

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Bagi masyarakat umum, rumah sakit merupakan tempat pemeliharaan kesehatan di mana mereka mempercayakan sepenuhnya kesehatan diri dan keluarganya. Namun pada kenyataannya rumah sakit bisa menjadi sumber malapetaka bagi masyarakat karena rumah sakit merupakan sarana umum yang potensial untuk menyebarnya infeksi dan tidak pernah terlepas dari adanya masalah infeksi nosokomial. Kewaspadaan universal merupakan salah satu upaya pengendalian infeksi nosokomial dan perwujudan tanggung jawab rumah sakit sebagai tempat pemeliharaan kesehatan, dan bukan rumah sakit yang menjadikan penyebab infeksi atau yang menyebabkan penderitaan bagi pasien, keluarga maupun petugas rumah sakit.

Akibat infeksi nosokomial tidak saja merugikan penderita, tetapi keluarga, masyarakat dan rumah sakit itu sendiri. Penderita mengalami kerugian karena kehilangan waktunya yang produktif selama dirawat di rumah sakit, dan juga membebani biaya finansial keluarga karena harus membayar lebih tinggi dari seharusnya. Angka morbiditas dan mortalitas di rumah sakit akan meningkat karena adanya infeksi nosokomial dan hal ini merupakan salah satu faktor yang menunjukkan rendahnya mutu pelayanan rumah sakit.

Kasus infeksi nosokomial atau *hospital acquired infection* saat ini banyak dibicarakan dan menjadi perhatian para ahli, karena berpengaruh terhadap morbiditas serta biaya perawatan dan pengobatan menjadi lebih tinggi. Angka kejadian kasus itu sangat bervariasi, terutama di negara-negara berkembang, seperti di Indonesia. Kasus tersebut dapat bersifat endemik ataupun epidemik. Di Yogyakarta kasus infeksi nosokomial di RSUP Dr Sardjito tahun 1996 sebanyak 66 orang terdiri atas 32 kasus bedah dan 34 nonbedah. Persentase infeksi bedah 6,89% dan di ruang obstetri ginekologi 3,7%. Dari angka tersebut, masih mungkin ada kasus yang tidak tercatat, karena menurut data di negara maju saja persentase infeksi nosokomial masih sekitar 5-10% (Suara Merdeka, 2001).

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 1 Februari 2006 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta didapatkan data hasil survei infeksi nosokomial luka operasi pada tahun 1998 sebesar 7,4% (PKU, 2002). Kejadian infeksi nosokomial merupakan masalah global dan menjangkau paling sedikit 9% (3-12%) dari 1,4 juta pasien rawat inap di rumah sakit seluruh dunia (PKU, 2002).

Mengingat banyaknya kasus infeksi nosokomial maka dirasa sangat perlu melakukan pengendalian infeksi nosokomial, yang harus menjadi tanggung jawab seluruh staf rumah sakit. Pengetahuan tentang pencegahan infeksi sangat penting untuk petugas rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya yang merupakan sarana umum yang rawan untuk terjadi infeksi. Kemampuan untuk mencegah transmisi

dalam pemberian pelayanan yang bermutu. Untuk seorang petugas kesehatan, kemampuan mencegah infeksi memiliki keterkaitan yang tinggi dengan pekerjaan, karena mencakup setiap aspek penanganan pasien (DepKes, 2004).

Salah satu strategi yang sudah terbukti bermanfaat dalam pengendalian infeksi nosokomial adalah peningkatan kemampuan petugas kesehatan dalam metode Universal Precautions atau Kewaspadaan Universal. Kewaspadaan universal yaitu suatu cara penanganan baru untuk meminimalkan pajanan darah dan cairan tubuh dari semua pasien, tanpa memperdulikan status infeksi. Dasar Kewaspadaan Universal adalah cuci tangan secara benar, penggunaan alat pelindung, desinfeksi dan mencegah tusukan alat tajam, dalam upaya mencegah transmisi mikroorganisme melalui darah dan cairan tubuh (DepKes, 2004).

