

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Infeksi Nosokomial**

###### a. Definisi Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial atau infeksi yang diperoleh dari rumah sakit adalah infeksi yang tidak diderita pasien saat masuk ke rumah sakit melainkan setelah  $\pm$  72 jam berada di tempat tersebut. (Karen Adams & Janet M. Corrigan, 2003). Ciri-ciri infeksi nosokomial antara lain : saat masuk rumah sakit tidak ada tanda gejala atau tidak dalam masa inkubasi infeksi tersebut, infeksi terjadi minimal 3 x 24 jam setelah pasien di rumah sakit. Dan infeksi pada lokasi yang sama tetapi disebabkan oleh mikroorganisme yang berbeda (Sabarguna, 2007) Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit (*hospital aquired infection*) atau infeksi yang timbul atau terjadi sesudah 72 jam perawatan pada pasien rawat inap. Pada suatu rumah sakit yang mempunyai ICU, angka infeksi nosokomialnya lebih tinggi dibanding yang tidak mempunyai ICU. Kejadian infeksi nosokomial juga lebih tinggi di rumah sakit pendidikan oleh karena lebih banyak dilakukan tindakan pemeriksaan (diagnostik) dan pengobatan yang bersifat invasive (Zulkarnain, 2009).

Penularan dapat terjadi melalui cara silang (cross infection) dari satu pasien kepada pasien yang lainnya atau infeksi diri sendiri di mana kuman sudah ada pada pasien kemudian melalui suatu migrasi (gesekan) pindah tempat dan di tempat yang baru menyebabkan infeksi (self infection atau auto infection). Tidak hanya pasien rawat yang dapat tertular, tapi juga seluruh personil rumah sakit yang berhubungan dengan pasien, juga penunggu dan pengunjung pasien. Infeksi ini dapat terbawa ke tengah keluarganya masing-masing (Zulkarnain, 2009).

Terjadinya Infeksi nosokomial karena disebabkan berbagai faktor baik faktor internal banyak factor (multifaktorial, baik factor yang ada dalam diri (badan, tubuh) penderita sendiri, maupun factor yang ada di sekitarnya. Setiap factor-faktor tersebut hendaknya dicermati, diwaspadai dan dianggap berpotensi (Darmadi, 2008).

b. Bakteri Penyebab Infeksi Nosokomial

Penyebab utama yang menyebabkan infeksi nosokomial adalah *Streptococcus alpha hemolyticus* dan *Staphylococcus epidermidis*. Dalam beberapa dekade terakhir ini infeksi nosokomial yang disebabkan oleh *Staphylococcus epidermidis* makin sering terjadi, terutama pada pasien yang diberi terapi kortikosteroida, bakteri ini bersifat oportunitis (Reksodipuro, et.al, 1996). Bakteri *escherichia coli* paling banyak dijumpai sebagai penyebab infeksi saluran kemih. Sekitar setengah dari semua infeksi di rumah sakit

kebanyakan disebabkan oleh gram negatif *Staphylococcus aureus* merupakan bakteri gram positif yang menjadi parasit di kulit dan hidung dapat menyebabkan gangguan pada paru, jantung dan infeksi pembuluh darah serta resisten terhadap antibiotika (Utama, 2006).

c. Jenis Infeksi Nosokomial

Muhlis (2006) dan Isselbacher, et, at (2000) dalam bukunya menyebutkan infeksi nosokomial yang sering ditemukan antara lain :

1) Infeksi saluran kemih

Infeksi saluran kemih adalah merupakan infeksi nosokomial yang paling sering, sekitar 40% dari infeksi nosokomial, 80% infeksi ini dihubungkan dengan penggunaan kateter urin, bakteri yang menginfeksi biasanya *E. Coli*.

2) Infeksi pada luka operasi

Infeksi luka operasi menyebabkan sekitar 25-30% infeksi nosokomial tetap berperan pada sampai 57% hari perawatan tambahan di rumah sakit dan 42% biaya tambahan. Infeksi ini biasanya disebabkan karena flora mikroba dan kulit yang didapatkan dari rumah sakit atau endogen dan kadang-kadang dengan penyebaran sisik kulit lewat udara yang mungkin dilepaskan ke luka dari anggota tim ruang operasi.

