

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelaksanaan Cuci Tangan

1. Cuci tangan

a. Definisi

Cuci tangan adalah membersihkan tangan dari kotoran, mulai dari ujung jari hingga siku dan lengan atas dengan cara tertentu sesuai kebutuhan. Mencuci tangan mencegah terjadinya infeksi silang melalui tangan dan menjaga kebersihan individual. Adapun variasi mencuci tangan adalah dengan mencuci tangan bersih dan mencuci tangan steril (Kusyati, 2012).

Mencuci kedua tangan merupakan prosedur awal yang dilakukan oleh petugas kesehatan sebelum memberikan tindakan, dengan sabun maupun antiseptic yang dibilas dengan air mengalir. Tujuan cuci tangan adalah membersihkan tangan dari segala kotoran, mencegah terjadi infeksi silang melalui tangan dan persiapan bedah atau tindakan pembedahan (Uliyah, 2011).

WHO mencanangkan program *Global Patient Safety Challenge "Clean Care is Safer Care"* sejak tahun 2005 sebagai sebuah komitmen global dalam upaya menurunkan angka *HAIs*. Pada tahun 2009 WHO *Patient Safety* kembali mencanangkan *Save Lives: Clean Your Hands* sebagai program lanjutan yang bertujuan untuk meningkatkan fokus pelaksanaan cuci tangan pada pelayanan kesehatan di seluruh dunia, dimana dicetuskan tentang 5 momen cuci tangan, yaitu melakukan cuci tangan sebelum bersentuhan dengan pasien, sebelum melakukan prosedur bersih dan steril, setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien, setelah bersentuhan dengan pasien, setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien. (Ananingsih, 2016)

b. Tujuan cuci tangan

- 1) Mengurangi mikroorganisme pada tangan dan mencegah kontaminasi
- 2) Mencegah atau mengurangi peristiwa infeksi.
- 3) Memelihara tekstur dan integritas kulit tangan dengan tepat (Kusyati, 2012).

Tujuan cuci tangan menurut (Fajriyah, 2015) untuk menghilangkan mikroorganisme yang bersifat sementara yang mungkin dapat ditularkan ke perawat, klien, pengunjung, atau tenaga kesehatan lain. Setiap klien mempunyai mikroorganisme yang saat ini tidak membahayakan bagi klien, namun dapat membahayakan bagi pengunjung. Seorang pengunjung atau klien itu sendiri rentan terhadap masuknya mikroorganisme, jika tubuh orang tersebut terdapat pintu masuk yang dapat digunakan untuk jalan masuk mikroorganisme tersebut. Pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien merupakan kelompok yang paling berisiko terjadinya infeksi nosokomial, karena infeksi ini dapat menular dari pasien ke petugas kesehatan, dari pasien ke pengunjung atau keluarga ataupun dari petugas ke pasien .

c. Indikasi cuci tangan

WHO (2009), cuci tangan yang efektif melibatkan kesadaran kesehatan pekerja, indikasi, dan kapan waktu melakukan cuci tangan. Aksi cuci tangan dapat dilakukan dengan handrubbing dengan produk berbasis alkohol atau dengan mencuci tangan dengan sabun dan air (*handwashing*). Terdapat “5 momen” dimana tenaga kesehatan harus melakukan cuci tangan yaitu:

- 1) Sebelum menyentuh pasien
- 2) Sebelum melakukan prosedur aseptis
- 3) Setelah terpapar dengan cairan tubuh
- 4) Setelah bersentuhan dengan pasien
- 5) Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien.

d. Teknik cuci tangan

Menurut WHO (2009) langkah-langkah cuci tangan, sebagai berikut:

