanan, pemberian obat, perawatan gigi dan mulut, pembalutan dan perawatan luka, aspirasi sekresi, insersi kateter,

- 3) Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien yang berisiko tinggi

Petugas segera melakukan cuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien yang berisiko tinggi atau setelah melepaskan sarung tangan dalam situasi seperti aspirasi sekret, perawatan gigi dan mulut, pengambilan dan memeriksa darah, membersihkan urin, feses, dan penanganan limbah.

- 4) Setelah bersentuhan dengan pasien

Petugas segera melakukan cuci tangan setelah melakukan pelayanan terhadap pasien dan bersentuhan dengan lingkungan sekitarnya dan ketika meninggalkan pasien dalam situasi seperti berjabat tangan, membantu pasien merubah posisi dan pemeriksaan medis.

- 5) Setelah terpapar dengan area / lingkungan sekitar pasien

Petugas segera cuci tangan setelah bersinggungan dengan benda atau peralatan pasien di area lingkungan pasien dan sekitarnya. Petugas juga segera cuci tangan ketika meninggalkan ruangan pasien bahkan bila tidak

kontak langsung pasien seperti ketika mengganti linen tempat tidur pasien atau mengatur alat-alat medis.

6. PENDIDIKAN KESEHATAN

a. Pengertian

Pendidikan kesehatan secara umum adalah upaya untuk mempengaruhi orang lain, individu atau kelompok atau masyarakat agar berubah sesuai dengan norma masyarakat. Perubahan tersebut adalah sebuah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan terjadi karena adanya kesadaran dari individu masing-masing atau kelompok masyarakat, bukan hanya sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain. (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Pendidikan kesehatan bertujuan meningkatkan derajat pengetahuan, mengurangi ketergantungan, dan memperbaiki kualitas pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas untuk meningkatkan dirinya ketika mempertahankan keadaan sehat yang optimal (Nursalam dan Efendi, 2012).

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan menurut Nursalam dan Effendi, 2012, adalah suatu pengharapan perubahan sikap dan tingkah laku manusia dalam posisi sebagai individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat. Tujuannya adalah mampu membina serta memelihara perilaku berkehidupan sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal

c. Proses Pendidikan Kesehatan

Proses pendidikan kesehatan dilakukan dengan melalui tiga pokok pembahasan yaitu masukan (*input*), proses dan keluaran (*output*). Masukan (*input*) dalam pendidikan kesehatan adalah sasaran proses pendidikan tersebut yaitu individu, kelompok dan masyarakat dengan berbagai latar belakangnya. Sedangkan proses adalah kemampuan dan perilaku subyek belajar dalam menerima mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan. Terjadi timbal balik antara berbagai faktor antara pengajar, tehnik belajar dan materi atau bahan pelajaran, dalam proses pendidikan kesehatan.

Sedangkan keluaran pendidikan kesehatan merupakan kemampuan sebagai hasil perubahan yaitu perilaku sehat dari para sarana didik .(Notoatmodjo, 2010).

Metode pendidikan kesehatan bergantung pada tujuan pendidikan kesehatan yang akan dicapai. Tujuan pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 ranah, yaitu pengertian, sikap dan ketrampilan. Jika tujuan yang ingin dicapai adalah ranah pengertian, maka pesan cukup disampaikan dengan diucapkan atau disampaikan secara tertulis. Jika tujuan untuk mengembangkan sikap positif, sasaran perlu mengetahui bagaimana kejadian tersebut yang dapat diberikan melalui foto atau rekaman video, sedangkan jika sampai pada ranah ketrampilan maka sasaran perlu diberikan kesempatan mencoba sendiri pada ketrampilan yang akan diharapkan (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Menurut Edgar Dale (1946) dalam Nursalam dan Effendi (2012) tehnik dan media (pengalaman langsung) yang dipergunakan dalam pendidikan kesehatan menstimulasi paling banyak indra partisipan. Teks atau

bacaan (derajat keabstrakan paling tinggi) akan menstimulasi organ visual saja, jika tujuan pendidikan kesehatan hanya untuk mengubah pengetahuan (*knowledge*) maka tehnik dan media baca adalah yang paling tepat. Kemampuan partisipan untuk mengingat kembali pesan – pesan dalam pendidikan kesehatan menurut tehnik dan medianya bisa dilihat sebagai berikut :

