

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Pengetahuan

2.1.1 Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni indera pengelihatn, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia disebutkan bahwa pengetahuan atau tahu adalah mengerti sesudah dilihat atau sesudah menyaksikan, mengalami atau setelah dipelajari.

Pengetahuan memiliki 6 tingkatan, yaitu :

a. Tahu

Tahu diartikan hanya sebagai memanggil memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi sebenarnya. Aplikasi dalam dilakukan dalam beberapa hal seperti penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, dan prinsip.

d. Analisis

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah. Salah satu tanda seseorang sudah mencapai tahap ini adalah orang tersebut mampu membedakan, memisahkan, mengelompokkan, atau membuat diagram terhadap suatu obyek.

e. Sintesis

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Secara lebih sederhana, sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi

Evaluasi adalah kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap obyek tertentu. Penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau yang telah ada sebelumnya.

2.2 Rumah Sakit

Rumah sakit dalam perjalanan sejarahnya mengalami perkembangan yang berpengaruh terhadap fungsi dan perannya. Rumah sakit berfungsi untuk mempertemukan dua tugas prinsip yang membedakan dengan lembaga lainnya yang melakukan kegiatan pelayanan jasa. Pada perinsipnya rumah sakit merupakan instusi yang mempertemukan tugas yang didasari oleh dalil-dalil etik medik, karena merupakan tempat pekerjanya para profesional, para penyandang lafal sumpah medik yang diikat dalil-dalil Hipocrates dalam melakukan tugas profesionalnya. Selain itu, rumah sakit juga bertindak sebagai instusi yang bergerak dalam hubungan-hubungan hukum dengan masyarakat atau pasien yang tunduk pada norma hukum dan norma etik masyarakat. Sehubungan dengan hal tersebut, maka dalam Kode Etik Rumah Sakit Indonesia 2001 ditegaskan, bahwa rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan merupakan unit sosio ekonomi, yang harus mengutamakan tugas kemanusiaan dan mendahulukan fungsi sosialnya dan bukan mencari keuntungan semata. Yang dimaksud fungsi sosial rumah sakit adalah sebagian dari tanggung jawab yang melekat pada setiap rumah sakit, yang merupakan ikatan moral dan etik dari rumah sakit dalam membanttu pasien khususnya yang kurang/tidak mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan (Endang Wahyati Yustina, 2012)

Pada dasarnya rumah sakit merupakan saran atau fasilitas pelayanan kesehatan yang tugas utamanya adalah melayani kesehatan perorangan Disamping pelayanan lainnya. Selanjutnya yang dimaksud dengan fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/ atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan baik itu promotif, preventif, kuratif

maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/ atau masyarakat (Pasal 1 angka 7 UU K NO. 36 Tahun 2009). Dalam kaitan ini yang dimaksud dengan rumah sakit ditentukan Pasal 1 angka 1 UU RS NO 44 Tahun 2009 adalah instansi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap rawat jalan dan rawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna yang dimaksud adalah pelayanan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan tugas kesehatan perorangan secara paripurna tersebut pada dasarnya, rumah sakit mempunyai fungsi menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit (Endang Wahyani Yustina.2012).

Fungsi utama rumah sakit menurut ketentuan Pasal 5 UU RS No. 44 Tahun 2009 adalah:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan statistik. Selanjutnya, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat ketiga adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan subspecialistik.

Konsil Kesehatan Indonesia memberikan pengertian rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan yang memiliki sarana rawat inap. Picard mengemukakan bahwa rumah sakit pada masa dahulu merupakan tempat untuk mengatasi atau sebagai suatu lembaga dimana calon tenaga medis meningkatkan kemahirannya (Endang Wahyani Yustina.2012).

Azhur Azwar dalam bukunya Pengantar Administrasi Kesehatan mengenai batasan rumah sakit dapat mengemukakan sebagai berikut (Azrul Azwar.2004):

- a) Rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesianambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang di derita pasien.
- b) Rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya yang diselenggarakan.
- c) Rumah sakit adalah pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan.