- 1) Teknik cuci tangan dengan air (*handwashing*)
 - a) Basahkan tangan dengan air
 - b) Berikan sabun secukupnya, dan ratakan ke seluruh permukaan tangan
 - c) Gosok telapak tangan kiri dengan telapak tangan kanan
 - d) Telapak tangan kanan digosokkan ke punggung tangan kiri beserta ruas-ruas jari, begitu juga sebaliknya
 - e) Gosok telapak tangan kanan dengan telapak tangan kiri dengan jari-jari saling terkait
 - f) Letakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci
 - g) Jempol kanan digosok memutar oleh telapak tangan kiri, begitu sebaliknya
 - h) Jari kiri menguncup, gosok memutar kekanan dan kekiri pada telapak kanan dan sebaliknya
 - i) Keringkan tangan. Mencuci tangan memerlukan waktu sekitar 40-60 detik, sedangkan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan langkah c sampai h sekitar 15-30 detik.
- 2) Teknik cuci tangan dengan *handrubbing* menggunakan bahan berbasis alkohol
 - a) Berikan alkohol secukupnya pada tangan, ratakan alkohol keseluruhan permukaan tangan, gosok telapak tangan kiri dengan telapak tangan kanan
 - b) Telapak tangan kanan digosokkan ke punggung tangan kiri beserta ruas-ruas jari, begitu juga sebaliknya
 - c) Gosok telapak tangan kanan dengan telapak tangan kiri dengan jari-jari saling terkait

- d) Letakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci
- e) Jempol kanan digosok memutar oleh telapak tangan kiri, begitu sebaliknya
- f) Jari kiri menguncup, gosok memutar kekanan dan kekiri pada telapak kanan dan sebaliknya
- g) Keringkan tangan. Waktu yang diperlukan yaitu sekitar 20-30 detik.

2. Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses yang direncanakan dengan sadar untuk menciptakan peluang bagi individu-individu untuk senantiasa belajar memperbaiki kesadaran (*literacy*) serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya (*life skills*) demi kepentingan kesehatannya (Nursalam, 2008).

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan adalah suatu perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat dalam membina serta memelihara perilaku hidup sehat juga berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Nursalam dkk, 2009).

c. Faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Notoatmojo (2012), ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan promosi kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan diantaranya yaitu:

- 1) Promosi kesehatan dalam faktor predisposisi Promosi kesehatan bertujuan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya, maupun masyarakatnya. Disamping itu dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang

tradisi kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan, pameran, iklan layanan kesehatan, dan sebagainya.

2) Promosi kesehatan dalam faktor-faktor *enabling* (penguat) Bentuk promosi kesehatan dilakukan agar dapat memberdayakan masyarakat dan mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara bantuan teknik, 3 memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

3) Promosi kesehatan dalam faktor *reinforcing* (pemungkin) promosi kesehatan ini ditujukan untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat.

d. Metode dan Teknik Pendidikan Kesehatan

Notoadmodjo (2010), metode dan teknik pendidikan kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Metode pendidikan kesehatan individual Metode ini digunakan apabila antara promoter kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi langsung, baik bertatap muka (*face to face*) maupun melalui sarana komunikasi lainnya, misal telepon. Cara ini paling efektif, karena antara petugas kesehatan dengan klien dapat saling berdialog, saling merespon dalam waktu yang bersamaan. Dalam menjelaskan masalah kesehatan bagi kliennya petugas kesehatan 4 dapat menggunakan alat bantu atau peraga yang relevan dengan

masalahnya. Metode dan teknik pendidikan kesehatan yang individual ini yang terkenal adalah “*counselling*”.

2) Metode pendidikan kesehatan kelompok Teknik dan metode pendidikan kesehatan kelompok ini digunakan untuk sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi 2 yaitu: kelompok kecil kalau kelompok sasaran terdiri antara 6-15 orang dan kelompok besar, jika sasaran tersebut diatas 15 sampai dengan 50 orang. Oleh karena itu metode pendidikan kesehatan kelompok juga dibedakan menjadi 2 yaitu:

a) Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil, misalnya diskusi kelompok, metode curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow ball*), bermain peran (*role play*), metode permainan simulasi (*simulation game*), dan sebagainya. Untuk mengefektifkan metode ini perlu dibantu dengan alat bantu atau media, misalnya lembar balik (*flip chart*), alat peraga, slide, dan sebagainya.

b) Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok besar, misalnya metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, seminar, loka karya, dan sebagainya. Untuk memperkuat metode ini perlu dibantu pula dengan alat bantu misalnya, *overhead projector*, *slide projector*, film, *sound system*, dan sebagainya.