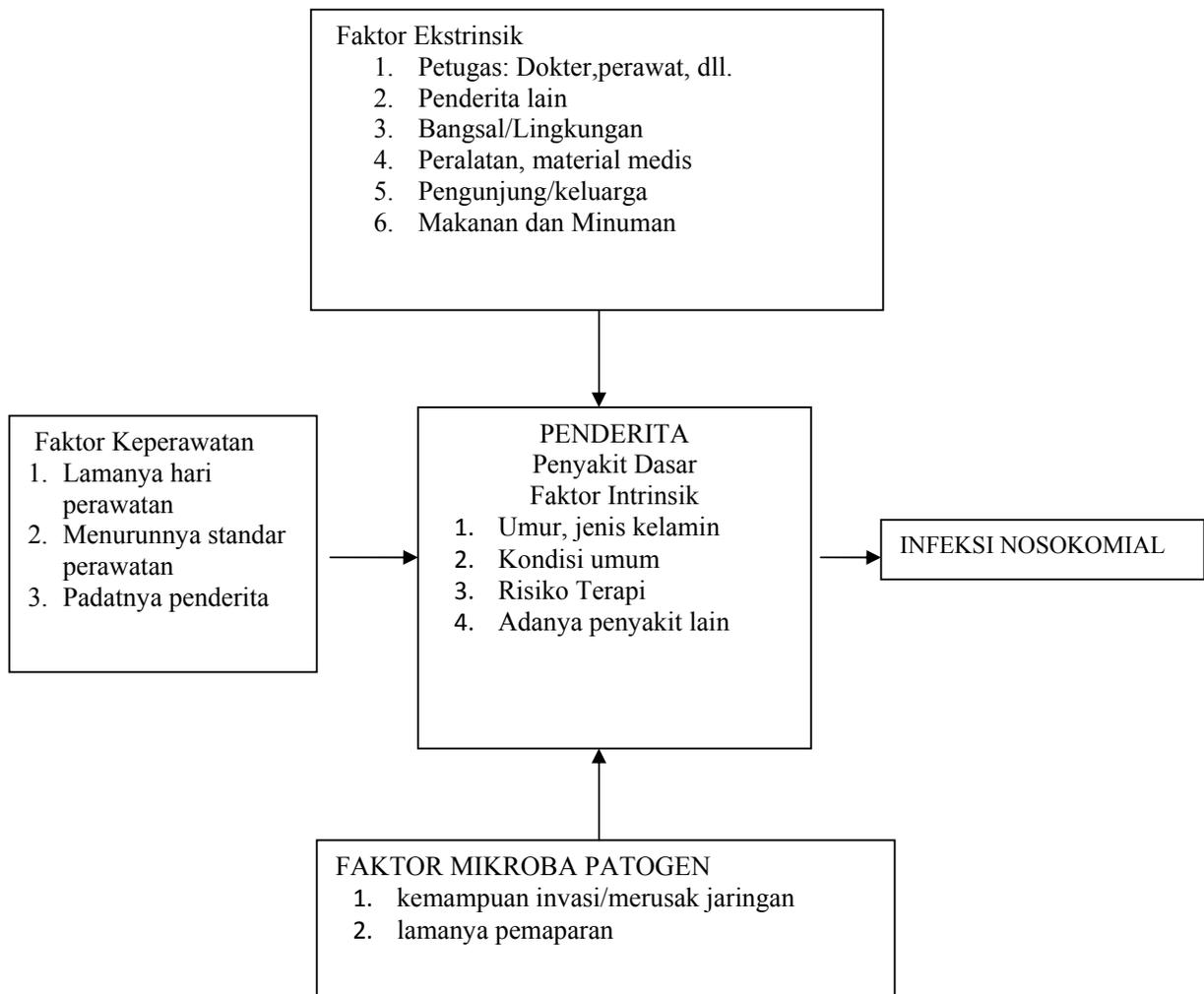
3) Bakteriemia

Infeksi ini hanya mewakili sekitar 5% dari total infeksi nosokomial. Tetapi dengan resiko kematian yang sangat tinggi,

terutama disebabkan oleh bakteri yang resisten antibiotika seperti *Staphylococcus* dan *Candida*.

4) Infeksi saluran nafas bagian bawah atau pneumonia

Pneumonia menyebabkan 15 hingga 20% infeksi nosokomial tetapi menyebabkan 24% hari-hari tambahan perawatan di rumah sakit dan 39% biaya tambahan. Hampir semua pneumonia nosokomial bakterial disebabkan karena aspirasi flora lambung dan orofaring yang didapatkan dari rumah sakit atau endogen. Pneumonia nosokomial menyebabkan angka kematian sampai 50% di Unit Perawatan Intensif.



Gambar 2.1 Faktor-faktor Terjadinya Infeksi Nosokomial

d. Penyebaran penyakit di rumah sakit pada dasarnya ada 3 unsur pokok yakni :

1) Sumber infeksi

Penyakit menular yang berasal dari pasien, pengunjung atau petugas dan termasuk orang yang menderita penyakit yang aktif yaitu masa inkubasi atau carrier penyakit.

2) Cara transmisi dari kuman (Depkes RI, 2007) Cara penularan dapat melalui :

a) Melalui Kontak

Transmisi kontak langsung dapat terjadi pada kontak kulit dengan kulit dan berpindahya organisme selama kegiatan perawatan pasien. Transmisi kontak langsung juga bisa terjadi antar dua pasien.

Transmisi kontak tidak langsung dapat terjadi bila ada kontak seseorang yang rentan dengan obyek tercemar yang berada di lingkungan pasien.

b) Melalui Percikan (droplet)

Transmisi droplet terjadi melalui kontak dengan konjungtiva, membran mukosa hidung atau mulut individu yang rentan oleh percikan partikel besar yang mengandung mikroorganisme. berbicara, batuk bersin dan tindakan seperti penghisapan lendir dan broknkoscopi dapat menyebarkan organisme.

c) Melalui Udara (airborne)

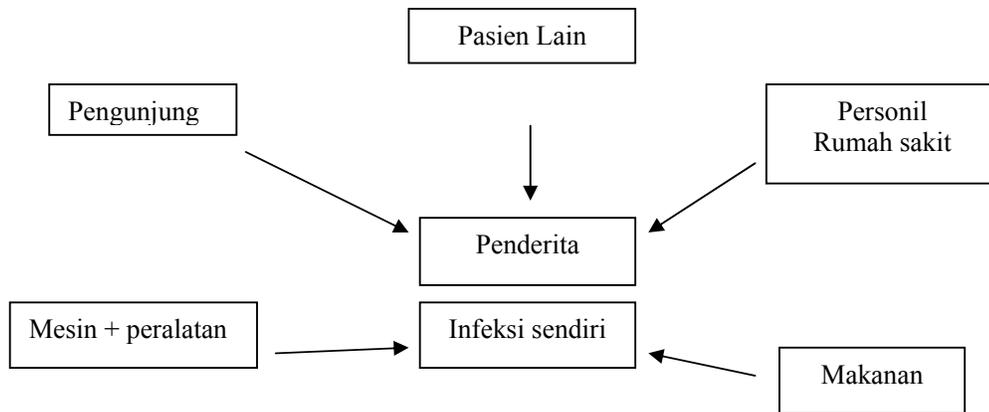
Transmisi airborne terjadi melalui penyebaran partikel partikel kecil ke udara, baik secara langsung atau melalui partikel debu yang mengandung mikroorganisme infeksius. Partikel infeksius dapat menetap di udara selama beberapa jam dan dapat disebarkan secara luas dalam suatu ruangan atau dalam jarak yang lebih jauh.