Selanjutnya Sofwan Dahlan (2000), mengemukakan bahwa yang di maksud dengan rumah sakit adalah:

- a. Sebuah tempat kerja, yang sangat padat dengan masalah, oleh karenanya perlu ada *prolem solving system*.
- b. Sebuah fasilitas publik yang esensial, yang merepresentasikan inventasi sumber daya manusia, modal dan sumber daya lainnya guna memberikan layanan penting (*critical services*) bagi masyarakat.
- c. Sebuah proses kerja organisasi, yang inputnya berupa personil, peralatan, daya, dana, informasi, integrasi psikologi sosial dan manajemen, yang hasilnya disersahkan kembali kepada lingkungan kerja dalam bentuk finished aouts. Disamping itu rumah sakit harus dapat mempertahankan identitas dan integrasi sebagai sebuah sistem sepanjang waktu.

Berdasarkan pendapat diatas, pada hakikatnya rumah sakit adalah suatu lembaga atau organisasi yang membutuhkan sarana dan prasarana, sumberdaya, memiliki visi sosial, serta padat akan masalah hukum(Sofyan Dahlan, 2000).

2.2.1 Klasifikasi Rumah sakit

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit khusus. Rumah sakit adalah rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan pada semua jenis dan bidang penyakit,

sedangkan rumah sakit khusus adalah rumah sakit yg memberikan pelayanan utama pada suatu bidang atau suatu penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Selanjutnya menurut ketentuan Pasal 12 Permenkes No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan perizinan Rumah sakit.

1. Rumah Sakit Umum sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 11 diklasifikasikan menjadi:
 - a. Rumah Sakit Umum Kelas D diklasifikasikan menjadi:
 - b. Rumah Sakit Umum Kelas D
 - c. Rumah Sakit Umum Kelas D pratama.
2. Rumah Sakit Khusus menjadi:
 - a. Rumah Sakit Khusus Kelas A
 - b. Rumah Sakit Khusus Kelas B
 - c. Rumah Sakit Khusus Kelas C.

Selanjutnya, Rumah Sakit Umum Kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialis Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar. Rumah Sakit Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.

Rumah Sakit Umum Kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar .

Rumah Sakit Khusus kelas A adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap. Rumah Sakit Khusus Kelas B adalah Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas. Rumah Sakit Khusus kelas C adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal (*Peraturan Menteri Kesehatan RI No.56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, 2014*).

2.2.2 Profil Rumah Sakit Pusat H.Adam malik

Rumah Sakit Umum Pusat H.Adam Malik Medan adalah unit pelaksanaan Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan tanggung jawab kepada Direktur Jendral Bina Upaya Kesehahatan RSUP.H.Adam Malik dipimpin oelh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama(Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP H.Adam Malik Medan, 2015).

2.2.3. Tugas Pokok

Berdasarkan permenkes No.244/MENKES/PER/III/2008 tanggal 11 Maret 2008 tentang organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Umum Pusat H.Adam Malik mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemilihan secara paripurna,pendidikan,penelitian dan pengembangan secara sersi,terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehtan lainnya serta melaksanakan upaya rujukan(Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP H.Adam Malik Medan.2015).

2.2.4. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas Rumah Sakit Umum Adam Malik Menyelenggarakan fungsi :

- Pelayanan dan asuhan keperawatan;
- Penunjang medis dan non medis;
- Pengolahan sumber daya manusia;
- Pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang propesi kedokteran dan pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- Pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan lainnya;
- Penelitian dan pengembangan;
- Pelayanan rujukan;
- Administrasi umum dan keuangan.

2.2.5Struktur Organisasi

Susunan organisasi Rumah Sakit Umum Pusat H.Adam Malik terdiri dari:

- Direktorat Medik dan Keperawatan
- Direktorat Sumber daya Manusia dan pendidikan
- Direktorat Keuangan
- Direktorat Umum dan Oprasional

- Unit-Unit non Struktural

Setiap Direktorat dipimpin oleh seseorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama.

