




**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENGENDALIAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DENGAN KEPATUHAN MELAKSANAKAN
UNIVERSAL PRECAUTIONS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Disusun untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar sarjana
keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan karya Husada Semarang

Disusun Oleh:
RIFKI ARMADHA
NIM : 1307065



**PROGRAM STUDI SI KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARYA HUSADA
SEMARANG**

2014

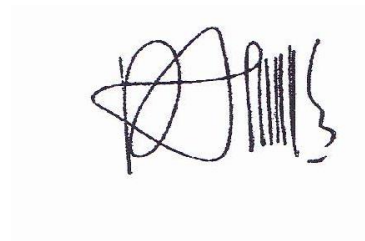
HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah disetujui untuk dipertahankan
di hadapan tim penguji Skripsi Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang

Pembimbing I

A handwritten signature in purple ink, consisting of a large, rounded loop followed by a smaller, more complex scribble.

Pembimbing II

A handwritten signature in black ink, featuring a large, complex scribble on the left side and a series of vertical lines on the right side.


Ns. Achmad Syaifudin, S.Kep, M.Kep Ns. Diana Tri Lestari, M.Kep, Sp.MB

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan
tim penguji Skripsi Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang

Pada tanggal
..... September 2014

Tim Penguji:

1. Ns. Yunani, S.Kep, M.Kep, Sp.MB : 

2. Ns. Achmad Syaifudin, S.Kep, M.Kep : 

3. Ns. Diana Tri Lestari, M.Kep, Sp.MB : 

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARYA HUSADA SEMARANG**

Skripsi, September 2014

Rifki Armadha* Achmad Syaifudin ** Diana Tri Lestari**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENGENDALIAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DENGAN KEPATUHAN MELAKSANAKAN
UNIVERSAL PRECAUTIONS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA
SEMARANG**

xiii + 76 halaman + 8 tabel + 2 bagan + 6 lampiran

ABSTRAK

Latar Belakang: Di Indonesia, proporsi kejadian infeksi nosokomial di seluruh rumah sakit pemerintah dengan jumlah pasien 1.527 pasien (0,95% dari jumlah pasien berisiko 160.417, sedangkan untuk rumah sakit swasta dengan jumlah pasien 991 pasien (0,76%) dari jumlah pasien berisiko 130.047. Untuk rumah sakit ABRI dengan jumlah pasien 254 pasien (15,1%) dari jumlah pasien berisiko 1.672. **Tujuan Penelitian:** Untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions*. **Metode Penelitian:** Jenis penelitian adalah *analitik correlation* dengan desain menggunakan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah semua perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Kota Semarang sebanyak 132 perawat. Sampel sebanyak 100 responden dengan teknik sampling yang digunakan adalah *proportional random sampling*. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan analisis bivariat. **Hasil Penelitian:** Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial sebagian besar adalah baik sebanyak 63 responden (63,0%). Kepatuhan melaksanakan *universal precautions* sebagian besar patuh sebanyak 80 responden (80,0%). **Kesimpulan:** Ada hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* (Pvalue = 0,000).

Kata kunci : Pengetahuan, infeksi nosokomial, kepatuhan, *universal precautions*

Daftar Pustaka : 41 (2004 – 2014)

Keterangan:

- * Peneliti (Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan STIKES Karya Husada Semarang)
- ** Pembimbing I (Dosen STIKES Karya Husada Semarang)
- ** Pembimbing II (Dosen Akper Kesdam/ Diponegoro Semarang)

**S1 NURSING STUDY PROGRAM
KARYA HUSADA HEALTH SCIENCE COLLEGE SEMARANG**

Mini Thesis, September 2014

Rifki Armadha* Achmad Syaifudin ** Diana Tri Lestari**

**CORRELATION KNOWLEDGE OF NURSE CONTROL COMPLIANCE
WITH IMPLEMENTING NOSOCOMIAL INFECTION *UNIVERSAL
PRECAUTIONS* GENERAL HOSPITAL IN THE KOTA SEMARANG**

xii + 76 page + 8 table + 2 chart + 6 attachments

ABSTRACT

Background: In Indonesia, the proportion of the incidence of nosocomial infections in hospitals throughout the government the number of patients 1,527 patients (0.95% of total risk patients 160 417, while the number of private hospital patients 991 patients (0.76%) of the number of patients 130 047 at risk. hospital ABRI For the number of patients 254 patients (15.1%) of the number of patients at risk of 1.672. **Objective:** To determine an correlation nurses' knowledge about nosocomial infection control adherence to implement *universal precautions*. **Methods:** The study was *analytic correlation* by using a *cross sectional* design. study population was all nurses in the inpatient hospital Semarang as much as 1 32 nurses. samples of 100 respondents with a sampling technique used is *proportional random sampling*. Analysis of the data used were univariate and bivariate analysis. **Results:** What Knowledge nurse about nosocomial infection control is good as most of the 63 respondents (63.0%). Compliance implement *universal precautions* largely compliant by 80 respondents (80.0%). **Conclusions:** There is an correlation nurses' knowledge about nosocomial infection control adherence to implement *universal precautions* (Pvalue = 0.0 00).

Keywords : Knowledge, nosocomial infections, compliance, universal precautions

Bibliography : 41 (2004 - 2014)

Description :

* Researcher (S1 Nurse Studies Program Student STIKES Karya Husada Semarang)

** Supervisor I (Lecturer STIKES Karya Husada Semarang)

** Supervisor II (Lecturer Akper Kesdam/ Diponegoro Semarang)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini yang berjudul: **“HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DENGAN KEPATUHAN MELAKSANAKAN *UNIVERSAL PRECAUTIONS* DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SEMARANG”**.

Terselesainya Skripsi ini tidak lepas dari peran banyak pihak yang banyak membantu. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak antara lain:

1. Ns. Fery Agusman M.M, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang.
2. Ns. Eni Kusyati, S.Kep, M.Si.Med selaku Pembantu Ketua I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang.
3. Ns. Achmad Syaifudin, S.Kep, M.Kep selaku Ka.Prodi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang dan pembimbing I yang telah membantu dalam menyelesaikan Skripsi ini.
4. Ns. Diana Tri Lestari, M.Kep, Sp.MB selaku pembimbing II yang selalu memberikan bimbingan dan pengarahan kepada peneliti.
5. Ns. Yunani, S.Kep, M.Kep, Sp.MB selaku selaku penguji dalam penyusu Skripsi ini.
6. Dwi Hikari di “HIKARI SOLUTION” yang telah memberikan bimbingan dalam proses olah data Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Direktur di RSUD Kota Semarang yang telah memberikan waktu dan tempat buat penelitian
8. Perawat di RSUD Kota Semarang yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini
9. Seluruh Staf dan pengajar Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang yang telah memberi ilmu, bantuan dan memberikan masukan kepada peneliti.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas semua bantuan yang diberikan.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan maupun kesalahan dalam penyusunan Skripsi ini. Untuk itu penulis bersedia menerima kritik dan saran yang membangun demi kebaikan diwaktu yang akan datang. Penulis juga meminta maaf atas segala kekurangan dan penulisan Skripsi ini.

Harapan penulis semoga Skripsi ini bisa bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Semarang, September 2014

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Originalitas Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Teori.....	9
1. Kepatuhan	9
2. <i>Universal Precautions</i>	25
3. Infeksi Nosokomial	35
B. Kerangka Teori.....	47
C. Kerangka Konsep	47
D. Variabel Penelitian	48
E. Hipotesa	48
BAB III METODE PENELITIAN.....	49
A. Jenis dan Desain Penelitian	49
B. Waktu dan Tempat Penelitian	49

C. Definisi Operasional.....	50
D. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling	51
E. Instrumen Penelitian.....	53
F. Teknik Pengumpulan Data	57
G. Pengolahan Data.....	59
H. Analisa Data	61
I. Etika Penelitian	63
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	65
A. Gambaran umum tempat penelitian	65
B. Hasil Penelitian	66
C. Pembahasan.....	68
D. Keterbatasan penelitian	74
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	75
A. Kesimpulan	75
B. Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	1.1	Originalitas Penelitian.....	7
Tabel	2.1	Skor skala pada Flebitis	39
Tabel	3.1	Definisi Operasional.....	50
Tabel	3.2	Jumlah sampel tiap ruang di RSUD Kota Semarang	53
Tabel	3.3	Kisi_kisi Kuesioner Pengetahuan	54
Tabel	4.1	Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang tahun 2014	66
Tabel	4.2	Distribusi frekuensi responden berdasarkan kepatuhan melaksanakan <i>universal precautions</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang tahun 2014.....	67
Tabel	4.3	Hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan <i>universal precautions</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang tahun 2014.....	67

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Kerangka Teori.....	47
Bagan 2.2	Kerangka Konsep.....	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Langkah pertama cuci tangan.....	28
Gambar 2.2	Langkah kedua cuci tangan.....	28
Gambar 2.3	Langkah ketiga cuci tangan.....	29
Gambar 2.4	Langkah keempat cuci tangan.....	29
Gambar 2.5	Langkah kelima cuci tangan.....	29
Gambar 2.6	Langkah keenam cuci tangan.....	29
Gambar 2.7	Sarung Tangan	31
Gambar 2.8	Masker.....	33

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan menjadi responden
- Lampiran 2 Lembar persetujuan menjadi responden
- Lampiran 3 Kuesioner dan lembar observasi
- Lampiran 4 Hasil uji statistik
- Lampiran 5 Jadwal penelitian
- Lampiran 6 Lembar konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu tempat pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama untuk masyarakat yang sedang sakit. Pelayanan rumah sakit saat ini tidak saja bersifat kuratif (penyembuhan) tetapi juga pemulihan (rehabilitatif) (Juwita, 2008).

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit yang berasal dari bakteri yang sudah resisten terhadap antibiotika. Kasus infeksi nosokomial terjadi hampir di seluruh negara terutama di negara miskin dan negara berkembang termasuk Indonesia. Di seluruh dunia diperkirakan kasus infeksi ini rata-rata menimpa 9% dari 1,4 juta pasien rawat inap. Lebih dari 2 milyar penduduk dunia terinfeksi virus hepatitis B, dan sekitar 130–170 juta merupakan pengidap virus hepatitis C, dengan angka kematian lebih dari 350 ribu per tahun (Depkes RI, 2013).

Di Indonesia, proporsi kejadian infeksi nosokomial di seluruh rumah sakit pemerintah dengan jumlah pasien 1.527 pasien (0,95% dari jumlah pasien berisiko 160.417, sedangkan untuk rumah sakit swasta dengan jumlah pasien 991 pasien (0,76%) dari jumlah pasien berisiko 130.047. Untuk rumah sakit ABRI dengan jumlah pasien 254 pasien (15,1%) dari jumlah pasien berisiko 1.672. Flebitis adalah infeksi yang tertinggi dirumah sakit swasta atau

pemerintah dengan jumlah pasien 2.168 pasien (1,73%) dari jumlah pasien berisiko 124.733 (Depkes RI, 2013).

Data survei yang dilakukan oleh kelompok peneliti AMRIN (*Anti Microbial Resistance In Indonesia*) di Jawa Tengah tahun 2010 diperoleh data infeksi nosokomial yaitu kejadian infeksi luka operasi profunda (*Deep Incisional*) sebesar 3,5%, infeksi aliran darah primer (*plebitis*) sebesar 6,3% dan infeksi saluran kemih merupakan angka kejadian yang paling tinggi yaitu sebesar 10,8% (Depkes RI, 2011).

Kasus infeksi yang didapat dari rumah sakit, hendaknya pihak rumah sakit menyusun program upaya pengendalian infeksi yang serius. Salah satu strategi yang bermanfaat dalam pengendalian infeksi nosokomial adalah peningkatan kemampuan petugas kesehatan dalam metode *universal precautions* (Depkes, 2013). Pengetahuan mengenai bagaimana terjadinya infeksi, pencegahan yang diperlukan untuk membatasi, dan metode untuk mencegah terjadinya infeksi merupakan informasi yang esensial bagi setiap perawat untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial (Gould & Brooker, 2007).

Tindakan pencegahan universal merupakan salah satu strategi yang telah direkomendasikan oleh *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dalam upaya pengendalian infeksi dan penularan penyakit di sarana kesehatan. Tindakan pencegahan universal atau *Universal Precaution* (UP) yaitu suatu cara penanganan untuk meminimalkan paparan darah dan cairan tubuh dari semua pasien tanpa memandang status infeksi. Salah satu tujuan

utamanya yaitu melindungi tenaga perawat dari penularan penyakit di sarana kesehatan dengan menekankan pentingnya untuk memperlakukan semua pasien sebagai potensi yang dapat menularkan infeksi sehingga perlu diambil langkah pencegahan yang memadai (Isa, 2006).

Menurut Nasronudin (2007), *universal precautions* merupakan suatu pedoman yang ditetapkan oleh *the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* dan *the Occupational Safety and Health Administration (OSHA)*, untuk mencegah transmisi dari berbagai penyakit yang ditularkan melalui darah di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

Prinsip dasar tindakan pencegahan adalah cuci tangan secara benar, penerapan *aseptic antiseptic*, dan penggunaan alat pelindung pribadi dalam upaya mencegah transmisi mikro organisme melalui darah dan cairan tubuh (Anwar, 2005). Adapun upaya pokok pengendalian infeksi dan penularan penyakit adalah tindakan pencegahan infeksi dan penularan penyakit dengan cara memantau dan meningkatkan perilaku petugas dalam menerapkan prosedur tindakan pencegahan universal (Pulungsih, 2004).

Hasil penelitian Khoiruddin (2010), faktor yang mempengaruhi rendahnya perilaku perawat dalam tindakan pencegahan universal yaitu: pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana alat pelindung pribadi dan motivasi perawat. Ketidapatuhan atau keengganan petugas untuk melakukan prosedur *universal precautions* karena dianggap terlalu merepotkan dan tidak nyaman.

Penelitian Yusran (2010) menyatakan bahwa tingkat pengetahuan tentang *universal precautions* pada perawat di RSUD Abdoel Moeloek

Bandar Lampung sebanyak 67,5% masuk dalam kriteria pengetahuan baik dengan tingkat kepatuhan *universal precautions* hanya 66,5% yang masuk kategori kurang.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Semarang pada bulan Januari 2014 didapatkan angka kejadian infeksi nosokomial secara menyeluruh sebanyak 227 pasien dari 825 pasien yang dirawat inap, 23 pasien terkena infeksi saluran kemih, 38 pasien terkena infeksi luka operasi, 7 pasien pneumonia, 6 pasien dekubitus, 22 pasien terkena sepsis, 131 pasien mengalami flebitis (Data Rekam Medis RSUD Kota Semarang, 2014).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Kota Semarang, peneliti mengobservasi 10 perawat melakukan cuci tangan hanya sebesar 60% atau 6 orang saja yang melakukan prosedur cuci tangan saat kontak dengan pasien. Hasil yang paling dominan perawat tidak melakukan kebersihan tangan (*hand hygiene*) atau *the five moment for hand hygiene*, terutama saat melakukan tindakan invasif. Perawat tidak melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan sebelum melakukan tindakan invasif. Perawat hanya melakukan cuci tangan setelah kontak dengan pasien, setelah kontak dengan cairan tubuh pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien. Hasil observasi peneliti juga melihat bahwa perawat melakukan cuci tangan di bawah air yang mengalir dan tidak mengikuti prosedur 6 langkah cuci tangan yang ditetapkan oleh *World Health Organization* (WHO). Perawat hanya melakukan cuci tangan dengan 3 langkah

seperti menggosok telapak tangan, punggung tangan dan sela-sela jari tangan. Perawat tidak melakukan cuci tangan dengan menggosok buku-buku jari, ibu jari, dan menggosok jari ke telapak tangan. Hasil wawancara beberapa perawat juga diketahui, kurangnya kemampuan perawat dalam upaya *universal precautions* dan mengatakan memakai masker dan sarung tangan setiap melakukan tindakan keperawatan sangat merepotkan dan mencuci tangan sudah cukup untuk mencegah penularan infeksi.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.
- b. Mendeskripsikan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.
- c. Menganalisis hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat mempertimbangkan faktor lain yang mempengaruhi *universal precaution* misalnya umur, masa kerja, serta pendidikan.

2. Bagi Keilmuan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya disiplin ilmu keperawatan mengenai pentingnya menerapkan *universal precautions* untuk mencegah terjadinya infeksi dan penularan penyakit pada pasien dan tenaga kesehatan.

3. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan bagi layanan kesehatan untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan perilaku perawat dalam penggunaan alat pelindung

pribadi yang merupakan salah satu strategi pengendalian infeksi dan penularan penyakit, sehingga bisa menjadi pertimbangan untuk menentukan kebijakan dalam mencegah infeksi dan penularan penyakit bagi dirinya sendiri dan perawat.

4. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi tenaga kesehatan untuk menerapkan *universal precautions* sebagai upaya perlindungan diri terhadap infeksi.

E. Originalitas Penelitian

Tabel 1.1 Originalitas Penelitian

No	Nama, tahun, judul	Variabel yang diteliti	Metode Penelitian	Hasil	Perbedaan
1	Yusran (2010), dengan judul: Kepatuhan penerapan prinsip-prinsip pencegahan infeksi (<i>universal precaution</i>) pada perawat di RSUD Abdoel Muluk Bandar Lampung	Faktor demografi (jenis kelamin, usia, lama bekerja, dan pendidikan), tingkat pengetahuan, keselamatan lingkungan kerja di rumah sakit, dan sikap perawat	Jenis penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Hasil analisis menggunakan regresi logistik multipel menunjukkan bahwa perawat yang menganggap lingkungan kerja yang aman enam kali lebih patuh terhadap pelaksanaan UP ($p < ,001$).	Penelitian sebelumnya variabel yang diteliti jenis kelamin, usia, lama bekerja, pendidikan, tingkat pengetahuan, keselamatan lingkungan kerja dan sikap perawat. Penelitian sekarang variabel yang diteliti adalah pengetahuan tentang pengendalian infeksi nosokomial dan kepatuhan melaksanakan <i>universal precautions</i>

No	Nama, tahun, judul	Variabel yang diteliti	Metode Penelitian	Hasil	Perbedaan
2	Mahardini, (2010) dengan judul Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat menerapkan <i>universal precaution</i> ketika melakukan kemoterapi pasien kanker di RSUD dr. Moewardi Surakarta	Pengetahuan, sikap dan pendidikan	Jenis penelitian adalah <i>explanatory research</i> dengan rancangan <i>cross sectional</i>	Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan pengetahuan, sikap dan pendidikan dengan perawat menerapkan <i>universal precautions</i>	Penelitian sebelumnya yang diteliti adalah pengetahuan, sikap, dan pendidikan. Penelitian sekarang variabel yang diteliti adalah pengetahuan tentang pengendalian infeksi nosokomial dan kepatuhan melaksanakan <i>universal precautions</i>
3	Aditi, G. S (2012), dengan judul: Pengetahuan dan sikap mahasiswa akper terhadap pencegahan infeksi nosokomial flebitis di RSUP Hasan Sadikin Bandung	Pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan infeksi nosokomial	Jenis penelitian adalah deskriptif dan rancangan penelitian menggunakan survei	Hasil penelitian menggambarkan pengetahuan mahasiswa dengan kategori kurang (66,67%), dan sikap dengan kategori mendukung (53,97%)	Jenis penelitian sebelumnya adalah deskriptif, sedangkan jenis penelitian sekarang adalah korelasi. Variabel sebelumnya adalah pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan infeksi nosokomial. Penelitian sekarang variabel yang diteliti adalah pengetahuan tentang pengendalian infeksi nosokomial dan kepatuhan melaksanakan <i>universal precautions</i>

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kepatuhan

a. Pengertian kepatuhan

Kepatuhan adalah tingkat seseorang dalam melaksanakan suatu aturan dalam dan perilaku yang disarankan. Kepatuhan merupakan tingkat seseorang dalam melaksanakan perawatan, pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh perawat, dokter atau tenaga kesehatan lainnya (Carpenito, 2010).

Kepatuhan adalah menuruti suatu perintah atau suatu aturan. Kepatuhan adalah tingkat seseorang dalam melaksanakan perawatan, pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh perawat, dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Kepatuhan (*compliance atau adherence*) menggambarkan sejauh mana pasien berperilaku untuk melaksanakan aturan dalam pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh tenaga kesehatan (Smelt, 2004).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang yaitu:

1) Faktor Internal

Faktor internal yang mempengaruhi tingkat kepatuhan antara lain pengetahuan, sikap, kemampuan dan motivasi.

a) Pengetahuan

(1) Pengertian

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan non formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal (Wawan & Dewi, 2010).

(2) Domain Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu persepsi seseorang. Pengetahuan dibagi menjadi enam domain yaitu:

(a) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

(b) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang ketahu, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

(c) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).

(d) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

(e) Sintesis (*syntetis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

(f) Evaluasi (*evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

(3) Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Sukmadinata (2010), faktor–faktor yang mempengaruhi pengetahuan sebagai berikut:

(a) Faktor internal

(i) Jasmani

Faktor jasmani di antaranya adalah keadaan indera seseorang.

(ii) Rohani

Faktor rohani di antaranya adalah kesehatan psikis, intelektual, psikomotor serta kondisi efektif dan kognitif individu.

(b) Faktor eksternal

(i) Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberi respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berfikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut.

(ii) Paparan Media Massa

Melalui berbagai media cetak maupun elektronik, berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, radio, majalah, pamphlet) akan memperoleh informasi media ini, berarti paparan media massa mempunyai tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang.

(iii) Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan primer maupun kebutuhan sekunder, keluarga dengan status ekonomi lebih baik mudah tercukupi dibanding keluarga dengan status ekonomi rendah.

(iv) Pengalaman

Pengalaman seseorang individu tentang berbagai hal bisa diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya, misal sering mengikuti kegiatan yang mendidik.

(4) Cara mengukur pengetahuan

Menurut Wawan & Dewi (2010), bahwa pengukuran pengetahuan dapat diperoleh dari kuesioner atau angket yang menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Cara mengukur tingkat

pengetahuan dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan, kemudian dilakukan penilaian, kemudian digolongkan menjadi 3 kategori yaitu:

(a) Pengetahuan baik: nilai 76%-100%

(b) Pengetahuan cukup: nilai 56%-75%

(c) Pengetahuan kurang: nilai <56%

b) Sikap

(1) Pengertian Sikap (*attitude*)

Menurut Azwar (2009), sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavourable*) pada objek tersebut. Sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Dapat dikatakan bahwa kesiapan yang dimaksudkan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respons.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan

sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. (Notoatmodjo, 2010).

(2) Tingkatan Sikap

Tingkatan sikap menurut Notoatmodjo (2010) adalah:

- (a) Menerima (*receiving*): diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- (b) Merespon (*responding*): memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.
- (c) Menghargai (*valuing*): mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- (d) Bertanggung jawab (*responsible*): bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

(3) Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap

Dalam interaksi sosialnya, individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapinya. Diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap menurut Azwar (2009) adalah:

(a) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial.

(b) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan, atau seseorang yang berarti khusus bagi kita.

(c) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.

(d) Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dll mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang.

(e) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

(f) Pengaruh faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

c) Kemampuan

Kemampuan adalah bakat seseorang untuk melakukan tugas fisik atau mental. Kemampuan seseorang pada umumnya stabil. Kemampuan merupakan faktor yang dapat membedakan karyawan yang berkinerja tinggi dan yang berkinerja rendah. Kemampuan individu mempengaruhi karakteristik pekerjaan,

perilaku, tanggung jawab, pendidikan dan memiliki hubungan secara nyata terhadap kinerja pekerjaan (Dwiprahasto, 2009).

Manajer harus berusaha menyesuaikan kemampuan dan keterampilan seseorang dengan kebutuhan pekerjaan. Proses penyesuaian ini penting karena tidak ada kepemimpinan, motivasi, atau sumber daya organisasi yang dapat mengatasi kekurangan kemampuan dan keterampilan meskipun beberapa keterampilan dapat diperbaiki melalui latihan atau pelatihan (Dwiprahasto, 2009).

d) Motivasi

(1) Pengertian Motivasi

Motivasi mempunyai arti dorongan, berasal dari bahasa latin "*movere*", yang berarti mendorong atau menggerakkan. Motivasi inilah yang mendorong seseorang untuk berperilaku, beraktifitas dalam pencapaian tujuan. Karena itu motivasi diartikan sebagai kekuatan yang terdapat dalam diri organisme yang mendorong untuk berbuat atau merupakan *driving force*. Motif sebagai pendorong pada umumnya tidak berdiri sendiri, tetapi saling kait mengait dengan faktor-faktor lain, hal-hal yang dapat mempengaruhi motif disebut motivasi. Kalau orang ingin mengetahui mengapa orang berbuat atau berperilaku ke arah sesuatu seperti yang dikerjakan, maka orang tersebut akan terkait

dengan motivasi atau perilaku yang termotivasi (*motivated behavior*) (Sunaryo, 2004).

(2) Jenis-jenis motivasi

Jenis-jenis motivasi menurut Walgito (2004) adalah:

- (a) Motivasi fisiologis: dorongan atau motivasi fisiologis pada umumnya berakar pada keadaan jasmani, misal dorongan untuk makan, dorongan untuk minum, dorongan seksual, dorongan untuk mendapatkan udara segar.
- (b) Motivasi sosial: motivasi sosial merupakan motivasi yang kompleks, dan merupakan sumber dari banyak perilaku atau perbuatan manusia. Karena motivasi ini dipelajari, maka kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain satu dengan yang lain itu dapat berbeda-beda.
- (c) Teori kebutuhan dari Murray: Selain teori kebutuhan atau teori motivasi yang dikemukakan oleh McClelland, dikenal pula teori kebutuhan yang dikemukakan oleh Murray atau disebut teori motivasi.
- (d) Motivasi eksplorasi, kompetensi dan *self-aktualisasi*: mengadakan eksplorasi terhadap lingkungan; motivasi untuk menguasai tantangan yang ada dalam lingkungan dan menanganinya dengan secara efektif (*competency, or effectance motivation*); dan motivasi untuk aktualisasi

diri (*self actualization*) yang berkaitan sampai seberapa jauh seseorang dapat bertindak atau berbuat untuk mengaktualisasikan dirinya.

(3) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motivasi

Menurut Widyatun (2007), ada dua faktor yang berpengaruh terhadap motivasi yaitu:

(a) Faktor internal

Motivasi yang berasal dari dalam diri manusia, biasanya timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan sehingga manusia menjadi puas. Faktor internal meliputi:

(i) Faktor fisik

Faktor fisik adalah segala sesuatu yang berkaitan dengan kondisi fisik misalnya status kesehatan.

(ii) Faktor proses mental

Motivasi merupakan suatu proses yang tidak terjadi begitu saja, tetapi ada kebutuhan yang mendasari munculnya motivasi tersebut.

(iii) Faktor hereditas

Bahwa manusia diciptakan dengan berbagai macam tipe kepribadian yang secara herediter dibawa sejak lahir.

(iv) Faktor kematangan usia

Kematangan usia seseorang akan mempengaruhi proses pengambilan keputusan dan proses berfikir dalam melakukan sesuatu.

(v) Pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang juga mempengaruhi motivasi individu, yang mana makin tinggi pengetahuan seseorang maka makin tinggi motivasi seseorang.

(b) Faktor eksternal

Motivasi yang berasal dari luar diri individu yang merupakan pengaruh dari orang lain atau lingkungan.

Faktor eksternal meliputi:

(i) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan sesuatu yang berada disekitar individu baik secara fisik, biologis maupun sosial.

(ii) Dukungan sosial

Dukungan sosial sebagai informasi verbal maupun nonverbal, saran, bantuan yang nyata dan tingkah laku yang diberikan masyarakat dengan subyek didalam lingkungan sosialnya.

(iii) Fasilitas (sarana dan prasarana)

Ketersediaan sarana dan prasarana yang menunjang seperti Puskesmas, Posyandu, klinik, bidan desa yang mudah terjangkau oleh masyarakat, serta tersedianya alat-alat data menunjang keberhasilan.

(iv) Media

Media merupakan sarana untuk menyampaikan pesan atau info kesehatan. Adanya media ini memudahkan ibu menjadi lebih tahu tentang informasi-informasi kesehatan yang pada akhirnya dapat menjadi motivasi.

2) Faktor eksternal

Faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi kepatuhan terdiri dari: karakteristik organisasi, karakteristik kelompok, karakteristik pekerjaan dan karakteristik lingkungan.

a) Karakteristik Organisasi

Keadaan dari organisasi dan struktur organisasi ditentukan oleh filosofi dari manajer organisasi tersebut. Keadaan organisasi dan struktur organisasi akan memotivasi atau gagal memotivasi perawat profesional untuk berpartisipasi pada tingkatan yang konsisten sesuai dengan tujuan. Bahwa karakteristik organisasi meliputi komitmen organisasi dan hubungan antara teman sekerja dan supervisor yang akan

berpengaruh terhadap kepuasan kerja dan perilaku individu (Walgito, 2004).

b) Karakteristik Kelompok

Dwiprahasto (2009) berpendapat bahwa kelompok adalah unit komunitas yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki suatu kesatuan tujuan dan pemikiran serta integritas antar anggota yang kuat. Karakteristik kelompok adalah: (1) adanya interaksi; (2) adanya struktur; (3) kebersamaan; (4) adanya tujuan; (5) ada suasana kelompok; (6) dan adanya dinamika interdependensi. Anggota kelompok melaksanakan peran tugas, peran pembentukan, pemeliharaan kelompok, dan peran individu. Anggota melaksanakan hal ini melalui hubungan interpersonal. Tekanan dari kelompok sangat mempengaruhi hubungan interpersonal dan tingkat kepatuhan individu karena individu terpaksa mengalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya individu tersebut tidak menyetujuinya.

c) Karakteristik Pekerjaan

Karakteristik pekerjaan akan memberikan motivasi bagi karyawan untuk lebih bekerja dengan giat dan untuk menumbuhkan semangat kerja yang lebih produktif karena karakteristik pekerjaan adalah proses membuat pekerjaan akan lebih berarti, menarik dan menantang sehingga dapat mencegah

seseorang dari kebosanan dan aktivitas pekerjaan yang monoton sehingga pekerjaan terlihat lebih bervariasi. Karakteristik pekerjaan adalah sifat yang berbeda antara jenis pekerjaan yang satu dengan yang lainnya yang bersifat khusus dan merupakan inti pekerjaan yang berisikan sifat-sifat tugas yang ada di dalam semua pekerjaan serta dirasakan oleh para pekerja sehingga mempengaruhi sikap atau perilaku terhadap pekerjaannya (Dwiprahasto, 2009).

d) Karakteristik Lingkungan

Apabila perawat harus bekerja dalam lingkungan yang terbatas dan berinteraksi secara konstan dengan staf lain, pengunjung, dan tenaga kesehatan lain. Kondisi seperti ini yang dapat menurunkan motivasi perawat terhadap pekerjaannya, dapat menyebabkan stress, dan menimbulkan kepenatan.

2. *Universal Precautions*

a. Pengertian *Universal Precautions*

Menurut Nasronudin (2007), *universal precautions* merupakan suatu pedoman yang ditetapkan oleh *the Centers for Disease Control and Prevention CDC* Atlanta dan *the Occupational Safety and Health Administration (OSHA)*, untuk mencegah transmisi dari berbagai penyakit yang ditularkan melalui darah di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

Kewaspadaan Universal (KU) atau *Universal Precautions* (UP) adalah suatu cara untuk mencegah penularan penyakit dari cairan tubuh, baik dari pasien ke petugas kesehatan dan sebaliknya juga dari pasien ke pasien lainnya (Kurniawati & Nursalam, 2007).

b. Tujuan *Universal Precautions*

Universal precautions perlu diterapkan dengan tujuan (Kurniawati & Nursalam, 2007):

1) Mengendalikan infeksi secara konsisten

Universal precautions merupakan upaya pengendalian infeksi yang harus diterapkan dalam pelayanan kesehatan kepada semua pasien, setiap waktu, untuk mengurangi risiko infeksi yang ditularkan melalui darah.

2) Memastikan standar adekuat bagi mereka yang tidak didiagnosis atau tidak terlihat seperti berisiko

Prinsip *universal precautions* diharapkan akan mendapat perlindungan maksimal dari infeksi yang ditularkan melalui darah maupun cairan tubuh yang lain baik infeksi yang telah diagnosis maupun yang belum diketahui.

3) Mengurangi risiko bagi petugas kesehatan dan pasien

Universal precautions tersebut bertujuan tidak hanya melindungi petugas dari risiko terpajan oleh infeksi HIV namun juga melindungi klien yang mempunyai kecenderungan rentan terhadap segala infeksi yang mungkin dibawa oleh petugas.

4) Asumsi bahwa risiko atau infeksi berbahaya

Universal precautions ini juga sangat diperlukan untuk mencegah infeksi lain yang bersifat nosokomial terutama untuk infeksi yang ditularkan melalui darah/ cairan tubuh.

c. Macam *Universal Precautions*

Tindakan pencegahan universal meliputi hal-hal sebagai berikut:

1) Cuci tangan

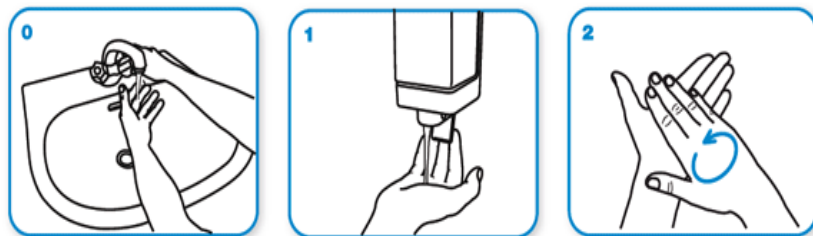
Cuci tangan harus dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan dan alat pelindung diri lain. Tindakan ini penting untuk mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi dan lingkungan kerja terjaga dari infeksi (Kurniawati & Nursalam, 2007).

Indikator mencuci tangan digunakan dan harus dilakukan untuk antisipasi terjadinya perpindahan kuman melalui tangan yaitu:

- a) Sebelum melakukan tindakan, misalnya saat akan memeriksa (kontak langsung dengan klien), saat akan memakai sarung tangan bersih maupun steril, saat akan melakukan injeksi dan pemasangan infus.
- b) Setelah melakukan tindakan, misalnya setelah memeriksa pasien, setelah memegang alat bekas pakai dan bahan yang terkontaminasi, setelah menyentuh selaput mukosa.

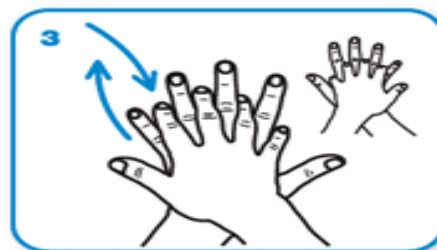
Prinsip-prinsip cuci tangan yang efektif dengan sabun atau handsrub yang berbasis alkohol menggunakan 6 langkah (Prosedur Tetap RSUD Kota Semarang, 2013):

- a) Basahi kedua telapak anda dengan air mengalir, lalu beri sabun ke telapak usap dan gosok dengan lembut pada kedua telapak tangan



Gambar 2.1 Langkah pertama cuci tangan

- b) Gosok masing- masing punggung tangan secara bergantian.



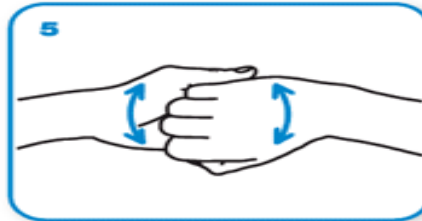
Gambar 2.2 Langkah kedua cuci tangan

- c) Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari.



Gambar 2.3 Langkah ketiga cuci tangan

- d) Gosokan ujung jari (buku-buku) dengan mengatupkan jari tangan kanan terus gosokkan ke telapak tangan kiri bergantian



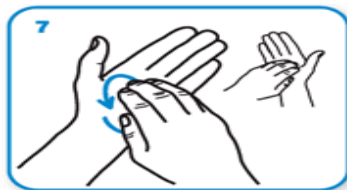
Gambar 2.4 Langkah keempat cuci tangan

- e) Gosok dan putar ibu jari secara bergantian



Gambar 2.5 Langkah kelima cuci tangan

- f) Gosokkan ujung kuku pada telapak tangan secara bergantian. Menggosok kedua pergelangan tangan dengan cara diputar dengan telapak tangan bergantian setelah itu bilas dengan menggunakan air bersih dan mengalir, lalu keringkan.



Gambar 2.6 Langkah keenam cuci tangan

2) Penggunaan alat pelindung diri (APD)

Alat pelindung diri digunakan untuk melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskreta kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien. Penggunaan alat pelindung diri yang sesuai untuk setiap tindakan seperti:

a) Sarung Tangan

Melindungi tangan dari bahan infeksius dan melindungi pasien dari mikroorganisme pada tangan petugas. Alat ini merupakan pembatas fisik terpenting untuk mencegah penyebaran infeksi dan harus selalu diganti untuk mencegah infeksi silang. Menurut Tietjen (2004), ada tiga jenis sarung tangan yaitu:

- (1) Sarung tangan bedah, dipakai sewaktu melakukan tindakan infasif atau pembedahan.
- (2) Sarung tangan pemeriksaan, dipakai untuk melindungi petugas kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin.
- (3) Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

Pemakaian sarung tangan menurut Prosedur Tetap Keperawatan RSUD Kota Semarang (2013) meliputi:



Gambar 2.8 Sarung Tangan

Sumber: Protap RSUD Kota Semarang (2013)

Pelaksanaan:

- (1) Cuci tangan dengan seksama
- (2) Buka pembungkus bagian luar kemasan sarung tangan dengan memisahkan dan melepaskan sisi-sisinya
- (3) Pegang bagian dalam kemasan dan letakkan pada permukaan yang bersih dan datar, buka kemasan, jaga sarung tangan tetap pada kemasan dalam
- (4) Jika sarung tangan kanan dan kiri, kenakan sarung tangan yang dominan terlebih dahulu
- (5) Dengan ibu jari dan telunjuk tangan non dominan, pegang tepi manset untuk tangan yang dominan, sentuh hanya permukaan bagian dalam sarung tangan
- (6) Pakai sarung tangan dominan, pastikan manset tidak tertumpuk di pergelangan tangan, ibu jari dan jari-jari lainnya berada pada tempat yang tepat

- (7) Dengan tangan dominan yang bersarung tangan, selipkan jari di dalam manset sarung tangan kedua
- (8) Kenakan sarung tangan kedua pada tangan non dominan
- (9) Setelah sarung tangan kedua dikenakan, tautkan kedua tangan, manset biasanya jatuh ke bawah
- (10) Sarung tangan yang sudah dipakai dibuang pada tempatnya.

b) Gaun pelindung

Gaun bedah, pertama kali digunakan untuk melindungi pasien dari mikroorganisme yang terdapat di abdomen dan lengan dari staf perawatan kesehatan sewaktu pembedahan.

c) Celemek (*skort*)

Jenis bahan dapat berupa bahan tembus cairan dan bahan tidak tembus cairan. Tujuannya untuk melindungi petugas dari kemungkinan genangan atau percikan darah maupun cairan tubuh lain yang dapat mencemari baju seragam.

d) Masker dan kaca mata (*google*)

Masker dan kaca mata atau pelindung wajah (*google*), tujuannya melindungi membran mukosa mata, hidung dan mulut, selama melakukan tindakan perawatan pasien yang memungkinkan terjadi percikan darah atau cairan tubuh lain.

Langkah-langkah perawat/ bidan/ POS dalam memakai masker agar tidak terjadi infeksi nosokomial baik bagi pasien maupun perawat di ruang rawat inap (Kurniawati & Nursalam, 2007).



Gambar 2.9 Masker

Sumber: Kurniawati & Nursalam (2007).

Prosedur:

- (1) Memasang masker menutupi hidung dan mulut, kemudian mengikat tali-talinya
 - (a) Tali bagian atas diikat ke belakang kepala melewati bagian atas telinga
 - (b) Tali bagian bawah diikat ke belakang leher
 - (2) Menanggalkan masker dengan melepaskan ikatan tali-talinya, kemudian masker dilipat dengan bagian luar di dalam
 - (3) Masker direndam dengan larutan desinfektans
 - (4) Cuci tangan
- e) Sepatu tertutup
- Sepatu tertutup, dipakai pada saat memasuki daerah ketat. Sepatu ini dapat berupa sepatu tertutup biasa sebatas mata kaki

dan sepatu booth tertutup yang biasa dipakai pada operasi yang memungkinkan terjadinya genangan percikan darah atau cairan tubuh pasien, misalnya pada operasi *sectio caesarea* atau *laparatomy*.

- 3) Pengelolaan dan pembuangan alat benda tajam secara hati-hati. Alat benda tajam sekali pakai (*disposable*) dipisahkan dalam wadah khusus untuk insenerasi. Bila tidak ada insenerator, dilakukan dekontaminasi dengan larutan *chlorine* 0,5% kemudian dimasukkan dalam wadah plastik yang tahan tusukan misalnya kaleng untuk dikubur dan kapurisasi.
- 4) Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai dengan cara melakukan dekontaminasi, desinfeksi, sterilisasi. Dekontaminasi dan desinfeksi dilakukan di ruang perawatan dengan menggunakan cairan desinfektan *chlorine* 0,5%, *glutaraldehyde* 2%, *presept* atau desinfektan oleh bagian sterilisasi dengan mesin *autoclave*.
- 5) Pengelolaan linen yang tercemar dengan benar. Linen yang basah dan tecemar oleh darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi, harus dikelola secara hati-hati dengan mencegah pemaparan kulit dan membran mukosa serta kontaminasi pakaian.

3. Infeksi Nosokomial

a. Pengertian

Infeksi nosokomial atau disebut juga infeksi rumah sakit adalah infeksi yang terjadi di rumah sakit oleh kuman yang berasal dari rumah

sakit. Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit yang berasal dari bakteri yang sudah resisten terhadap antibiotika (Hidayat, 2006).

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang muncul selama pasien dirawat di rumah sakit dan mulai menunjukkan suatu gejala selama pasien itu dirawat atau selesai dirawat disebut infeksi nosokomial. Secara umum, pasien yang masuk rumah sakit dan menunjukkan tanda infeksi yang kurang dari 3x24 jam, menunjukkan bahwa masa inkubasi penyakit telah terjadi sebelum pasien masuk rumah sakit, dan infeksi yang baru menunjukkan gejala setelah 3x24 jam pasien berada di rumah sakit baru disebut infeksi nosokomial (Tietjen, 2004).

b. Cara penularan

Darmadi (2008), berpendapat bahwa cara penularan infeksi nosokomial yaitu melalui:

1) Penularan infeksi melalui penderita sendiri (*self infection*)

Adalah kejadian infeksi nosokomial dengan kuman penyebabnya berasal dari penderita sendiri.

2) Infeksi silang (*cross infection*)

Adalah kejadian infeksi nosokomial yang disebabkan oleh kuman dari penderita sebagai sumber infeksi kepada penderita yang lain di rumah sakit, baik secara langsung (kontak) maupun secara tidak langsung (Staf medis, analis, pengunjung rumah sakit atau peralatan kedokteran)

3) Infeksi lingkungan (*enviromental infection*)

Adalah kejadian infeksi nosokomial yang kuman penyebabnya berasal dari benda/ bahan tak bernyawa di lingkungan rumah sakit.

c. Faktor resiko infeksi nosokomial.

Resiko untuk mendapatkan infeksi nosokomial (Sabarguna, 2007), bergantung pada:

- 1) Kemudahan untuk terkena infeksi (*susceptibility*) yang dimiliki penderita, misalnya usia (bayi, usia lanjut), status gizi (kurang gizi), penyakit yang diderita (diabetes, AIDS)
- 2) Jenis tindakan pengobatan yang diterima penderita di rumah sakit, misalnya pembedahan, penggunaan alat bantu pernafasan
- 3) Tingkat papar (*exposure*) penderita oleh mikroba yang potensial pathogen yang berasal dari penderita lain di rumah sakit.
- 4) Penggunaan antibiotika yang kurang rasional
- 5) Banyaknya petugas kesehatan yang menangani satu pasien, dan petugas kesehatan yang kurang terlatih atau motivasi untuk mencegah infeksi nosokomial.

d. Jenis-jenis infeksi nosokomial

Jenis-jenis infeksi nosokomial yang sering terjadi di rumah sakit yaitu (Tietjen, 2004):

1) Infeksi tempat pembedahan atau infeksi luka operasi

Infeksi luka operasi adalah sebuah luka bedah atau infeksi yang baru terjadi dalam waktu 3 hari dari operasi bedah. Tanda dan gejala setidaknya adanya salah satu dari tanda dan gejala berikut ini:

- a) Bernanah dari tempat pembedahan
- b) Purulen dari luka atau drain ditempatkan di luka
- c) Organisme terisolasi dari budaya luka aseptik diperoleh
- d) Harus setidaknya satu dari tanda-tanda dan gejala infeksi: rasa sakit atau nyeri, pembengkakan local, atau kemerahan/ panas

2) Infeksi saluran kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih kemungkinan terjadi terutama setelah tindakan kateterisasi. Tindakan invasif lainnya seperti tindakan operatif vagina, oleh karena itu pencegahan infeksi saluran kemih (nosokomial) merupakan suatu keharusan. Sebagai penyebab adalah bakteri gram negatif terutama pseudomonas sp, dan kelompok enterobacter dengan manifestasi klinisnya adalah nyeri suprasimfisis, nyeri pinggang, disuria, serta urin yang keruh atau piuria.

3) Flebitis

a) Pengertian Flebitis

Flebitis merupakan inflamasi vena yang disebabkan baik oleh iritasi kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi intravena. Flebitis merupakan suatu

peradangan pada pembuluh darah (vena) yang dapat terjadi karena adanya injury misalnya oleh faktor (trauma) mekanik dan faktor kimiawi, yang mengakibatkan terjadinya kerusakan pada endotelium dinding pembuluh darah khususnya vena (Hinlay, 2006).

Flebitis dapat menyebabkan trombus yang selanjutnya menjadi tromboflebitis, perjalanan penyakit ini biasanya jinak, tapi walaupun demikian jika trombus terlepas dan kemudian diangkut ke aliran darah dan masuk jantung maka dapat menimbulkan seperti katup bola yang menyumbat atrioventikular secara mendadak dan menimbulkan kematian. Hal ini menjadikan flebitis sebagai salah satu permasalahan yang penting untuk dibahas di samping flebitis juga sering ditemukan dalam proses keperawatan (Hidayat, 2006).

b) Skala Flebitis

Dougherty (2010), skala flebitis dibagi menjadi enam seperti terlihat dalam tabel 2.1:

Tabel 2.1 Skor skala pada Flebitis

<i>Skor Visual Flebitis</i>	VIP Score	<i>Visual Infusion Phlebitis score</i>
Tempat suntikan tampak sehat	0	Tak ada tanda flebitis Observasi kanula
Salah satu dari berikut jelas: 1. Nyeri pada tempat suntikan 2. Eritema pada tempat suntikan	1	Mungkin tanda dini flebitis: Observasi kanula

<i>Skor Visual Flebitis</i>	VIP Score	<i>Visual Infusion Phlebitis score</i>
Dua dari berikut jelas: 1. Nyeri 2. Eritema 3. Pembengkakan		Stadium dini flebitis: Ganti tempat kanula
Semua dari berikut jelas: 1. Nyeri sepanjang kanula 2. Eritema 3. Indurasi	3	Stadium moderat flebitis: 1. Ganti Kanula 2. Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas : 1. Nyeri sepanjang kanula 2. Eritema 3. Indurasi 4. Venous cord teraba	4	Stadium lanjut atau awal tromboflebitis: 1. Ganti Kanula 2. Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas: 1. Nyeri sepanjang kanula 2. Eritema 3. Indurasi 4. Venous cord teraba 5. Demam	5	Stadium lanjut tromboflebitis: 1. Ganti kanula 2. Pikirkan terapi

Sumber: Dougherty (2010)

4) Infeksi saluran cerna

Seorang pasien yang sedang dirawat dapat digolongkan terjangkit infeksi saluran cerna apabila ditemukan gejala-gejala: adanya nyeri perut secara mendadak kadang-kadang disertai nyeri kepala, muntah dan muntah-muntah yang diikuti diare, dapat disertai/ tanpa demam.

5) Infeksi saluran nafas bawah

Saluran nafas bawah adalah organ vital untuk ventilasi, namun demikian tidak jarang jaringan lunak pada saluran nafas ini harus bersentuhan dengan peralatan medis untuk berbagai indikasi, baik sebagai upaya menegakkan diagnosis, atau bagian dari terapi, maupun sebagai upaya penunjang untuk kasus-kasus di luar kepentingan saluran nafas itu sendiri. Sebagai contoh: tindakan

anestesi umum yang harus menggunakan pipa endotrakeal, pipa orofaringal, atau pipa nasofaringeal, tindakan laringoskopi atau bronkoskopi, tindakan invasif yang lebih jauh seperti trakeostomi, pemasangan ventilator.

6) Bakteremia dan septicemia

Bakteremia dan septicemia adalah infeksi siskemik yang terjadi akibat penyebaran bakteri atau produknya dari suatu fokus infeksi kedalam peredaran darah. Septicemia merupakan keadaan yang gawat, oleh karena itu harus ditangani secara cepat dan tepat untuk menghindari terjadinya akibat yang fatal. Bila terlambat, ada kecenderungan mengarah ke keadaan syok dengan angka kematian yang tinggi (50-90%). Sebagai pemicu timbulnya bakteremia dan septicemia karena adanya tindakan medis invasif misalnya pemasangan kateter intravaskuler untuk berbagai keperluan seperti pemberian obat, nutrisi parental, hemodialisis, dan sebagainya. Manifestasi klinisnya berupa reaksi inflamasi siskemik, yaitu demam yang tinggi, serta nadi dan frekuensi pernafasan meningkat. Demam yang akan bertahan selama minimal 24 jam dengan atau tanpa pemberian antipiretik.

e. Usaha-usaha pengendalian infeksi nosokomial

Bady (2007), usaha-usaha pengendalian infeksi nosokomial yang dilakukan adalah: terutama melalui peran serta medis, perawat dan seluruh personil rumah sakit dalam cara kerja secara *aseptis*,

peningkatan kebersihan rumah sakit, kebersihan penyediaan makanan, pembuangan sampah yang baik, pemberantasan *vector* penyakit (lalat, nyamuk). Darmadi (2008) mengemukakan bahwa usaha-usaha pencegahan infeksi nosokomial yaitu:

1) Pengendalian lingkungan internal

a) Usaha-usaha pencegahan ditujukan kepada peningkatan mekanisme daya tahan dari pasien sehingga resiko menderita infeksi berkurang. Perawat dapat meningkatkan pengetahuan pasien untuk pencegahan tersebut yaitu dengan cara:

(1) Memberikan pendidikan kesehatan tentang makanan yang baik bagi pasien.

(2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang higienis perorangan bagi pasien, terutama mencuci tangan.

b) Agar disadari bahwa flora normal dari pasien dapat terganggu bila pasien mendapat antibiotik dan kemoterapi. Antibiotik akan berfungsi optimal apabila:

(1) Pemberian antibiotik tepat pada waktunya, sesuai dengan jadwal

(2) Memberi penyuluhan kepada pasien tentang pemakaian antibiotik yang tepat dan memberitahukan bahwa pemakaian tanpa resep dari dokter berbahaya.

2) Pengendalian lingkungan eksternal

a) Pelayanan kesehatan

- (1) Perawat harus sehat, bila sakit jangan merawat
- (2) Melaksanakan cuci tangan yang efektif setiap kontak dengan pasien

b) Sanitasi alat

- (1) Alat tenun jangan dikebutkan dan dilempar ke atas lantai
- (2) Buang sampah yang benar, baik padat maupun cair.
- (3) Pembersihan dan sterilisasi yang benar alat-alat yang terkontaminasi.
- (4) Ventilasi yang baik agar terjadi pertukaran udara
- (5) Mengepel dan membersihkan dengan lap basah untuk membuang debu dan sarang-sarang infeksi lain dari lingkungan

f. Terjadinya infeksi nosokomial

Terjadinya infeksi nosokomial adalah karena beberapa factor antara lain (Sabarguna, 2007):

1) Agen penyakit

Macam-macam agen penyakit dapat berupa kuman, virus, jamur, parasit atau rickettsia. Agen penyakit ini ditentukan oleh patogenitasnya, virulensinya, daya invasinya dan dosis infeksi.

2) *Reservoir/* sumber

Semua kuman ada reservoir atau sumbernya. Seperti virus, reservoirnya adalah manusia, kuman Gram positif reservoirnya adalah manusia, tetapi kuman gram negatif reservoirnya dapat manusia dapat juga alam seperti *pseudomonas*. Apabila reservoirnya manusia, maka dapat berasal dari traktus respiratorius, traktus digestivus, traktus urogenitalis, kulit (variola) atau darah (hepatitis B). Kuman itu akan ada di udara pada debu seperti salmonella, pada droplet seperti mycobacterium atau pada kulit yang lepas.

3) Lingkungan

Keadaan udara sangat mempengaruhi seperti kelembaban udara, suhu dan pergerakan udara atau tekanan udara.

4) Penularan

Penularan adalah perjalanan kuman patogen dari sumber ke hospes. Ada 4 jalan yang dapat ditempuh: Kontak langsung (perawat), alat, udara dan vektor (lalat).

5) *Hospes/* pejamu

Antara lain (tempat masuk kuman penyakit):

- a) Melalui kulit seperti *staphylococcus*
- b) Melalui traktus digestivus seperti *E. Colli, salmonella*.
- c) Melalui *traktus respiratorius*.

6) Kuman atau patogen-patogen yang menyebabkan infeksi nosokomial

Berbagai macam patogen yang sering menimbulkan infeksi nosokomial menurut Long (2006), yaitu: *Staphilococcus aureus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Eschericia*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Salmonella*, *Serratia*, *Pseudomonas*, *Providencia*, *Clostridium*, *Candida albicans*, *Varicella*, *Herpes*, *Rubella*, Hepatitis B, *Poliomyelitis*.

Terjadinya infeksi nosokomial menurut Tietjen (2004), adalah karena beberapa faktor antara lain:

1) Petugas kesehatan

Petugas kesehatan khususnya perawat dapat menjadi sumber utama terpapar infeksi yang dapat menularkan berbagai kuman ke pasien maupun tempat lain karena perawat rata-rata setiap harinya 7-8 jam melakukan kontak langsung dengan pasien. Salah satu upaya dalam pencegahan infeksi nosokomial yang paling penting adalah perilaku cuci tangan karena tangan merupakan sumber penularan utama yang paling efisien untuk penularan infeksi nosokomial. Perilaku mencuci tangan perawat yang kurang adekuat akan memindahkan organisme-organisme bakteri pathogen secara langsung kepada hospes yang menyebabkan infeksi nosokomial di semua jenis lingkungan pasien.

2) Lingkungan

Lingkungan rumah sakit yang tidak bersih juga bisa menyebabkan infeksi nosokomial sebab mikroorganisme penyebab infeksi bisa tumbuh dan berkembang pada lingkungan yang tidak bersih.

3) Peralatan medis

Peralatan medis yang dimaksud adalah alat yang digunakan melakukan tindakan keperawatan, misalnya jarum, kateter, kassa, instrumen, dan sebagainya. Bila peralatan medis tidak dikelola kebersihan dan kesterilannya maka akan menyebabkan infeksi nosokomial.

4) Makanan atau minuman

Hidangan yang disajikan setiap saat kepada penderita apakah sudah sesuai dengan standart kebersihan bahan yang layak dikonsumsi bila tidak bersih itu juga akan menyebabkan infeksi terutama pada saluran pencernaan yang sedang mengalami iritasi.

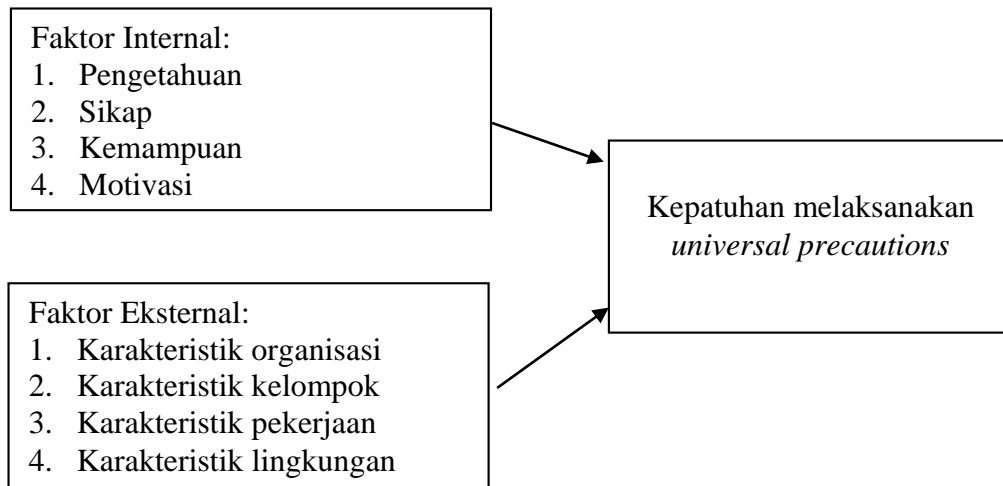
5) Penderita lain

Keberadaan penderita lain dalam satu kamar atau ruangan atau bangsal perawatan dapat merupakan sumber penularan.

6) Pengunjung

Pengunjung dapat menyebarkan infeksi yang didapat dari luar ke dalam lingkungan rumah sakit, atau sebaliknya yang dapat ditularkan dari dalam rumah sakit ke luar rumah sakit.

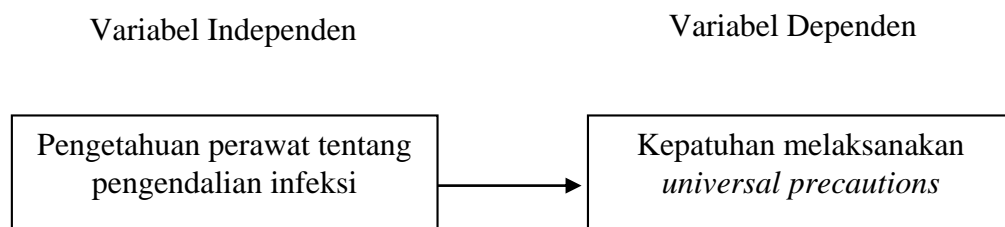
B. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi dari Notoatmodjo (2010), Azwar (2009), Dwiprahasto (2009), Sunaryo (2004) dan Walgito (2004)

C. Kerangka Konsep



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

D. Variabel Penelitian

Variabel adalah gejala yang menjadi fokus peneliti untuk diamati (Sugiyono, 2011). Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel Independen (Variabel Bebas)

Variabel Independen adalah merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial.

2. Variabel Dependen (Variabel Terikat)

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan melaksanakan *universal precautions*.

E. Hipotesa

Notoatmodjo (2010), hipotesa penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga atau sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut.

Hipotesa yang diajukan pada penelitian ini adalah: Ada hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Metode dalam penelitian penelitian ini adalah metode kuantitatif. Jenis penelitian ini adalah *analitik correlation* yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengungkapkan hubungan korelasi antara variabel independen dan variabel dependen (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions*.

Desain penelitian ini menggunakan *cross sectional*, yaitu data dikumpulkan sesaat atau data diperoleh saat ini juga (Nursalam, 2008). Penelitian ini mengumpulkan data pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* dilakukan pada waktu bersamaan.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dimulai dari pengajuan judul bulan Desember 2013 dan penelitian telah dilaksanakan pada bulan Juli 2014.

2. Tempat Penelitian

Tempat penelitian telah dilakukan di RSUD Kota Semarang yang terdiri dari 9 ruangan yaitu: Prabu Kresna, Parikesit, ICU, Brotojoyo, HCU, Yudhistira, Bima, Arimbi dan Banowati.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur dan Kategori	Skala Ukur
1	Pengetahuan tentang pengendalian infeksi nosokomial	Kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan tentang pengendalian infeksi nosokomial yang meliputi pengertian, tujuan dan macam pengendalian infeksi	Kuesione	Kategori pengetahuan: a. Pengetahuan baik (76%-100%) b. Pengetahuan cukup (56%-75%) c. Pengetahuan kurang (< 56%)	Ordinal
2	Kepatuhan melaksanakan <i>universal precautions</i>	Tindakan perawat dalam menjalankan <i>universal precautions</i> untuk melindungi diri dari risiko penularan penyakit dan infeksi nosokomial yang meliputi perilaku mencuci tangan, pemakaian masker, dan pemakaian sarung tangan	Kuesioner	Kategori kepatuhan: a. Patuh: $\geq 30,00$ b. Kurang patuh: $< 30,00$	Nominal

D. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari subyek penelitian yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011). Populasi penelitian ini adalah semua perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Kota Semarang pada bulan Februari 2014 sebanyak 132 perawat.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan metode sampling tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam, 2008). Sampel dalam penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yaitu:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Masa kerja lebih dari 1 tahun
- 2) Perawat pelaksana di RSUD Kota Semarang
- 3) Pendidikan minimal D3 Keperawatan
- 4) Perawat yang akan melakukan tindakan injeksi, membagikan obat peroral dan TTV.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Perawat yang sedang dalam masa percobaan (*training*)
- 2) Perawat yang tidak bersedia menjadi responden
- 3) Perawat yang sedang cuti kerja

Populasi penelitian ini sebanyak 132 perawat. Untuk penentuan besar sampel jika jumlah populasinya kurang dari 10.000 menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Dimana:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat signifikansi (0,05)

Dari rumus diatas diperoleh besar sampel penelitian ini adalah:

$$\begin{aligned} n &= \frac{132}{1 + 132(0,05)^2} \\ &= \frac{132}{1 + 132(0,0025)} \\ &= \frac{132}{1 + 0,33} \\ &= \frac{132}{1,33} \\ &= 99,2 \end{aligned}$$

Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini 100 perawat.

3. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *proportional random sampling* yaitu pengambilan sampel dengan cara acak dengan tanpa memperhatikan strata yang ada dalam anggota populasi berdasarkan proporsi jumlah di masing-masing ruangan menggunakan cara undian.

Tabel 3.2 Jumlah sampel tiap ruang di RSUD Kota Semarang

No	Ruang	Jumlah populasi	Jumlah sampel
1.	Prabu Kresna	15	$15/132 \times 100 = 11$
2.	Parikesit	15	$15/132 \times 100 = 11$
3.	ICU	17	$17/132 \times 100 = 13$
4.	Brotojoyo	11	$11/132 \times 100 = 8$
5.	HCU	14	$14/132 \times 100 = 11$
6.	Yudhistira	17	$17/132 \times 100 = 13$
7.	Bima	18	$18/132 \times 100 = 14$
8.	Arimbi	13	$13/132 \times 100 = 10$
9.	Banowati	12	$12/132 \times 100 = 9$
Jumlah		132	100

E. Instrumen Penelitian

1. Alat Penelitian

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan lembar observasi. Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini dikembangkan oleh peneliti sendiri. Kuesioner terdiri atas lima bagian yaitu:

- a. Kuesioner I : Berisi karakteristik responden yang meliputi nomer responden, umur, pendidikan, dan lama kerja.
- b. Kuesioner II : Berisi pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi. Kuesioner sebanyak 20 pertanyaan dengan pilihan jawaban benar atau salah. Pada pertanyaan *favorable* jika jawaban benar diberi nilai 1 dan apabila jawaban salah diberi nilai 0. Pada pertanyaan *unfavorable* jika jawaban benar diberi nilai 0 dan apabila jawaban salah diberi nilai 1.

Tabel 3.3 Kisi_kisi Kuesioner Pengetahuan

No	Pertanyaan	No pertanyaan	
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
1	Pengertian	1, 3	2
2	Tujuan	4, 5, 7	6
3	Macam	8, 11, 13	9, 10, 12
4	Penggunaan alat pelindung diri	16, 18, 19	14, 15, 17, 20
Jumlah		11	9

- c. Lembar observasi : Berisi lembar observasi kepatuhan perawat dalam melaksanakan *universal precaution* berdasarkan satnadr operasional prosedur yang berlaku di RSUD Kota Semarang

Lembar observasi sebanyak 11 dengan *checklist*, pilihan jawaban selalu diberi skor 3, sering diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 1 dan tidak pernah diberi skor 0. Observasi kepatuhan perawat dilakukan sebanyak 3 kali, kemudian dibuat kesimpulan 3 kali dilakukan selalu, 2 kali dilakukan sering dan 1 kali dilakukan kadang-kadang, dan 0 kali tidak pernah.

2. Uji *Validitas* dan *Reliabilitas*

Uji validitas terhadap kuesioner pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dan kepatuhan melaksanakan *universal precautions*, dalam penelitian ini telah dilakukan terhadap 20 perawat di Rumah Sakit Adhyatma, MPH Kota Semarang. Nilai r-tabel dari 20 responden adalah 0,444.

a. Uji *Validitas*

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen, sebuah instrumen dikatakan

valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat (Notoatmodjo, 2010).

Untuk menguji *validitas* suatu variabel dapat menggunakan *korelasi product moment* dengan menggunakan perangkat komputer, dengan rumus yaitu (Arikunto, 2006):

$$R = \frac{N(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

N : Jumlah teruji

R : Korelasi antara dua variabel yang dikorelasikan

X : Skor butir

Y : Skor total

Menurut Sugiyono (2011) keputusan ujinya adalah: Bila r_{hitung} lebih besar dari r_{tabel} artinya variabel tersebut valid. Bila r_{hitung} lebih kecil dari r_{tabel} artinya variabel tersebut tidak valid.

Hasil uji validitas:

- 1) Hasil uji validitas variabel pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial, nilai r-hitung pada 20 pertanyaan dalam rentang 0,452 – 0,867 artinya kuesioner pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial tersebut valid karena nilai tersebut lebih besar dari r-tabel (0,444).

2) Hasil uji validitas variabel kepatuhan melaksanakan *universal precautions*, nilai r-hitung pada 11 pertanyaan dalam rentang 0,634 – 0,876 artinya kuesioner kepatuhan melaksanakan *universal precautions* tersebut valid karena nilai tersebut lebih besar dari r-tabel (0,444).

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauhmana alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2010). Pengujian *reliabilitas* digunakan dengan rumus koefisien reliabilitas *alpha cronbach* dengan bantuan komputer, dengan rumus yaitu : (Arikunto, 2006).

$$r_{11} = \left(\frac{k}{(k-1)} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Keterangan:

r_{11} = *reliabilitas instrumen*

k = banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_b^2$ = jumlah varians butir

σ_1^2 = varians total

Menurut Riwidikdo (2007) untuk mengetahui *reliabilitas* instrumen dengan membandingkan nilai r tabel dengan alpha. Pernyataan dikatakan *reliabel* dengan ketentuan bila alpha lebih besar dari 0,7.

Hasil uji reliabilitas:

- 1) Hasil uji reliabilitas variabel pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan $\alpha = 0,926$ artinya kuesioner pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial tersebut reliabilitas tinggi karena nilai *Alpha cronbach* lebih besar dari 0,7.
- 2) Hasil uji reliabilitas variabel kepatuhan melaksanakan *universal precautions* dengan $\alpha = 0,951$ artinya kuesioner kepatuhan melaksanakan *universal precautions* tersebut reliabilitas tinggi karena nilai *Alpha cronbach* lebih besar dari 0,7.

c. Melibatkan *Rater* dalam pengembangan alat ukur

Pelibatan *rater* dalam pengembangan alat ukur membantu kita untuk mengevaluasi alat ukur yang kita kembangkan. Fungsi *rater* tergantung pada kebutuhan kita, *rater* sebagai penilai instrument yang kita kembangkan atautkah *rater* sebagai pemberi skor instrument observasi. Penilaian *rater* terhadap instrument biasanya dinamakan dengan *judgement* profesional karena mereka memiliki kapabilitas dalam hal konstruk yang kita ukur. *Rater* yang bertugas memberikan skor tidak harus profesional di bidang itu, tetapi bisa juga individu yang terlatih untuk mengobservasi dalam bidang yang kita ukur (Widhiarso, 2010).

Uji *rater* dalam penelitian ini telah dilakukan pada bulan Mei 2014 di ruang Prabu Kresna RSUD Kota Semarang dengan melibatkan

Katim pada masing-masing ruangan. Alasan melibatkan *rater* dalam pengembangan alat ukur antara lain:

1) Meningkatkan kualitas alat ukur yang dikembangkan

Melibatkan pakar dalam menilai butir-butir yang kita tulis akan memastikan bahwa butir yang kita buat relevan dengan apa yang kita ukur dan mewakili keseluruhan domain ukur.

2) Jenis alat ukur yang dikembangkan

Jika *self report* adalah instrumen yang diisi sendiri oleh responden, maka instrumen observasi menggunakan *rater* untuk memberikan penilaian.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Pengumpulan Data

Jenis pengumpulan data menurut Notoatmodjo (2010):

a. Data Primer

Data primer adalah sumber informasi yang langsung berasal dari yang mempunyai wewenang dan tanggung jawab terhadap data tersebut. Sumber data primer pada penelitian ini yaitu berdasarkan kuesioner pengetahuan dan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *universal precaution*.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber informasi yang bukan dari tangan pertama, dan bukan mempunyai wewenang dan tanggung jawab

terhadap informasi atau data tersebut. Sumber data sekunder pada penelitian ini adalah jumlah perawat di RSUD Kota Semarang dan data kejadian infeksi nosokomial yang diperoleh dari rekam medis RSUD Kota Semarang.

2. Prosedur Pengumpulan Data

Tahap-tahap pengumpulan data yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Setelah memperoleh surat ijin untuk melakukan penelitian dari STIKES Karya Husada Semarang, peneliti mendatangi lokasi penelitian yaitu di RSUD Kota Semarang.
- b. Pengumpulan data dilakukan dengan cara peneliti menyebarkan kuesioner kepada responden dimana dalam hal ini peneliti dibantu oleh 9 *enumerator*. Peneliti terlebih dahulu menjelaskan kepada *enumerator* untuk menyamakan persepsi penelitian ini.
- c. Peneliti memberikan informasi tentang tujuan penelitian dan keikutsertaan dalam penelitian ini kepada sampel penelitian, bagi yang setuju berpartisipasi dalam penelitian ini diminta untuk menandatangani lembar persetujuan penelitian (*informed consent*).
- d. Peneliti membagikan lembar persetujuan penelitian (*informed consent*) kepada responden penelitian yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian untuk ditandatangani.

- e. Peneliti membagikan kuesioner dan lembar observasi pada responden penelitian yang berisi tentang pengetahuan dan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *universal precautions*
- f. Kuesioner dan lembar observasi yang telah lengkap terisi dilanjutkan dengan pengolahan data.

G. Pengolahan Data

Suyanto dan Salamah (2009), setelah kuesioner diisi oleh responden, maka data diolah melalui tahapan sebagai berikut:

1. *Editing*

Editing adalah meneliti kembali apakah isian dalam lembar kuesioner sudah lengkap dan diisi, editing dilakukan ditempat pengumpulan data, sehingga jika ada kekurangan data dapat segera dikonfirmasi pada responden yang bersangkutan.

2. *Scoring*

Scoring adalah suatu kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. *Scoring* penelitian ini adalah:

- a. Pengetahuan: Pada pertanyaan *favorable* jika jawaban benar diberi nilai 1 dan apabila jawaban salah diberi nilai 0. Pada pertanyaan *unfavorable* jika jawaban benar diberi nilai 0 dan apabila jawaban salah diberi nilai 1.

- b. Kepatuhan perawat dalam melaksanakan *universal precaution*: Jika selalu diberi skor 3, sering diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 1 dan tidak pernah diberi skor 0.

3. *Coding*

Coding adalah kegiatan memberi kode untuk masing-masing variabel terhadap data yang diperoleh dari sumber data yang telah diperiksa kelengkapannya. *Coding* tiap variabel penelitian ini adalah:

a. Pengetahuan

- 1) Pengetahuan baik : kode 3
- 2) Pengetahuan cukup : kode 2
- 3) Pengetahuan kurang : kode 1

b. Kepatuhan

- 1) Patuh : kode 2
- 2) Kurang patuh : kode 1

4. *Tabulating*

Tabulating adalah langkah memasukkan data-data hasil penelitian kedalam tabel-tabel sesuai kriteria yang telah ditentukan.

5. *Entry Data*

Entry data adalah proses memasukkan data kedalam kategori tertentu untuk dilakukan analisis data.

H. Analisa Data

1. Analisa univariat

Analisa univariat adalah analisa yang dilakukan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian (Notoadmodjo, 2010). Setelah dilakukan pengumpulan data kemudian data dianalisa menggunakan statistik deskriptif untuk mendapatkan dalam bentuk data tabulasi, untuk melaporkan hasil dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase (%) dari masing-masing item yaitu pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dan kepatuhan dalam melaksanakan *universal precautions*.

Rumus yang digunakan untuk menentukan distribusi frekuensi dan persentase (%) yaitu (Machfoed, 2007):

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Persentase

f : Frekuensi tiap kategori

N : Jumlah sampel

2. Analisa bivariat

Analisa bivariat adalah analisis yang dilakukan lebih dari dua variabel (Notoadmodjo, 2010). Analisis bivariat berfungsi untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *universal precautions* menggunakan uji *chi-square*.

Adapun rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Keterangan:

X² : Nilai Chi Square

f_o : Nilai hasil pengamatan untuk tiap kategori

f_e : Nilai hasil yang diharapkan untuk tiap kategori

Syarat uji *Chi-Square*:

- a. Data sudah dikategorikan
- b. Skala ukur ordinal atau nominal
- c. Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan / nilai *ekspektasi* (nilai E kurang dari 1)
- d. Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan / nilai *ekspektasi* kurang dari 5, lebih 20% dari keseluruhan sel
- e. Jika syarat uji *chi square* tidak terpenuhi, maka:
 - 1) Alternatif uji *chi-square* untuk tabel 2x2 adalah uji *Fisher Exact Test*
 - 2) Alternatif untuk tabel selain 2x2 adalah dengan penggabungan sel.

Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa H₀ ditolak dan H_a diterima bila didapatkan nilai $p \leq 0,05$, sehingga ada hubungan pengetahuan tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *universal precautions*.

I. Etika Penelitian

Hidayat (2009), masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

1. *Informed Consent* atau lembar persetujuan

Lembar persetujuan diberikan kepada sampel penelitian yang setuju berpartisipasi dalam penelitian ini untuk ditandatangani. Sebelum sampel penelitian menandatangani lembar persetujuan penelitian, peneliti memberikan informasi kepada sampel penelitian tentang tujuan dan sifat sukarela dalam mengikuti penelitian ini.

2. *Anonymity* atau kerahasiaan nama

Dalam menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data tetapi dalam bentuk kode pada masing-masing lembar tersebut.

3. *Right to full disclosure* atau hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan

Peneliti memberikan penjelasan secara rinci tentang penelitian yang dilaksanakan serta berjanji mempertanggungjawabkan kepada subjek bila ada sesuatu yang terjadi akibat penelitian dilakukan.

4. *Beneficence* atau manfaat

Peneliti menyediakan kemudahan dan kesenangan kepada responden dengan mengambil langkah positif untuk memaksimalkan akibat baik daripada hal yang buruk, manfaat semakin besar dan resiko kecil (*primum non nocere*), tidak merugikan (*nonmaleficence*).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Semarang termasuk Rumah Sakit tipe B milik Pemerintah Kota Semarang, yang berdiri pada tahun 1990 dengan luas tanah 9,2 hektar dan memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 239 TT. RSUD Kota Semarang merupakan salah satu rumah sakit yang menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yaitu berupa Instalasi rawat jalan : Instalasi rawat jalan terdiri dari Klinik tumbuh kembang anak, klinik kebidanan dan penyakit kandungan, klinik penyakit dalam, klinik anak, klinik bedah, klinik bedah digestif, klinik bedah orthopedi, klinik telinga hidung dan tenggorokan, klinik kulit dan kelamin, klinik mata, klinik syaraf, klinik gigi dan mulut, klinik bedah mulut, klinik konsultasi gizi, klinik psikologi, klinik umum, klinik karyawan, klinik eksekutif, klinik akupunktur, klinik pemeriksaan kesehatan, dan klinik VCT (*voluntary counseling and testing*).

Instalasi rawat inap : Ruang perawatan rawat inap terdiri atas 9 ruangan yaitu: Prabu Kresna, Parikesit, ICU, Brotojoyo, HCU, Yudhistira, Bima, Arimbi dan Banowati. Instalasi penunjang diagnostik : Instalasi laboratorium, Instalasi radiologi, Instalasi farmasi, Instalasi anestesi, reanimasi & rawat intensif, Instalasi gizi dan Instalasi pemulasaran jenazah. Instalasi gawat darurat (IGD) : Pelayanan gawat darurat, Pelayanan gawat non darurat, Pelayanan darurat non gawat dan Pelayanan observasi.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Semarang pada bulan Januari 2014 didapatkan angka kejadian infeksi nosokomial secara menyeluruh sebanyak 227 pasien dari 825 pasien yang dirawat inap, 23 pasien terkena infeksi saluran kemih, 38 pasien terkena infeksi luka operasi, 7 pasien pneumonia, 6 pasien dekubitus, 22 pasien terkena sepsis, 131 pasien mengalami flebitis (Data Rekam Medis RSUD Kota Semarang, 2014).

B. Hasil Penelitian

1. Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang tahun 2014

Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial	Frekuensi	Persentase
Kurang	7	7,0
Cukup	30	30,0
Baik	63	63,0
Jumlah	100	100

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial sebagian besar adalah baik sebanyak 63 responden (63,0%). Pengetahuan cukup sebanyak 30 responden (30,0%) dan pengetahuan kurang sebanyak 7 responden (7,0%).

2. Kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang tahun 2014

Kepatuhan melaksanakan <i>universal precautions</i>	Frekuensi	Persentase
Kurang patuh	20	20,0
Patuh	80	80,0
Jumlah	100	100

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa kepatuhan melaksanakan *universal precautions* sebagian besar patuh sebanyak 80 responden (80,0%) dan kurang patuh sebanyak 20 responden (20,0%).

3. Hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

Tabel 4.3 Hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang tahun 2014

Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial	Kepatuhan melaksanakan <i>universal precautions</i>				Total	%	Pvalue
	Kurang patuh		Patuh				
	f	%	f	%			
Kurang	5	71,4	2	28,6	7	100	0,000
Cukup	8	26,7	22	73,3	30	100	
Baik	7	11,1	56	88,9	63	100	
Jumlah	20	20,0	80		100	100	

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial yang kurang sebanyak 7 responden (100%), dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* sebagian

besar kurang patuh sebanyak 5 responden (71,4%) dan patuh sebanyak 2 responden (28,6%). Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial yang cukup sebanyak 30 responden (100%), dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* sebagian besar patuh sebanyak 22 responden (73,3%) dan kurang patuh sebanyak 8 responden (26,7%). Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial yang baik sebanyak 63 responden (100%), dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* sebagian besar patuh sebanyak 56 responden (88,9%) dan kurang patuh sebanyak 7 responden (11,1%).

Hasil uji *Chi-Square* dengan $P\text{value} = 0,000$ (nilai probabilitas $(p) < \alpha (0,05)$), dapat disimpulkan ada hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

C. Pembahasan

1. Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang

Hasil penelitian dapat diketahui bahwa pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial sebagian besar adalah baik. Pengetahuan yang baik tentang infeksi nosokomial ditunjukkan dengan perawat yang mampu menjawab pertanyaan tentang infeksi nosokomial. Perawat mampu menjawab benar tentang pengertian, tujuan, dan pencegahan infeksi nosokomial.

Sebagian besar pengetahuan perawat tentang infeksi nosokomial baik. Hal ini dikarenakan perawat sudah mengerti teori tentang infeksi nosokomial. Pengetahuan tentang infeksi nosokomial ini didapatkan dari perawat yang pernah mendapatkan pelatihan tentang pengendalian infeksi nosokomial. Rumah sakit mengadakan pelatihan pengendalian infeksi setiap satu tahun sekali yang diikuti oleh perwakilan perawat dari masing-masing ruangan. Perawat yang pernah mendapatkan pelatihan mengerti tentang pengendalian infeksi sehingga pengetahuan tentang pengendalian infeksi menjadi lebih baik.

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng.

Hasil penelitian juga diketahui pengetahuan kurang. Dampak perawat yang tidak tahu tentang infeksi nosokomial akan menyebabkan tidak menerapkan pencegahan infeksi sesuai prosedur yang diterapkan rumah sakit. Perawat yang tidak melakukan pencegahan infeksi sesuai prosedur akan menyebabkan penyebaran infeksi dari pasien ke perawat atau sebaliknya.

Penelitian yang dilakukan terdapat perawat yang mempunyai pengetahuan kurang sebanyak 7 responden (7,0%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan yang kurang relatif lebih sedikit dibandingkan dengan penelitian Ratnawati (2008), sebanyak 53,4% responden memiliki tingkat pengetahuan tentang *patient safety* yang kurang baik. Pengetahuan kurang yang relatif kecil diharapkan angka kejadian infeksi nosokomial juga kecil karena kepatuhan menjalankan *universal precaution* menjadi lebih baik. Hal ini didukung oleh teori Notoatmodjo (2010), perilaku akan langgeng bila didasari dengan pengetahuan yang baik.

2. Kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang

Hasil penelitian dapat diketahui bahwa kepatuhan melaksanakan *universal precautions* sebagian besar patuh. Perawat yang patuh menjalankan *universal precautions* ditunjukkan dengan perawat yang melakukan prosedur *universal precautions* sesuai prosedur yang telah diterapkan rumah sakit. Penelitian juga diketahui perawat yang tidak patuh. Perawat yang tidak patuh menjalankan prosedur *universal precautions* ditunjukkan dengan perawat yang tidak mencuci tangan dahulu, tidak menggunakan handscoen, dan tidak menggunakan masker saat melakukan tindakan keperawatan.

Kepatuhan merupakan bagian dari perilaku individu yang bersangkutan untuk mentaati atau mematuhi sesuatu, sehingga kepatuhan perawat dalam melaksanakan SOP *universal precautions* tergantung dari

perilaku perawat itu sendiri. Perilaku kepatuhan dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan dapat dikategorikan menjadi faktor internal yaitu karakteristik perawat itu sendiri (umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, status perkawinan, kepribadian, sikap, kemampuan, persepsi dan motivasi) dan faktor eksternal (karakteristik organisasi, karakteristik kelompok, karakteristik pekerjaan, dan karakteristik lingkungan) (Andreas, 2009).

Hasil penelitian menunjukkan kepatuhan perawat menjalankan *universal precaution* yang kurang patuh sebanyak 20 responden (20,0%). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Yusran (2010), menunjukkan kepatuhan penerapan prinsip-prinsip pencegahan infeksi (*universal precaution*) pada perawat di RSUD Abdoel Muluk Bandar Lampung sebagian besar tidak patuh sebanyak 46,7% responden. Perawat yang patuh menjalankan *universal precaution* maka angka kejadian infeksi nosokomial dirumah sakit relatif kecil karena perawat memperhatikan pasien safety pada pasien yang ada di rumah sakit.

3. Hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. Penelitian ini perawat mampu mengingat kembali suatu materi yang telah

dipelajari berkaitan tentang pengendalian infeksi nosokomial. Selain itu, perawat juga mampu menjelaskan secara benar tentang tindakan pencegahan universal yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar. Perawat juga mampu melakukan penilaian terhadap suatu materi tentang tindakan *universal precautions*.

Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial yang cukup sebanyak 30 responden (100%), dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* sebagian besar patuh sebanyak 22 responden (73,3%). Hal ini dikarenakan motivasi perawat yang baik. Perawat melaksanakan *universal precautions* sesuai SOP karena motivasi perawat untuk bekerja sesuai standar rumah sakit. Walaupun pengetahuan perawat cukup baik, motivasi perawat untuk bekerja sesuai SOP maka perawat patuh melaksanakan *universal precautions* sesuai standar di RSUD Kota Semarang.

Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial yang baik tetapi kurang patuh sebanyak 7 responden (11,1%). Hal ini dikarenakan kurangnya pengawasan dari kepala ruang atau tim pengendali infeksi. Perawat patuh melaksanakan *universal precautions* apabila ada supervisi dari atasan. Penelitian ini didukung oleh teori Purwanto (2006), perilaku kepatuhan bersifat sementara karena perilaku ini akan bertahan bila ada pengawasan. Jika pengawasan hilang maka akan timbul perilaku ketidakpatuhan.

Hasil penelitian ini menunjukkan semakin tinggi pengetahuan responden semakin besar kemungkinan menerapkan kepatuhan menjalankan *universal precautions*. Pengetahuan tentang tentang pengendalian infeksi nosokomial dapat diperoleh dari pendidikan formal maupun bimbingan, pelatihan, dan pengarahan. Sebagian besar responden dengan tingkat pendidikan D III Keperawatan, sehingga responden lebih mudah menerima informasi tentang *universal precautions*. (Notoatmodjo, 2003).

Hal itu didukung dengan penelitian Yusran (2010), pengetahuan berpengaruh terhadap kepatuhan tenaga kesehatan dalam penerapan *universal precautions*. Penelitian yang dilakukan terhadap perawat di RSUD Abdoel Muluk Bandar Lampung ini perawat yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 67,5%. Perawat yang memiliki pengetahuan yang baik akan 6,07 lebih patuh dalam melaksanakan *universal precautions* di tempat kerja dengan nilai CI (*Confident Interval*) 0,297 sampai 1,239.

Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini diatas adalah penelitian Khoirudin (2010) juga menunjukkan pengetahuan mempengaruhi perilaku perawat dalam menjalankan pencegahan universal. Penelitian yang dilakukan terhadap perawat di instalasi Bedah Sentral Semarang diperoleh hasil ada hubungan antara pengetahuan perawat tentang prosedur pencegahan universal dengan perilaku perawat dalam menjalankan pencegahan universal yang ditunjukkan dengan nilai p 0,004 (<0,05).

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

1. Waktu penelitian seharusnya dilakukan 1 bulan tetapi mundur 1 minggu karena peneliti harus mengatur waktu jadwal praktek dengan waktu penelitian.
2. Penelitian ini hanya meneliti satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan melaksanakan universal precaution dan banyak faktor yang mempengaruhi kepatuhan seperti sikap, motivasi dan karakteristik individu.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial sebagian besar adalah baik.
2. Kepatuhan melaksanakan *universal precautions* sebagian besar patuh.
3. Ada hubungan pengetahuan perawat tentang pengendalian infeksi nosokomial dengan kepatuhan melaksanakan *universal precautions* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang (Pvalue = 0,000).

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit
 - a. Perlu adanya supervisi secara berkala kepada perawat tentang pelaksanaan *universal precautions*.
 - b. Perlu adanya pelatihan secara berkala yang diberikan kepada perawat di RSUD Kota Semarang tentang materi *universal precautions* agar perawat dapat menjalankan prosedur tindakan pencegahan universal dengan lebih baik.
 - c. Perlu adanya *reward* yang diberikan kepada perawat yang menerapkan *universal precautions* sesuai yang telah diterapkan di rumah sakit.

2. Bagi Instansi Pendidikan

Instansi Pendidikan diharapkan memberikan kurikulum keperawatan dasar khususnya tentang pelaksanaan *universal precaution* sesuai dengan prosedur sebagai bekal yang cukup dan berkesinambungan kepada tenaga kesehatan mengenai pelaksanaan *universal precaution* sehingga saat melakukan tindakan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

3. Peneliti

Penelitian selanjutnya agar mengembangkan variabel penelitian yang mempengaruhi kepatuhan menjalankan *universal precautions* seperti umur, masa kerja, pendidikan atau motivasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditi, G.S. (2012). *Pengetahuan dan sikap mahasiswa Akper terhadap pencegahan infeksi nosokomial flebitis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. KTI tidak dipublikasikan.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi VI*. Jakarta: EGC.
- Anwar, Z. (2005). *Upaya perawat dalam menjalankan praktik kewaspadaan universal di sarana pelayanan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Azwar, S. (2009). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Bady, A.M. (2007). *Analisis Kinerja Perawat Dalam Pengendalian Infeksi Nosokomial di IRNA I RSUP dr. Sardjito*. Yogyakarta: Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada.
- Carpenito, J.L. (2010). *Buku saku: Diagnosa keperawatan*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Data Rekam Medis. (2014). *Data Rekam Medis RSUD Kota Semarang*. Kota Semarang.
- Darmadi. (2008). *Infeksi Nosokomial Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes. (2011). *Infeksi Nosokomial*. Retrieved 17 Februari 2014. From <http://bankdata.depkes.go.id/data%20intranet/sharing%20folder/DITJEN%20YANMEDIK/seri%203/Bab%204.htm>.
- Depkes. (2013). *Infeksi Nosokomial*. Retrieved 17 Februari 2014. From <http://bankdata.depkes.go.id/data%20intranet/sharing%20folder/DITJEN%20YANMEDIK/seri%203/Bab%204.htm>.
- Dougherty; Bravery, K; Gabriel, J; Kayley, J; Scales, K; & Inwood, S. (2010). *Standards for infusion therapy*. The RCN IV Therapy Forum.
- Dwiprahasto, I. (2009). *Mutu Pelayanan Yang Berorientasi Pada Patient Safety*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A.A. (2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi, Konsep dan Proses Keperawatan*. Cetakan I. Jakarta: Salemba Medika.

- _____. (2009). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hinlay. (2006). *Terapi Intravena pada pasien di rumah sakit*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Isa, S. (2006). *Pencegahan infeksi nosokomial dengan kewaspadaan universal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Juwita. (2008). *Waspada infeksi di Rumah Sakit*. [http : //www.info@depkes.go.id](http://www.info@depkes.go.id) diperoleh tanggal 15 Februari 2014.
- Tietjen, L & dkk. (2004). *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber Daya Terbatas*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Kurniawati & Nursalam. (2007). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Khoiruddin, A. (2010). *Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perawat dalam menerapkan prosedur tindakan pencegahan universal di Instalasi Bedah Sentral RSUP dr. Kariadi Semarang*. Skripsi tidak dipublikasikan.
- Long, B.C. (2006). *Perawatan Medical Bedah*. Bandung: Yayasan IAPK Pajajaran.
- Machfoedz, I. (2007). *Statistika Deskriptif : Bidang Kesehatan, Keperawatan dan Kebidanan (Bio Statistik)*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mahardini. (2010). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat menerapkan universal precaution ketika melakukan kemoterapi pasien kanker di RSUD dr. Moewardi Surakarta*. Skripsi tidak dipublikasikan.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan Edisi 2 pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen penelitian keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Nasronudin. (2007). *HIV & AIDS : pendekatan biologi molekuler, klinis dan sosial*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetakan kedua. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2010). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Cetakan kedua. Jakarta: Rineka Cipta.

- Protap. (2013). *Prosedur Tetap pencegahan infeksi nosokomial di RSUD Kota Semarang*. Kota Semarang.
- Pulungsih, P. (2004). *Masalah infeksi nosokomial dan penularan penyakit pada tenaga kesehatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Riwidikdo, H. (2007). *Statistik Kesehatan: Belajar mudah teknik analisis data Penelitian Kesehatan (Plus Aplikasi Software SPSS)*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Sabarguna, B. (2007). *Pengendalian Infeksi Nosokomial*. Yogyakarta: Penerbit Buku TB. Amanah.
- Smelt, B. (2004). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Sugiyono. (2011). *Statistika Untuk Penelitian*. Jakarta: Alfabeta.
- Sukmadinata, S.N. (2010). *Landasan Psikologi Proses Pendidikan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Bandung.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk keperawatan. Cetakan I. Editor Monica Ester*. Jakarta: EGC.
- Suyanto & Salamah. (2009). *Riset kebidanan: Metodologi dan aplikasi*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Yusran, M. (2010). *Kepatuhan penerapan prinsip-prinsip pencegahan infeksi (universal precaution) pada perawat di RSUD Abdoel Muluk Bandar Lampung*. Universitas Lampung: Skripsi tidak dipublikasikan.
- Widhiarso. (2010). *Uji rater dalam pengembangan alat ukur penelitian*. Diperoleh tanggal 17 Februari 2014.
- Walgito, B. (2004). *Pengantar psikologi umum*. Yogyakarta: Penerbit ANDI Yogyakarta.
- Wawan & Dewi. (2010). *Teori & Pengukuran: Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Widyatun, R.T. (2005). *Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Semarang, Juli 2014

Kepada Yth.:

Sdra/Sdri Calon Responden Penelitian

Di RSUD Kota Semarang

Dengan hormat, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rifki Armadha

NIM : 1307065

Adalah mahasiswa Program Studi Si Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang, yang sedang melakukan penelitian dengan judul: **“HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DENGAN KEPATUHAN MELAKSANAKAN UNIVERSAL PRECAUTIONS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SEMARANG”**. Dengan ini saya memohon kesediaan Sdra/i untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi Sdra/ Sdri sebagai responden, kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Sdra/ Sdri telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang memungkinkan untuk mengundurkan diri, maka diperbolehkan untuk mengundurkan diri dan tidak mengikuti penelitian ini.

Apabila Sdra/Sdri menyetujui, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah saya buat. Atas perhatian, kerja sama, dan kesediaan Sdra/ Sdri menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Peneliti

Rifki Armadha

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang, yang berjudul: **“HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DENGAN KEPATUHAN MELAKSANAKAN UNIVERSAL PRECAUTIONS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SEMARANG”**.

Saya menyadari bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak memberikan efek yang merugikan bagi saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Semarang, Juli 2014

Responden

(.....)

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENGENDALIAN
INFEKSI NOSOKOMIAL DENGAN KEPATUHAN MELAKSANAKAN
UNIVERSAL PRECAUTIONS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA SEMARANG

PETUNJUK UMUM

1. Daftar pertanyaan (kuesioner) ini digunakan untuk perawat di RSUD Kota Semarang
2. Kuesioner berisi petunjuk-petunjuk tentang:
 - a. Identitas diri
 - b. KuesionerPilih salah satu jawaban yang menurut anda paling benar.

A. Identitas Responden

1. No. Responden : (diisi oleh peneliti)
2. Umur : tahun
3. Pendidikan Terakhir :
4. Masa kerja : tahun

B. Kuesioner pengetahuan tentang pengendalian infeksi nosokomial

Petunjuk : Berilah tanda centang (\surd) pada salah satu jawaban yang anda anggap benar

No	Pertanyaan	Benar	Salah	Skor
1	<i>Universal precautions</i> merupakan upaya pengendalian infeksi			
2	<i>Universal precautions</i> dilakukan oleh tenaga kesehatan saat tindakan pembedahan saja			
3	<i>Universal precautions</i> dapat mencegah penularan infeksi dari pasien ke perugas kesehatan			
4	Pengendalian infeksi dilakukan untuk mendapat perlindungan maksimal dari cairan tubuh saat pembedahan			
5	Pengendalian infeksi dilakukan untuk mengurangi infeksi saat melakukan tindakan keperawatan yang ditularkan melalui darah			
6	Pengendalian infeksi tidak dapat mencegah penularan HIV pada tenaga kesehatan			
7	Pengendalian infeksi hanya mencegah penularan penyakit melalui darah			
8	Mencuci tangan harus dilakukan sebelum dan sesudah pembedahan			
9	Mencuci tangan tidak perlu dilakukan setelah memegang pasien			
10	Mencuci tangan menggunakan air mengalir hanya dilakukan setelah melakukan tindakan keperawatan			
11	Mencuci tangan menggunakan sabun aseptik			
12	Mencuci tangan sebelum tindakan keperawatan boleh menggunakan alkohol			
13	Mencuci tangan yang baik menggunakan enam langkah cuci tangan			
14	Mencuci tangan tidak perlu dilakukan sebelum kontak dengan pasien			
15	Mencuci tangan tidak perlu dilakukan setelah dari lingkungan pasien			
16	Sarung tangan steril dipakai saat tindakan keperawatan yang memerlukan prinsip steril			
17	Sarung tangan bisa dipakai ulang pada pasien berbeda			
18	Masker dapat dipakai untuk melindungi mulut dan hidung perawat			
19	Sarung tangan yang terkontaminasi dapat menularkan infeksi ke pasien			
20	Alat-alat keperawatan setelah digunakan di cuci dengan larutan lysol 1%			
	Total skor			