d) Melalui perantara

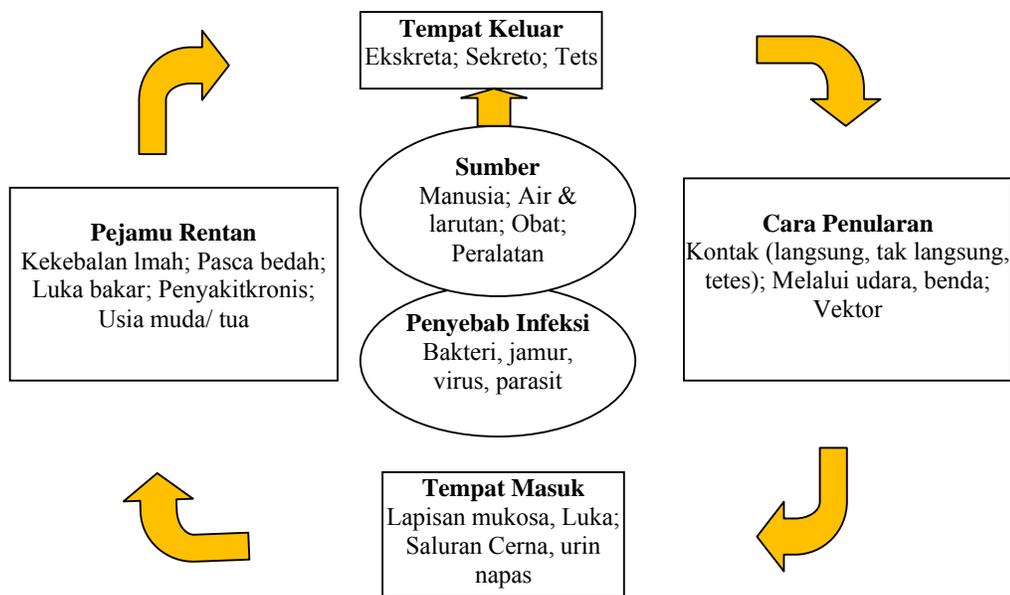
Organisme yang ditularkan oleh benda benda terkontaminasi seperti makanan, air dan peralatan.

e) Melalui vector

Terjadi ketika vektor seperti nyamuk, lalat, tikus dan binatang pengerat lain menularkan mikroorganisme.



Bagan 2.2. Sumber Infeksi di Rumah Sakit



### Gambar 2.3 Rantai Penularan Infeksi Nosokomial

Secara lebih spesifik, sumber-sumber infeksi nosokomial dapat dibedakan dalam 3 kegiatan/ tindakan yaitu:

#### 1) Tindakan Invasif dan Operatif

Petugas Kesehatan

Alat-alat Kesehatan

Kondisi Pasien

#### 2) Tindakan Non Invasif

Sumber infeksi pada tindakan non invasif antara lain:

##### a) Pasien dengan pasien lain

Pasien yang menderita penyakit menular dapat menularkan penyakitnya pada pasien lain

##### b) Pasien dengan petugas kesehatan

Petugas kesehatan yang menderita penyakit menular/infeksi dapat menularkan penyakitnya pada pasien yg sedang dirawat.

##### c) Pasien dengan pengunjung

Pengunjung yang menderita penyakit infeksi/menular dapat menularkan penyakitnya pada pasien yang sedang dirawat di rumah sakit.

##### d) Pasien dengan alat-alat kesehatan

Alat-alat kesehatan yang digunakan untuk merawat pasien dapat mengakibatkan infeksi jika kondisi alat tidak steril/terkontaminasi kuman.



e) Pasien dengan lingkungan

Lingkungan yang kurang baik (lembab) berdebu dan kurang sirkulasi) dapat mengakibatkan pasien mengalami kondisi yang lebih buruk dan meningkatkan pertumbuhan kuman.

f) Pasien dengan air

Air yang tercemar kuman patogen dapat mengakibatkan penyakit pada pasien.

g) Pasien dengan makanan

Makanan yang tercemar kuman patogen/makanan yang tidak segar dapat menyebabkan penyakit pada pasien. Berbagai tanda-tanda terjadinya infeksi nosokomial dapat diamati sesuai dengan jenis infeksi dan daerah terjadinya infeksi serta penyebab terjadinya infeksi. Hal yang paling membuktikan terjadinya infeksi adalah hasil biakan atau angka kuman. Dari berbagai bahan yang dapat diperiksa antara lain: sputum, pus, jaringan, cairan drain, darah, urin dll.

3) Host atau manusia yang rentan adalah orang yang terkena sasaran penyakit menular, kondisi host dipengaruhi oleh daya tahan tubuh terhadap penyakit, keadaan gizi, pola hidup. Semakin rentan seseorang maka semakin mudah dia terkena penyakit, demikian pula sebaliknya semakin kuat daya tahan tubuh seseorang maka semakin sulit terkena penyakit menular.

e. Tindakan-tindakan pencegahan infeksi melalui (Depkes RI, 2007) :

1) Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan sebagai prosedur yang diciptakan dan dikembangkan untuk memberikan perlindungan kepada tenaga kesehatan dan pencegahan infeksi. Penciptaan kewaspadaan bermula dari tingginya kejadian infeksi penyakit HIV, Hepatitis B, dan infeksi yang ditransmisikan melalui darah di Negara Amerika (Kathryn, 2004). Kejadian ini memicu diciptakannya *universal precaution, universal precaution* memberikan *control* terhadap tata cara kewaspadaan terhadap infeksi yang ditransmisikan melalui darah. Prosedur mencuci tangan, menggunakan sarung tangan, dan penggunaan peralatan telah dianjurkan pada prosedur ini (Hegner, 2010).

Kewaspadaan ini dirancang untuk perawatan bagi semua orang, petugas, pasien atau pengunjung tanpa menghiraukan apakah mereka terinfeksi atau tidak. Penerapan ditujukan untuk mengurangi resiko penyebaran mikroorganisme dari sumber infeksi yang diketahui ataupun tidak diketahui dalam sistem pelayanan kesehatan seperti pasien, benda yang tercemar, jarum atau spuit yang telah digunakan. penggunaan pelindung (barrier) antara mikroorganisme dengan individu baik untuk pasien atau petugas kesehatan adalah cara yang efektif untuk mencegah penyebaran infeksi. Pelindung berfungsi untuk memutuskan rantai

penularan penyakit. Standar kewaspadaan merupakan gabungan dari *Universal Precaution* dan *Body Substance Isolation*. Adapun komponen utama kewaspadaan standar adalah :

a) Mencuci tangan

Mencuci tangan dengan baik merupakan unsur satu satunya yang paling efektif dan untuk mencegah penularan infeksi. Tujuan mencuci tangan adalah untuk menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara. Mencuci tangan harus dilakukan sebelum dan sesudah memeriksa dan kontak langsung dengan pasien, memakai dan melepas sarung tangan, menyiapkan dan mengkonsumsi makanan, saat situasi yang membuat tangan menjadi terkontaminasi, masuk dan keluar ruang isolasi. Langkah langkah mencuci tangan :

- (1) Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut.



Gambar 2.4 Mencuci Tangan Step 1

- (2) Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian.



Gambar 2.5 Mencuci Tangan Step 2

- (3) Jangan lupa jari-jari tangan, gosok sela-sela jari hingga bersih.



Gambar 2.6 Mencuci Tangan Step 3

- (4) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan mengatupkan.



Gambar 2.7 Mencuci Tangan Step 4

(5) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian.