2.2.6. Komite Etik dan Hukum

Komite Etik dan Hukum merukan wadah non struktural yang keanggotaan nya di pilih dan diangkat oleh Direktur Utama Dengan masa kerja 3 (tiga) tahun,di pimpin oleh seorang ketua yang di angkat dan di berhentikan oleh Direktur Utama,mempunyai tugas memebrikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal menyusun dan merumuskan *medicoetikolegal* dan etika pelayanan rumah sakit,penyeselesaian masalah etik kedokteran,etik rumah sakit,pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit,kebijakan yang terkait dengan "*hospital bylaws*"sertamedical staff bylaws",gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di rumah sakit.

2.2.7 Satuan Pemeriksaan Intern

Satuan pemeriksaan intern adalah Satuan Kinerja Fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan intern rumah sakit dan berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur utama.

2.2.8 Dewan Pengawas

Dewan Pengawas bertugas melakukan pengawasan terhadap pengurusan Badan Layanan Umum yang meliputi pelaksanaan rencana bisnis dan anggaran,rencana strategi bisnis jangka panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan,memberikan pendapat dan saran kepada kementerian kesehatan dan kementerian keuangan mengenai rencana bisnis dan anggaran yang di usulkan oleh pejabat pengelola BLU,mengikuti perkembangan kegiatan BLU,memberikan laporan kepada Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan apabila terjadi gejala penurunannya kinerja Blu dan memeberikan nasehat kepada pengelola pejabat BLU dalam melaksanakan pengurusan BLU sesuai Kemenkes Nomor : 351/Menkes/SK/II/2011.

2.2.9 Visi Dan Misi

Visi Rumah Sakit Umum Pusat H.Adam Malik adalah “Menjadi Pusat Rujukan Pelayanan Kesehatan Pendidikan dan Penelitian yang mandiri dan Unggul di Sumatera.

Visi tersebut di wujudkan melalui misi Ruamah Sakit Umum Pusat H.Adam Malik yaitu:

1. Melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna, bermutu dan terjangkau, melaksanakan pendidikan, pelatihan serta penelitian yang profesional.
2. Melaksanakan kegiatan pelayanan dengan prinsip efektif, efisiensi, akuntabel, dan mandiri.

2.2.10. Motto

Mengutamakan keselamatan pasien dengan Pelayanan”**PATEN**”

P=pelayanan

A=akurat

T=terjangkau

E=efisien

N=nyaman

Budaya Kerja Profesional;

Bekerja secara cermat, tertib, disiplin dan semangat yang tinggi dengan kemampuan optimal, melakukan tugas dengan pengetahuan dan keterampilan terkini dengan perhitungan tepat, cepat, dan matang serta berani mengambil resiko (Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP H.Adam Malik Medan. 2015).

2.3 CSSD (*Central Steril Supply Department*)

Instalasi pusat sterilisasi adalah unit pelayanan non struktural yang berfungsi memberikan pelayanan sterilisasi yang sesuai standar dan memenuhi kebutuhan barang steril di rumah sakit. Instalasi Pusat Sterilisasi ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Kepala Instalasi Pusat Sterilisasi dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau tenaga non medis. Tujuan dari Instalasi Pusat sterilisasi yaitu membantu unit lain di rumah sakit yang membutuhkan kondisi steril, untuk mencegah terjadinya infeksi, menurunkan angka kejadian infeksi dan membantu mencegah serta menengulangi infeksi nosokomial, efisiensi tenaga

medis/para medis untuk kegiatan yang berorientasi pada pelayanan terhadap efisien, serta menyediakan dan menjamin kualitas hasil sterilisasi terhadap produk yang di hasilkan (PIPSI.2009).

CSSD (*Central Steril Supply Departement*) atau instalasi Pusat Sterilisasi menyediakan sebuah rumah sakit dengan pelayanan di bidang pasokan prosesing dan distribusi. Departemen ini bertanggung jawab untuk pembersihan,dekontaminasi dan sterilisasi semua instrumen dan perlengkapan (PIPSI.2009). Cacat pada sterilisasi dapat menyebabkan konsekuensi serius dan beban tidak hanya produk tetapi juga struktur dan proses kerja di CSSD. Pengembangan proses indikator mutu harus berasal dari *review* literatur dan analisis situasi, diikuti oleh ahli/pakar dan studi kelayakan. Di Thailand, masing-masing CSSD memiliki deskripsi pekerjaan dan tugas intruksi sendiri. Intruksi kualitas untuk proses sterilisasi, misalnya *test tape*, *test pack*, dan untuk produk, misalnya tes spora telah di gunakan. Satu set indikator kualitas untuk penilaian keseluruhan kualitas CSSD demikian diperlukan, indikator-indikator ini harus ilmiah dan praktis (Poonsap Soparat, 2005).