3) Metode pendidikan kesehatan massa, apabila sasaran pendidikan kesehatan misal atau publik, maka metode-metode dan teknik pendidikan kesehatan tersebut tidak akan efektif, karena itu harus digunakan metode pendidikan kesehatan massa. Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk massa yang sering digunakan adalah:

a) Ceramah umum, misalnya dilapangan terbuka dan tempat-tempat umum

- b) Penggunaan media massa elektronik, seperti radio dan televisi. Penyampaian pesan melalui radio atau TV ini dapat dirancang dengan berbagai bentuk, misalnya *talk show*, dialog interaktif, simulasi, dan sebagainya.
- c) Penggunaan media cetak, seperti koran, majalah, buku, leaflet, selebaran poster, dan sebagainya. Bentuk sajian dalam media cetak ini juga bermacam-macam, antara lain artikel tanya jawab, komik, dan sebagainya.
- d) Penggunaan media di luar ruang, misalnya *billboard*, spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya.

3. Teori Kebutuhan

Teori motivasi yang paling terkenal adalah hirarki kebutuhan yang diungkapkan Abraham Maslow. Teori Maslow (dalam Notoatmodjo 2010) mengungkapkan bahwa teori tingkatan kebutuhan yaitu :

a. Kebutuhan fisiologi

Teori Maslow menjelaskan kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan untuk mempertahankan hidup, oleh sebab itu sangat pokok. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan-kebutuhan yang sangat vital bagi manusia, yakni: sandang, pangan dan papan (pakaian, makanan, dan perumahan).

b. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman mempunyai bentangan yang sangat luas, mulai dari rasa aman dari ancaman alam, misalnya hujan, rasa aman dari orang jahat atau pencuri, rasa aman dari masalah kesehatan atau bebas dari penyakit, sampai dengan rasa aman dari ancaman dikeluarkan dari pekerjaan. Kebutuhan akan keamanan ini bukan saja keamanan fisik, tetapi juga keamanan secara fisiologis, misalnya bebas dari tekanan atau intimidasi dari pihak lain.

c. Kebutuhan sosialisasi atau afiliasi dengan orang lain

Kebutuhan untuk berafiliasi atau bersosialisasi dengan orang lain dapat diwujudkan melalui keikutsertaan seseorang dalam suatu organisasi atau perkumpulan-perkumpulan tertentu.

d. Kebutuhan akan penghargaan

Setelah ketiga kebutuhan (fisiologis, rasa aman, dan afiliasi) tersebut terpenuhi maka kebutuhan berikutnya, yakni kebutuhan penghargaan (*steem needs*) akan muncul. Kebutuhan penghargaan ini adalah kebutuhan “*prestise*”, dan kebutuhan ini bukan monopoli bagi pejabat atau pimpinan perusahaan atau organisasi saja.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri ini menurut Maslow merupakan kebutuhan untuk mengembangkan potensi diri secara maksimal. Misalnya seorang perawat, berusaha bagaimana supaya ia menjadi “perawat teladan” di wilayahnya, kemudian meningkat menjadi “perawat teladan” di seluruh Indonesia.