- 1) 10%, jika partisipan hanya membaca dari materi
- 2) 20%, jika partisipan hanya mendengar dari materi
- 3) 30%, jika partisipan hanya melihat dari apa yang dilihat sebagai bahan materi .
- 4) 50%, jika partisipan mendengar dan melihat dari materi yang dipelajarinya.
- 5) 70%, jika partisipan belajar dengan mengucapkan sendiri kata – katanya.
- 6) 90%, jika partisipan mengerjakan sendiri sambil mengucapkan materi pendidikan kesehatan.

d. Metode Pendidikan Kesehatan

1) Pengertian

Metode pembelajaran adalah cara pengorganisasian peserta didik untuk mencapai tujuan pendidikan, yang terdiri dari pembelajaran individual (*individual learning method*), pembelajaran kelompok (*group learning method*), dan pembelajaran komunitas (Sudjana, 2007).

2) Fungsi Metode Pembelajaran

Metode pembelajaran berfungsi sebagai cara untuk menyajikan, menguraikan, memberikan contoh serta memberi latihan pada siswa untuk mencapai tujuan tertentu (Sumar dan Razak, 2016).

3) Metode Pendidikan Kesehatan

Ada beberapa metode pendidikan berkelompok, yaitu metode kelompok besar dan metode kelompok kecil. Yang menjadi bahan pertimbangan adalah jumlah sasaran dan tingkat pendidikan sasaran.

a) Kelompok Besar

Kelompok besar, dalam pendidikan kesehatan adalah kelompok dengan jumlah sasaran lebih dari 15 orang. Metode yang digunakan pada kelompok ini adalah :

1. Metode ceramah

Dengan sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah, metode ini baik jika digunakan. Metode ceramah berbentuk penjelasan konsep, prinsip dan fakta dan pada akhir proses pembelajaran ditutup dengan tanya jawab. Metode ceramah memiliki keterbatasan seperti : (1) keberhasilan peserta sulit diukur, (2) perhatian dan motivasi peserta sulit diukur, (3) materi kurang terfokus.

Bastable (2002) menyatakan bahwa metode ceramah adalah metode yang digunakan oleh seorang dosen dalam menyampaikan materinya secara langsung dengan cara verbal,

yang sangat terstruktur kepada sekelompok peserta didik dengan tujuan untuk mengajar. Dengan metode ini dosen dan peserta didik mempunyai kesempatan untuk berdialog hanya sedikit, tetapi metode pengajaran yang efektif untuk memberikan pengetahuan kognitif tingkat rendah adalah dengan cara ceramah. Metode ini sangat yang efisien dan hemat biaya, karena dengan waktu yang relatif singkat banyak informasi dapat disampaikan kepada sekelompok besar orang secara bersamaan diwaktu yang sama. Menurut Sagala (2014) menyatakan bahwa seorang dosen harus melaksanakan langkah- langkah metode ceramah agar metode ceramah dapat digunakan secara efektif dan efisien yaitu: melakukan pembukaan terlebih dahulu sebelum memberi materi pelajaran agar pokok-pokok materi pelajaran yang akan dibahas dan arah

pembelajaran dimengerti oleh sasaran pembelajaran.

(1) Penggunaan metode ceramah

Metode ceramah paling tepat dipakai bila:

- (a) Menyampaikan informasi dan meningkatkan motivasi.
- (b) Pembicara lebih tahu dibanding audiens
- (c) Kelompok terlalu besar untuk aktifitas kelompok
- (d) Semua audiens perlu mendengarkan informasi yang sama
- (e) Pembicara bersifat dinamis informatif dan sensitif. (Emilia, 2008)

(2) Keuntungan dan kerugian

Keuntungan metode ceramah menurut Emilia (2008) adalah mudah digunakan, dapat menyampaikan informasi, mempengaruhi pendapat,

merangsang pikiran atau kritik, selain juga ekonomis, praktis dan dapat dikombinasikan dengan dialog antara pemberi ceramah dan audiens. Kerugiannya adalah perlu ketrampilan memberi ceramah, audiens pasif sehingga kemungkinan belajar sedikit dan tidak sesuai untuk mempelajari ketrampilan yang rumit.