Gambar 2.8 Mencuci Tangan Step 5

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



Gambar 2.9 Mencuci Tangan Step 6

(7) Saat tangan sudah benar-benar kering, maka tangan kita telah aman. Metode ini dilakukan 20-30 detik. (WHO, 2014)

Figure II.1  
How to handrub



Gambar 2.10 Langkah-langkah mencuci tangan memakai handrubs

Figure II.2  
How to handwash



Sumber : WHO 2009, Guidelines On Hand Hygiene in Health-Care

Gambar 2.11 Langkah-langkah Mencuci Tangan memakai sabun

Kegagalan melakukan kebersihan tangan yang baik dan benar dianggap sebagai penyebab utama infeksi nosokomial (HAIs) dan penyebaran mikroorganisme multi resisten di fasilitas pelayanan keehatan dan telah diakui sebagai kontributor yang penting terhadap

timbulnya wabah (Boyce dan Pittet, 2002). Dari sudut pandang pencegahan dan pengendalian infeksi, praktek membersihkan tangan adalah untuk mencegah infeksi yang ditularkan melalui tangan.

Tujuan kebersihan tangan adalah untuk menghilangkan semua kotoran dan debris serta menghambat atau membunuh mikroorganisme pada kulit. Mikroorganisme ditangan ini diperoleh dari kontak dengan pasien dan lingkungan. Sejumlah mikroorganisme permanen juga tinggal di lapisan terdalam permukaan kulit yaitu *staphylococcus epidermis*. Selain memahami panduan dan rekomendasi untuk kebersihan tangan, para petugas kesehatan perlu memahami indikasi dan keuntungan dari kebersihan tangan terutama keterbatasan, pemakaian sarung tangan (Indro, 2004)

b) Pengertian

- (1) Mencuci tangan : proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air.
- (2) Air bersih : air yang secara alami atau kimiawi dibersihkan dan disaring sehingga aman untuk diminum, serta untuk pemakaian lainnya (misalnya mencuci tangan dan membersihkan instrument medis) karena memenuhi standar kesehatan yang telah ditetapkan. Pada keadaan minimal, air bersih harus bebas dari

mikroorganisme dan memiliki turbiditas rendah (jernih, tidak berkabut).

(3) Sabun : produk-produk pembersih ( batang, cair, lembar, atau bubuk) yang menurunkan tegangan permukaan sehingga membantu melepaskan kotoran, debris.Mikroorganisme yang menempel sementara pada tangan. Sabun biasa memerlukan gosokan untuk melepas mikroorganisme secara mekanik, sementara sabun antiseptic (antimikroba) selain melepas juga membunuh atau menghambat pertumbuhan dari hamper sebagian besar mikroorganisme.

(4) Agen antiseptik atau antimikroba (istilah yang digunakan bergantian): bahan kimia yang diaplikasikan diatas kulit atau jaringan hidup lain untuk menghambat atau membunuh mikroorganisme (baik yang sementara atau yang merupakan penghuni tetap), sehingga mengurangi jumlah hitung bakteri total. Contohnya : Alkohol 60%-90% (etil dan isopropyl atau metil alcohol), kloroksilenol 0,5-4% (para kloro metaksilenol atau PCMX) berbagai konsentrasi (Dettol),triklosan 0,2-2% Emollient : cairan organic, seperti gliserol, propilen, glikol atau sorbitol yang ditambahkan pada hand rub dan losion. Kegunaan Emollient untuk melunakkan kulit dan membantu mencegah kerusakan kulit (keretakan, kekeringan, iritasi, dan dermatitis)

akibat pencucian tangan dengan sabun yang sering (dengan atau tanpa antiseptik) dan air (Depkes, 2010).

Tindakan cuci tangan harus dilakukan oleh perawat di ruangan dan sebelum menyentuh pasien, sebelum tindakan septik ataupun antiseptik, sesudah terpapar cairan tubuh, sesudah menyentuh pasien dan sesudah memegang benda di sekitar pasien (Tim PPI RSUD Dr. Moewardi, 2013).

Kriteria tindakan mencuci tangan (Dewi & Wawan, 2010), menurut Arikunto (2006) tindakan mencuci tangan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- (a) Baik : hasil presentase 76% - 100%.
- (b) Cukup : hasil presentase 56% - 75%.
- (c) Kurang: hasil presentase > 65%.

c) Memakai alat perlindungan diri.

Seiring dengan kejadian infeksi yang terjadi, pada tahun 1990 dikembangkan *Body Substance Isolation* (BSI), BSI juga mengenalkan prosedur penggunaan alat pelindung diri, akan tetapi mewajibkan mencuci tangan ketika melepaskan sarung tangan. Hal ini bertentangan dengan prosedur *universal precaution* yang menganjurkan cuci tangan setelah menggunakan alat. Dari kedua kewaspadaan tersebut akhirnya dikembangkan *standart precaution* sebagai transformasi dari keduanya (Hegner, 2010).

Alat pelindung diri mencakup sarung tangan, masker, alat pelindung mata, topi, gaun, apron dan pelindung yang lainnya.

Jenis jenis alat pelindung diri :

(1) Sarung tangan

Sarung tangan merupakan penghalang (barrier) fisik paling penting untuk mencegah penyebaran infeksi dan melindungi tangan dari bahan yang mengandung mikroorganisme yang berada di tangan petugas kesehatan. Sarung tangan harus selalu diganti setiap kontak dengan satu pasien ke pasien yang lainnya. Langkah langkah :

- (a) Perawat membuka bungkus sarung tangan steril dan taruh di tempat yang bersih.
- (b) Pegang sarung tangan steril tersebut dengan tangan yang bersarung tangan dengan cara biasa.

(2) Masker

Masker harus cukup besar untuk menutupi mulut, hidung, bagian bawah dagu dan jenggot. Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan berbicara, batuk atau bersin serta untuk mencegah percikan darah atau cairan tubuh lainnya memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan.

(3) Alat pelindung mata

Alat ini untuk melindungi petugas kesehatan dari percikan darah dan cairan tubuh lainnya dengan cara melindungi mata.

Alat pelindung mata mencakup goggles, kacamata pengaman, pelindung wajah dan visor.

(4) Topi

Digunakan untuk menutup rambut dan kulit kepala sehingga serpihan kulit dan rambut tidak masuk ke dalam luka selama pembedahan. Topi harus cukup besar untuk menutupi semua rambut. Meskipun topi dapat memberikan sejumlah perlindungan pada pasien tetapi tujuan utamanya adalah melindungi pemakainya dari percikan darah atau cairan tubuh.

