

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyuluhan

2.1.1 Definisi Penyuluhan

Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, dan tahu bagaimana caranya melakukan apa yang bisa dilakukan secara perorangan maupun kelompok dan meminta pertolongan (Effendi, 2008).

Pendidikan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur (Notoatmojo, 2003). Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan suatu intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu penderita baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai pendidik (Suliha dkk, 2002).

Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa. Dalam tujuan tersebut seorang individu, kelompok, atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar (Notoatmodjo, 2003).

Kesehatan dengan kata dasar sehat adalah keadaan kesejahteraan optimal antara fisik, mental dan sosial yang harus dicapai sepanjang kehidupan.

Pendidikan kesehatan adalah komponen program kesehatan dan kedokteran yang terdiri atas upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat yang merupakan perubahan cara berpikir, bersikap dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan promosi hidup sehat. (Suliha dkk, 2002).

Pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses dimana seorang tersebut mempunyai masukan atau input dan keluaran atau output. Masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut kesadaran belajar yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakang. Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan dan perilaku pada diri subyek belajar tersebut. Di dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subyek belajar, pengajar atau pendidik atau fasilitator, metode teknik belajar, alat bantu belajar dan materi atau bahan yang akan dipelajari. Sedangkan keluaran merupakan hasil belajar itu sendiri, yaitu kemampuan atau perubahan perilaku dari subyek belajar. (Notoatmodjo, 2003).

2.1.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan

Faktor yang mempengaruhi proses belajar adalah metode, fasilitas, alat bantu pembelajaran dan bahan yang akan dipelajari. Adapun prinsip-prinsip pembelajaran meliputi : pengalaman-pengalaman yang dimiliki sebelumnya, kepribadian, proses kerjasama dan kolaborasi, tanggung jawab, proses evolusi dan proses emosional dan intelektual. Menurut Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa ciri dari kegiatan belajar adalah kegiatan yang menghasilkan perubahan baru individu, berlangsung lama dan perubahan tersebut karena usaha bukan

karena proses pematangan. Dalam proses belajar dipengaruhi empat factor utama yaitu materi, lingkungan yang meliputi fisik dan lingkungan sosial, instrumental belajar dan individu subyek belajar yang meliputi fisik dan psikologis misalnya intelegensi, daya tangkap, pengamatan, motivasi dan sebagainya. Prinsip belajar meliputi komponen pengalaman, proses intelegensi dan emosi serta proses kolaborasi dan kerjasama.

2.1.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan utama dari pendidikan kesehatan adalah agar masyarakat dapat mempraktikkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan bagi masyarakat, atau masyarakat dapat berpengetahuan dan sikap hidup sehat (healthy life style). (Notoatmodjo, 2012 : 15).

Menurut Notoatmodjo (2003) pendidikan kesehatan dalam merubah perilaku melalui proses perubahan akan dipengaruhi oleh banyak factor yaitu :

1. Faktor Predisposisi atau pencetus
Faktor pencetus mencakup : pengetahuan, sikap, tradisi, kepercayaan, tingkat pendidikan, tingkat sosial budaya, system bernilai yang dianut masyarakat terhadap kesehatan.
2. Faktor Enabling atau pemungkin
Faktor pemungkin menyangkut ketersediaan sarana dan prasarana dalam merubah perilaku penderita yang meliputi fasilitas kesehatan bagi penderita, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, ketersediaan makanan bergizi, fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik.
3. Faktor Reinforcing atau penguat
Faktor penguat menyangkut sikap dan perilaku pendukung kesehatan seperti tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama.

2.1.4 Media atau alat Bantu Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan

Ciri-ciri media pembelajaran dalam pendidikan kesehatan antara lain :

1. Merupakan suatu alat yang dapat diraba, dilihat, didengar dan dapat diamati melalui panca indera
 2. Tekanan utamanya terletak pada benda atau hal-hal yang dapat dilihat dan didengar.
 3. Digunakan dalam rangka hubungan komunikasi dan penyuluhan.
 4. Merupakan media pendidikan yang dapat digunakan dalam penyuluhan.
 5. Sebagai alat teknis yang erat kaitannya dengan metode penyuluhan diberikan.
- Menurut Notoatmodjo (2002) membagi alat peraga ke dalam bentuk :
kata-kata, tulisan, rekaman, radio, film, televisi, pameran, kunjungan lapangan, demonstrasi, benda tiruan dan benda asli.