Hasil Uji Rater

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rater1 * rate	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

rater1 * rater10 Crosstabulation

		rater10		Total
		0	1	
rater1 0	Count	3	0	3
	Expected Count	.8	2.2	3.0
	% within rater1	100.0%	.0%	100.0%
1	Count	0	8	8
	Expected Count	2.2	5.8	8.0
	% within rater1	.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	3	8	11
	Expected Count	3.0	8.0	11.0
	% within rater1	27.3%	72.7%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	1.000	.000	3.317	.001
N of Valid Cases	11			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rater2 * rate	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

rater2 * rater10 Crosstabulation

		rater10		Total
		0	1	
rater2 0	Count	3	1	4
	Expected Co	1.1	2.9	4.0
	% within rater2	75.0%	25.0%	100.0%
1	Count	0	7	7
	Expected Co	1.9	5.1	7.0
	% within rater2	.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	3	8	11
	Expected Co	3.0	8.0	11.0
	% within rater2	27.3%	72.7%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	.792	.194	2.687	.007
N of Valid Cases	11			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rater3 * rater10	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

rater3 * rater10 Crosstabulation

		rater10		Total
		0	1	
rater3 0	Count	1	1	2
	Expected Co	.5	1.5	2.0
	% within rater3	50.0%	50.0%	100.0%
1	Count	2	7	9
	Expected Co	2.5	6.5	9.0
	% within rater3	22.2%	77.8%	100.0%
Total	Count	3	8	11
	Expected Co	3.0	8.0	11.0
	% within rater3	27.3%	72.7%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. ^b	Approx. Sig
Measure of Agreement Kappa	.233	.322	.798	.425
N of Valid Cases	11			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rater4 * rater10	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

rater4 * rater10 Crosstabulation

		rater10		Total
		0	1	
rater4 0	Count	3	1	4
	Expected Count	1.1	2.9	4.0
	% within rater4	75.0%	25.0%	100.0%
1	Count	0	7	7
	Expected Count	1.9	5.1	7.0
	% within rater4	.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	3	8	11
	Expected Count	3.0	8.0	11.0
	% within rater4	27.3%	72.7%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. ^b	Approx. Sig
Measure of Agreement Kappa	.792	.194	2.687	.007
N of Valid Cases	11			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rater5 * rater10	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

rater5 * rater10 Crosstabulation

		rater10		Total
		0	1	
rater5 0	Count	2	0	2
	Expected Count	.5	1.5	2.0
	% within rater5	100.0%	.0%	100.0%
1	Count	1	8	9
	Expected Count	2.5	6.5	9.0
	% within rater5	11.1%	88.9%	100.0%
Total	Count	3	8	11
	Expected Count	3.0	8.0	11.0
	% within rater5	27.3%	72.7%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	.744	.236	2.553	.011
N of Valid Cases	11			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rater6 * rater10	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

rater6 * rater10 Crosstabulation

		rater10		Total
		0	1	
rater6 0	Count	3	0	3
	Expected Co	.8	2.2	3.0
	% within rater6	100.0%	.0%	100.0%
1	Count	0	8	8
	Expected Co	2.2	5.8	8.0
	% within rater6	.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	3	8	11
	Expected Co	3.0	8.0	11.0
	% within rater6	27.3%	72.7%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	1.000	.000	3.317	.001
N of Valid Cases	11			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rater7 * rater10	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

rater7 * rater10 Crosstabulation

		rater10		Total
		0	1	
rater7 0	Count	3	0	3
	Expected Co	.8	2.2	3.0
	% within rater7	100.0%	.0%	100.0%
1	Count	0	8	8
	Expected Co	2.2	5.8	8.0
	% within rater7	.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	3	8	11
	Expected Co	3.0	8.0	11.0
	% within rater7	27.3%	72.7%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. ^b T	Approx. Sig
Measure of Agreement Kappa	1.000	.000	3.317	.001
N of Valid Cases	11			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rater8 * rater10	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

rater8 * rater10 Crosstabulation

		rater10		Total
		0	1	
rater8 0	Count	2	0	2
	Expected Count	.5	1.5	2.0
	% within rater8	100.0%	.0%	100.0%
1	Count	1	8	9
	Expected Count	2.5	6.5	9.0
	% within rater8	11.1%	88.9%	100.0%
Total	Count	3	8	11
	Expected Count	3.0	8.0	11.0
	% within rater8	27.3%	72.7%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. ^b T	Approx. Sig
Measure of Agreement Kappa	.744	.236	2.553	.011
N of Valid Cases	11			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rater9 * rater10	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

rater9 * rater10 Crosstabulation

		rater10		Total
		0	1	
rater9 0	Count	2	0	2
	Expected Count	.5	1.5	2.0
	% within rater9	100.0%	.0%	100.0%
1	Count	1	8	9
	Expected Count	2.5	6.5	9.0
	% within rater9	11.1%	88.9%	100.0%
Total	Count	3	8	11
	Expected Count	3.0	8.0	11.0
	% within rater9	27.3%	72.7%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa N of Valid Cases	.744 11	.236	2.553	.011

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Hasil Uji Reliabilitas

Pengetahuan tentang pengendalian infeksi nosokomial

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	20	100,0
Excluded	0	,0
Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,926	20

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	,80	,410	20
P2	,95	,224	20
P3	,90	,308	20
P4	,70	,470	20
P5	,85	,366	20
P6	,80	,410	20
P7	,95	,224	20
P8	,90	,308	20
P9	,75	,444	20
P10	,95	,224	20
P11	,95	,224	20
P12	,90	,308	20
P13	,75	,444	20
P14	,95	,224	20
P15	,90	,308	20
P16	,95	,224	20
P17	,90	,308	20
P18	,75	,444	20
P19	,95	,224	20
P20	,90	,308	20

Hasil Uji Validitas

Pengetahuan tentang pengendalian infeksi nosokomial

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	16,65	16,450	,525	,925
P2	16,50	17,105	,654	,923
P3	16,55	16,997	,502	,925
P4	16,75	15,250	,788	,918
P5	16,60	15,832	,823	,918
P6	16,65	16,450	,525	,925
P7	16,50	17,105	,654	,923
P8	16,55	16,997	,502	,925
P9	16,70	16,537	,452	,928
P10	16,50	17,105	,654	,923
P11	16,50	17,105	,654	,923
P12	16,55	17,103	,459	,925
P13	16,70	15,168	,867	,916
P14	16,50	17,105	,654	,923
P15	16,55	16,997	,502	,925
P16	16,50	17,105	,654	,923
P17	16,55	17,103	,459	,925
P18	16,70	15,168	,867	,916
P19	16,50	17,105	,654	,923
P20	16,55	16,997	,502	,925

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
17,45	18,366	4,286	20

Data Uji Validitas
Kepatuhan melaksanakan *Universal Precautions*

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2
3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1
4	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1
5	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2
11	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1
12	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1
13	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2
19	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1
20	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1

Hasil Uji Reliabilitas

Kepatuhan melaksanakan *Universal Precautions*

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	20	100,0
Exclude	0	,0
Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,951	11

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	1,60	,754	20
P2	1,60	,821	20
P3	1,85	,875	20
P4	1,60	,754	20
P5	1,60	,821	20
P6	1,60	,754	20
P7	1,60	,821	20
P8	1,85	,933	20
P9	1,85	,875	20
P10	1,60	,754	20
P11	1,60	,821	20

Hasil Uji Validitas

Kepatuhan melaksanakan *Universal Precautions*

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	16,75	44,829	,876	,943
P2	16,75	44,829	,795	,945
P3	16,50	45,947	,634	,951
P4	16,75	44,829	,876	,943
P5	16,75	44,829	,795	,945
P6	16,75	44,829	,876	,943
P7	16,75	44,829	,795	,945
P8	16,50	45,000	,668	,951
P9	16,50	45,947	,634	,951
P10	16,75	44,829	,876	,943
P11	16,75	44,829	,795	,945

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
18,35	54,239	7,365	11

Data Penelitian
Pengetahuan tentang pengendalian infeksi nosokomial

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Jmh	%	KatPengetahuan
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17	85	baik
2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	90	baik
3	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	15	75	cukup
4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	14	55	kurang
5	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	14	55	kurang
7	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	13	65	cukup
8	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16	80	baik
9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	baik
10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	14	55	kurang
11	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16	80	baik
12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	14	55	kurang
13	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	14	55	kurang
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	17	85	baik
15	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	15	75	cukup
16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	90	baik
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	16	80	baik
18	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	11	55	kurang
19	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	14	55	kurang
20	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	16	80	baik
21	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	18	90	baik
22	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	baik

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Jmh	%	KatPengetahuan
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	17	85	baik
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	16	80	baik
25	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	90	baik
26	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
27	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	17	85	baik
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	19	95	baik
29	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	15	75	cukup
30	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	baik
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
32	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	15	75	cukup
33	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	15	75	cukup
34	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	15	75	cukup
35	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
36	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	90	baik
37	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
38	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	17	85	baik
39	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	16	80	baik
40	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17	85	baik
41	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	15	75	cukup
42	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16	80	baik
43	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	baik
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
45	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	17	85	baik
46	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	16	80	baik

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Jmh	%	KatPengetahuan	
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	baik
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
49	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	15	75	cukup
50	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	90	baik
51	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	15	75	cukup
52	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	15	75	cukup
53	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	16	80	baik
54	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	17	85	baik
55	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	15	75	cukup
56	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
57	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
58	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	15	75	cukup
59	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	baik
60	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	17	85	baik
61	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	15	75	cukup
62	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	15	75	cukup
63	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	12	60	cukup
64	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
65	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17	85	baik
66	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	15	75	cukup
67	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	85	baik
68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
69	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
70	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	12	60	cukup

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Jmh	%	KatPengetahuan
71	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	15	75	cukup
72	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	13	65	cukup
73	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	12	60	cukup
74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
75	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	17	85	baik
76	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	13	65	cukup
77	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
78	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	16	80	baik
79	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	12	60	cukup
80	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	90	baik
81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
82	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	14	70	cukup
83	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	15	75	cukup
84	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	14	70	cukup
85	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	13	65	cukup
86	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
87	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	15	75	cukup
88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	16	80	baik
89	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	16	80	baik
91	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
92	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	13	65	cukup
93	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	15	75	cukup
94	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	90	baik

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Jmh	%	KatPengetahuan	
95	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	90	baik
96	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
97	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	16	80	baik
98	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	80	baik
99	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	90	baik
100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	90	baik

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	Jmh	KatKepatuhan
40	1	3	2	3	3	3	1	3	2	3	3	27	kurang patuh
41	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
42	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
43	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	31	patuh
44	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
45	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	patuh
46	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	30	patuh
47	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	30	patuh
48	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	32	patuh
49	2	3	2	3	3	3	1	3	1	3	3	27	kurang patuh
50	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	31	patuh
51	2	3	1	3	3	3	1	3	2	3	3	27	kurang patuh
52	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	patuh
53	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	30	patuh
54	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	32	patuh
55	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	32	patuh
56	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	29	kurang patuh
57	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	30	patuh
58	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	30	patuh
59	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	30	patuh
60	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	patuh
61	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	30	patuh
62	2	3	2	3	2	3	1	3	1	3	3	26	kurang patuh
63	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	26	kurang patuh
64	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	30	patuh
65	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	32	patuh
66	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	30	patuh
67	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	30	patuh
68	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	patuh
69	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	30	patuh
70	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	32	patuh
71	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	30	patuh
72	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
73	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	30	patuh
74	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	30	patuh
75	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	32	patuh
76	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	30	patuh
77	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	30	patuh
78	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	32	patuh
79	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	29	kurang patuh
80	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	31	patuh

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	Jmh	KatKepatuhan
81	2	3	1	3	3	3	1	3	1	3	3	26	kurang patuh
82	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	patuh
83	2	3	2	3	3	3	1	3	1	3	3	27	kurang patuh
84	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
85	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	patuh
86	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
87	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
88	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
89	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	30	patuh
90	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
91	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	patuh
92	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	31	patuh
93	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	31	patuh
94	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	30	patuh
95	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	32	patuh
96	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	30	patuh
97	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	patuh
98	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	30	patuh
99	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	31	patuh
100	2	3	1	3	3	3	1	3	1	3	3	26	kurang patuh

Hasil Penelitian

Frequencies

Statistics

pengetahuan

N	Valid	100
	Missing	0

pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	7	7.0	7.0	7.0
cukup	30	30.0	30.0	37.0
baik	63	63.0	63.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TotalKepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
TotalKepatuhan	Mean	30.38	.182
	95% Confidence Interval for Mean	30.02	
	Lower Bound		
	Upper Bound	30.74	
	5% Trimmed Mean	30.48	
	Median	30.00	
	Variance	3.329	
	Std. Deviation	1.825	
	Minimum	26	
	Maximum	33	
	Range	7	
	Interquartile Range	2	
	Skewness	-.745	.241
	Kurtosis	.281	.478

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TotalKepatuhan	.218	100	.000	.902	100	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Frequencies

Statistics

Kepatuhan

N	Valid	100
	Missing	0

Kepatuhan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang patuh	20	20.0	20.0	20.0
patuh	80	80.0	80.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan Kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

pengetahuan * Kepatuhan Crosstabulation

		Kepatuhan		Total	
		urang patuh	patuh		
pengetahuan:	kurang	Count	5	2	7
		Expected Count	1.4	5.6	7.0
		% within pengetahuan	71.4%	28.6%	100.0%
cukup		Count	8	22	30
		Expected Count	6.0	24.0	30.0
		% within pengetahuan	26.7%	73.3%	100.0%
baik		Count	7	56	63
		Expected Count	12.6	50.4	63.0
		% within pengetahuan	11.1%	88.9%	100.0%
Total		Count	20	80	100
		Expected Count	20.0	80.0	100.0
		% within pengetahuan	20.0%	80.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Squ	15.516 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	12.957	2	.002
Linear-by-Linear Association	13.554	1	.000
N of Valid Cases	100		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.40.

JADWAL PENELITIAN
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN STIKES KARYA HUSADA SEMARANG
TAHUN AJARAN 2013/ 2014

Kegiatan	Bulan																												Ket								
	Des 13				Jan 14				Febr 14				Maret 14				April 14				Mei 14				Juni 14					Juli 14				Agust 14			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		1	2	3	4	1	2	3	4
Pengajuan topik dan persetujuan pembimbing	■	■																																			
Proses bimbingan proposal penelitian (BAB I-II-III)			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																					
Seminar proposal																	■																				
Perbaikan proposal																	■	■																			
Pelaksanaan penelitian																					■	■	■	■	■	■	■	■									
Proses bimbingan hasil (BAB IV – V)																													■	■	■	■					
Presentasi hasil penelitian																																	■				
Revisi dan pengumpulan akhir																																	■	■			