(5) Gaun pelindung

Pemakaian gaun pelindung terutama untuk melindungi baju dan kulit petugas kesehatan dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi.

(6) Apron

Digunakan ketika melakukan perawatan langsung pada pasien, membersihkan pasien, melakukan prosedur dimana ada resiko tumpahan darah, cairan tubuh atau sekresi.

(7) Pelindung kaki

Digunakan untuk melindungi kaki dari cedera benda tajam atau benda berat yang mungkin jatuh secara tidak sengaja ke atas

kaki. Sebaiknya menggunakan sepatu boot atau sepatu kulit tertutup dan harus dijaga kebersihannya.

(8) Kebersihan lingkungan.

Pembersihan rutin dilakukan setiap hari. Sembilan puluh persen mikroorganisme berada dalam kotoran yang kasat mata, dimana tujuan pembersihan rutin adalah untuk menghilangkan kotoran.

(9) Pengelolaan sampah benda tajam.

Benda benda tajam sekali pakai memerlukan penanganan yang khusus karena benda benda ini dapat melukai petugas kesehatan dan juga masyarakat sekitarnya. Cara pembuangan sampah benda benda tajam :

(a) Enkapsula

Merupakan cara termudah membung benda benda tajam. Benda benda tajam dikumpulkan dalam wadah anti bocor dan tahan tusuk, setelah penuh masukan semen dan pasir sampai padat kemudian lakukan penimbunan.

(b) Insenerasi

Proses dengan suhu tinggi untuk mengurangi isi dan berat sampah. Penanganan ini untuk menangani sampah yang tidak dapat di daur ulang.

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

- (1) Membatasi transmisi organisme dari atau antar 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 invasif.
- (5) Pengawasan infeksi, identifikasi penyakit dan mengontrol penyebarannya.

(c) Dekontaminasi tangan

Transmisi penyakit melalui tangan dapat diminimalisasi dengan menjaga hiegene dari tangan. Tetapi pada kenyataannya, hal ini sulit dilakukan dengan benar, karena banyaknya alasan seperti kurangnya peralatan, alergi produk pencuci tangan, sedikitnya pengetahuan mengenai pentingnya hal ini, dan waktu mencuci tangan yang lama. Selain itu, penggunaan sarung tangan sangat dianjurkan bila akan melakukan tindakan atau pemeriksaan pada pasien dengan

penyakit-penyakit infeksi. Hal yang perlu diingat adalah: Memakai sarung tangan ketika akan mengambil atau menyentuh darah, cairan tubuh, atau keringat, tinja, urin, membran mukosa dan bahan yang kita anggap telah terkontaminasi, dan segera mencuci tangan setelah melepas sarung tangan.

(d) Instrumen yang sering digunakan Rumah Sakit

Simonsen et al (1999) menyimpulkan bahwa lebih dari 50% suntikan yang dilakukan di negara berkembang tidaklah aman (contohnya jarum, tabung atau keduanya yang dipakai berulang-ulang) dan banyaknya suntikan yang tidak penting (misalnya penyuntikan antibiotika). Untuk mencegah penyebaran penyakit melalui jarum suntik maka diperlukan:

- (1) Pengurangan penyuntikan yang kurang diperlukan
- (2) Penggunaan jarum steril
- (3) Penggunaan alat suntik yang disposabel.

Masker, sebagai pelindung terhadap penyakit yang ditularkan melalui udara. Begitupun dengan pasien yang menderita infeksi saluran nafas, mereka harus menggunakan masker saat keluar dari kamar penderita.

Sarung tangan, sebaiknya digunakan terutama ketika menyentuh darah, cairan tubuh, feses maupun urine. Sarung tangan harus selalu diganti untuk tiap pasiennya. Setelah

membalut luka atau terkena benda yang kotor, sarung tangan harus segera diganti.

Baju khusus juga harus dipakai untuk melindungi kulit dan pakaian selama kita melakukan suatu tindakan untuk mencegah percikan darah, cairan tubuh, urin dan feses.

(e) Mencegah penularan dari lingkungan rumah sakit

Pembersihan yang rutin sangat penting untuk meyakinkan bahwa rumah sakit sangat bersih dan benar-benar bersih dari debu, minyak dan kotoran. Perlu diingat bahwa sekitar 90 persen dari kotoran yang terlihat pasti mengandung kuman. Harus ada waktu yang teratur untuk membersihkan dinding, lantai, tempat tidur, pintu, jendela, tirai, kamar mandi, dan alat-alat medis yang telah dipakai berkali-kali.

Pengaturan udara yang baik sukar dilakukan di banyak fasilitas kesehatan. Usahakan adanya pemakaian penyaring udara, terutama bagi penderita dengan status imun yang rendah atau bagi penderita yang dapat menyebarkan penyakit melalui udara. Kamar dengan pengaturan udara yang baik akan lebih banyak menurunkan resiko terjadinya penularan tuberkulosis. Selain itu, rumah sakit harus membangun suatu fasilitas penyaring air dan menjaga kebersihan pemrosesan serta filturnya untuk mencegah terjadinya pertumbuhan bakteri.

Sterilisasi air pada rumah sakit dengan prasarana yang terbatas dapat menggunakan panas matahari.

Toilet rumah sakit juga harus dijaga, terutama pada unit perawatan pasien diare untuk mencegah terjadinya infeksi antar pasien. Permukaan toilet harus selalu bersih dan diberi disinfektan.

Disinfektan akan membunuh kuman dan mencegah penularan antar pasien.

Disinfeksi yang dipakai adalah:

- (1) Mempunyai kriteria membunuh kuman
  - (2) Mempunyai efek sebagai detergen
  - (3) Mempunyai efek terhadap banyak bakteri, dapat melarutkan minyak dan protein.
  - (4) Tidak sulit digunakan
  - (5) Tidak mudah menguap
  - (6) Bukan bahan yang mengandung zat yang berbahaya baik untuk petugas maupun pasien
  - (7) Efektif
  - (8) tidak berbau, atau tidak berbau tak enak
- (f) Perbaiki ketahanan tubuh

Di dalam tubuh manusia, selain ada bakteri yang patogen oportunistik, ada pula bakteri yang secara mutualistik yang ikut membantu dalam proses fisiologis tubuh, dan

membantu ketahanan tubuh melawan invasi jasad renik patogen serta menjaga keseimbangan di antara populasi jasad renik komensal pada umumnya, misalnya seperti apa yang terjadi di dalam saluran cerna manusia. Pengetahuan tentang mekanisme ketahanan tubuh orang sehat yang dapat mengendalikan jasad renik oportunistis perlu diidentifikasi secara tuntas, sehingga dapat dipakai dalam mempertahankan ketahanan tubuh tersebut pada penderita penyakit berat. Dengan demikian bahaya infeksi dengan bakteri oportunistis pada penderita penyakit berat dapat diatasi tanpa harus menggunakan antibiotika.