2.1.5 Jenis Media Pendidikan

Menurut Maulana (2007), adapun macam alat bantu pendidikan pada dasarnya ada 3 macam, yaitu :

1. Alat Bantu Lihai (Visual Aids)
Alat ini berguna di dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini di bagi 2 bantu, yaitu :
 - a. Alat yang diproyeksikan, misalnya slide, film dan sebagainya.
 - b. Alat yang tidak diproyeksikan, misalnya gambar, bagan, bola dunia, boneka dan sebagainya.
2. Alat Bantu Dengar (Audio Aids)
Adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengaran pada waktu proses penyampaian dan bahan pengajaran. Misalnya radio, piringan hitam dan sebagainya.
3. Alat Bantu Dengar atau Audio Visual Aids

Adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada saat proses penyampaian pembelajaran. Misalnya video kaset, televisi dan sebagainya.

Di samping pembagian tersebut, alat peraga juga dapat dibedakan menjadi dua macam menurut pembuatannya dan penggunaannya.

- 1) Alat bantu yang rumit (complicated), seperti film, slide dan sebagainya yang memerlukan listrik dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor
- 2) Alat peraga sederhana, yang mudah dibuat sendiri dengan bahan-bahan setempat dan mudah diperoleh seperti bamboo, karton, kertas, Koran dan sebagainya.

Media audiovisual adalah media yang dihasilkan melalui proses mekanik dan elektronik dengan menyajikan informasi atau pesan secara audio dan visual. Media cetak ini antara lain TV, film dan video. Media ini memberikan stimulus terhadap pandangan dan pendengaran dengan bercirikan ; menyajikan visual dinamis, dirancang dan disiapkan lebih dahulu dan memegang prinsip (psikologis, behavioristik dan kognitif). (Dermawan & Setiawati, 2008).

Penggunaan jenis media yang tepat akan memudahkan untuk mencapai tujuan pendidikan kesehatan yang dilakukan. Media pendidikan mempunyai beberapa manfaat antara lain menimbulkan minatbagi sasaran, dapat menghindari dari kejenuhan dan kebosanan, membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman, memudahkan penyampaian informasi, dan memudahkan penerimaan informasi bagi sasaran didik (Taufik, 2007). Media pendidikan kesehatan juga memiliki beberapa fungsi yaitu fungsi atensi, fungsi afektif, fungsi kognitif, dan fungsi kompensatori.

Fungsi atensi diartikan bahwa media memiliki kekuatan untuk menarik perhatian peserta, fungsi afektif adalah media berfungsi untuk mempengaruhi sikap dan emosi peserta didik, Dua fungsi selanjutnya adalah fungsi kognitif, yaitu diartikan bahwa gambar atau symbol-simbol lain yang digunakan dalam sebuah media akan mempercepat pencapaian tujuan pembelajaran, mengingat gambar atau lambing yang jelas akan mempermudah proses piker penerima pesan dan fungsi kompensatori yaitu sebagai pelengkap dalam konteks pemberi informasi

2.2 Konsep Pengetahuan

2.2.1 Pengertian

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang memilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*overt behavior*) [CITATION Drs04 \l 1057].

2.2.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang dicakup dalam kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2010) yaitu

1. Tahu (*know*)
Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
2. Memahami (*comprehension*)
Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.
3. Aplikasi (*application*)
Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
4. Analisis (*analysis*)
Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.
5. Sintesis (*synthesis*)
Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.
6. Evaluasi (*evaluation*)
Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu

1. Pengalaman
Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain.
2. Tingkat pendidikan
Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaiknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang diperkenalkan (Kuncoroningrat, 1997).
3. Keyakinan
Keyakinan diperoleh secara turun menurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.
4. Fasilitas
Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran, dan buku.
5. Penghasilan
Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun, bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas-fasilitas sumber informasi.
6. Sosial budaya
Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