Tangan adalah sumber dari berbagai macam penyakit infeksi. Kontak antara tangan dan tangan yang lain dapat menyebarkan berbagai macam penyakit menular. Tangan yang tidak bersih dari kuman bisa menimbulkan penularan penyakit dari satu pasien ke pasien lain. Di Indonesia mencuci tangan menjadi rekomendasi utama pencegahan berbagai penyakit menular. Direktorat Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (PPMPL) menempatkan cuci tangan sebagai dasar utama kewaspadaan universal pengendalian infeksi nosokomial (Suara Pembaharuan, 2003).

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta, usaha pencegahan infeksi nosokomial belum dilaksanakan secara maksimal meskipun tenaga kesehatan di rumah sakit tersebut

pernah mengikuti pelatihan pengendalian infeksi nosokomial. Pengamatan ini didukung oleh hasil wawancara pada sebagian perawat yang bertugas di bangsal kelas III yaitu, bangsal Marwah dan Arofah. Mereka mengatakan hanya mencuci tangan setelah melakukan tindakan keperawatan saja meskipun sudah terdapat papan peringatan yang mengingatkan mereka untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mengobservasi perilaku cuci tangan perawat sebagai upaya pencegahan infeksi nosokomial di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta dengan meneliti hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku cuci tangan sebagai upaya pencegahan infeksi nosokomial.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

“Apakah ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku cuci tangan perawat sebagai upaya pencegahan infeksi nosokomial di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta ?”

3. Tempat

Penelitian dilaksanakan di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta, karena di RSUD PKU Muhammadiyah pelaksanaan cuci tangan perawat sebagai upaya pencegahan infeksi nosokomial belum dilakukan secara maksimal di mana perawat hanya melakukan cuci tangan setelah tindakan keperawatan saja dan tidak sesuai dengan pedoman cuci tangan yang dianjurkan.

4. Waktu

Pengambilan data penelitian dilaksanakan pada bulan September-Oktober 2006

F. Keaslian Penelitian

Penelitian yang terkait dengan perilaku cuci tangan perawat pernah diteliti juga oleh Syusanti (2005) dengan judul “Gambaran cuci tangan perawat di Unit Gawat Darurat RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta”. Tujuan penelitian Syusanti adalah untuk mendapatkan gambaran cuci tangan perawat di UGD RSUD PKU Muhammadiyah dengan jenis penelitian deskriptif murni dan metode pengumpulan data dengan observasi. Dari penelitian ini memiliki kesamaan dalam aspek cuci tangan perawat namun terdapat perbedaan pada tujuan, variabel, tehnik sampling, pemakaian instrument, analisis data dan penggunaan metode penelitian. Berdasarkan hasil penelitian Syusanti didapatkan 65% tehnik cuci tangan perawat di UGD PKU Muhammadiyah kurang sempurna dan 60% perawat

sembuh apabila sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek :

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit serta pemulihan kesehatan setelah sembuh dari penyakit.
- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Kesehatan sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan agar mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
- c. Perilaku gizi (makanan dan minuman). Makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi makanan dan minuman juga dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2) Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau disebut juga perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*).

Perilaku pencarian pengobatan merupakan suatu perilaku yang menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan. Perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri

Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku. Apabila disimpulkan maka motivasi yaitu suatu dorongan mental/keadaan dalam diri seseorang untuk bersedia melakukan suatu pekerjaan yang meliputi hal-hal yang sangat kompleks (Marjana, 2002). Siagian (1995) mengemukakan bahwa seseorang akan termotivasi untuk melakukan suatu pekerjaan dengan suatu pengharapan dan cita-cita. Dalam hal ini perawat diharapkan dapat termotivasi untuk melakukan perilaku yang berhubungan dengan peningkatan kesehatan.

Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman dan sebagainya. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun objeknya sama.