4. Perilaku

Perilaku pada dasarnya ditujukan untuk mencapai tujuan dengan kata lain, perilaku pada umumnya dimotivasi oleh suatu keinginan untuk mencapai tujuan. Satuan perilaku pokok adalah suatu kegiatan, sesungguhnya perilaku merupakan serentetan kegiatan – kegiatan. Kebutuhan akan keamanan kebutuhan akan aktualisasi diri kebutuhan penghargaan Kebutuhan fisiologis Kebutuhan akan cinta dan kasih sayang. Sebagai manusia kita selalu melakukan sesuatu seperti berjalan, berbicara, tidur, bekerja, dan sebagainya. Mengapa seseorang melakukan kegiatan dan bukan suatu kegiatan ditentukan karena adanya motif atau kebutuhan (Notoatmodjo, 2007)

5. Perilaku kesehatan

Teori Becker menjelaskan perilaku kesehatan dapat dikategorikan menjadi tiga kelompok (Notoadmojo, 2010) :

- a. Perilaku sehat (*healthy behavior*) yaitu perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan antara lain :
- 1) Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*).
 - 2) Kegiatan fisik secara teratur dan cukup.
 - 3) Tidak merokok dan minum minuman keras serta menggunakan narkoba.
 - 4) Istirahat yang cukup, istirahat cukup bukan saja berguna untuk memelihara kesehatan fisik, tetapi juga untuk kesehatan mental.
 - 5) Pengendalian atau manajemen stress.
 - 6) Perilaku atau gaya hidup positif yang lain untuk kesehatan, yang intinya adalah tindakan atau perilaku seseorang agar dapat terhindar dari berbagai macam penyakit dan masalah kesehatan, termasuk perilaku untuk meningkatkan kesehatan.
- b. Perilaku sakit (*illness behavior*) yaitu berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan atau terkena masalah kesehatan atau keluarganya, untuk mencari penyembuhannya, atau teratasi masalah kesehatan yang lain. Pada saat orang sakit atau anaknya sakit, ada beberapa tindakan atau perilaku yang muncul, antara lain :
- 1) Didiamkan saja (*no action*)
 - 2) Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment self medication*)
 - 3) Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar, yakni ke fasilitas pelayan kesehatan.
- c. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*) dari segi sosiologi, orang yang sedang sakit mempunyai peran (*roles*) yang mencakup hak-haknya (*rights*), dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Teori Necker hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*). Perilaku orang sakit ini adalah :

- 1) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan
 - 2) Tindakan untuk menegenal dan mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan.
 - 3) Melakukan kewajibannya sebagai pasien antara lain mematuhi nasihat-nasihat dokter atau perawat untuk mempercepat kesembuhannya.
 - 4) Tidak melakukan sesuatu yang merugikan bagi proses penyembuhannya.
 - 5) Melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya, dan sebagainya.
6. Faktor yang mempengaruhi perilaku
- Teori Lawrence Green menganalisis bahwa faktor perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama: (Notoatmodjo, 2010)
- a. Faktor-faktor predisposisi (*presdisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
 - b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
 - c. Faktor-faktor pendorong atau penguat (*renforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

7. Ranah (*domain*) Perilaku

Menurut Bloom (dalam Notoatmodjo 2010) membagi domain perilaku dalam 3 tingkat yaitu :

a. Pengetahuan (*knowledge*):

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan

tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yakni :

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 (*aplication*)

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 menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

b. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah juga 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).

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.

3) Menghargai (*Valuing*)

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 resiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

c. Tindakan atau Praktik (*practice*)

Seperti telah disebutkan di atas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana.

1) Praktik terpimpin (*gided response*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

3) Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang berkualitas.

B. Keluarga

1. Definisi

Menurut teori Leininger keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. (Andarmoyo, 2012)

2. Keluarga sebagai Unit Pelayanan Keperawatan

Keluarga penting sebagai unit pelayanan keperawatan karena :
(Murwani, 2008)

- a. Keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat dan dianggap mampu memecahkan masalah kesehatan yang terjadi dalam lingkungan keluarga.
- b. Keluarga merupakan unit yang dapat mencegah dan mengatasi masalah kesehatannya.
- c. Masalah kesehatan dalam keluarga sangat berkaitan satu sama yang lainnya.

- d. Keluarga memiliki kekuatan yang menentukan dalam membentuk kesatuan keluarganya.
- e. Keluarga merupakan suatu unit yang dianggap mampu mengambil keputusan.
- f. Keluarga merupakan saluran yang efektif untuk penyuluhan kesehatan masyarakat.

3. Alasan Keluarga sebagai Sentral Pelayanan

Alasan keluarga sebagai sentral pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut : (Murwani, 2008)

- a. Keluarga sebagai sumber kritis dalam pemberian pelayanan kesehatan
- b. Disfungsi apapun (sakit, cedera atau perpisahan) berdampak terhadap satu atau lebih anggota keluarga atau keseluruhan keluarga.
- c. Hubungan yang kuat antar anggota keluarga dan status kesehatan setiap anggota keluarga, peran keluarga merupakan hal-hal penting saat menghadapi masalah anggota keluarga.
- d. Penemuan kasus merupakan salah satu alasan pemberian pelayanan/asuhan keperawatan keluarga.
- e. Pemahaman yang jelas dari individu-individu dan fungsinya dalam konteks keluarga.
- f. Keluarga merupakan system pendukung yang vital untuk individu di dalam keluarga dengan mengkaji setiap sumber yang tersedia di dalam keluarga.

4. Interaksi Sehat-Sakit dan Keluarga

Interaksi sehat-sakit dan keluarga adalah sebagai berikut : (Murwani, 2008)

- a. Upaya keluarga terkait dengan promosi kesehatan.
- b. Respons keluarga terhadap tanda gejala penyakit.
- c. Mencari tempat pelayanan kesehatan.

- d. Respons segera klien dan keluarga terhadap permasalahan kesehatan dan perawatan.
 - e. Adaptasi terhadap penyakit atau upaya penyembuhan.
5. Sistem dan Fungsi Pemeliharaan Kesehatan Keluarga

Sistem kesehatan keluarga berfokus pada lima aspek kehidupan keluarga yang menunjang kesehatan keluarga : (Murwani, 2008)

- a. Proses interaksi
- b. Proses perkembangan
- c. Proses koping
- d. Proses integritas
- e. Proses kesehatan

Menurut teori Anderson & Tomlison adapun penjelasannya sebagai berikut : (Murwani, 2008)

- a. Proses interaksi, yaitu hubungan keluarga, komunikasi keluarga, pengasuhan keluarga, ekspresi keintiman keluarga, dukungan social, pemecahan konflik, peran (instrumental dan ekspresif), pemanfaatan waktu luang dan konsep interaksi lainnya.
- b. Proses perkembangan, yaitu masa peralihan keluarga, penyelesaian tahapan tugas perkembangan keluarga, masalah perkembangan individu yang berdampak pada perkembangan keluarga, pengaruh keluarga terhadap kesehatan dan konsep perkembangan lainnya.
- c. Proses koping, yaitu pemecahan masalah, pemanfaatan sumber daya keluarga, stressor dan percekcohan keluarga, strategi dan efektifitas koping, pengalaman masa lalu dalam mengatasi krisis, sumber pertahanan keluarga, konsep koping lainnya.
- d. proses integritas, yaitu nilai keluarga, kepercayaan keluarga, arti keluarga, identitas keluarga, ibadah keluarga, spiritualitas keluarga, kebiasaan dan budaya keluarga dan konsep-konsep integritas lainnya
- e. Proses kesehatan, yaitu keyakinan kesehatan keluarga dan keyakinan terhadap permasalahan dan fokus perhatian kesehatan

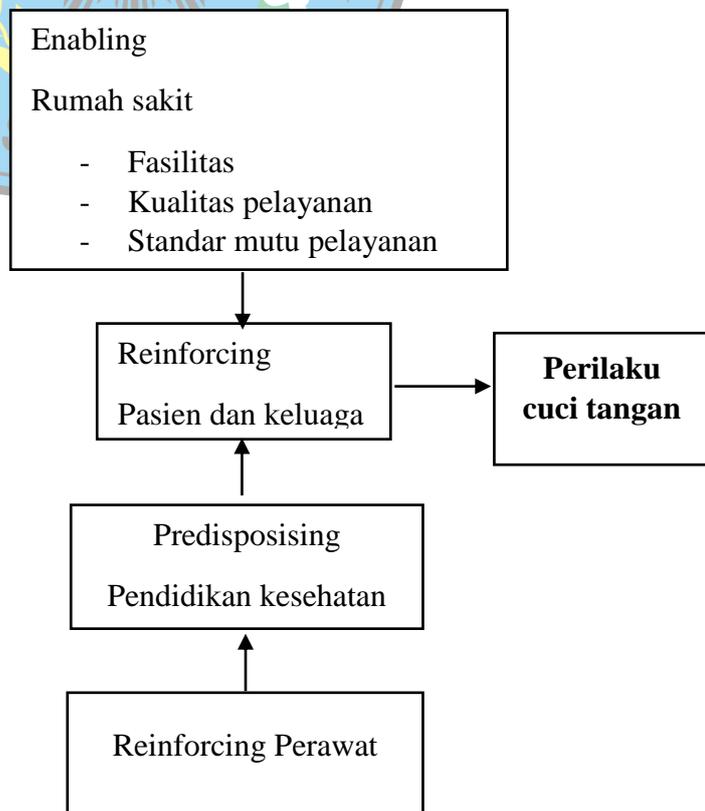
keluarga, perilaku kesehatan dan upaya pengelolaan kesehatan, tanggung jawab mengasuh anggota keluarga, kondisi penyakit, upaya pengobatan dan akibatnya bagi keluarga, stressor kesakitan pada keluarga, hubungan dengan petugas kesehatan dan aksesibilitas terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.

Perilaku kesehatan keluarga, yaitu gaya hidup, praktik dietik, kebiasaan istirahat & tidur keluarga, kebiasaan latihan & rekreasi keluarga, perilaku pencarian pelayanan kesehatan/perilaku sakit, perilaku perawatan kesehatan secara mandiri, perilaku *hygiene* & sanitasi lingkungan, upaya pencegahan penyakit (*medically based*) dan kebiasaan perawatan kesehatan gigi.

6. Tugas dan Faktor-Faktor yang Mendorong Peningkatan Kesehatan Saat Ini (Murwani, 2008)

Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut, mengenal masalah, mengambil keputusan, melakukan perawatan di rumah, memodifikasi lingkungan, menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

C. Kerangka teori

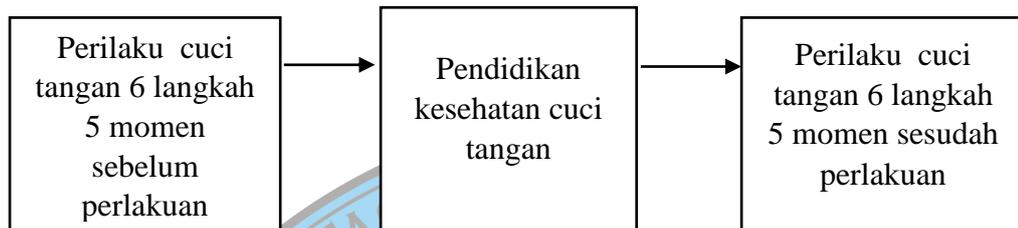


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (Murwani, 2008; Notoatmodjo 2010; Notoatmodjo, 2012; Setyaningsih, 2013 WHO, 2009).\

D. Kerangka Konsep

Variabel independen/ perlakuan variabel dependen



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas (independen) dalam penelitian ini variabel intervensi / perlakuan yaitu penkes cuci tangan.
2. Variabel terikat (dependent) dalam penelitian ini adalah perilaku cuci tangan.

F. Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pelaksanaan cuci tangan 6 langkah 5 momen keluarga pasien.