2.4.Flora Normal Kulit

Karena pajanan yang terus menerus dan adanya kontak dengan transien. Kulit dan membran mukosa mengandung berbagai mikroorganiseme yang tersusun menjadi dua kelompok :

- a. Flora residen terdiri dari jenis mikroorganisme yang relatif tetap dan secara teratur ditemukan di daerah tertentu dan pada usia tertentu. Jika terganggu, flora lingkungan, kulit sangat mudah mengandung mikroorganisme tersebut secara cepat akan hidup kembali dengan sendirinya.
- b. Flora residen terdiri dari mikroorganisme non patogen atau secara potensial bersifat patogen yang menempati kulit atau membran mukosa selama beberapa jam, hari atau minggu berasal dari lingkungan, tidak menyebabkan penyakit dan tidak mampu menghidupkan dirinya sendiri secara permanen di pertemuan (Irianto Koes, 2006).

Tabel 2.2.Jumlah Mikroorganisme Pada Tangan

Lokasi pada tangan	Kepadatan mikroorganisme
I. Dibawah kuku jari	61.368 CFU/cm

II. Telapak tangan	847 CFU/cm
III. Punggung tangan	250 CFU/cm
IV. Disela jari	223 CFU/cm
V. Diatas kukujari	89 CFU/cm

Sumber : Mikrobiologi kedokteran, 2005

2.5 Hand Hygiene

Hand hygiene adalah istilah yang umum digunakan untuk mengarah kepada semua kegiatan untuk membersihkan tangan. Cara terpenting untuk mencegah penularan agen infeksius antar manusia atau dari daerah yang memiliki kandungan mikroba tinggi, misalnya mulut, hidung, atau usus, ke tempat yang berpotensi terinfeksi adalah dengan mencuci tangan (WHO, 2009). Dengan mencuci tangan menggunakan cairan antiseptik pada lima momentum, yaitu sebelum melakukan prosedur antiseptik, sebelum berhubungan (kontak) dengan pasien, setelah bersentuhan langsung dengan pasien, setelah kontak dengan lingkungan di sekitar pasien, dan setelah kontak dengan cairan tubuh yang memiliki resiko (WHO, 2009). Banyak faktor yang mempengaruhi kurangnya pengetahuan personil tenaga kesehatan tentang pentingnya kebersihan tangan dalam mengurangi penyebaran infeksi (Boyce J.M, Pittet D, 2002).

a. Tujuan Mencuci Tangan

- i. Mengangkat mikroorganisme yang berada di telapak tangan.
- ii. Mencegah infeksi silang (*cross infection*)
- iii. Menjaga kondisi tangan agar tetap steril
- iv. Untuk melindungi diri dan pasien dari kejadian infeksi
- v. Memberikan perasaan segar dan bersih sehabis mencuci tangan (Susiaty, 2008).

b. Indikasi Mencuci Tangan

Berikut ini merupakan indikasi-indikasi yang mengharuskan kita untuk mencuci tangan antara lain adalah :

- i. Jika telapak tangan terasa dan terlihat kotor
- ii. Sebelum dan sesudah memegang anak
- iii. Sebelum dan sesudah memegang makan dan minum
- iv. Setelah memegang benda-benda yang memungkinkan mengandung penyakit seperti muntahan, darah, cairan tubuh
- v. Sebelum memberikan obat kepada pasien (Depkes RI, 2007)

Dalam buku pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial PJNHK disebutkan bahwa cuci tangan wajib dilakukan oleh :