Perilaku juga dapat timbul karena emosi. Aspek psikologis yang mempengaruhi emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani. Sedangkan keadaan jasmani merupakan hasil keturunan (bawaan). Dalam proses pencapaian kedewasaan pada manusia semua aspek yang berhubungan dengan keturunan dan emosi akan berkembang sesuai dengan hukum perkembangan. Oleh karena itu perilaku yang timbul karena emosi merupakan perilaku bawaan (Notoatmojo, 2003).

Pender (1987) cit Potter & Perry (2005) mengemukakan bahwa

kesehatan sebagai suatu tujuan dan mengikuti program pelayanan kesehatan atau melaksanakan aktivitas yang ditujukan untuk mencapai atau mempertahankan kesehatan yang optimal.

Perawat harus menekankan kegiatan atau perilaku peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit sebagai bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang penting untuk dilaksanakan. Perilaku peningkatan kesehatan dan perilaku pencegahan penyakit merupakan perilaku yang berhubungan erat dan saling melengkapi dalam pelaksanaannya. Perilaku pencegahan penyakit bertujuan untuk melindungi klien dari ancaman kesehatan yang bersifat aktual maupun potensial.

2. INFEKSI NOSOKOMIAL

a. Definisi

Nosokomial berasal dari bahasa Yunani *noso* yang berarti penyakit dan *komeion* yang berarti merawat, sedangkan nosocomial berarti berkenaan dengan atau berasal dari rumah sakit (Dorland, 2002).

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat penderita selama atau oleh karena dirawat di rumah sakit. Suatu infeksi pada penderita baru dinyatakan sebagai infeksi nosokomial bila memenuhi beberapa kriteria/batasan tertentu sebagai berikut.

1. Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit tidak didapatkan

- 2) Pada waktu penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak menunjukkan sedang dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut.
- 3) Tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut baru timbul sekurang-kurangnya setelah 3 x 24 jam sejak mulai perawatan.
- 4) Infeksi tersebut bukan merupakan sisa dari infeksi sebelumnya.
- 5) Bila saat mulai dirawat di rumah sakit sudah ada tanda-tanda, dan terbukti infeksi tersebut didapat dari penderita ketika dirawat di rumah sakit yang sama pada waktu lalu, serta belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial.

Masalah infeksi nosokomial pada tahun terakhir ini telah menjadi topik pembicaraan di banyak negara. Telah diketahui bahwa pengelolaan infeksi nosokomial menimbulkan biaya tinggi, baik yang ditanggung pihak penderita maupun rumah sakit (Hasbullah, 1993).

b. Jenis-jenis infeksi nosokomial

Pada umumnya infeksi nosokomial dapat berupa :

1. Infeksi luka operasi
2. Infeksi saluran kemih
3. Infeksi saluran napas
4. Septisemia/bakterimia

Infeksi luka operasi merupakan infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (feber), kemerahan (rubor), tumor dan keluarnya

nanah (pus) dalam waktu lebih dari 72 jam. Kriteria infeksi menurut Departemen Kesehatan RI adalah apabila ada kemerahan dan discharge bukan pus maka perlu diobservasi, bila mengalami resolusi berarti bukan infeksi luka operasi. Sedangkan *National Research Council (NRC)* Amerika membuat kriteria adanya pus yang keluar dari luka operasi disebut infeksi luka operasi. Angka kejadian infeksi luka operasi menunjukkan mutu perawatan dan pelayanan bedah. Kemungkinan terjadinya infeksi nosokomial pada luka operasi ini secara langsung dikaitkan dengan banyaknya bakteri yang masuk ke dalam insisi yang dilakukan selama operasi. Operasi dapat dikategorikan menjadi 4, yaitu operasi bersih, bersih-terkontaminasi, terkontaminasi, dan kotor. Kemungkinan resiko terjadinya infeksi nosokomial tergantung pada setiap kategori luka operasi yang terjadi (PKU, 2002).