2.2.4 Sumber pengetahuan

Adapun beberapa sumber pengetahuan menurut Notoatmodjo (2007), sebagai berikut

1. Kepercayaan berdasarkan tradisi, adat dan agama.
Berbentuk norma dan kaidah baku yang berlaku didalam kehidupan sehari-hari. Di dalam norma dan kaidah itu terkandung pengetahuan yang

kebenarannya tidak dapat dibuktikan secara rasional dan empiris, tetapi sulit dikritik untuk diubah begitu saja. Jadi, harus diikuti dengan tanpa keraguan dan percaya secara bulat. Pengetahuan yang bersumber dari kepercayaan cenderung bersifat tetap (mapan) tetapi subjektif.

2. Pengetahuan berdasarkan pada otoritas kesaksian orang lain.

Pihak pemegang otoritas kebenaran pengetahuan yang dapat dipercayai adalah orang tua, guru, ulama, orang yang dituakan, dan sebagainya. Apapun yang mereka katakan, benar atau salah, baik atau buruk, dan indah atau jelek, pada umumnya diikuti dan dijalankan dengan patuh tanpa kritik. Karena kebanyakan orang telah mempercayai mereka sebagai orang-orang yang cukup berpengalaman dan berpengetahuan lebih luas.

3. Pengalaman

Pengalaman adalah alat vital penyelenggaraan kebutuhan hidup sehari-hari yaitu dengan mata, telinga, hidung, lidah, dan kulit, orang bisa menyaksikan secara langsung dan bisa pula melakukan kegiatan hidup.

4. Alat pikiran

Berbeda dengan panca indera, akal pikiran memiliki sifat lebih rohani. Akal pikiran mampu menangkap hal-hal yang metafisis, spiritual, abstrak, universal, yang seragam dan bersifat tetap. Akal pikiran cenderung memberikan pengetahuan yang lebih umum, objektif dan pasti.

2.1.5 Pengukuran pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), Pengetahuan tentang kesehatan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya, kuantitatif atau kualitatif:

1. Penelitian Kuantitatif

Penelitian kuantitatif pada umum akan mencari jawab atas fenomena, yang menyangkut berapa banyak, berapa sering, berapa lama dan sebagainya, maka biasanya menggunakan metode wawancara dan angket (*self administered*):

1) Wawancara tertutup atau wawancara terbuka, dengan menggunakan instrumen (alat pengukur/pengumpul data) kuesioner. Wawancara tertutup adalah suatu wawancara dimana jawaban responden atas pertanyaan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban mana yang mereka anggap paling benar atau paling tepat. Sedangkan wawancara terbuka, dimana pertanyaan-pertanyaan yang diajukan bersifat terbuka, sedangkan responden boleh menjawab apa saja sesuai dengan pendapat atau pengetahuan responden sendiri.

2) Angket tertutup atau terbuka.

Angket juga dalam bentuk tertutup dan terbuka. Instrumen atau alat ukurnya seperti wawancara, hanya jawaban responden disampaikan lewat tulisan. Metode pengukuran melalui angket ini sering disebut *self administered* atau metode mengisi sendiri.

2. Penelitian Kualitatif

Pada umumnya penelitian kualitatif bertujuan untuk menjawab bagaimana suatu fenomena itu terjadi, atau mengapa terjadi. Metode-metode pengukuran pengetahuan dalam metode penelitian kualitatif ini antara lain

1) Wawancara mendalam.

Mengukur variable pengetahuan dengan menggunakan metode wawancara mendalam, adalah peneliti mengajukan suatu pertanyaan sebagai pembuka, yang akhirnya memancing jawaban yang sebanyak-banyaknya dari responden. Jawaban responden akan diikuti pertanyaan yang lain, terus-menerus, sehingga diperoleh informasi atau jawaban responden sebanyak-banyaknya dan sejelas-jelasnya.

2) Diskusi kelompok terfokus (DKT).

Diskusi kelompok terfokus atau "*focus group discussion*" dalam menggali informasi dari beberapa orang responden sekaligus dalam

kelompok. Peneliti mengajukan pertanyaan-pertanyaan, yang akan memperoleh jawaban yang berbeda-beda dari semua responden dalam kelompok tersebut. Jumlah kelompok dalam diskusi kelompok terfokus, tidak terlalu banyak, tetapi tidak terlalu sedikit, antara 6-10 orang.