- i. Setiap orang yang mempunyai hubungan langsung atau kontak langsung dengan pasien seperti dokter, perawat, fisioterapi, dan petugas medis lainnya.
- ii. Setiap orang tidak langsung kontak dengan pasien seperti ahli gizi, farmasi, petugas laboratorium.
- iii. Setiap personel yang melakukan prosedur terhadap pasien yang sudah terkena infeksi harus menggunakan sarung tangan.
- iv. Setiap orang yang bekerja di rumah sakit (Depkes RI.2005).

c. Macam-Macam Mencuci Tangan

Kegiatan mencuci tangan dapat dibagi menjadi tiga cara, yaitu : cuci tangan bersih, cuci tangan steril, dan cuci tangan aseptik (Potter dan Perry, 2005).

i. Cuci tangan bersih

Mencuci tangan bersih adalah membersihkan tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir (Potter dan Perry, 2005).WHO sendiri telah mengeluarkan regulasi mengenai peraturan mencuci tangan yang baik dan benar untuk kalangan medis maupun kalangan perseorangan/masyarakat.

ii. Cuci tangan Aseptik

Mencuci tangan aseptik adalah mencuci tangan yang dilakukan sebelum tindakan aseptik pada pasien dengan menggunakan larutan antiseptik. Mencuci tangan dengan larutan antiseptik, khususnya bagi petugas yang berhubungan dengan pasien yang mempunyai penyakit menular atau sebelum melakukan tindakan bedah aseptik dengan antiseptik dan sikat steril. Prosedur mencuci tangan anti septik sama dengan antiseptik dan sikat steril. Prosedur mencuci tangan bersih, hanya saja bahan deterjen atau sabun diganti dengan antiseptik

dan setelah mencuci tangan tidak boleh menyentuh bahan yang tidak steril (Kozier & ErbG, 2009).

iii. Cuci tangan steril

Teknik mencuci tangan steril adalah mencuci tangan secara steril (cuci hama), khususnya bila akan melakukan tindakan pembedahan atau operasi. Cuci tangan dengan pedal kaki atau pengontrol lutut, sabun antimikrobal (tidak iritatif, spektrum luas, kerja cepat), sikat scrub bedah dengan pembersih kuku dari plastik, masker kertas dan topi atau penutup kepala, handuk steril, pakaian di ruang scrub dan pelindung mata, penutup sepatu (Kozier & ErbG, 2009).

I. Cara Mencuci Tangan

Berikut ini merupakan cara mencuci tangan yang baik dengan menggunakan cairan antiseptik/*Antiseptik* menurut WHO seperti terlihat pada gambar di bawah ini



Gambar. 2.1. Langkah-langkah mencuci

2.6 Antiseptik

Antiseptik adalah zat yang berfungsi untuk menghambat pertumbuhan dan pembunuhan mikroorganisme yang hidup pada permukaan tubuh manusia. Antiseptik ini bekerja dengan cara merusak lemak yang berada pada membran bakteri atau dapat juga melalui cara menghambat kerja enzim yang berada pada bakteri. Enzim ini berfungsi dalam biosintesis asam lemak pada bakteri (Isdiartuti, D dan S. Retno, 2005).

Antiseptik dituntut mempunyai persyaratan antara lain:

- a. Antiseptik harus mempunyai spektrum luas, dengan artian dapat membunuh virus, bakteri, jamur, dan sebagainya;
- b. Tidak merusak permukaan kulit maupun mukosa pada kulit;
- c. Mempunyai efek yang bertahan lama dan efek kerjanya cepat;
- d. Daya absorpsi maupun toksisitas dari anti septik rendah melalau kulit dan mukosa;
- e. Kinerja dari antiseptik/*Antiseptik* tidak dipengaruhi dengan adanya darah (Darmadi, 2008).

Kriteria suatu desinfektan yang ideal adalah bekerja dengan cepat untuk menginaktivasi mikroorganisme pada suhu kamar, berspektrum luas, aktivitas yang tidak dipengaruhi oleh bahan organik, pH, temperatur, dan kelembaban, tidak toksik pada hewan dan manusia, tidak bersifat korosif, bersifat biodegradable, memiliki kemampuan menghilangkan bau yang kurang sedap, tidak meninggalkan noda, stabil, mudah digunakan, dan ekonomis (Siwandono dan Bucher, W and Ulaeto, 2010).