Infeksi saluran kencing (ISK) merupakan jenis infeksi nosokomial yang paling sering terjadi yaitu sekitar 40 % dari seluruh infeksi pada rumah sakit setiap tahunnya (Burke dan Zavasky, 1999 cit Tietjen et al., 2004). Mikroorganisme yang menyebabkan ISK dapat berasal dari sumber-sumber endogen seperti flora usus pasien atau kerusakan kulit atau dari sumber-sumber eksogen seperti larutan yang terkontaminasi, pelanggaran teknik aseptik, penggunaan alat-alat yang tidak steril, atau

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention*, saluran pernapasan merupakan tempat utama kedua untuk infeksi nosokomial (saluran kemih adalah tempat pertama). Prosedur-prosedur pernapasan seperti intubasi endotrakeal, pengisapan, dan ventilasi mekanik menimbulkan kesempatan untuk pemindahan mikroorganisme dari benda-benda mati ke pasien (pada komponen humidifier, nebulizer, dan ventilator yang terkontaminasi) dan untuk pemindahan mikroorganisme pada tangan petugas yang berpindah dari satu pasien ke pasien lainnya (Martin, 1993 cit Schaffer et al., 2000).

Penularan ke pasien seringkali terjadi melalui tangan petugas perawatan kesehatan yang terkontaminasi atau terkolonisasi dengan mikroorganisme. Prosedur-prosedur seperti pengisapan sirkuit ventilator atau selang endotrakeal meningkatkan kesempatan untuk kontaminasi silang (Boyce et al., 2002).

Bakterimia yang menyebabkan infeksi dapat ditularkan ke pasien dari tangan petugas perawatan kesehatan atau dari pengunjung. Pasien dan staf harus diajarkan tentang strategi pengendalian infeksi, seperti teknik mencuci tangan yang tepat untuk mengurangi terjadinya infeksi silang. Bakterimia adalah adanya bakteri dalam aliran darah yang dibuktikan melalui tes laboratorium. Aliran darah yang normal adalah steril. Namun karena suatu hal, bakteri dapat masuk ke dalam aliran darah, misalnya melalui tindakan invasif. Jika pejamu memiliki kekebalan tubuh

infeksi meningkat. Schaffer et al. (2000) mengemukakan faktor-faktor yang penting pada penularan penyakit dari orang ke orang lain sebagai berikut.

1. Agen-agen infeksius adalah entitas biologis, fisika, atau kimiawi yang mampu menyebabkan infeksi atau penyakit. Pada manusia agen-agen tersebut adalah virus, bakteri, rickettsia, jamur dan parasit.
2. Reservoir adalah tempat-tempat agen infeksius dapat hidup, tumbuh, berkembang biak, dan menunggu pindah ke hospes yang rentan. Reservoir yang umum adalah manusia dan binatang (hospes), tanaman, tanah, air, dan zat organik atau benda-benda mati (muntahan). Sedangkan reservoir umum yang berhubungan dengan infeksi nosokomial meliputi pasien, petugas perawatan kesehatan, peralatan, dan lingkungan.
3. Pintu keluar adalah jalan untuk agen-agen infeksius meninggalkan reservoir. Pintu keluar termasuk traktus respiratorius, traktus gastrointestinal dan genitourinaria, kulit dan mukosa, transplasenta, dan darah. Semua cairan tubuh kemungkinan mengandung virus atau bakteri. Contohnya ekskresi, sekresi, dan droplet.
4. Cara penularan adalah mekanisme yang digunakan untuk memindahkan agen-agen infeksius dari reservoir ke hospes yang rentan. Cara ini dapat melalui : (1) kontak, (2) melalui udara, (3) fekal-oral, dan (4) vektor.