(g) Ruang Isolasi

Penyebaran dari infeksi nosokomial juga dapat dicegah dengan membuat suatu pemisahan pasien. Ruang isolasi sangat diperlukan terutama untuk penyakit yang penularannya melalui udara, contohnya tuberkulosis, dan SARS, yang mengakibatkan kontaminasi berat. Penularan yang melibatkan virus, contohnya DHF dan HIV. Biasanya, pasien yang mempunyai resistensi rendah seperti leukimia dan pengguna obat immunosupresan juga perlu diisolasi agar terhindar dari infeksi. Tetapi menjaga kebersihan tangan dan makanan, peralatan kesehatan di dalam ruang isolasi juga sangat penting. Ruang isolasi ini harus selalu tertutup dengan ventilasi udara selalu menuju keluar.

Sebaiknya satu pasien berada dalam satu ruang isolasi, tetapi bila sedang terjadi kejadian luar biasa dan penderita melebihi kapasitas, beberapa pasien dalam satu ruangan tidaklah apa-apa selama mereka menderita penyakit yang sama.

Dalam mencegah/ mengendalikan infeksi nosokomial, ada tiga hal yang perlu ada dalam program penerapan infeksi nosokomial yaitu,:

1. Adanya sistem surveillan yang mantap
2. surveillan suatu penyakit adalah tindakan pengamatan yang sistematis dan dilakukan terus-menerus terhadap penyakit tersebut yang terjadi pada suatu populasi tertentu dengan tujuan untuk dapat melakukan pencegahan dan pengendalian. Jadi tujuan dari surveillance adalah untuk menurunkan resiko terjadinya infeksi nosokomial. Perlu ditegaskan disini bahwa keberhasilan pengendalian infeksi nosokomial bukanlah ditentukan oleh canggihnya peralatan yang ada, tetapi ditentukan oleh kesempurnaan perilaku petugas dalam melaksanakan perawatan pasien secara benar (the proper nursing care). Dalam pelaksanaan surveillance ini, perawat sebagai petugas lapangan di garis paling depan, mempunyai peran yang sangat menentukan.
3. Adanya peraturan yang jelas dan tegas serta dapat dilaksanakan, dengan tujuan untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi nosokomial. Adanya peraturan yang jelas dan tegas serta dapat

dilaksanakan, merupakan hal yang paling penting adanya. Peraturan-peraturan ini merupakan standar yang harus dijalankan setelah dimengerti semua petugas; standar ini adalah standar diagnosis (definisi kasus) ataupun standar pelaksanaan tugas. Adanya program pendidikan yang terus-menerus bagi semua petugas rumah sakit dengan tujuan mengembalikan sikap mental benar dalam merawat penderita.

Transmisi penyakit melalui tangan dapat diminimalisasi dengan higienis dari tangan. Tetapi pada kenyataannya hal ini sangat sulit dilakukan dengan benar. Hal ini karena banyaknya alasan sseperti kekurangan peralatan, alergenik pencuci tangan, sedikitnya pengetahuan tentang pentingnya hal ini, selain itu penggunaan sarung tangan sangat dianjurkan apabila melakukan tindakan atau pemeriksaan pada pasien yang menderita penyakit-penyakit infeksi. Hal ini diingatkan kepada perawat memakai sarung tangan saat menyentuh darah, cairan tubuh, atau keringat, tinja, urin, membrane mukosa, dan bahan yang kita anggap telah terkontaminasi, dan segera mencuci tangan setelah melepas sarung tangan, untuk mencegah penyebaran melalui jarum suntik maka diperlukan : (1) pengurangan penyuntikan yang kurang diperlukan, (2) pergunakan jarum steril (3) penggunaan alat suntik yang disposable. (Numed, 2012)

Menurut Hidayat (2006) tindakan pencegahan infeksi nosokomial dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain:

- a) Aseptic, yaitu tindakan yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan. Istilah ini dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan untuk mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh yang kemungkinan besar akan mengakibatkan infeksi. Tujuan akhirnya adalah mengurangi atau menghilangkan jumlah mikroorganisme baik pada permukaan benda hidup maupun benda mati agar alat-alat kesehatan dapat dengan aman digunakan.
- b) *Antiseptic*, yaitu upaya pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.
- c) Dekontaminasi, tindakan yang dilakukan agar benda mati dapat ditangani oleh petugas kesehatan secara aman, terutama petugas pembersihan medis sebelum pencucian dilakukan, caranya dibersihkan dengan cairan Lysol.
- d) Pencucian, yaitu tindakan menghilangkan semua darah, cairan tubuh atau setiap benda asing seperti debu dan kotoran.
- e) Sterilisasi, yaitu tindakan menghilangkan mikroorganisme (bakteri, jamur, virus) termasuk bakteri endospora dari benda mati dengan cara pembakaran alat dengan menggunakan alcohol, menggunakan alat sterilisator.

- f) Desinfeksi, yaitu tindakan menghilangkan sebagian besar (tidak semua) mikroorganisme penyebab penyakit dari benda mati. Desinfeksi tingkat tinggi dilakukan dengan merebus atau menggunakan larutan kimia.

## 2. Pengetahuan (*Knowlegde*)

### a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah sesuatu yang dikemukakan seseorang yang merupakan hasil dari tahu. Hal ini dapat terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, dimana sebagian penginderaan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting terbentuknya tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. (Wawan Dan Dewi, 2010). Berdasarkan dua definisi pengetahuan diatas maka dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan keseluruhan pemikiran manusia dari hasil penginderaan terhadap suatu hal sehingga membentuk tindakan dan perilaku seseorang.

## b. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan menurut Notoatmodjo (2011) pengetahuan yang dicakup didalam kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

### 1) Tahu

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam tindakan ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima termasuk dalam pengetahuan di tingkat ini. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

### 2) Memahami

Sebagai sesuatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan terhadap obyek yang dipelajari.