Kerugiannya metode ceramah adalah perlu ketrampilan memberi ceramah, audiens pasif sehingga kemungkinan belajar sedikit dan tidak sesuai untuk mempelajari ketrampilan yang rumit (Sagala, 2014).

2. Metode Seminar

Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang sedang hangat di

masyarakat, dan dianggap penting. Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas.

b) Metode Kelompok Kecil

1. Diskusi kelompok.

Formasi duduk saling berhadapan sedemikian rupa sehingga pimpinan diskusi dapat duduk diantara peserta agar mendapatkan kesan sama tinggi sama rendah, agar mendapatkan kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pembukaan berupa pancingan, mengarahkan dan mengatur jalannya diskusi agar diskusi berjalan aktif dan diharapkan tidak hanya salah satu peserta atau beberapa peserta yang mendominasi keaktifan.

2. *Brain Storming* (curah pendapat)

Merupakan salah satu metode diskusi kelompok kecil. Peserta berada dalam satu kelompok dengan mengutarakan suatu

masalah kemudian peserta yang lain memberikan tanggapan. Semua tanggapan ditampung dahulu dan ditulis di papan tulis atau flipchart . Peserta tidak boleh komentar apapun sebelum semua peserta memberi tanggapan, setelah semua peserta memberikan tanggapan, barulah dilakukan diskusi mengenai masalah dan tanggapan tersebut.

3. *Snow Balling* (bola salju)

Setiap pesera dibagi menjadi berpasangan, kemudian dilontarkan suatu masalah, setelah menentukan waktu yang disepakati, maka secara berturut turut setiap pasangan bergabung dengan kelompok yang lebih besar. Contoh, semisal setiap 10 menit 1 pasangan mendiskusikan permasalahannya, setelah waktu habis maka pasangan tersebut akan bergabung dengan 1 pasangan lainnya sehingga jumlah kelompok menjadi 4 orang. Dalam kelompok

yang lebih besar ini mereka tetap mendiskusikan masalah yang sama, hingga mendapatkan jawaban kesimpulannya. Kemudian tiap 2 kelompok kecil yang sudah beranggotakan 4 orang bergabung lagi dengan pasangan yang lainnya, demikian seterusnya hingga akhirnya menjadi kelompok besar / kelompok kelas dan mendapatkan kesimpulannya.

4. *Buzz grup* (kelompok kecil-kecil)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian diberi suatu masalah yang sama atau bisa dengan masalah yang tidak sama dengan kelompok lain. Dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut dan mencari kesimpulannya.

5. *Role play* (memainkan peran)

Dalam role play ini anggota kelompok peserta diskusi melakukan peran tertentu untuk

memainkan peran, misalnya sebagai petugas kesehatan, seperti bidan puskesmas, atau sebagai perawat puskesmas, atau sebagai dokter, sedangkan peserta diskusi lain sebagai tokoh masyarakat, sebagai pasien dan sebagainya. Mereka memperagakan bagaimana pelayanan kesehatan di klinik maupun di masyarakat sehari-hari dilakukan..