2.3 Konsep Sikap

2.3.1 Pengertian

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2007).

2.3.2 Komponen Sikap

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2010) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok:

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide, konsep terhadap objek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat, atau pemikiran seseorang terhadap objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap merupakan anjang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

Ketiga komponen tersebut diatas secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

2.3.2 Tingkatan Sikap

Tingkatan-tingkatan sikap berdasarkan intensitasnya menurut Notoatmodjo (2007) :

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

2. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi di sini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi. Misalnya tenaga kesehatan yang mengikuti penyuluhan tentang 5 moment for hand hygiene tersebut ditanya atau diminta menanggapi oleh penyuluh, kemudian ia menjawab atau menanggapi.

3. Menghargai (*valuting*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

2.3.3 Proses Adopsi Pengetahuan dan Sikap

Penelitian Roggers (1974) bahwa dalam diri seseorang sebelum menerima suatu obyek terjadi proses berurutan :

1. *Awareness* (kesadaran)
Yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. *Interest*
Yakni orang yang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation*
Menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.

Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*
Orang telah mulai mencoba berpengetahuan dan sikap baru.
5. *Adoption*
Subyek telah berpengetahuan dan sikap baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

2.4 Konsep 5 Moment for hand hygiene

2.4.1 Ada 5 keadaan (moment) mencuci tangan menurut WHO :

1. Sebelum kontak dengan pasien.

Kapan : Bersihkan tangan anda sebelum menyentuh pasien ketika mendekati dia

Kenapa : Untuk melindungi terhadap resiko pasien penularan kuman berbahaya dilakukan di tangan anda

2. Sebelum melakukan tindakan / prosedur terhadap pasien.

Kapan : Bersihkan tangan anda segera sebelum melakukan tindakan / prosedur aseptik.

Kenapa : Untuk melindungi pasien terhadap kuman berbahaya, termasuk pasien sendiri memasuki tubuhnya

3. Setelah tindakan / prosedur atau resiko terpapar cairan tubuh pasien.

Kapan : Bersihkan tangan anda Setelah tindakan / prosedur atau resiko terpapar cairan tubuh pasien (dan sesudah melepas sarung tangan).

Kenapa : Untuk melindungi diri sendiri dan lingkungan perawatan kesehatan dari kuman berbahaya pasien

4. Setelah kontak dengan pasien.

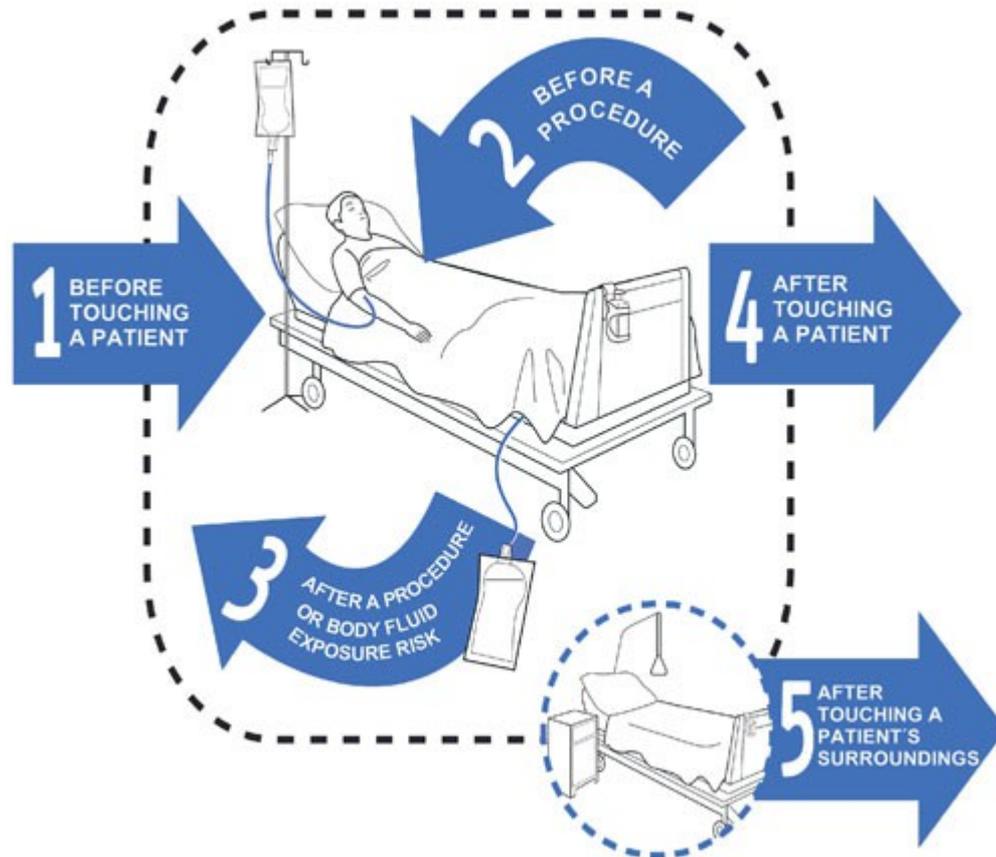
Kapan : Bersihkan tangan anda setelah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitarnya, dan ketika meninggalkan pasien.