### 3) Aplikasi

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum,

rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis

Suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen tapi masih berada dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

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

6) Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian tersebut berdasarkan kriteria-kriteria yang telah ditentukan maupun kriteria yang telah ada.

c. Pengukuran pengetahuan

Berdasarkan pengertian pengetahuan yang dikemukakan oleh blomm dan skinner, maka pengukuran pengetahuan dapat diketahui dengan cara orang yang bersangkutan mengungkapkan apa-apa yang

diketuinya dalam bentuk bukti atau jawaban baik lisan maupun tulisan (Notoatmodjo, 2011).

Pertanyaan (*test*) dipergunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dapat dikelompokkan menjadi 2 jenis, yaitu:

- 1) Pertanyaan subyektif, contoh *essay*. Pertanyaan *essay* disebut dengan pertanyaan subyektif karena penilaian untuk pertanyaan ini melibatkan faktor subyektif dari penilai sehingga akan berbeda antara penilaian seseorang dengan yang lainnya dari satu waktu ke waktu yang lainnya.
- 2) Pertanyaan obyektif, contoh pertanyaan pilihan ganda, bentuk salah dan pertanyaan menjodohkan.

Dari kedua jenis pertanyaan tersebut, pertanyaan subyektif khususnya dengan pilihan ganda lebih disukai atau dijadikan sebagai alat pengukuran karena lebih mudah disesuaikan dengan pengetahuan yang akan diukur dan lebih cepat dinilai.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau dengan angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat domain di atas (Notoatmodjo, 2003).

Kategori pengetahuan dibagi dalam tiga kelompok yaitu baik, sedang dan kurang. Kriteria tingkat pengetahuan (Dewi & Wawan, 2010) menurut Arikunto (2006) pengetahuan seseorang dapat

diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

a) Baik : hasil presentase 76% - 100%.

b) Cukup : hasil presentase 56% - 75%.

c) Kurang : hasil presentase > 65%.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011) pengetahuan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

1) Usia

Usia merupakan lama hidup seseorang. Usia menunjukkan perkembangan kemampuan untuk belajar dan bentuk perilaku pengajaran yang dibutuhkan (Potter & Perry, 2005).

2) Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang karena seseorang dapat mengambil hal positif yang didapat sebagai pelajaran dan mengetahui hal negative sehingga tidak mengulang lagi.

3) Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat menambah wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih

rendah. Hal ini dikarenakan dengan pendidikan, seseorang akan lebih banyak memiliki tambahan informasi.

4) Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negative.

5) Fasilitas

Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, Koran dan buku. Orang yang mempunyai fasilitas yang lengkap lebih banyak pengetahuannya daripada orang yang mempunyai fasilitas informasi yang sedikit karena fasilitas merupakan sumber informasi.

6) Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh secara langsung terhadap pengetahuan seseorang, tetapi penghasilan akan mempengaruhi pemenuhan fasilitas yang dapat memberikan informasi. Informasi akan berpengaruh terhadap perilaku seseorang baik dalam aktivitas maupun konsumsi makanan.

Faktor-Faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Dewi & Wawan (2010), adalah :

a) Faktor Internal

1) Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra yang dikutip Notoatmodjo (2011), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Nursalam, 2003) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

2) Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003), pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga.

3) Umur

Menurut Elisabeth BH yang dikutip Nursalam (2003), usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut Hurlock (1998) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam dalam berfikir dan bekerja.

b) Faktor Eksternal

1) Faktor lingkungan

Menurut Ann. Mariner yang dikutip dari Nursalam (2003) lingkungan merupakan suatu kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2) Sosial Budaya Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

e. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu : (Dewi & Wawan, 2010)

1) Baik : Hasil presentase 76%-100%.

2) Cukup : Hasil presentase 56%-75%.

3) Kurang : Hasil presentase >65%.

Notoatmodjo (2010) menjelaskan ada berbagai macam cara untuk mencari dan memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, yaitu:

a) Cara tradisional, untuk memperoleh pengetahuan, cara kuno atau tradisional dipakai orang memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah untuk metode penemuan secara sistematis dan logis.

- b) Cara coba-salah (*trial and error*), cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan Cara memperoleh kebenaran nonilmiah, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba coba atau dengan kata yang lebih dikenal “*trial and error*”. Metode ini telah digunakan oleh orang dalam waktu yang cukup lama untuk memecahkan berbagai masalah. Bahkan sampai sekarangpun metode ini masih sering digunakan, terutama oleh mereka yang belum atau tidak mengetahui suatu cara tertentu dalam memecahkan suatu masalah yang dihadapi. Metode ini telah banyak jasanya, terutama dalam meletakkan dasar-dasar menemukan teori-teori dalam berbagai cabang ilmu pengetahuan.
- c) Secara Kebetulan Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan. Salah satu contoh adalah penemuan enzim urease oleh Summers pada tahun 1926.
- d) Cara Kekuasaan atau Otoritas Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak kebiasaan seperti ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja, melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Para pemegang otoritas, baik pemimpin pemerintah, tokoh agama, maupun ahli ilmu pengetahuan pada

prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama di dalam penemuan pengetahuan.

- e) Berdasarkan Pengalaman Pribadi Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh karena itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.
- f) Cara Akal Sehat Akal sehat atau common sense kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan ini berkembang, para orang tua zaman dahulu agar anaknya mau menuruti nasihat orang tuanya, atau agar anak disiplin menggunakan cara hukuman fisik bila anaknya berbuat salah, misalnya dijewer telinganya atau dicubit. Ternyata cara menghukum anak ini sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman adalah merupakan metode (meskipun bukan yang paling baik) bagi pendidikan anak. Pemberian hadiah dan hukuman (reward and punishment) merupakan cara yang masih dianut oleh banyak orang untuk mendisiplinkan anak dalam konteks pendidikan.

- g) Kebenaran Melalui Wahyu Ajaran dan dogma agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut-pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak.
- h) Kebenaran secara Intuitif Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir. Kebenaran yang diperoleh melalui intuitif sukar dipercaya karena kebenaran ini tidak menggunakan cara-cara yang rasional dan yang sistematis. Kebenaran ini diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati atau bisikan hati saja.
- i) Melalui Jalan Pikiran Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi.
- j) Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pertanyaan yang bersifat umum. Proses berpikir induksi berasal dari hasil pengamatan indra atau hal-hal yang nyata, maka dapat dikatakan bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang konkret kepada hal-hal yang abstrak.

k) Deduksi Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum yang ke khusus. Aristoteles (384-322SM) mengembangkan cara berpikir deduksi ini ke dalam suatu cara yang disebut “silogisme”. Silogisme merupakan suatu bentuk deduksi berlaku bahwa sesuatu yang dianggap benar secara umumpada kelas tertentu, berlaku juga kebenarannya pada semua peristiwa yang terjadi pada setiap yang termasuk dalam kelas itu.