Penggunaan dari antiseptik dan desinfektan sendiri perlu mempertimbangkan adanya efek toksisitas jangka pendek serta jangka panjang agen tersebut karena keduanya masih memungkinkan memiliki aktivitas biosidal umum dan dapat diakumulasikan pada lingkungan, tubuh pasien, dan petugas kesehatan yang menggunakan antiseptik tersebut (Katzug, Bertram, G, 2010).

Berbagai jenis larutan antiseptik menunjukkan efek anti bakteri. Namun, selain itu larutan antiseptik juga memiliki sifat toksik terhadap sel host tetapi secara klinis tidak menunjukkan hasil yang berbeda secara signifikan jika dibandingkan dengan kontrol (Susianti, 2008).

Berikut ini merupakan beberapa golongan antiseptik yang sering digunakan antara lain :

a. Alkohol

Mayoritas antiseptik yang ada dan beredar pada masyarakat merupakan antiseptik yang berbasis alkohol dan mengandung isopropanol dan ethanol (Rutala, W.A, 2008). Alkohol sendiri juga merupakan zat yang dapat diandalkan dan paling efektif untuk digunakan dalam sterilisasi dan desinfektasi (Sarif A, Ascobat. P, 2012). Alkohol juga merupakan zat yang mempunyai aktivitas antimikroba spektrum luas dalam membunuh bakteri, virus, dan jamur, tetapi alkohol yang paling baik yaitu antara 70%-90%, dan yang biasa digunakan sebagai antiseptik pada kulit yaitu yang mempunyai kandungan sebanyak 70%. Kandungan alkohol diatas 90% atau dibawah 50% biasanya kurang efektif protein yang dapat pada dinding sel bakteri (Bertram G, 2012). Oleh karena itu membran sel pada bakteri akan rusak dan enzim-enzim yang berada pada bakteri akan rusak. Penggunaan alkohol dengan cara usap tangan telah terbukti mampu menurunkan penularan bakteri-bakteri patogen nosokomial dan direkomendasi oleh *Centers for Disease Control and Prevention* atau disingkat dengan CDC sebagai metode dekontaminasi tangan yang di anjurkan (WHO, 2009, Katzug, 2012).

b. Halogen

Halogen meliputi senyawa-senyawa klorin dan iodium, baik yang terdiri dari bahan organik maupun anorganik. Larutan iodium baik dalam air maupun dalam alkohol bersifat sangat antiseptik dan telah di pakai sejak lama sebagai antiseptik kulit sebelum pembedahan (Sarif A, Ascobat P, 2012). Iodin merupakan antiseptik yang bekerja paling aktif pada kulit manusia namun iodin jarang digunakan karena dapat menimbulkan reaksi hipersensitivitas pada kulit (Katzug, 2012).

2.7 Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi pada rumah sakit. Nosokomial sendiri berasal dari bahasa Yunani, yang terdiri dari kata *nosos* yang artinya penyakit dan *komeo* yang berarti merawat. Nosokomial berarti tempat untuk merawat dengan kata lain dari rumah sakit (Darmadi, 2008). Infeksi nosokomial dapat juga diartikan sebagai infeksi yang

diperoleh atau di alami oleh pasien selama pasien mendapat perawatan di rumah sakit. Infeksi yang timbul dalam waktu 48 jam setelah di rawat dirumah sakit sampai dengan 30 hari lepas rawat dianggap sebagai infeksi nosokomial (Duel, G, 2002. Olmsted, R.1996).

Pada suatu rumah sakit yang mempunyai ICU, angka infeksi nosokomialnya lebih tinggi jika dibandingkan dengan rumah sakit yang tidak mempunyai ICU. Angka infeksi nosokomial juga lebih tinggi di rumah sakit pengobatan yang bersifat invasif (Zulkarnaini, 2009). *Pseudomonas Aeruginosa Multi Resistant (PAMR)* dan *Methicillin Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)* merupakan bakteri utama yang dapat menyebabkan infeksi nosokomial. *Methicillin resistant Staphylococcus aureus* sering kali dapat menyebabkan infeksi berupa infeksi pada saluran pernafasan, infeksi pada mata, kulit maupun pada telinga (Harrison, 2005).