Kenapa : Untuk melindungi diri sendiri dan lingkungan perawatan kesehatan dari kuman berbahaya pasien

5. Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien.

Kapan : Bersihkan tangan anda setelah menyentuh benda atau furniture dalam pasien dan sekitarnya, ketika meninggalkan pasien bahkan jika belum tersentuh.

Kenapa : Untuk melindungi diri sendiri dan lingkungan perawatan kesehatan dari kuman berbahaya pasien



Gambar 2.1 5 *Moment for hand hygiene* menurut WHO

2.5 Konsep Cuci Tangan

2.5.1 Pengertian

Mencuci tangan adalah teknik yang sangat mendasar dalam mencegah dan mengendalikan infeksi, dengan mencuci tangan dapat menghilangkan sebagian besar mikroorganisme yang ada di kulit (Kamaruddin, 2009).

2.5.2 Tujuan

Menurut hidayat (2007) mencuci tangan bertujuan untuk :

1. Mencegah terjadinya infeksi melalui tangan
2. Membantu menghilangkan mikroorganisme yang ada di kulit tangan.

2.5.3 6 Langkah Mencuci Tangan menurut WHO :

1. Ratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan
2. Gosok punggung tangan dan sela-sela jari, lakukan pada kedua tangan
3. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan.
4. Gosok punggung jari kedua tangan dengan posisi tangan saling mengunci.
5. Gosok ibu jari dengan diputar dalam gengaman tangan kanan, lakukan juga pada tangan satunya.
6. Usapkan ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri, lakukan juga pada tangan satunya kemudian bilas.



Gambar 2.2 Langkah cuci tangan menurut WHO

2.5.4 Kebersihan Tangan

Praktek membersihkan adalah untuk mencegah infeksi yang ditularkan melalui tangan. Tujuannya untuk menghilangkan semua kotoran serta menghambat atau membunuh mikroorganisme pada kulit. Mikroorganisme di tangan ini diperoleh dari kontak dengan pasien dan lingkungan. Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih sama efektifnya mencuci tangan dengan anti mikroba. Hal-hal ini perlu diingat saat membersihkan tangan :

1. Bila jelas terlihat kotor atau terkontaminasi oleh bahan yang mengandung protein, tangan harus dicuci dengan sabun dan air mengalir.
2. Lakukan handrub bila tangan tidak kotor dengan memperhatikan *5 moment for hand hygiene*.
3. Pastikan tangan kering sebelum memulai kegiatan.
4. Jangan gunakan produk berbasis alcohol setelah menyentuh kulit yang tidak utuh, darah atau cairan tubuh. Pada kondisi ini cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan tisu.
5. Pada handrub dilakukan selama 20-30 detik, pada handwash dilakukan selama 40-60 detik dengan 6 langkah yang sama.

2.5.5 Upaya Meningkatkan Kebersihan Tangan

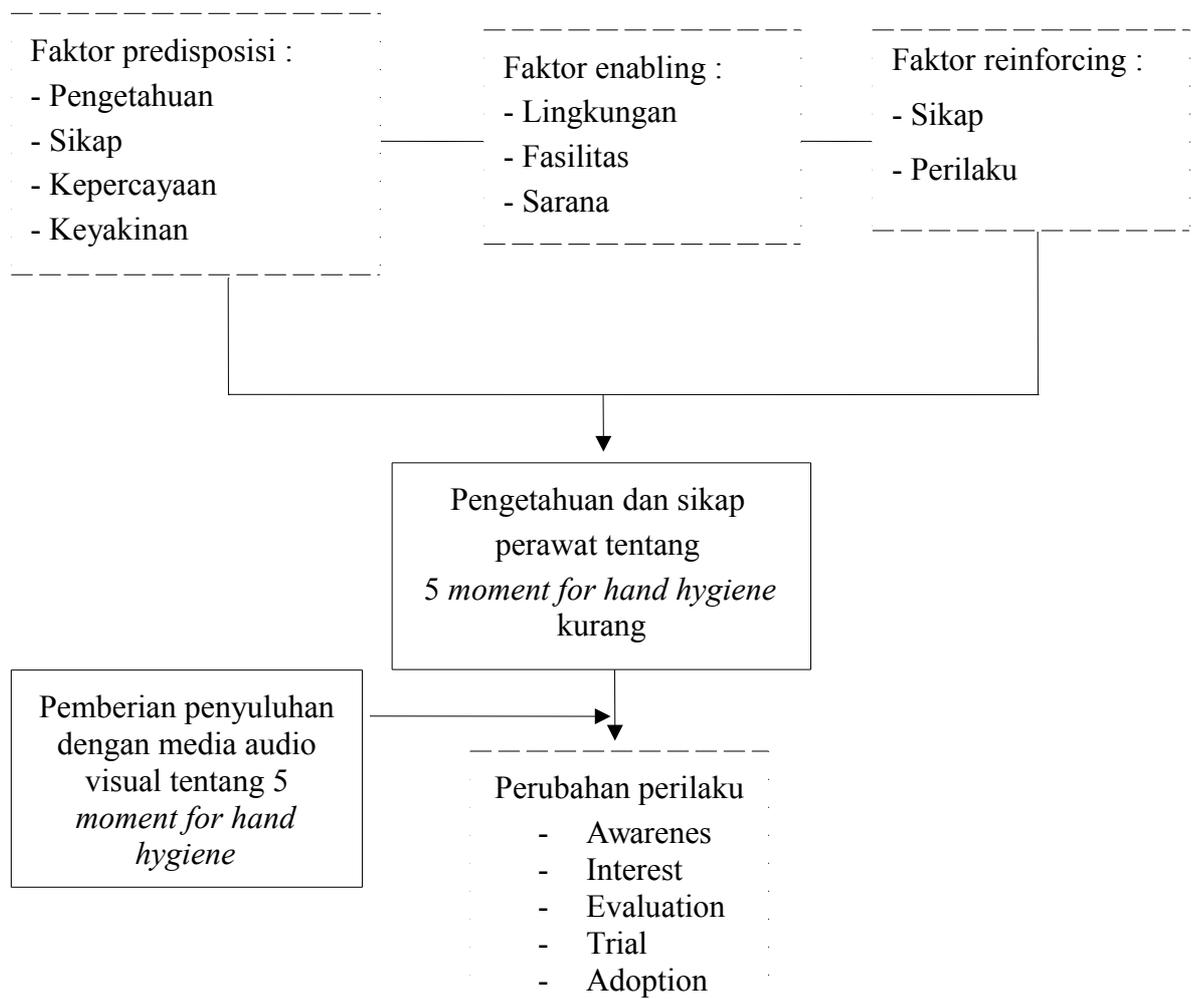
Mencuci tangan telah dianggap sebagai salah satu tindakan terpenting untuk mengurangi penularan mikroorganisme dan mencegah infeksi selama lebih dari 150 tahun. Penelitian Semmelweis (1861) dan banyak penelitian lainnya memperlihatkan, bahwa penularan dari pasien ke pasien mungkin terjadi melalui tangan petugas kesehatan. Menjaga kebersihan tangan dengan baik dan dapat mencegah penularan mikroorganisme dan menurunkan infeksi nosokomial (Boyce 1999 ; Larson 1995).

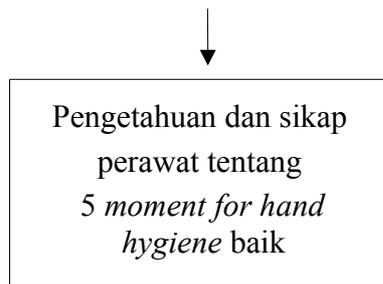
Masalah yang selalu timbul adalah bagaimana membuat petugas kesehatan patuh pada praktek mencuci tangan yang telah direkomendasikan. Meskipun sulit untuk merubah kebiasaan mengenai hal ini, ada beberapa cara yang dapat meningkatkan keberhasilan, seperti :

1. Menyebarluaskan panduan terbaru mengenai praktek menjaga kebersihan tangan dimana tercantum bukti mengenai efektifitasnya dalam mencegah penyakit dan perlunya petugas kesehatan untuk mengikuti panduan tersebut.
2. Kebersihan tangan
3. Melibatkan pimpinan / pengelola Klinik dalam penerapan pedoman menggunakan teknik pendidikan yang efektif, termasuk role model, mentoring, monitoring dan umpan balik positif.
4. Menggunakan pendekatan kinerja yang ditargetkan ke semua petugas kesehatan, bukan hanya sekedar dokter dan perawat untuk meningkatkan kepatuhan.
5. Mempertimbangkan kenyamanan petugas dan pilihan yang efektif untuk menjaga kebersihan tangan sehingga membuat petugas lebih mudah mematuhi.

Selain itu, salah satu cara mudah untuk meningkatkan kepatuhan adalah menyediakan adalah menyediakan botol kecil handrup antiseptic untuk setiap petugas. Handrup lebih efektif dibandingkan cuci tangan dengan sabun karena dapat disediakan berbagai tempat sesuai jumlah yang dibutuhkan, tidak memerlukan sumber air, waktu lebih singkat dan kurang menimbulkan iritasi. Dengan demikian handrup antiseptik dapat menggantikan proses cuci tangan dengan sabun dan air sebagai prosedur utama untuk meningkatkan sikap dan tindakan dalam mencuci tangan.

2.6 Kerangka Konseptual





Keterangan :

: Diukur : Tidak diukur

Gambar 2.3 Kerangka konseptual pengaruh penyuluhan kesehatan dengan media audio visual terhadap pengetahuan dan sikap dalam *5 moment for hand hygiene*.

Keterangan :

Berdasarkan kerangka konsep di atas dapat diuraikan bahwa menurut teori Lawrence Green (1980) terdapat beberapa faktor yang diduga mempengaruhi pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan tentang *5 moment for hand hygiene*, diantaranya adalah factor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan keyakinan. Faktor enabling yang mempengaruhi meliputi lingkungan, fasilitas, dan sarana di instansi kerja. Faktor reinforcing meliputi sikap, perilaku dari tenaga kesehatan. Dari beberapa faktor tersebut didapatkan pengetahuan dan sikap perawat yang masih kurang. Untuk itu dilakukan penyuluhan dengan media audio visual.

Menurut Rogers (1974) bahwa dalam diri seseorang sebelum menerima suatu obyek terjadi proses berurutan : *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (penyuluhan dengan media audio visual) terlebih dahulu, *Interest*, yakni orang yang mulai tertarik kepada stimulus. *Evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut

bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi. *Trial*, orang telah mulai mencoba berpengetahuan dan sikap baru. *Adoption*, subyek telah berpengetahuan dan sikap baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus. Diharapkan dengan adanya penyuluhan dengan media audio visual, pengetahuan perawat menjadi baik dan sikap perawat menjadi positif tentang *5 moment for hand hygiene*.

2.7 Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah

H1 : Ada pengaruh penyuluhan dengan media audiovisual terhadap pengetahuan dan sikap tentang *5 moment for hand hygiene* pada tenaga perawat di Klinik Mata Tritya Surabaya.