3. PERILAKU CUCI TANGAN SEBAGAI METODE PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL

a. Kehidupan flora normal kulit

Dua jenis organisme yang ditemukan di kulit adalah transient dan residen. Organisme residen dapat berupa flora normal individual (kolonisasi). Mereka hidup di kulit, tumbuh dan berkembang biak, tetapi jarang menyebabkan infeksi kecuali bila masuk ke dalam tubuh melalui prosedur-prosedur invasif. Contoh flora residen ini antara lain bakteri gram positif *streptococcus* dan *corynebacterium* (Schaffer et al., 2000). Organisme residen hidup di lapisan kulit yang lebih dalam dan juga dalam akar rambut. Flora ini tidak dapat dihilangkan sepenuhnya walaupun dicuci dan digosok keras dengan sabun biasa dan air. Untungnya, pada sebagian besar kasus, flora residen hanya berkemungkinan kecil terkait dengan infeksi (Tiejtjen et al., 2004).

Organisme transient berlawanan dengan organisme residen. Mereka hidup kurang dari 24 jam pada kulit, dapat dengan mudah disingkirkan dengan mencuci atau menggosok, dan biasanya berupa bakteri gram negatif. Flora transient menggunakan tangan sebagai cara penularan yang singkat ketika mencari hospes yang rentan atau reservoir di mana mereka dapat hidup. Flora ini dapat dengan cepat menyebabkan infeksi bila masuk ke dalam tubuh hospes yang rentan. Contohnya adalah

menjadi fokus dari mencuci tangan karena mereka dapat dengan cepat dipindahkan melalui tangan kecuali disingkirkan dengan gesekan mekanik, sabun dan dicuci dengan air (Schaffer et al., 2000).

b. Cuci tangan

Mencuci tangan dalam sistem perlindungan kesehatan telah diperkenalkan dari setiap generasi dan hal ini dianggap sebagai satu-satunya prosedur paling utama dalam pencegahan infeksi (SARI Infection Control Subcommittee, 2004). Dalam lingkungan perawatan kesehatan, tangan merupakan salah satu cara penularan yang paling efisien untuk infeksi nosokomial. Oleh karena itu, mencuci tangan menjadi metode pencegahan dan pengendalian yang paling penting (Schaffer et al., 2000).

Mencuci tangan adalah menggosok dengan sabun secara bersama seluruh kulit permukaan tangan dengan kuat dan ringkas yang kemudian dibilas di bawah aliran air (Larson, 1995 cit Potter & Perry, 2005). Tujuannya adalah untuk membuang kotoran dan organisme yang menempel di tangan dan untuk mengurangi jumlah mikroba total pada saat itu (Potter & Perry, 2005).

Tujuan cuci tangan adalah menghilangkan kotoran atau debu secara mekanis dari permukaan kulit dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara sehingga kontaminasi silang dapat dicegah. Cuci tangan dengan sabun biasa dan air sama efektifnya dengan cuci

Jika tangan tampak kotor, dibutuhkan waktu yang lebih lama. Frekuensi mencuci tangan mempengaruhi jenis dan jumlah bakteri di tangan. Mencuci tangan secara rutin dapat dilakukan dengan menggunakan sabun dalam berbagai bentuk yang sesuai (batang, lembaran, cair atau bubuk) (Potter & Perry, 2005).

c. Jenis-jenis cuci tangan

Pada dasarnya tindakan cuci tangan tergantung pada tipe, intensitas, dan lamanya kontak dengan pasien. Oleh karena itu, diperlukan persiapan dalam cuci tangan yang meliputi kuku harus dijaga tetap pendek dan dipotong dengan lembut, kuku-kuku palsu tidak perlu dipakai, semua perhiasan pergelangan tangan dan cincin harus dilepas dan kemeja seharusnya pendek atau menaikkan lengan baju (SARI Infection Control Subcommittee, 2004).

Dari sudut pandang pencegahan infeksi, praktik kesehatan dan kebersihan tangan, cuci tangan dibedakan menjadi cuci tangan rutin dan cuci tangan bedah. Cuci tangan dimaksudkan untuk mencegah infeksi yang ditularkan melalui tangan dengan menyingkirkan kotoran dan debu serta menghambat atau membunuh mikroorganisme pada kulit. Hal ini tidak hanya terdiri dari sebagian besar organisme yang ditularkan melalui kontak dengan pasien dan lingkungan, tetapi juga sebagian organisme

Ada dua macam teknik mencuci tangan untuk keperluan rutin dan teknik mencuci tangan untuk keperluan bedah (Tiejtjen et al., 2004).