### 3. Sikap (*Attitude*)

#### a. Pengertian

Sikap adalah kecenderungan bertindak dari individu, berupa respon tertutup terhadap stimulus ataupun obyek tertentu (Sunaryo, 2004)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok :

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (tend to behave).

#### b. Tingkatan Sikap

Seperti halnya pengetahuan sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan :

##### 1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

c. Pengukuran sikap

Skala sikap (*attitude scales*) berupa kumpulan pernyataan-pernyataan mengenai suatu objek sikap. Salah satu skala sikap adalah isi pernyataannya yang dapat berupa pernyataan langsung yang jelas tujuan ukurnya akan tetapi dapat pula berupa pertanyaan tidak langsung yang tampak kurang jelas tujuan ukurnya bagi responden. Respon individu terhadap stimulus (pertanyaan-pertanyaan) sikap yang berupa jawaban setuju atau tidak setuju (Azwar, 2008) sikap dapat diukur dengan menggunakan skala sikap, antara lain:

1) Skala Thurstone

LL, Thurstone (1928) dalam Azwar (2007) percaya bahwa sikap dapat diukur dengan skala pendapat. Metode Thurstone terdiri dari

kumpulan pendapat yang memiliki rentangan dari sangat positif ke arah sangat negative terhadap obyek sikap.

Prosedur penyusunan item pada Thurstone ditempuh dengan cara meminta pada sekelompok orang untuk memberikan pernyataan pada sekelompok orang untuk memberikan pertanyaan pada suatu obyek dengan satu muatan ide yang menyetujui dan menolak. Skor yang diperoleh kemudian ditetapkan berdasarkan “Equal Appearing Internal” dengan cara mengukur mediannya.

Thurstone membagi skala sikap dalam sebelas table berikut ini :

(Azwar, 2007).

Tabel 2.1 Skala Sikap menurut Thurstone

Most Favorable	Netral	Most Unfavorable
1 2 3 4	5 6 7 8 9 10	11

## 2) Skala Likert

Cara penyusunannya tidak jauh berbeda dengan Thurstone. Item pada likert menggunakan pilihan sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju (Azwar, 2007).

Table 2.2 Skala Sikap Menurut Likert

Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
4	3	2	1

## d. Faktor yang mempengaruhi sikap

Azwar (2007), mengatakan ada enam faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap, yaitu:

(1) Pengalaman Pribadi

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat, karena itu sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

(2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Seseorang yang dianggap penting merupakan komponen social yang mempengaruhi pembentukan sikap seorang individu terhadap sesuatu.

(3) Pengaruh Kebudayaan

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaanlah yang member corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.

(4) Media Massa

Dalam pemberian surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya factual disampaikan secara obyektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

(5) Lembaga pendidikan dan Lembaga agama

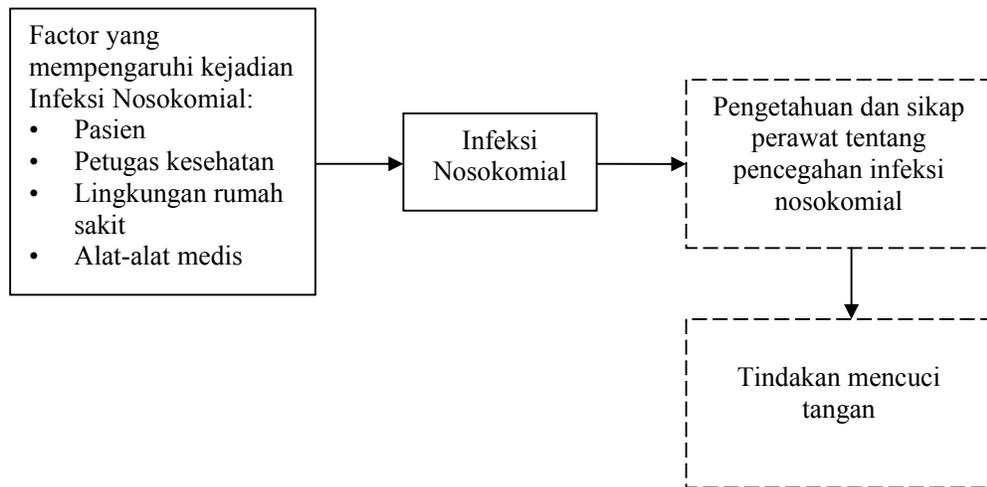
Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan system kepercayaan tidaklah

mengherankan jika pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

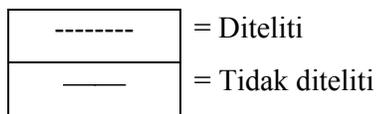
(6) Faktor emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme.

## B. Kerangka Teori

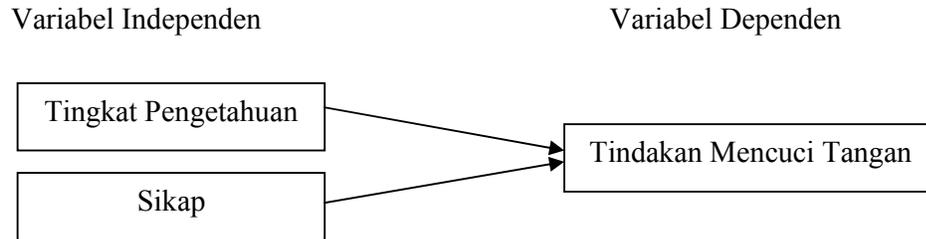


Keterangan :



Gambar 2.12 Kerangka Teori  
(Hidayat, 2006; Spiritia, 2006)

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2.13. Kerangka Konsep

### D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan mencuci tangan di RSUD Dr. Moewardi.
2. Ada hubungan antara sikap perawat tentang pencegahan infeksi nosokomial dengan tindakan mencuci tangan di RSUD Dr. Moewardi.
3. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap perawat tentang pencegahan infeksi nosokomial dengan tindakan mencuci tangan di RSUD Dr. Moewardi.
4. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap perawat tentang pencegahan infeksi nosokomial dengan tindakan mencuci tangan di RSUD Dr. Moewardi.