6. *Simulation Game* (permainan simulati)

Merupakan gambaran dari bentuk kegiatan nyata dalam diskusi kelompok kecil. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti cuci tangan 5 momen. Cara melakukannya persis seperti bentuk nyata melalui beberapa langkah yang dilakukan sesuai pedoman. Beberapa peserta menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

7. *FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)* / DISKUSI KELOMPOK

a. Pengertian

FGD secara sederhana dapat didefinisikan sebagai suatu diskusi yang dilakukan secara sistematis dan terarah mengenai suatu isu atau masalah tertentu. Irwanto (2006) mendefinisikan FGD adalah suatu proses pengumpulan data dan informasi yang sistematis mengenai suatu permasalahan tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok.

b. Karakteristik

Metode FGD merupakan salah satu metode yang dirasa cocok bagi permasalahan yang bersifat sangat lokal dan spesifik. Oleh karena itu, FGD yang melibatkan masyarakat setempat dipandang sebagai pendekatan yang paling sesuai. (Irwanto, 2006). Menurut

Dawson, Manderson & Tallo (1993) dalam Irwanto (2006) jumlah peserta yang ideal dalam metode FGD adalah 7-14 orang.

c. Tujuan

Metode diskusi digunakan untuk:

- 1) Menggali pengalaman, ide-ide selama dalam pembelajaran.
- 2) Anggota kelompok saling tukar pikiran.
- 3) Belajar dengan caranya sendiri berpartisipasi dalam grup.
- 4) Pengembangan diri melalui kerjasama yang terkoordinasi. (Kemenkes RI, 2011).

d. Kelebihan metode diskusi kelompok

- 1) Diskusi kelompok kecil mampu menimbulkan kreatifitas peserta didik agar lebih kreatif terutama agar mengeluarkan ide ide baru.

- 2) Diskusi kelompok kecil membiasakan diri untuk berlatih bertukar pikiran dalam mengatasi setiap permasalahan.
- 3) Diskusi kelompok kecil juga melatih peserta untuk menghargai pendapat orang lain, serta melatih peserta untuk mengemukakan gagasan atau pendapat secara verbal. (Sanjaya, 2006)

e. Kelemahan metode diskusi kelompok kecil

- 1) Bagi peserta didik yang memiliki ketrampilan berbicara sering menguasai diskusi. Bahkan bisa terjadi hanya dikuasai oleh 2 atau 3 orang saja.
- 2) Bisa terjadi perbedaan pendapat yang bersifat emosional sehingga menjadi diskusi yang tidak terkontrol.
- 3) Bisa juga terjadi pembahasan yang tidak terfokus pada tujuan utama, sehingga kesimpulan menjadi bias.

4) Bisa juga terjadi memakan waktu yang lama, tidak sesuai seperti yang direncanakan.(Sanjaya, 2006)

f. Langkah-langkah Melaksanakan Diskusi

1) Langkah persiapan

a) Merumuskan tujuan yang ingin dicapai, baik tujuan yang bersifat umum maupun tujuan khusus. Tujuan yang ingin dicapai harus dipahami oleh peserta diskusi. Tujuan yang jelas dapat dijadikan sebagai kontrol dalam pelaksanaan.

b) Menentukan permasalahan utama.

c) Menentukan teknis pelaksanaan diskusi, dan mempersiapkan sarana yang dibutuhkan seperti kelengkapan ruangan, petugas yang terlibat dalam diskusi, menentukan moderator, notulis, tim perumus, dsb.

2) Pelaksanaan diskus

Pada saat pelaksanaan diskusi, hal hal yang perlu diperhatikan :

- a) Melakukan pemeriksaan ulang terhadap segala persiapan yang dapat mempengaruhi jalannya kelancaran diskusi.
- b) Melakukan arahan sebelum pelaksanaan diskusi, misalnya menyajikan tujuan yang ingin dicapai serta aturan-aturan diskusi yang akan dilaksanakan.
- c) Diskusi dilaksanakan sesuai dengan kesepakatan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan diskusi hendaklah memerhatikan suasana atau iklim belajar yang menyenangkan, misalnya dengan suasana santai, tidak menyalahkan.

d) Peserta diskusi diberi kesempatan yang sama aktif dengan mengeluarkan gagasan dan ide-idenya.

e) Fokus terhadap pokok persoalan yang sedang dibahas. Pengendalian pembicaraan ini penting, agar pembahasan tidak melebar.

3) Menutup diskusi kelompok

Diskusi kelompok diakhiri dengan melakukan :

a) Membuat kesimpulan dari hasil diskusi kelompok.

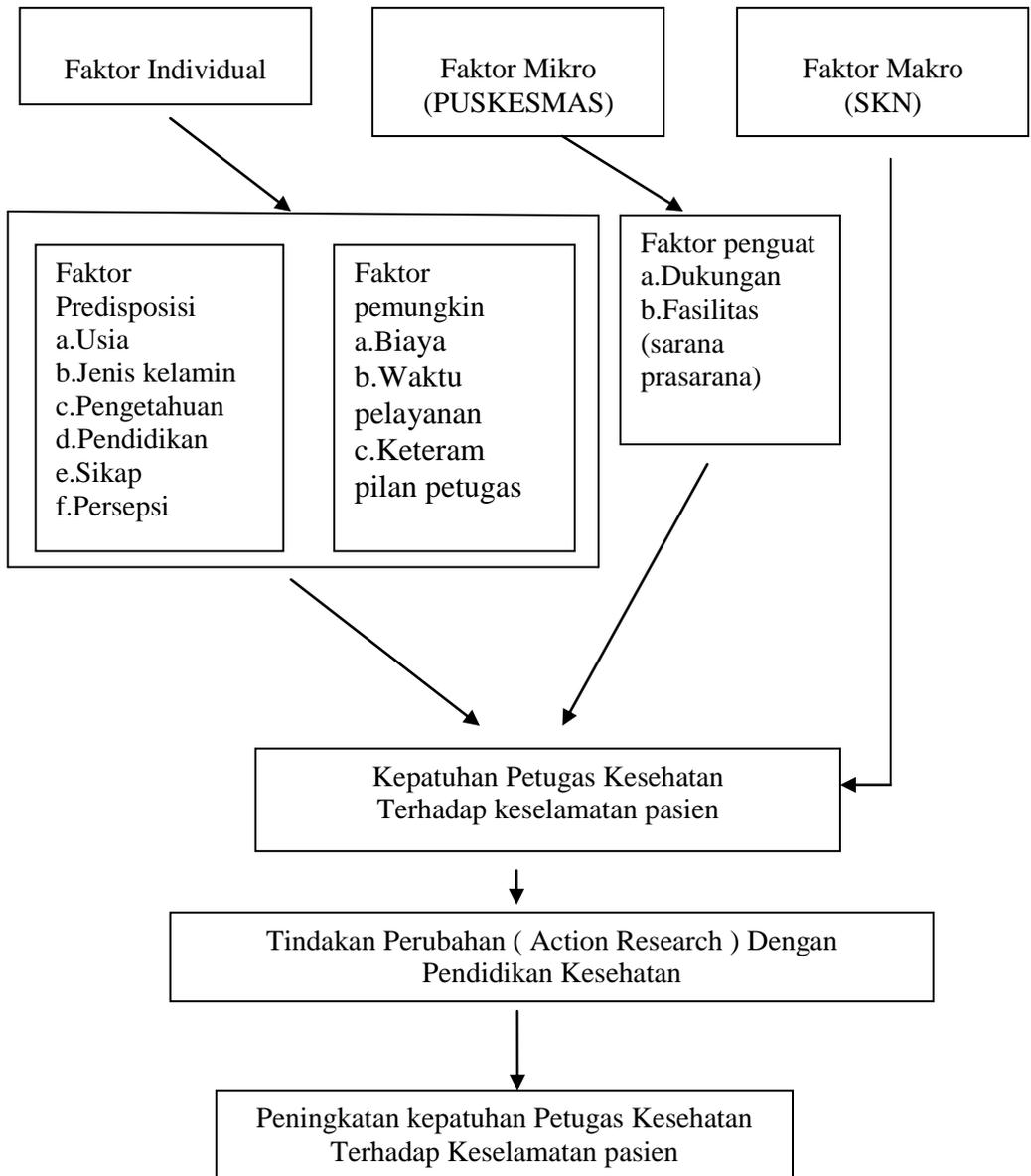
b) *Me-review* hasil diskusi kelompok dengan mengajak peserta memberikan umpan balik berupa pendapat dari peserta untuk melakukan perbaikan selanjutnya. (Sanjaya, 2006).

B. PENELITIAN TERDAHULU

Tabel 1 Penelitian terdahulu

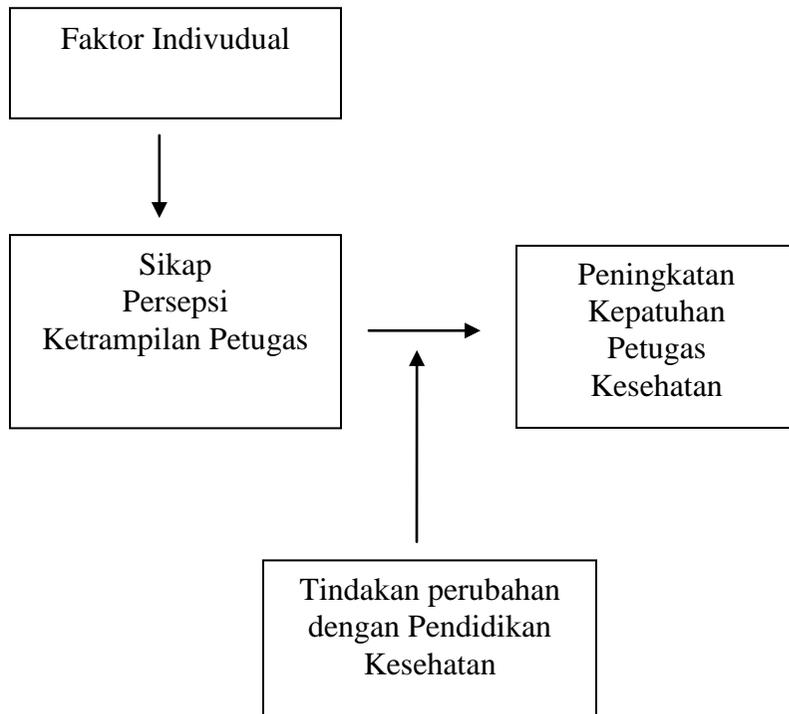
No	Judul	Pengarang	Metode Penelitian
1	Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien pada Pengurangan Resiko Infeksi dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang (2017)	Arifianto	Metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi
2	Analisis Tingkat Kepatuhan Hand Hygiene Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial (2018)	Siti Marfu'ah, Liena Sofiana	Metode kualitatif
3	Action Research Penggunaan Alat Pelindung Diri di Kamar Bersalin Rumah Sakit "JIH" (2017)	Yuli Astuti Setiasih	Metode kualitatif dengan action research
4	Kepatuhan 5 Momen Hand Hygiene Pada Petugas di Laboratorium Klinik Cito Yogyakarta	Pangisti Dwi Ananingsih	Metode kualitatif dengan action research

C. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori
Menurut : Lawrence Green dikombinasikan dengan WHO

D. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep

Keterangan :

Dari faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat ada beberapa faktor yang bersifat mampu dirubah dengan beberapa perlakuan. Sikap adalah keadaan mental yang dipengaruhi dari pengalaman dan mempengaruhi hasil reaksi

seseorang dalam berinteraksi. Persepsi adalah respon terhadap berbagai aspek dan gejala di sekitarnya. Persepsi terhadap perbedaan sudut pandang dipengaruhi dengan tindakan manusia nyata. Oleh karena itu faktor yang dapat dirubah dengan pendidikan kesehatan adalah sikap, persepsi dan ketrampilan.

E. Pertanyaan Penelitian

1. Apakah terjadi peningkatan kepatuhan dalam penggunaan alat pelindung diri dan cuci tangan 5 moment pada petugas Puskesmas Mertoyudan II Magelang setelah dilakukan tindakan perubahan sesuai permasalahan?
2. Apakah penggunaan APD dan pelaksanaan cuci tangan 5 moment menjadi budaya pelayanan kesehatan di Puskesmas Mertoyudan II Magelang?
3. Apakah petugas pelayanan melakukan pemakaian APD dan pelaksanaan cuci tangan 5 moment sesuai dengan standart?