1) Cuci tangan rutin

Cuci tangan rutin diperlukan sepanjang waktu dan keadaan. Tiga komponen untuk mencuci tangan adalah sabun, air dan gosokan. Friksi mekanik yang kuat dan cepat merupakan aspek yang paling penting, cara ini untuk menyingkirkan organisme-organisme transien. Prosedur ini dilakukan minimal dalam waktu 10 sampai 15 detik.

Langkah-langkah untuk cuci tangan rutin adalah :

- 1) Basahi kedua belah tangan.
- 2) Gunakan sabun biasa.
- 3) Gosok dengan keras seluruh bidang permukaan tangan dan jari-jari bersama sekurang-kurangnya selama 10-15 detik, dengan memperhatikan bidang di bawah kuku tangan dan di antara jari-jari.
- 4) Bilas kedua tangan seluruhnya dengan air bersih.
- 5) Keringkan tangan dengan lap kertas atau pengering dan gunakan lap untuk mematikan keran.

2) Cuci tangan bedah

Tujuan cuci tangan bedah adalah menghilangkan kotoran, debu dan organisme sementara secara mekanikal dan mengurangi flora tetap

Hal ini juga bertujuan untuk mencegah

kontaminasi luka oleh mikroorganisme dari kedua belah tangan dan lengan dokter bedah dan asistennya. Selama bertahun-tahun, protokol cuci tangan pra bedah menghendaki sekurang-kurangnya 6-10 menit penggosokan dengan sikat atau spon dengan cara ditekan, mempergunakan sabun yang mengandung bahan antiseptik (klorheksidin atau iodofor)

Langkah-langkah untuk cuci tangan bedah adalah :

- 1) Lepaskan cincin, jam tangan, dan gelang.
- 2) Basahi kedua belah tangan dan lengan bawah hingga sikut dengan sabun dan air bersih (jika menggunakan sikat, sikat itu harus bersih disterilisasi atau DTT sebelum digunakan kembali, jika digunakan spon, harus dibuang setelah digunakan).
- 3) Bersihkan kuku dengan pembersih kuku.
- 4) Bilaslah tangan dan lengan bawah dengan air.
- 5) Gunakanlah bahan antiseptik pada seluruh tangan dan lengan sampai bawah siku dan gosok tangan dan lengan bawah dengan kuat selama sekurang-kurangnya 2 menit.
- 6) Angkat tangan lebih tinggi dari siku, bilas tangan dan lengan bawah seluruhnya dengan air bersih.
- 7) Tegakkan kedua tangan ke atas dan jauhkan dari badan, jangan

diterapkan dalam penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, maupun prinsip pada suatu situasi.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen yang masih dalam satu struktur organisasi dan saling berkaitan satu sama lain. Analisis dapat terlihat dari penggunaan kata kerja, seperti menggambarkan, membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan.

5) Sintesis (*synthesis*)