2.7.1. Epidemiologi Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial merupakan kejadian terbanyak di negara miskin dan negara yang sedang berkembang karena penyakit-penyakit infeksi masih menjadi penyebab utama. Sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit di 14 negara yang bersal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik tetap menunjukkan adanya infeksi nosokomial dengan Asia Tenggara sebanyak 10,0% berdasarkan penelitian WHO (Departmen Kesehatan RI, 2012).

Penularan dari infeksi nosokomial dapat terjadi melalui cara silang (*cross infektion*) dari satu pasien kepada pasien lainnya atau infeksi diri sendiri dimana kuman sudah berada pada pasien, kemudian melalui suatu gesekan kuman berpindah tempat dan di tempat yang baru menyebabkan infeksi (Setiohadi B, 2006). Infeksi nosokomial bisa juga disebabkan oleh kuman yang berasal dari benda atau bahan yang tidak bernyawa yang berada di sekitar lingkungan rumah sakit atau disebut juga infeksi lingkungan (*Environmental infektion*), misalnya lingkungan rumah sakit yang lembab (Departmen Kesehatan RI, 2012).

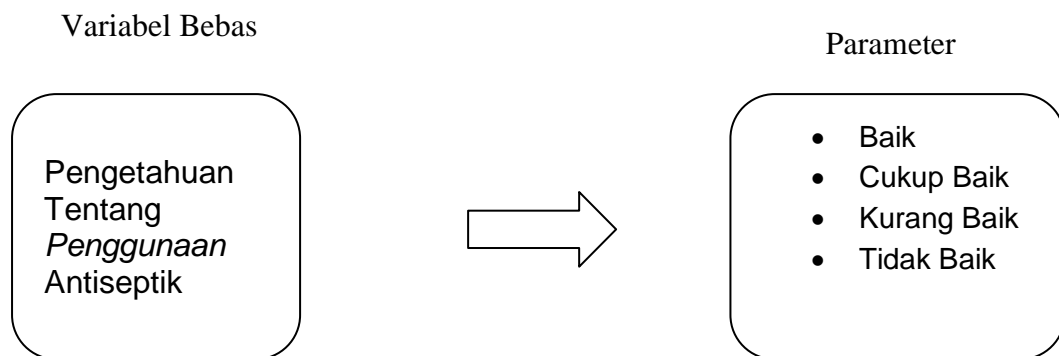
2.7.2. Penilaian yang Digunakan untuk Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial atau disebut juga dengan "*Hospital Acquired Infektion*" apa bila memenuhi kriteria-kriteria sebagai berikut :

- a. Waktu mulai dirawat tidak didapatkan tanda-tanda klinik infeksi dan tidak sedang dalam masa inkubasi infeksi tersebut.
- b. Infeksi terjadi sekurang-kurangnya 3x24 jam sejak pasien mulai dirawat.
- c. Infeksi terjadi pada pasien dengan masa perawatan yang lebih lama dari waktu inkubasi infeksi tersebut.
- d. Infeksi terjadi pada neonatas yang diperbolehkan dari ibunya pada saat persalinan atau selama dirawat di rumah sakit.

Bila pada waktu mulai dirawat di rumah sakit sudah ada tanda-tanda infeksi tetapi terbukti bahwa infeksi didapat penderita pada waktu perawatannya dan belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial (Departmen Kesehatan RI, 2012).

2.8. Kerangka Konsep



Gambar. 2.2. Kerangka Konsep

2.9. Definisi Operasional

- a. Pengetahuan tentang menggunakan Antiseptik merupakan hasil tahu yang ditentukan dengan skala ordinal yaitu baik, cukup baik, kurang baik dan tidak baik.
- b. Antiseptik merupakan sediaan adalah zat yang berfungsi untuk menghambat pertumbuhan dan pembunuhan mikroorganisme yang hidup pada permukaan tubuh manusia.