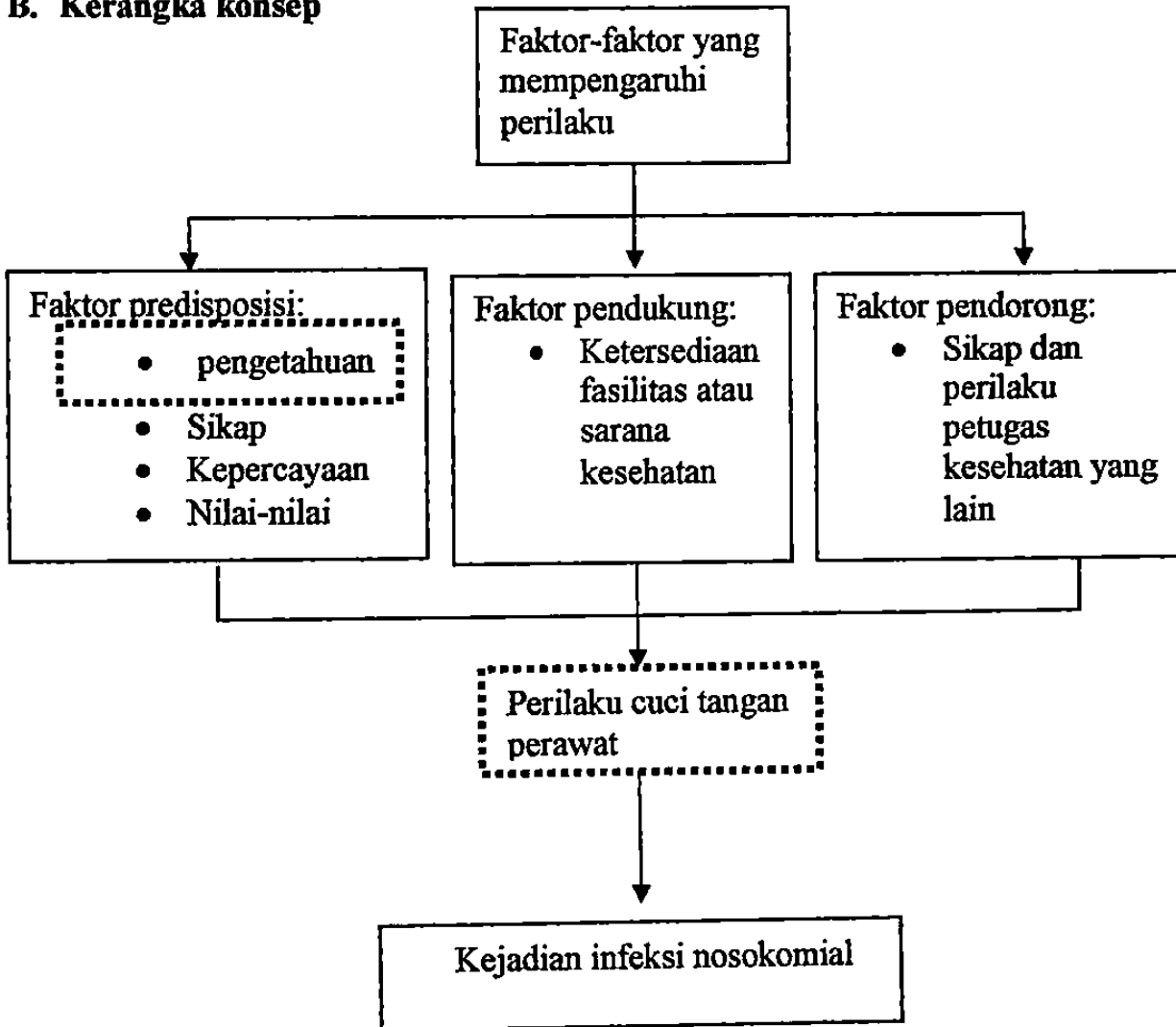
Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau juga kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada. Misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkas, dan menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Hal ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini dapat ditentukan

... terhadap suatu rumusan, kriteria, kriteria yang telah ada

B. Kerangka konsep



KET :

..... : Area yang diteliti

———— : Area yang tidak teliti

Dalam penelitian ini peneliti memfokuskan pada perilaku cuci tangan perawat. Perilaku ini dipengaruhi oleh bermacam-macam faktor, seperti faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-

kesehatan dan faktor pendorong seperti, sikap dan perilaku petugas kesehatan yang lain. Perilaku cuci tangan perawat ini dapat mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit pada kedua tangan dan meminimalisasi kontaminasi silang (misalnya dari petugas kesehatan ke pasien) yang menyebabkan infeksi nosokomial.

C. Hipotesis penelitian

Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku cuci tangan sebagai upaya pencegahan infeksi nosokomial di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta.