



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERBEDAAN PENGETAHUAN MAHASISWA REGULER FIK  
UI ANGKATAN 2009 DENGAN ANGKATAN 2011 MENGENAI  
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL**

**SKRIPSI**

**DIYANTI SEPTIANA PUTRI  
NPM 0806333814**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERBEDAAN PENGETAHUAN MAHASISWA REGULER FIK  
UI ANGKATAN 2009 DENGAN ANGKATAN 2011 MENGENAI  
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Keperawatan**

**DIYANTI SEPTIANA PUTRI  
NPM 0806333814**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Diyanti Septiana Putri

NPM : 0806333814

Tanda tangan : 

Tanggal : 4 Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Diyanti Septiana Putri  
NPM : 0806333814  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Skripsi : Perbedaan Pengetahuan Mahasiswa Reguler FIK  
UI Angkatan 2009 dengan Angkatan 2011  
mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : I Made Kariasa, S.Kp., M.M., M.Kep., Sp.KMB (  )  
(Ketua Penguji)

Penguji : Tuti Herawati, S.Kp., M.N. (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 4 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur yang sedalam-dalamnya penulis ucapkan kehadiran Allah SWT. yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan Judul **“Perbedaan Pengetahuan Mahasiswa Reguler FIK UI Angkatan 2009 dengan Angkatan 2011 mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial”** ini tepat pada waktunya.

Penyelesaian dan penulisan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik secara moril maupun materil. Atas bantuan, dorongan dan bimbingan yang telah diberikan, penulis mengucapkan terima kasih dan penghormatan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA., Ph.D, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Kuntarti, S.Kp., M.Biomed., selaku ketua program studi S1 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Bapak I Made Kariasa, S.Kp., M.M., M.Kep., Sp.KMB selaku dosen pembimbing Tugas Akhir yang telah membimbing saya dalam pembuatan skripsi ini.
4. Teristimewa kepada orang tua, kakak, dan seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan dorongan semangat, pengertian, pengorbanan serta dukungan baik moril maupun materil.
5. Teman-teman kos “Marisol” yang telah memberi banyak inspirasi dan sebagai teman begadang selama penyusunan skripsi ini.
6. Rekan-rekan seperjuangan angkatan 2008 yang saling memberikan semangat dalam penyelesaian skripsi ini.
7. Adik-adik angkatan 2009 dan 2011 yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah kalian berikan kepada penulis.

Besar harapan penulis penelitian yang akan dilakukan ini dapat memberi kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dalam keperawatan yang bisa bermanfaat bagi masyarakat luas nantinya. Penyusunan skripsi ini tentunya masih jauh dari kata sempurna. Dengan demikian penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun ke arah perbaikan dan kesempurnaan dalam pembuatan penelitian yang lebih baik nantinya

Depok, 16 April 2012

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Diyanti Septiana Putri  
NPM : 0806333814  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: **Perbedaan Pengetahuan Mahasiswa Reguler FIK UI Angkatan 2009 dengan Angkatan 2011 mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 4 Juli 2012

Yang menyatakan



( Diyanti Septiana Putri )

## ABSTRAK

Nama : Diyanti Septiana Putri  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : Perbedaan Pengetahuan Mahasiswa Reguler FIK UI Angkatan 2009 dengan Angkatan 2011 mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial dapat terjadi jika petugas kesehatan, termasuk mahasiswa keperawatan yang sedang praktik di rumah sakit, memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan infeksi nosokomial. Penelitian ini merupakan studi deskriptif – korelasional untuk melihat apakah ada perbedaan pengetahuan antara mahasiswa yang sudah dengan yang belum pernah memiliki pengalaman praktik di rumah sakit. Perolehan sampel dilakukan dengan metode *stratified* dan *accidental sampling* pada 154 mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2009 dan 2011. Responden yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai infeksi nosokomial adalah sebanyak 64,9% (n=154). Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara angkatan dan pengalaman praktik dengan pengetahuan responden mengenai pencegahan infeksi nosokomial ( $p=0,144$ ,  $\alpha=0,05$ ). Hasil yang muncul ini juga harus mempertimbangkan pengalaman praktik mahasiswa yang tidak spesifik mempelajari infeksi nosokomial dan efektivitas pembelajaran praktik yang dialami mahasiswa. Peneliti merekomendasikan untuk penelitian selanjutnya sebaiknya juga melihat tidak hanya dari sudut pandang pengetahuan, tetapi juga dari sikap mahasiswa dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Kata kunci: infeksi nosokomial, mahasiswa keperawatan, pencegahan, pengetahuan, praktik rumah sakit

## ABSTRACT

Name : Diyanti Septiana Putri

Study Program : Nursing

Title : The difference of nosocomial infection's prevention knowledge between regular student of FIK UI class of 2009 and class of 2011

Preventing and controlling nosocomial infection could be happened if health workers and also nursing students have a good knowledge about prevention of nosocomial infection. This research is a descriptive-correlative study to combine the difference of nosocomial infection's prevention knowledge between nursing student who had experience in clinical practice, and student who had not experience in clinical practice yet. This research sample gained with using stratified and accidental sampling method on 154 regular students of FIK UI, class of 2009 and 2011. There are 64,9% respondents who have a good knowledge about the prevention of nosocomial infection (n=154). The result shows that there is no correlation between clinical practice and student's knowledge about the prevention of nosocomial infection ( $p=0,144$ ,  $\alpha=0,05$ ). This result should considered student's clinical practice experience which is not specifically leaning about nosocomial infection and also student's clinical practice effectiveness. Researcher recommends that future research should observe not only based on student's knowledge, but also student's performance in preventing nosocomial infection.

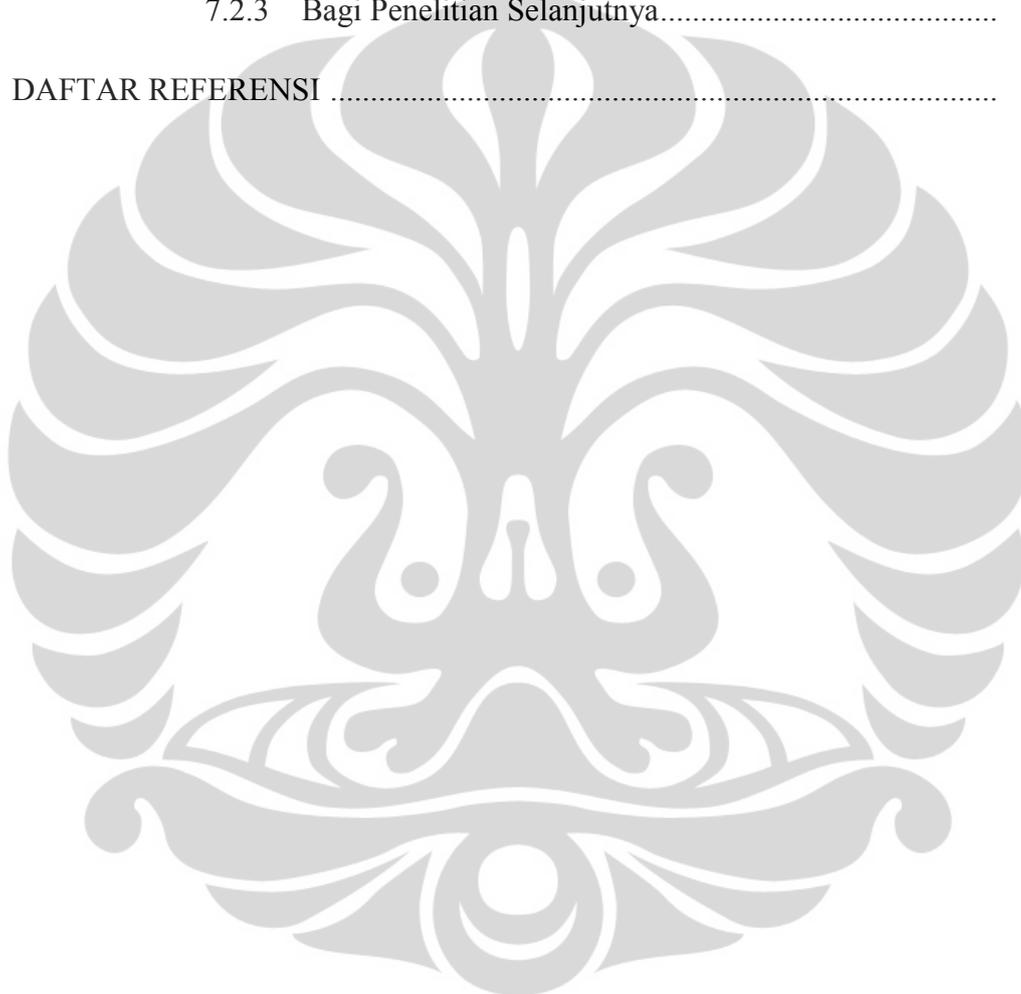
Key words: clinical practice, knowledge, nosocomial infection, nursing student, prevention

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	vii
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	5
1.4 Tujuan Penelitian .....	5
1.4.1 Tujuan Umum .....	5
1.4.2 Tujuan Khusus .....	5
1.5 Manfaat Penelitian .....	6
1.5.1 Bagi Pendidikan Keperawatan .....	6
1.5.2 Bagi Praktik Keperawatan .....	6
1.5.3 Bagi Penelitian Keperawatan .....	6
1.5.4 Bagi Mahasiswa Keperawatan .....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Infeksi Nosokomial .....	8
2.1.1 Definisi Infeksi.....	8
2.1.2 Definisi Infeksi Nosokomial .....	9
2.1.3 Mekanisme Penularan Infeksi Nosokomial .....	10
2.1.4 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial.....	12
2.2 Konsep Pengetahuan .....	18
2.2.1 Definisi Pengetahuan .....	18
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	19
2.3 Konsep Pendidikan Praktik Klinik dalam Keperawatan .....	21

<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS</b>	24
3.1 Kerangka Konsep	24
3.2 Definisi Operasional	25
3.3 Hipotesis	26
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN</b>	27
4.1 Desain Penelitian	27
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	27
4.3 Populasi dan Sampel	27
4.3.1 Populasi	27
4.3.2 Sampel	28
4.4 Etika Penelitian	29
4.5 Alat Pengumpulan Data	30
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	30
4.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data	31
4.7.1 Pengolahan Data	31
4.7.2 Analisis Data	32
4.8 Sarana Penelitian	33
4.9 Jadwal Kegiatan	33
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN</b>	35
5.1 Pelaksanaan Penelitian	35
5.2 Hasil Analisis Univariat	35
5.2.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia	36
5.2.2 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin	36
5.2.3 Karakteristik Responden berdasarkan Angkatan dan Pengalaman Praktik di Rumah Sakit	37
5.2.4 Pengetahuan Responden mengenai Infeksi Nosokomial	37
5.3 Hasil Analisis Bivariat	39
5.3.1 Hubungan Angkatan dengan Pengetahuan Responden mengenai Infeksi Nosokomial	40
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	42
6.1 Pembahasan Hasil Analisis Univariat	42
6.1.1 Gambaran Karakteristik Responden berdasarkan Usia	42
6.1.2 Gambaran Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin	44
6.1.3 Gambaran Karakteristik Responden berdasarkan Angkatan dan Pengalaman Praktik di Rumah Sakit	45
6.1.4 Gambaran Pengetahuan Responden mengenai Infeksi Nosokomial	46
6.2 Pembahasan Hasil Analisis Bivariat	47
6.2.1 Hubungan Angkatan dengan Pengetahuan Responden mengenai Infeksi Nosokomial	47
6.3 Keterbatasan Penelitian	51

6.4	Implikasi untuk Keperawatan .....	52
6.4.1	Bagi Pelayanan Keperawatan .....	52
6.4.2	Bagi Pendidikan Keperawatan .....	52
6.4.3	Bagi Penelitian Keperawatan .....	52
<b>BAB 7</b>	<b>PENUTUP</b> .....	<b>53</b>
7.1	Kesimpulan .....	53
7.2	Saran .....	54
7.2.1	Bagi Mahasiswa Keperawatan .....	54
7.2.2	Bagi Pendidikan Keperawatan .....	55
7.2.3	Bagi Penelitian Selanjutnya.....	55
	<b>DAFTAR REFERENSI</b> .....	<b>57</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional .....	25
Tabel 4.1	Penghitungan sampel tiap angkatan .....	28
Tabel 4.2	Analisis Univariat Variabel Data Penelitian .....	32
Tabel 4.3	Analisis Bivariat Variabel Data Penelitian.....	33
Tabel 4.2	Jadwal Kegiatan .....	33
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Usia Responden (n=154) .....	36
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden (n=154).....	36
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Angkatan dan Pengalaman Praktik di RS Responden (n=154) .....	37
Tabel 5.4	Hasil Analisis Univariat Pengetahuan Responden mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial (n=154) .....	38
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Angkatan 2009 (n=85) .....	38
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Angkatan 2011 (n=69).....	38
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Seluruh Responden (n=154).	39
Tabel 5.8	Hubungan Angkatan dengan Pengetahuan Responden mengenai Infeksi Nosokomial, FIK UI, 2012 (n=154).....	40

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Segitiga Epidemiologi .....	8
Gambar 2.2 Skema Rantai Infeksi.....	13
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	24



## DAFTAR LAMPIRAN

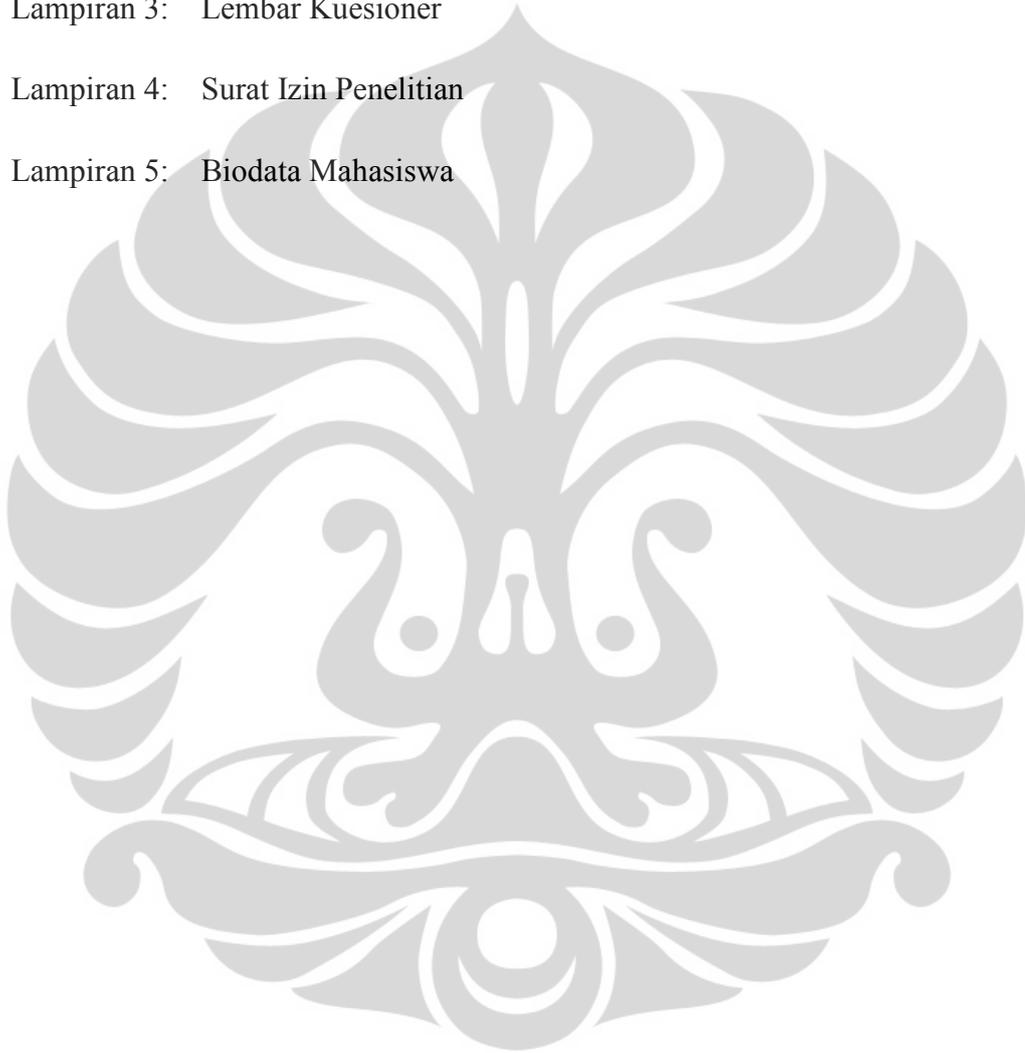
Lampiran 1: *Informed Consent*

Lampiran 2: Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3: Lembar Kuesioner

Lampiran 4: Surat Izin Penelitian

Lampiran 5: Biodata Mahasiswa



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Perawat merupakan pemberi layanan kesehatan yang memiliki frekuensi terbesar kontak langsung dengan pasien. Kesembuhan seseorang sangat dipengaruhi oleh perawatan yang ia dapat ketika sakit. Hal-hal apapun yang dapat memperparah kesehatan pasien dapat terjadi selama seseorang menjalani masa perawatan. Perawatan yang kurang baik dapat memperlambat penyembuhan dan memperpanjang durasi pasien dirawat di rumah sakit sehingga pasien mengalami kerugian baik dari segi waktu maupun biaya rumah sakit yang semakin besar.

Sebagai tempat yang banyak dipenuhi oleh orang-orang yang sakit, rumah sakit tidak dapat terhindar dari mikroorganisme asing yang dapat membahayakan kesehatan. Mikroorganisme tersebut bisa menjadi patogen dan tidak hanya membahayakan orang yang memang ketika itu sedang sakit, tapi juga orang-orang sehat yang berada di sekitar rumah sakit, seperti pengunjung, staf rumah sakit, dan pemberi layanan kesehatan. Perawat, sebagai pemberi layanan kesehatan dengan frekuensi terbesar kontak langsung dengan pasien, memiliki peran yang besar dalam hal ini. Yaitu untuk menjaga agar mikroorganisme penyebab penyakit tersebut tidak menyebar terutama antar pasien, atau pun ke pengunjung dan staf rumah sakit lainnya.

Penyebaran penyakit yang terjadi di rumah sakit tersebut biasa disebut dengan istilah infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang terbentuk di rumah sakit atau diproduksi oleh mikroorganisme yang terpapar selama proses hospitalisasi (DeLaune & Ladner, 2002). Berdasarkan *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, angka kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit tiap 1000 pasien per hari meningkat sebanyak 36% dari 7.2 pada tahun 1975 menjadi 9.8 di tahun 1995. Diperkirakan pada tahun 1995 infeksi nosokomial menghabiskan dana sebanyak 4.5 miliar dolar dan lebih dari 88.000 orang

meninggal, satu orang meninggal tiap 6 menit (Weinstein, 1998 dalam DeLaune & Ladner, 2002).

Infeksi nosokomial saat ini merupakan salah satu penyebab meningkatnya angka kematian (*morbidity*) dan angka kematian (*mortality*) di rumah sakit, sehingga dapat menjadi masalah kesehatan baru, baik di negara berkembang maupun negara maju (Darmadi, 2008). Infeksi nosokomial diperkirakan terjadi di 10% dari seluruh perawatan akut rumah sakit di Amerika pada tahun 2006 (Green-McKenzie & Caruso, 2006 dalam Peters & Peters, 2008). Sumber lain mengindikasikan pada tahun 2006 ada sebanyak 5% pasien terpapar infeksi saat dirawat di rumah sakit (Landro, 2006 dalam Peters & Peters, 2006). Dari data-data tersebut dapat kita lihat betapa besarnya angka kejadian infeksi di rumah sakit dan hal ini akan terus berlanjut apabila tidak ditangani dengan baik. Tingginya kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit tersebut menjadikan pencegahan infeksi nosokomial sebagai tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit. Saat ini hampir dipastikan semua rumah sakit besar di Indonesia telah membentuk dan memiliki Panitia Medik Pengendalian Infeksi, dengan tugas utamanya mencegah dan mengendalikan infeksi nosokomial (Darmadi, 2008).

Infeksi nosokomial dapat menyebabkan orang yang sakit semakin sakit, dan orang yang tidak sakit yang berada di rumah sakit, seperti pengunjung atau petugas, menjadi sakit. Banyak hal yang dapat mengarah kepada kejadian infeksi nosokomial, seperti dari segi peralatan medis yang digunakan, ruangan atau lingkungan rumah sakit, makanan dan minuman yang disajikan dan juga dari petugas-petugas kesehatan rumah sakit itu sendiri. Kebanyakan infeksi nosokomial ditransmisikan oleh petugas kesehatan yang tidak melakukan prosedur mencuci tangan yang tepat atau tidak mengganti sarung tangan saat kontak antar klien (DeLaune & Ladner, 2002)

Pembentukan tim pengendalian infeksi di beberapa rumah sakit besar di Indonesia nampaknya belum dapat memberikan garansi turunnya angka kejadian infeksi nosokomial. Masih banyak ditemui petugas kesehatan terutama perawat yang tidak menggunakan alat pelindung diri seperti *hand scoon* dan masker ketika memberikan intervensi keperawatan yang membutuhkan kontak langsung dengan

pasien. Hal ini dapat terjadi karena ketidaktahuan perawat terkait infeksi nosokomial dan bagaimana pencegahannya, selain itu beberapa mungkin sudah tahu namun belum paham manfaat dari pencegahan infeksi nosokomial. Mereka belum merasakan bahaya dari infeksi nosokomial tersebut sehingga tidak menjalankan prosedur untuk mencegah infeksi nosokomial dengan baik.

Peran perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial sangat penting, karena rata-rata setiap harinya 7-8 jam perawat melakukan kontak dengan pasien (Martono, 2007 dalam Nugroho, 2008), sehingga peluang infeksi nosokomial tersebar melalui kontak pasien dengan perawat cukup besar. Pencegahan infeksi, dalam usahanya, mewajibkan perawat untuk mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan berulang-ulang untuk melakukan tindakan ke tiap pasien, dan hal tersebut berlangsung secara terus-menerus. Sehingga banyak perawat merasa terlalu banyak waktu yang terkonsumsi dan cara-cara yang cukup mengganggu dalam usaha pencegahan infeksi (Peters & Peters, 2006), padahal hal tersebut penting untuk mencegah transmisi patogen dari satu pasien ke pasien lain dan ke perawat itu sendiri.

Pengetahuan dan pemahaman perawat terkait pencegahan infeksi nosokomial sebaiknya sudah diberikan sejak perawat masih menempuh jenjang pendidikan keperawatan. Mahasiswa keperawatan yang merupakan calon-calon perawat masa depan harus ditanamkan pengetahuan terkait infeksi nosokomial, pentingnya mencegah infeksi nosokomial, dan bagaimana cara pencegahan infeksi nosokomial tersebut. Hal ini ditujukan agar perawat-perawat yang akan datang dapat lebih mencegah kejadian infeksi nosokomial sehingga terciptanya pelayanan keperawatan yang lebih baik.

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia telah memasukkan pemahaman terkait pencegahan infeksi nosokomial sejak mahasiswa berada di tingkat pertama pada beberapa mata ajar salah, satunya Konsep Dasar Keperawatan (KDK), untuk kurikulum berbentuk KBK. Walaupun tidak memiliki mata kuliah atau bab khusus yang membahas mengenai infeksi nosokomial, namun pencegahan infeksi nosokomial masuk dan dibahas secara singkat di beberapa mata kuliah. Pengetahuan terkait pencegahan infeksi nosokomial yang didapat oleh mahasiswa

selama di kelas tersebut akan semakin dikuatkan dengan pengalaman mahasiswa saat praktik di rumah sakit, yang dimulai saat mahasiswa telah berada di tingkat dua pada mata ajar PKD (Praktik Keperawatan Dewasa).

Mahasiswa FIK UI angkatan 2011 adalah mahasiswa angkatan awal yang baru mengenal dan menerima teori terkait pencegahan infeksi nosokomial di kelas, sedangkan mahasiswa angkatan 2009 merupakan mahasiswa yang telah mendapatkan teori sekaligus pengalaman praktik di rumah sakit sehingga dapat dikatakan memiliki pengalaman dan pengetahuan yang lebih baik mengenai infeksi nosokomial, karena sesuai dengan kalimat yang sering digunakan masyarakat bahwa "*practices make perfect*". Melihat hal tersebut, penulis merasa perlu melihat apakah ada perbedaan pengetahuan antara mahasiswa FIK UI tingkat dua yang baru mendapat teori terkait pencegahan infeksi nosokomial di kelas, dengan mahasiswa tingkat tiga FIK UI yang telah mendapatkan teori sekaligus telah mempraktikannya di rumah sakit.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Mahasiswa merupakan kelompok usia yang tergolong ke dalam remaja sampai dewasa muda. Masa mahasiswa baru merupakan masa-masa seseorang beradaptasi dengan lingkungan kampus dan pelajaran yang berbeda dibandingkan saat sekolah. Kurikulum berbasis kompetensi yang diterapkan di FIK UI mendorong para mahasiswa untuk lebih mengeksplor materi pembelajaran secara mandiri, salah satunya terkait infeksi nosokomial yang mungkin baru mereka dengar ketika duduk di bangku perkuliahan.

Mahasiswa tingkat tiga di Fakultas Ilmu Keperawatan UI, untuk kurikulum KBK, merupakan mahasiswa yang sudah memiliki pengalaman praktik di rumah sakit. Teori yang di dapat selama di kelas akan lebih dapat dipahami jika diaplikasikan melalui praktik. Pengabaian teori yang telah didapat ketika di kelas akan menyebabkan mahasiswa lupa akan teori tersebut. Teori terkait pencegahan infeksi nosokomial akan lebih dapat dipahami jika mahasiswa telah melihat sendiri bagaimana pelaksanaan praktik asuhan keperawatan untuk mencegah

infeksi nosokomial di rumah sakit. Oleh karena itu peneliti ingin melihat apakah ada perbedaan pengetahuan terkait infeksi nosokomial antara mahasiswa yang baru mendapatkan teori terkait pencegahan infeksi nosokomial di kelas dengan mahasiswa yang telah mendapatkan teori sekaligus mengaplikasikannya saat praktik di rumah sakit.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Apakah ada perbedaan tingkat pengetahuan mahasiswa reguler FIK UI, yang telah memiliki pengalaman praktik di rumah sakit dengan mahasiswa yang belum memiliki pengalaman praktik di rumah sakit, mengenai pencegahan infeksi nosokomial?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengetahui perbedaan pengetahuan mahasiswa reguler FIK UI, yang telah memiliki pengalaman praktik di rumah sakit dengan mahasiswa yang belum memiliki pengalaman praktik di rumah sakit, mengenai pencegahan infeksi nosokomial.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi karakteristik individu (usia, jenis kelamin, tingkatan kuliah/ semester) mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2009 dan 2011.
2. Mengetahui tingkat pengetahuan mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2009 mengenai pencegahan infeksi nosokomial.
3. Mengetahui tingkat pengetahuan mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2011 mengenai pencegahan infeksi nosokomial.
4. Mengetahui perbedaan pengetahuan mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2009 dengan 2011 mengenai pencegahan infeksi nosokomial.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Pendidikan Keperawatan**

Melalui penelitian ini pendidikan keperawatan dapat mengevaluasi keefektifan program pembelajaran dan membentuk suatu program pembelajaran yang lebih baik lagi.

### **1.5.2 Bagi Praktik Keperawatan**

Dengan dilakukan penelitian ini diharapkan akan tercipta perawat-perawat yang lebih memperhatikan pengaplikasian tindakan pencegahan infeksi nosokomial dalam melakukan praktik-praktik keperawatan. Pencegahan infeksi nosokomial yang baik diharapkan dapat menurunkan angka kejadian infeksi nosokomial, sehingga dapat mempercepat proses kesembuhan pasien, menekan biaya perawatan pasien, dan juga meringankan beban kerja perawat.

### **1.5.3 Bagi Penelitian Keperawatan**

Sebagai bahan informasi untuk penelitian-penelitian selanjutnya yang ingin meneliti mengenai pengetahuan mahasiswa mengenai pencegahan infeksi nosokomial

### **1.5.4 Bagi Mahasiswa Keperawatan**

Sebagai bahan evaluasi terkait proses pembelajaran yang selama ini mereka lakukan dan sebagai pemicu motivasi untuk menambah referensi bahan bacaan dan mengeksplor materi terkait infeksi nosokomial lebih dalam lagi.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dibatasi pada aspek pengetahuan mahasiswa reguler FIK UI mengenai pencegahan infeksi nosokomial, yaitu pada angkatan 2009 yang pada saat dilakukan penelitian berada di tingkat 3, dengan mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2011 yang pada saat dilakukan penelitian berada pada tingkat 1. Adapun

mahasiswa reguler angkatan 2009 merupakan kelompok mahasiswa yang telah mendapatkan teori terkait pencegahan infeksi nosokomial dan telah memiliki pengalaman praktik di rumah sakit, sedangkan mahasiswa reguler angkatan 2011 merupakan kelompok mahasiswa yang baru mendapatkan teori terkait pencegahan infeksi nosokomial dalam jumlah yang masih terbatas dan belum menjalani praktik di rumah sakit.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

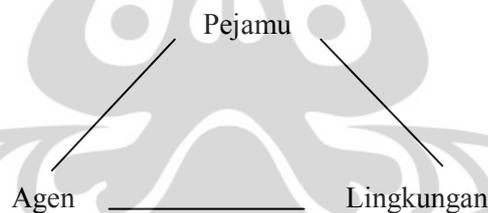
#### 2.1 Konsep Infeksi Nosokomial

##### 2.1.1 Definisi Infeksi

Infeksi adalah invasi tubuh oleh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit (Potter & Perry, 2005). Secara umum, proses terjadinya penyakit melibatkan tiga faktor yang saling berinteraksi (Darmadi, 2008), yaitu:

- a) Faktor penyebab penyakit (*agent*)
- b) Faktor manusia atau pejamu (*host*)
- c) Faktor lingkungan

Ketiga faktor tersebut saling mempengaruhi dan dalam epidemiologi disebut sebagai Segitiga Epidemiologi atau disebut Trias Penyebab Penyakit.



**Gambar 2.1 Segitiga Epidemiologi**

*Sumber: Darmadi, 2008*

Agen atau faktor penyebab penyakit salah satunya adalah mikroba/mikroorganisme patogen seperti bakteri, virus, jamur, dsb. Infeksi yang terjadi menunjukkan adanya multiplikasi mikroba di dalam *host* atau penderita yang bersifat patogen dan menimbulkan manifestasi berupa proses peradangan yang merupakan tanda dan gejala yang khas terjadi saat infeksi.

### 2.1.2 Definisi Infeksi Nosokomial

Nosokomial berasal dari bahasa Yunani yaitu *nosos* yang berarti penyakit dan *korneo* yang memiliki arti merawat. Nosokomial berarti tempat untuk merawat/ rumah sakit. Jadi infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit (Darmadi, 2008). *National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS)* US mendefinisikan infeksi nosokomial sebagai kondisi lokal atau sistemik yang dihasilkan dari reaksi merugikan kehadiran agen infeksius yang sebelumnya tidak ada ketika masuk ke rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan (Jarvis, 2007). Dari definisi-definisi tersebut dapat kita simpulkan bahwa infeksi nosokomial merupakan infeksi yang tidak ada pada seseorang saat masuk ke rumah sakit namun didapat ketika orang tersebut menjalani perawatan di rumah sakit.

Tidak semua infeksi yang terjadi di rumah sakit dapat dikatakan infeksi nosokomial. Ada beberapa batasan suatu infeksi dapat dikatakan infeksi nosokomial. Menurut Parhusip (2005) suatu infeksi dapat disebut sebagai infeksi nosokomial atau *hospital-associated infection* jika memenuhi batasan atau kriteria sebagai berikut.

- a) Apabila pada waktu dirawat di RS tidak dijumpai tanda-tanda klinik infeksi tersebut.
- b) Pada waktu penderita mulai dirawat tidak dalam masa inkubasi dari infeksi tersebut.
- c) Tanda-tanda infeksi tersebut baru timbul sekurang-kurangnya 3 x 24 jam sejak mulai dirawat.
- d) Infeksi tersebut bukan merupakan sisa (residual) dari infeksi sebelumnya.
- e) Bila pada saat mulai dirawat di RS sudah ada tanda-tanda infeksi, tetapi terbukti bahwa infeksi didapat penderita pada waktu perawatan sebelumnya dan belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial.

Kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit sudah mencapai angka yang cukup tinggi. Infeksi nosokomial atau *healthcare-associated infections (HAI)*

diperkirakan terjadi sebanyak 2 juta kejadian infeksi, 90.000 meninggal dan memakan biaya perawatan sebanyak 4.5 juta dolar (Jarvis, 2007). Menurut Widodo (2000) kejadian infeksi di rumah sakit tersebut mudah terjadi karena adanya beberapa kondisi tertentu (Astuti, 2004).

- a) Rumah sakit merupakan tempat berkumpulnya orang sakit, sehingga jumlah dan jenis kuman penyakit yang ada lebih banyak dibandingkan tempat lain.
- b) Orang sakit mempunyai daya tahan tubuh rendah, sehingga mudah tertular
- c) Di rumah sakit seringkali penderita dilakukan tindakan invasif, mulai dari yang sederhana, misalnya pemberian obat suntikan, sampai dengan tindakan yang lebih invasif seperti operasi.
- d) Mikroorganisme yang ada cenderung lebih resisten terhadap antibiotika, akibat penggunaan berbagai macam antibiotika yang seringkali tidak rasional.
- e) Adanya kontak langsung antar pasien, atau antar petugas dengan pasien, yang dapat menularkan kuman patogen.
- f) Penggunaan peralatan medis yang telah terkontaminasi oleh kuman

Menurut yang disampaikan Pandjaitan (2004) dalam pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di RSUD Bekasi bulan Juni 2010 yang lalu, ada empat spesifik infeksi yang biasa terjadi di rumah sakit.

- a) *Surgical site infections* (SSI)
- b) *Catheter-associated urinary tract infections* (CAUTI)
- c) *Central venous catheter-related bloodstream infections* (CRBSI)
- d) *Ventilator-associated pneumonia* (VAP)

### **2.1.3 Mekanisme Penularan Infeksi Nosokomial**

Selain daya tahan tubuh pasien yang sedang menurun, infeksi nosokomial dapat dengan mudah menyebar dari satu pasien ke pasien lain karena beberapa hal. Hal yang paling sederhana namun sangat berperan dalam

penyebaran infeksi antar pasien adalah perilaku petugas kesehatan yang tidak melakukan prosedur mencuci tangan ketika berinteraksi antar pasien atau melakukan prosedur tersebut namun tidak secara tepat. Menurut Darmadi (2008) secara umum mekanisme transmisi mikroba patogen ke pejamu yang rentan (*susceptable host*) dapat melalui dua cara.

a) Transmisi langsung (*direct transmission*)

Penularan langsung oleh mikroba patogen ke pintu masuk yang sesuai dari pejamu. Contoh: sentuhan, gigitan, *droplet nuclei* saat bersin, batuk, berbicara, atau saat transfusi darah dengan darah yang terkontaminasi mikroba patogen.

b) Transmisi tidak langsung (*indirect transmission*)

Penularan mikroba patogen yang memerlukan adanya “media perantara”, baik berupa barang/ bahan, air, udara, makanan/ minuman, maupun vektor.

A. *Vehicle-borne*

Sebagai media perantara penularan adalah barang/ bahan yang terkontaminasi seperti peralatan makan dan minum, instrumen bedah/ kebidanan, peralatan laboratorium, peralatan infus/ transfusi. Dari semua kemungkinan penyebaran penyakit, penyebab kasus infeksi nosokomial yang sering dilaporkan adalah tindakan invasif melalui penggunaan berbagai instrumen medis (Darmadi, 2008).

B. *Vector-borne*

Sebagai media perantara penularan adalah vektor (serangga), yang memindahkan mikroba patogen ke pejamu dengan cara sebagai berikut.

i. Cara mekanis

Pada kaki serangga melekat kotoran/ sputum (mikroba patogen), lalu hinggap pada makanan/ minuman, dimana selanjutnya akan masuk ke saluran cerna pejamu.

ii. Cara biologis

Sebelum masuk ke tubuh pejamu, mikroba mengalami siklus perkembangbiakan dalam tubuh vektor/ serangga, selanjutnya mikroba dipindahkan ke tubuh pejamu melalui gigitan.

C. *Food-borne*

Makanan dan minuman adalah media perantara yang cukup efektif untuk menyebarnya mikroba patogen ke pejamu, yaitu melalui pintu masuk saluran cerna.

D. *Water-borne*

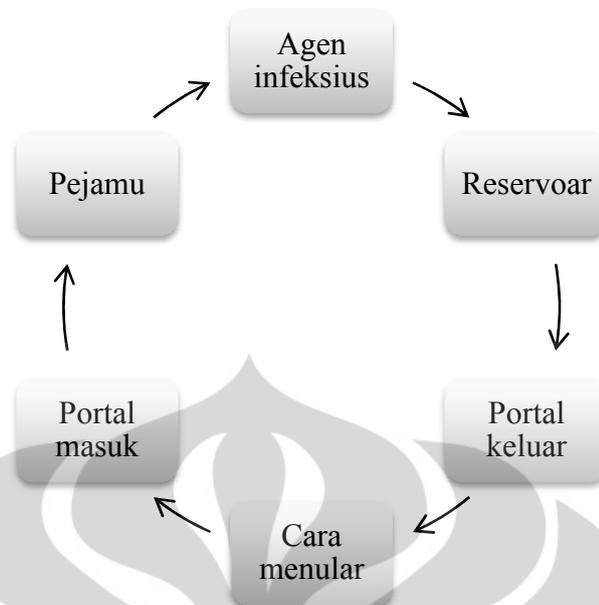
Air dapat menjadi perantara penularan penyakit karena air sangat mudah menyebarkan mikroba patogen ke pejamu melalui pintu masuk saluran cerna maupun pintu masuk yang lain.

E. *Air-borne*

Mikroba patogen dalam udara masuk ke saluran napas pejamu dalam bentuk *droplet nuclei* yang dikeluarkan oleh penderita (*reservoir*) saat batuk, bersin, bicara, atau bernapas melalui mulut atau hidung, dan juga dalam bentuk *dust* yang merupakan partikel yang dapat terbang bersama debu lantai/ tanah.

#### 2.1.4 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial

Infeksi memiliki beberapa faktor yang saling berhubungan dan membentuk siklus yang disebut dengan rantai infeksi. Infeksi yang terjadi harus melalui seluruh siklus tersebut tanpa terkecuali. Pengendalian infeksi dapat dilakukan dengan memutus siklus atau rantai tersebut. Rantai infeksi tersebut antara lain digambarkan dalam gambar 2.2.



**Gambar 2.2 Skema Rantai Infeksi**

*Sumber: Potter & Perry, 2005*

a) Agen infeksius

Agan yang dapat menyebabkan infeksi adalah mikroorganisme patogen yang dapat berbentuk bakteri, virus, jamur, dan protozoa. Menurut Potter & Perry (2005) kemungkinan bagi mikroorganisme atau parasit untuk menyebabkan penyakit bergantung pada beberapa faktor, yaitu organisme dalam jumlah yang cukup, virulensi atau kemampuan untuk menyebabkan sakit, kemampuan untuk masuk dan bertahan hidup dalam pejamu, dan pejamu yang rentan.

b) Reservoar

Reservoar infeksi adalah tempat mikroorganisme dapat bertahan hidup dan berkembang biak, dan dapat berupa pasien itu sendiri (infeksi terhadap diri sendiri) atau dari pasien lainnya, pengunjung, atau staf rumah sakit (infeksi silang) (James, 2008). Reservoar selanjutnya akan mempengaruhi portal keluar mikroorganisme.

c) Portal keluar

Setelah mikroorganisme tumbuh dan berkembang di reservoir, selanjutnya mereka harus mencari jalan keluar agar dapat masuk ke pejamu dan menyebabkan penyakit. Secara umum portal keluar yang

utama adalah melalui traktus respiratory dan gastrointestinal serta kulit dan luka (Jarvis, 2003). Selain itu traktus urinarius, traktus reproduktif, dan darah juga dapat menjadi portal keluar mikroorganisme.

d) Cara menular

Proses transmisi mikroorganisme dapat terjadi melalui berbagai cara seperti yang telah dibahas pada bab 2.1.3. Infeksi di rumah sakit dapat secara efektif dikendalikan dengan meminimalisir penularan mikroorganisme antar pasien.

e) Portal masuk

Organisme dapat masuk ke dalam tubuh melalui rute yang sama dengan yang digunakan untuk keluar (Potter & Perry, 2005). Misalnya pada saat jarum yang terkontaminasi mengenai kulit klien, mikroorganisme masuk ke dalam tubuh.

f) Pejamu/ *host*

Seseorang yang terkena infeksi bergantung pada kerentanannya terhadap agen infeksius. Pejamu/ *host* infeksi nosokomial, yang merupakan orang yang sedang dirawat di rumah sakit, memiliki sistem imunitas yang sedang turun sehingga kejadian infeksi nosokomial sering terjadi.

Memutus rantai infeksi dapat dilakukan dengan mengontrol tiap siklus rantai itu sendiri. Pengontrolan agen infeksius dapat dilakukan dengan pembersihan, desinfeksi dan sterilisasi yang tepat terhadap objek yang terkontaminasi secara signifikan. Pembersihan adalah membuang semua material asing seperti kotoran dan materi organik dari suatu objek (Rutala, 1990 dalam Potter & Perry, 2005). Selain itu, Rutala (1995) juga menggambarkan desinfeksi sebagai proses yang memusnahkan banyak atau semua mikroorganisme, dengan pengecualian spora bakteri, dari objek yang mati, sedangkan sterilisasi merupakan penghancuran seluruh mikroorganisme, termasuk spora.

Perbedaan infeksi biasa dengan infeksi nosokomial adalah mikroorganisme atau agen infeksius yang berada di rumah sakit memiliki tingkat resistensi yang lebih tinggi dibandingkan mikroorganisme di luar rumah sakit. Resistensi mikroorganisme terhadap antimikroba dapat diperkirakan karena mikroorganisme beradaptasi dengan lingkungannya. Adaptasi terjadi melalui mutasi spontan DNA, yang tampaknya terjadi dengan cepat pada bakteri karena laju pertumbuhannya yang cepat dan hal ini biasa disebut sebagai resistensi intrinsik (James dkk, 2002). Oleh karena itu dibutuhkan usaha yang lebih untuk mengendalikan infeksi di rumah sakit jika memutus rantai infeksi melalui agen infeksiusnya.

Mengontrol infeksi melalui reservoir dapat dilakukan dengan memusnahkan tempat berkembangnya infeksi. Hal ini dapat dilakukan dengan cara membersihkan cairan tubuh, drainase atau larutan yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan mikroorganisme. Selain itu perawat juga dapat membuang limbah medis atau peralatan infeksius dengan tepat dan berhati-hati.

Mikroorganisme patogen tidak akan mengenai *host* jika mereka tidak dapat keluar dari reservoir sehingga pencegahan infeksi dapat dilakukan dengan mencegah mikroba keluar dari reservoir misalnya menggunakan masker atau menutup mulut jika batuk atau bersin. Perawat juga sebaiknya menghindari berbicara secara langsung di atas luka klien saat mengganti balutan. Hal ini untuk menghindari perpindahan mikroba melalui droplet ke luka klien. Menurut Potter & Perry (2005) cara lain mengontrol keluarnya mikroorganisme adalah penanganan yang hati-hati terhadap eksudat seperti urine, feses, emesis dan darah. Eksudat yang terkontaminasi akan sangat mudah tersebar melalui percikan-percikannya ketika dibuang. Perawat harus selalu menggunakan sarung tangan sekali pakai jika berhubungan dengan eksudat. Hal ini juga sekaligus mencegah infeksi dengan memutus rantai siklus portal masuk.

Pengendalian infeksi melalui portal masuk tidak jauh berbeda dengan pengendalian melalui portal keluar, karena rute masuk mikroorganisme secara umum sama dengan rute keluarnya. Prosedur *universal precautions*

merupakan standar keselamatan yang dapat digunakan untuk mencegah agen infeksius memasuki tubuh. Prosedur tersebut antara lain dapat dilakukan dengan mencuci tangan, menggunakan alat pelindung diri (seperti masker, sarung tangan, *gown, gogle*), dan melakukan teknik aseptik.

Teknik aseptik merupakan salah satu cara untuk memutus rantai infeksi sehingga agen infeksius tidak menginvasi pejamu. Teknik aseptik yang dilakukan secara tepat dan pada tempatnya untuk setiap prosedur invasif seperti kateter urine, dapat meminimalkan resiko infeksi sebesar 30%. Katerisasi urin telah diketahui sebagai risiko utama infeksi nosokomial. Pada pasien dengan kateter urin, 20 sampai 30% pasien akan mengalami bakteriuria (bakteri di urin). Sekitar 2% dari pasien yang mengalami bakteriuria akan mengalami bakterimia dan sekitar 22% akan meninggal. Telah pula ditunjukkan bahwa risiko infeksi meningkat dengan semakin lamanya penggunaan kateter (James, 2008)

Angka tersebut sangat besar dan jika teknik aseptik dapat dilakukan dengan baik oleh petugas kesehatan dapat memberikan keuntungan baik bagi pasien maupun petugas kesehatan sendiri. Bagi pasien keuntungan berupa kesembuhan yang lebih cepat diraih dan tidak perlu mengeluarkan biaya lebih untuk perawatan yang semakin lama akibat infeksi dapat diraih, selain itu beban kerja perawat atau petugas kesehatan pun semakin ringan.

Fenomena yang terjadi di rumah sakit saat ini banyak petugas kesehatan terutama perawat yang kurang memperhatikan *universal precaution* dan teknik aseptik ketika melakukan prosedur. Yusran (2008) menyebutkan dalam risetnya, penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Karyadi Semarang menunjukkan angka kepatuhan tenaga kesehatan untuk menerapkan penerapan beberapa elemen *universal precaution* kurang dari 50%. Studi pendahuluan yang dilakukan Yusran di Rumah Sakit Abdoel Muluk pada tahun 2006 menunjukkan 58% tenaga kesehatan mengalami paparan terhadap darah dan cairan tubuh.

Berdasarkan riset yang dilakukan Astuti (2004) di RS Medistra, ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan infeksi nosokomial, antara lain karena kurangnya pengetahuan petugas kesehatan terkait perilaku pencegahan infeksi nosokomial dan tidak tersedianya fasilitas yang memenuhi. Usaha pengendalian infeksi nosokomial memang membutuhkan usaha dan biaya yang lebih, karena dalam pencegahan penyebaran infeksi perawat dituntut untuk selalu mencuci tangan dan mengganti sarung tangan tiap kali kontak dengan pasien.

Seperti yang kita ketahui pasien yang berada di rumah sakit tidak dapat dikatakan sedikit, sehingga *universal precaution* yang berupa mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan saja sudah cukup memakan waktu dan biaya. Hal tersebut menyebabkan kurangnya perhatian petugas kesehatan atau bahkan dari pihak rumah sakit terkait pencegahan infeksi nosokomial. Padahal biaya dan tenaga yang dikeluarkan sebagai perawatan infeksi nosokomial jauh lebih besar. Selain itu citra rumah sakit juga dapat menurun dan petugas yang bersangkutan dapat dikenai sanksi hukum.

Pengetahuan petugas kesehatan terkait infeksi nosokomial juga berpengaruh terhadap perilaku petugas dalam pencegahan penyebaran infeksi nosokomial. Pengetahuan yang diterima petugas, atau dalam hal ini perawat, baik melalui pendidikannya di bangku kuliah maupun pelatihan yang didapat di rumah sakit akan mempengaruhi perilaku kesehatannya. Menurut WHO (1986) dalam Nursalam (2008), yang dimaksud dengan perilaku kesehatan (*health behaviour*) adalah aktivitas apa pun yang dilakukan oleh individu tanpa memandang status kesehatan aktualnya maupun status kesehatan menurut persepsi individu tersebut yang bertujuan untuk meningkatkan, melindungi, atau mempertahankan kesehatannya tanpa mempertimbangkan apakah perilaku tersebut efektif untuk mencapai tujuan tersebut. Dari penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan perawat penting agar perawat memiliki perilaku kesehatan yang baik, sehingga kejadian infeksi nosokomial dapat dihindari.

PPI atau Pelatihan Pencegahan Infeksi merupakan kebijakan nasional dari Departemen Kesehatan RI untuk mengatasi infeksi nosokomial. PPI ini dibentuk untuk mengendalikan angka infeksi nosokomial yang semakin lama semakin tinggi. Pengaturan tersebut ada pada Keputusan Menteri Kesehatan No. 270/Menkes/III/2007 yang mengatur pedoman manajerial PPI di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, serta Keputusan Menkes No. 381/Menkes/III/2007 mengenai pedoman PPI di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Hal ini menunjukkan komitmen yang kuat dari pemerintah untuk menurunkan angka infeksi nosokomial dan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi masyarakat.

## **2.2 Konsep Pengetahuan**

### **2.2.1 Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Irmayati, dkk (2008), mengatakan seperti yang dikutip Dewi (2008) bahwa pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya. Dari kedua definisi tersebut pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan baik melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba serta penggunaan akal budi dalam mengenali dan menganalisa objek yang belum pernah diketahui sebelumnya.

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan sebagai berikut.

#### **a) Tahu (*know*)**

Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah yaitu dengan mengingat suatu materi yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima sebelumnya.

- b) Memahami (*comprehension*),  
Merupakan kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c) Aplikasi (*application*)  
Merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
- d) Analisis (*analysis*)  
Merupakan kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e) Sintesis (*synthesis*)  
Merupakan kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f) Evaluasi (*evaluation*)  
Merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Menurut Green, et al (1980) seperti yang dikutip Hamid (2008), peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku tetapi pengetahuan sangat penting diberikan sebelum individu melakukan suatu tindakan. Tindakan akan sesuai dengan pengetahuan apabila menerima isyarat yang cukup kuat memotivasi dia bertindak sesuai dengan pengetahuannya. Pengetahuan terkait infeksi nosokomial perlu diberikan sejak awal kepada mahasiswa keperawatan, karena walaupun pengetahuan tersebut tidak menjadi garansi terjadinya perubahan perilaku, namun pengetahuan tersebut suatu saat akan terpicu untuk dilakukan secara semestinya, dan mengetahui lebih baik daripada tidak mengetahui.

### **2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, faktor-faktor tersebut antara lain (Notoatmodjo, 2003):

a) Pendidikan

Pendidikan merupakan usaha untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta mengembangkan kepribadian yang berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi pula tingkat kemampuan orang tersebut menangkap informasi. Namun bukan berarti rendahnya pendidikan seseorang menunjukkan rendahnya pengetahuan, karena pendidikan juga dapat didapat secara informal. Pendidikan formal dapat berupa sekolah formal mulai dari Taman Kanak-kanan sampai ke jenjang perguruan tinggi, sedangkan pendidikan informal dapat diterima melalui membaca, menonton acara pendidikan, dsb.

b) Informasi/ media massa

Kemajuan teknologi saat ini sangat memudahkan masyarakat dalam mengakses informasi yang ada. Masyarakat dapat dengan mudah mendapatkan informasi melalui media massa seperti televisi, koran, radio, maupun internet. Semakin mudah seseorang mengakses media informasi, maka semakin tinggi juga kemungkinan peningkatan pengetahuan orang tersebut. Namun media massa tidak seluruhnya mengatakan hal yang bersifat fakta. Ada pesan-pesan yang bersifat sugesti yang dapat mempengaruhi pembentukan opini dan kepercayaan seseorang.

c) Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang

d) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang

berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar selama praktik di rumah sakit akan lebih dapat membuat siswa paham dan belajar dari pengalaman cenderung akan selalu diingat.

f) Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

### **2.3 Konsep Pendidikan Praktik Klinik dalam Keperawatan**

Praktik klinik merupakan komponen besar dari pendidikan keperawatan dan telah diakui sebagai pusat dari pendidikan keperawatan (Lee, 1996 dalam Elbas, 2010). Praktik klinik bertujuan mengembangkan proses berpikir kritis dan kemampuan analisis siswa, kompetensi psikomotorik, komunikasi, dan kemampuan manajemen waktu, serta dapat meningkatkan kepercayaan diri siswa akan kemampuannya melakukan tindakan selayaknya perawat (Grealish & Carroll, 1998 dalam Elbas, 2010).

Profesi perawat merupakan profesi yang mewajibkan perawat untuk terampil dan cekatan ketika melakukan prosedur keperawatan. Hal ini dikarenakan perawat merupakan profesi yang berhubungan dengan nyawa seseorang, sehingga kesalahan prosedur dapat berdampak buruk bagi pasien bahkan dapat menimbulkan kematian. Oleh karena itu dibutuhkan suatu pembelajaran berupa praktik yang dapat mengasah kemampuan siswa dalam melakukan prosedur

keperawatan. Adapun tujuan pembelajaran praktikum menurut Nursalam (2008) antara lain:

- a) Memahami, menguji, dan menggunakan berbagai konsep utama dari program teoretis untuk diterapkan pada praktik klinik.
- b) Mengembangkan keterampilan teknis, intelektual, dan interpersonal sebagai persiapan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

Pembelajaran praktik dapat dilakukan di laboratorium maupun melakukan pembelajaran langsung di lapangan baik rumah sakit maupun komunitas. Pembelajaran di kelas atau laboratorium tidak dapat memberikan gambaran secara utuh mengenai kondisi nyata di rumah sakit, sehingga mahasiswa keperawatan perlu merasakan pengalaman praktik di rumah sakit atau komunitas untuk merasakan secara langsung bagaimana profesi keperawatan secara utuh. Menurut Nursalam (2008) keutamaan praktik di klinik antara lain mahasiswa dapat:

- a) Mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan kemampuan, pengambilan keputusan, dan pemecahan masalah yang dihadapi klien.
- b) Melakukan kolaborasi dengan disiplin ilmu lain.
- c) Mengobservasi respons klien.
- d) Belajar untuk berkomitmen dan bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan.
- e) Mensosialisasikan profesinya serta nilai-nilai keprofesian.

Jiwa dan hati dari pendidikan keperawatan adalah praktikum klinik, dimana pengetahuan terkait keperawatan dibentuk menjadi praktik profesional (Emerson, 2007). Tanpa perlu diragukan lagi, keberadaan pasien menjadikan praktik di klinik menjadi suatu sistem pembelajaran yang sangat baik bagi mahasiswa keperawatan. Dengan menghadirkan kasus yang nyata siswa diharapkan dapat mengaplikasikan teori yang telah didapat selama di kelas dan dapat secara sigap menentukan tindakan apa yang tepat.

Teori yang di dapat selama di kelas tidak menjadi garansi siswa dapat mengerti teori tersebut. Bahkan siswa akan cenderung lupa terhadap pelajaran yang didapatnya di kelas jika tidak diaplikasikan. Sehingga diperlukan praktik klinik

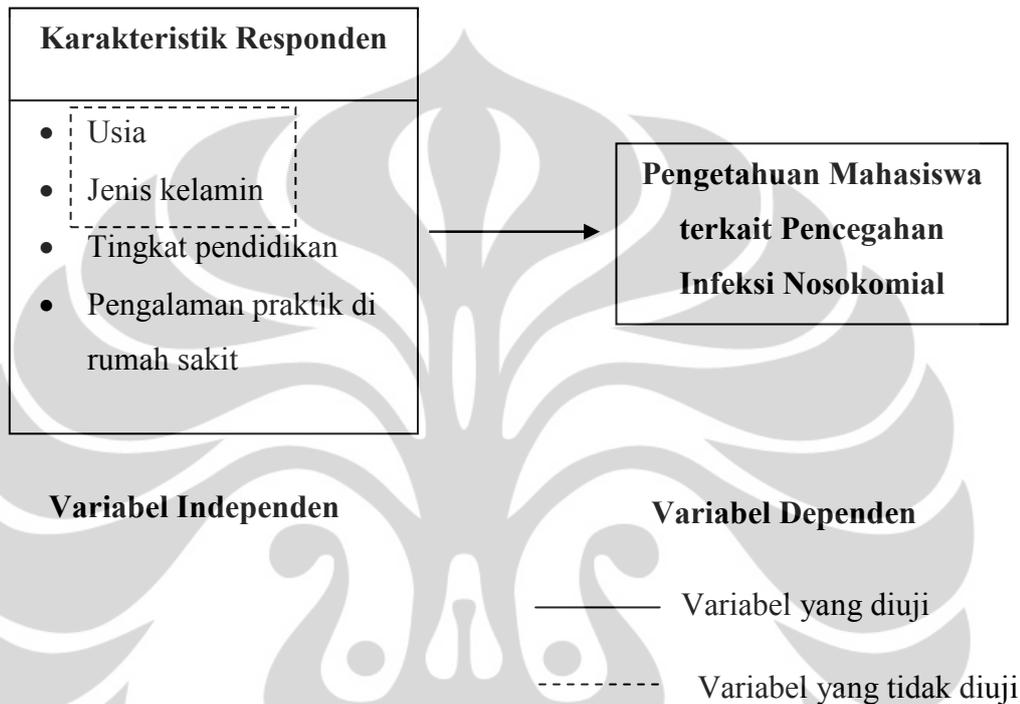
sebagai pengasah pengetahuan dan kemampuan siswa, karena selaras dengan kalimat “pengalaman adalah guru terbaik”, praktik klinik dapat membuat mahasiswa tidak hanya mengerti, tetapi juga memahami teori keperawatan yang mereka dapat di kelas.



## BAB 3

### KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

#### 3.1 Kerangka Konsep



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep**

Variabel dependen yang akan diteliti adalah pengetahuan mahasiswa terkait pencegahan infeksi di rumah sakit dan dihubungkan dengan tingkat pendidikan dan pengalaman praktik responden di rumah sakit. Karakteristik responden digunakan untuk mengetahui gambaran karakteristik responden seperti usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan, yang beberapa diantaranya juga merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003), yaitu usia, pendidikan, dan pengalaman. Dikarenakan tidak ada perbedaan usia yang signifikan dan rasio antara mahasiswa wanita dengan lelaki yang tidak seimbang maka usia dan jenis kelamin tidak diteliti dan hanya dijadikan data tambahan saja.

### 3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Karakteristik Responden</b>					
1	Usia	Usia responden saat penelitian dilakukan	Kuesioner	1. 17-19 tahun 2. 20-22 tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Gender atau jenis kelamin responden	Kuesioner	1. Perempuan 2. Laki-laki	Nominal
3	Tingkat pendidikan	Tingkat pendidikan klien saat dilakukan penelitian. Tingkat pendidikan ini akan mempengaruhi pengalaman praktik mahasiswa di rumah sakit.	Kuesioner	1. Tingkat 1/ semester 2 2. Tingkat 3/ semester 6	Ordinal
4	Pengalaman praktik di rumah sakit	Pengalaman mahasiswa terlibat langsung dalam praktik di rumah sakit	Kuesioner	1. Pernah 2. Tidak pernah	Nominal
5	Pengetahuan mengenai pencegahan infeksi nosokomial	Hal-hal yang diketahui responden terkait pencegahan infeksi nosokomial yang didapat dari hasil belajar maupun pengaruh lingkungan sekitarnya.	Kuesioner	Pengkategorian menggunakan <i>cut of point</i> : uji <i>mean</i> 1. Baik, jika total skor responden $\geq$ <i>mean</i> 2. Kurang, jika total skor responden $<$ <i>mean</i>	Ordinal

### 3.3 Hipotesis

Ada perbedaan tingkat pengetahuan mengenai pencegahan infeksi nosokomial antara mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2009 dengan angkatan 2011.



## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan studi deskriptif - korelasional. Studi korelasi merupakan penelitian dengan menelaah hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek (Notoatmodjo, 2010). Penelitian dilakukan dengan menggunakan metode *cross sectional*, yakni hanya mengkaji suatu keadaan atau situasi tanpa melakukan intervensi kepada subjek penelitian. Pendekatan yang digunakan dalam pencarian data adalah dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan yang meliputi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan) dan pengetahuan responden terkait pencegahan infeksi nosokomial.

#### **4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan kurun waktu antara bulan April-Mei 2012.

#### **4.3 Populasi dan Sampel**

##### **4.3.1 Populasi**

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2011, yang pada saat dilakukan penelitian merupakan mahasiswa tingkat 1 dan belum memiliki pengalaman praktik di rumah sakit, serta mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2009 yang pada saat dilakukan penelitian merupakan mahasiswa tingkat 3 dan sudah memiliki pengalaman praktik di rumah sakit. Populasi mahasiswa angkatan 2009 adalah 128, sedangkan mahasiswa angkatan 2011 adalah 102, sehingga total jumlah populasi adalah 230.

### 4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian populasi yang ciri-cirinya diselidiki atau diukur (Hastono & Sabri, 2008). Penarikan sampel ini dilakukan karena jumlah populasi yang terlalu besar dan untuk menghemat waktu dan biaya. Penentuan jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan rumus Isaac & Michael (Sukardi, 2004).

$$n = \frac{X^2 \cdot N \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2 \cdot (N - 1) + X^2 \cdot P \cdot (1 - P)}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (230) \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{(0,05)^2 \cdot (230 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)} = 144,1 \approx 144$$

Keterangan :

- n = Besar sampel yang diperlukan
- x = Derajat kepercayaan yang digunakan yaitu
- P = Proporsi populasi sebagai dasar asumsi (P = 0,5)
- N = Besar populasi mahasiswa
- d = Presisi mutlak (5%)

Dari penghitungan tersebut, jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebesar 144,01 atau dibulatkan menjadi 144 responden. Untuk menghindari kesalahan yang mungkin terjadi saat pengisian kuisioner atau pun kerusakan lembar kuisioner, penulis menambahkan jumlah responden sebanyak 10% untuk masing-masing angkatan. Pembagian jumlah responden ke dalam masing-masing angkatan baik angkatan 2009 maupun 2011 adalah sebagai berikut.

**Table 4.1 Penghitungan sampel tiap angkatan**

Angkatan	Penghitungan	Total
2009	$\frac{128}{230} \times 144 = 80,1 = 80$ $10\% \times 80 = 8 = 8$	88
2011	$\frac{102}{230} \times 144 = 63,8 = 64$ $10\% \times 64 = 6,4 = 6$	70
<b>Total</b>		158

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik pengambilan sampel secara stratifikasi dan *accidental*. Tujuan penggunaan metode *stratified sampling* adalah untuk mendapatkan data yang merepresentasikan seluruh responden (Polit, 2001). Pengambilan sampel ini dilakukan dengan cara mengidentifikasi karakteristik umum dari anggota populasi, kemudian menentukan strata atau lapisan dari jenis karakteristik unit-unit tersebut. Strata atau lapisan dalam penelitian ini adalah tingkatan kuliah mahasiswa. Setelah strata diketahui, dari masing-masing strata tersebut diambil sampel yang mewakili secara *accidental*.

#### 4.4 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan sistem atau cara melakukan suatu kegiatan menurut suatu perangkat prinsip dan peraturan yang sudah disetujui oleh masyarakat peneliti untuk menjadi pegangan atau pedoman (Rasad, 2003). Berdasarkan *Belmont Report* (Polit, 2001) ada tiga prinsip etik utama dalam suatu penelitian, yang juga diterapkan dalam penelitian ini, yaitu.

1. *Beneficence*, peneliti melindungi responden dari kerugian secara fisik maupun psikologis, melindungi responden dari tindakan eksploitasi, responden juga diinformasikan mengenai kerugian dan keuntungan yang akan mereka dapat bila ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.
2. *Respect for human dignity*, responden memiliki hak penuh untuk menentukan apakah ia bersedia berpartisipasi atau tidak. Responden akan mendatangi *informed consent* yang menandakan persetujuan responden untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian dengan keinginannya sendiri dan mengetahui segala hal mengenai resiko dan manfaat penelitian tersebut terhadap diri mereka.
3. *Justice*, peneliti akan menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak menyebarluaskan identitas responden melalui penelitian ini. Responden juga diperlakukan secara adil dan baik tanpa ada perlakuan khusus pada kelompok tertentu.

#### 4.5 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data menggunakan instrumen yang berupa kuesioner sebagai data primer. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian, bagian pertama adalah data responden berupa nama/inisial, usia, jenis kelamin, semester, dan pengalaman praktik di rumah sakit. Bagian kedua berupa pertanyaan-pertanyaan untuk mengetahui pengetahuan responden mengenai pencegahan infeksi nosokomial. Pertanyaan berupa pertanyaan tertutup dengan skor 1 bila responden menjawab dengan benar dan 0 bila responden menjawab dengan salah.

Kuesioner yang digunakan merupakan modifikasi dari kuesioner penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Astuti (2004), dan dari tinjauan berbagai literatur. Karena kuesioner ini merupakan kuesioner uji pengetahuan dengan pilihan jawaban benar dan salah, peneliti menggunakan uji keterbacaan untuk melihat apakah kalimat-kalimat pertanyaan dapat dimengerti oleh responden atau tidak. Kuesioner ini dilakukan uji keterbacaan pada 30 mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2008. Dari 22 pertanyaan, ada 1 pertanyaan yang dihilangkan dan 3 pertanyaan yang mengalami perubahan tata bahasa tanpa merubah konteks pertanyaan.

#### 4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan melalui tahap-tahap sebagai berikut.

- a) Peneliti mengajukan permohonan izin dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk mengadakan penelitian di FIK UI.
- b) Setelah izin penelitian dikeluarkan, peneliti menyebarkan kuesioner kepada mahasiswa angkatan 2009 dan 2011.
- c) Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang maksud dan tujuan dari penelitian. Peneliti menjamin kerahasiaan responden dan responden berhak untuk menolak berpartisipasi. Jika responden bersedia,

responden menandatangani *informed consented* sebagai bentuk persetujuan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian.

- d) Responden diberikan kuesioner untuk diisi. Pengisian kuesioner memerlukan waktu antara 5-10 menit.
- e) Bila kuesioner telah diisi, peneliti mengumpulkan dan memeriksa kembali kelengkapan pengisian kuesioner.

## 4.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data

### 4.7.1 Pengolahan Data

a) *Editing*

Data yang sudah didapat disunting terlebih dahulu untuk mengecek kelengkapan, kejelasan, relevansi, dan konsistensi isi kuisisioner.

b) *Koding*

Data yang telah disunting kemudian dirubah ke dalam bentuk kode berupa angka atau bilangan untuk mempermudah pada saat memasukan dan analisa data.

c) *Scoring*

Setiap variabel akan diberikan skor sesuai dengan kategori data untuk mengukur tingkat pengetahuan mahasiswa. Terdiri dari (B) Benar yang diberi skor 1 dan (S) Salah yang diberi skor 0.

d) *Data Entry*

Data yang sudah dirubah kedalam bentuk kode kemudian dimasukkan ke dalam program komputer.

e) *Cleaning*

Pengecekan ulang kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoatmodjo, 2010).

#### 4.7.2 Analisis Data

Jenis analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan analisis bivariat. Untuk mempermudah analisis data, peneliti menggunakan program *SPSS 16.0*. Adapun tahapan analisis data yang dilakukan adalah sebagai berikut.

a) Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Analisis univariat dilakukan dengan menggambarkan distribusi frekuensi dan presentase yang disajikan dalam bentuk tabulasi dan grafik.

**Tabel 4.2 Analisis Univariat Variabel Data Penelitian**

No	Variabel	Jenis Data	Uji Statistik
1	Usia	Numerik	Proporsi
2	Jenis Kelamin	Kategorik	Proporsi
3	Tingkat Pendidikan	Kategorik	Proporsi
4	Pengalaman praktik di RS	Kategorik	Proporsi
5	Pengetahuan mengenai pencegahan infeksi nosokomial	Kategorik	Proporsi

b) Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan dengan beberapa tahap.

1. Analisis proporsi atau presentase dengan menggunakan distribusi silang antara dua variabel yang bersangkutan
2. Analisis dari hasil uji statistik. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *chi square*, yakni dengan membandingkan pengetahuan yang berupa variabel kategorik, dengan angkatan yang juga merupakan variabel kategorik. Dari hasil uji statistik ini dapat terjadi, misalnya antara dua variabel

tersebut secara presentase berhubungan tetapi secara statistik hubungan tersebut tidak bermakna (Notoatmodjo, 2010).

**Tabel 4.3 Analisis Bivariat Variabel Data Penelitian**

Variabel		Jenis Data		Uji
Independen	Dependen	Independen	Dependen	Statistik
Angkatan	Pengetahuan	Kategorik	Kategorik	<i>Chi-square</i>

#### 4.8 Sarana Penelitian

Selama penelitian berlangsung, sarana-sarana yang digunakan antara lain instrument penelitian (kuesioner), alat tulis, komputer, *software SPSS.16*, buku referensi, internet, dan lain-lain.

#### 4.9 Jadwal Kegiatan

**Tabel 4.4 Jadwal Kegiatan**

Kegiatan	Waktu									
	Okt 2011	Nov 2011	Des 2011	Jan 2012	Feb 2012	Mar 2012	Apr 2012	Mei 2012	Juni 2012	
Proposal penelitian										
Sidang proposal										
Alat/Instrumen pengumpul data										
Pengecekan validasi instrument										
Pengumpulan data di lapangan										
Analisa data										
Pembuatan draft laporan										

Hasil laporan sementara										
Penyempurnaan isi laporan										
Penggandaan laporan										



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini akan menjelaskan hasil penelitian yang didapat. Hasil penelitian diperoleh dari pengisian kuesioner yang telah disebar sebelumnya ( $n= 154$ ). Kuesioner yang didapat kemudian diolah dengan menggunakan perangkat *software* pengolahan data SPSS, melalui uji deskriptif dan uji *chi square*. Penyajian hasil dalam bab ini disajikan dalam bentuk tabulasi.

#### **5.1 Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tanggal 21-24 Mei 2012 dengan responden mahasiswa angkatan 2009 dan 2011. Pengambilan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepada responden. Kuesioner yang disebar ada sebanyak 158 kuesioner dengan pembagian 88 kuesioner untuk angkatan 2009 dan 70 kuesioner untuk angkatan 2011. Jumlah kuesioner yang kembali kepada peneliti adalah sebanyak 158 kuesioner atau seluruh kuesioner yang disebar.

Setelah dilakukan tahapan *cleaning data* terdapat 4 kuesioner yang mengalami *drop out*, yakni 3 kuesioner dari angkatan 2009 dan 1 kuesioner dari angkatan 2011. Hal tersebut terjadi antara lain akibat responden lupa melengkapi data demografinya dan ada juga yang tidak mengisi jawaban dengan lengkap. Sehingga kuesioner yang masuk kriteria untuk diolah ada sebanyak 154 kuesioner, yakni 85 kuesioner dengan responden angkatan 2009 dan 69 kuesioner dengan responden angkatan 2011.

#### **5.2 Hasil Analisis Univariat**

Analisis univariat yang dilakukan dalam penelitian ini adalah untuk melihat karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, dan angkatan serta pengalaman praktiknya. Selain itu analisis jenis ini juga digunakan untuk menggambarkan pengetahuan responden terkait pencegahan infeksi nosokomial

dari masing-masing angkatan, baik angkatan 2009 maupun 2011. Hasil analisis univariat dalam bab hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabulasi.

### 5.2.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia

Peneliti mengategorikan usia responden ke dalam dua kategori, yaitu usia antara 17-19 tahun dan usia antara 20-22 tahun.

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Frekuensi Usia Responden (n=154)**

Usia	Frekuensi	%
17-19 tahun	71	46,1
20-22 tahun	83	53,9
Total	154	100

Data yang diperoleh dari pengisian kuesioner didapatkan sebanyak 71 responden (46,1%) berusia antara 17-19 tahun, sedangkan 83 responden (53,9%) berusia antara 20-22 tahun. Responden yang berusia 17-19 tahun didominasi oleh responden dari angkatan 2011 yakni sebanyak 69 responden (97,2%) dari 71 responden, sedangkan responden dengan usia 20-22 tahun seluruhnya merupakan responden dari angkatan 2009.

### 5.2.2 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Penelitian ini mengikutsertakan responden baik yang wanita maupun pria. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelaminnya dipaparkan dalam tabel 5.2.

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden (n=154)**

Jenis Kelamin	Frekuensi	%
Wanita	146	94,8
Pria	8	5,2
Total	154	100

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelaminnya didominasi oleh wanita yaitu sebanyak 146 responden (94,8%), sedangkan responden yang berjenis kelamin pria hanya sebanyak 8 responden (5,2%).

### 5.2.3 Karakteristik Responden berdasarkan Angkatan dan Pengalaman Praktik di Rumah Sakit

Responden yang termasuk ke dalam penelitian ini adalah mahasiswa angkatan 2009 dan 2011. Angkatan tersebut juga yang menentukan apakah responden pada saat dilakukan penelitian telah memiliki pengalaman praktik di rumah sakit atau belum.

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Frekuensi Angkatan dan Pengalaman Praktik di RS**  
**Responden (n=154)**

Angkatan	Pengalaman Praktik di RS	Frekuensi	%
2009	Pernah	85	55,2
2011	Belum pernah	69	44,8
<b>Total</b>		154	100

Melalui tabel 5.3 dapat dilihat bahwa dari data yang diperoleh, responden yang merupakan angkatan 2009 ada sebanyak 85 responden (55,2%), sedangkan 69 responden (44,8%) lainnya merupakan mahasiswa angkatan 2011.

### 5.2.4 Pengetahuan Responden mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial

Pengukuran pengetahuan responden mengenai pencegahan infeksi nosokomial dilakukan melalui penyebaran kuesioner yang berisi 21 bulir pertanyaan terkait pencegahan infeksi nosokomial. Pengetahuan responden dibagi ke dalam 2 kategori, yakni pengetahuan baik dan kurang. Analisa data yang digunakan untuk menentukan apakah pengetahuan responden baik atau

kurang adalah dengan menggunakan uji *mean*. Tingkat pengetahuan responden berdasarkan nilai *mean* adalah 17,99 dengan distribusi data normal. Jika pengetahuan responden  $\geq$  nilai *mean* maka dikatakan pengetahuannya baik, sebaliknya jika pengetahuan responden  $<$  nilai *mean* maka dikatakan responden tersebut memiliki pengetahuan yang kurang baik.

**Tabel 5.4**  
**Hasil Analisis Univariat Pengetahuan Responden mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial (n=154)**

Variabel	Mean	Median	SD	Minimum	Maximum
Pengetahuan	17,99	18,00	2,079	12	21

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Angkatan 2009 (n=85)**

Pengetahuan	Frekuensi	%
Kurang baik	25	29,4
Baik	60	70,6
Total	85	100

Distribusi pengetahuan responden pada angkatan 2009 didapatkan hasil bahwa dari 85 responden angkatan 2009, sebanyak 25 responden (29,4%) memiliki pengetahuan yang kurang baik dan 60 responden lainnya (70,6 %) memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan infeksi nosokomial.

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Angkatan 2011 (n=69)**

Pengetahuan	Frekuensi	%
Kurang baik	29	42,0
Baik	40	58,0
Total	69	100

Responden angkatan 2011 yang terlibat dalam penelitian ini lebih sedikit dibandingkan angkatan 2009, yakni sebanyak 69 orang. Distribusi

pengetahuan responden pada angkatan 2011 didapatkan hasil bahwa dari 69 responden, sebanyak 29 responden (42,0%) memiliki pengetahuan yang kurang baik, sedangkan 40 responden lainnya (758,0 %) memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan infeksi nosokomial.

Distribusi pada tabel 5.5 dan 5.6 merupakan distribusi pengetahuan dari masing-masing angkatan. Selain itu peneliti juga mengolah data yang ada untuk melihat distribusi pengetahuan responden secara keseluruhan yang ditampilkan dalam tabel 5.7.

**Tabel 5.7**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Seluruh Responden (n=154)**

<b>Pengetahuan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>%</b>
Kurang baik	54	35,1
Baik	100	64,9
Total	154	100

Distribusi frekuensi pengetahuan seluruh responden tersebut menunjukkan hasil bahwa dari total 154 responden, baik dari angkatan 2009 maupun 2011, sebanyak 100 responden (64,9%) memiliki pengetahuan yang baik, sedangkan 54 responden lainnya (35,1%) memiliki pengetahuan yang kurang mengenai pencegahan infeksi nosokomial.

### **5.3 Hasil Analisis Bivariat**

Penelitian ini juga menggunakan analisis bivariat selain menggunakan analisis univariat. Analisis bivariat ini dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Variabel yang diduga memiliki korelasi dalam penelitian ini adalah pengalaman praktik di rumah sakit dengan pengetahuan responden. Penyajian data analisis bivariat dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan tabulasi.

### 5.3.1 Hubungan Angkatan dengan Pengetahuan Responden mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial

Hubungan angkatan dengan pengetahuan responden mengenai pencegahan infeksi nosokomial diukur dengan cara membandingkan pengetahuan antara responden angkatan 2009 dan responden angkatan 2011. Angkatan 2009 merupakan responden yang sudah memiliki pengalaman praktik di rumah sakit sedangkan responden angkatan 2011 belum memiliki pengalaman praktik di rumah sakit. Analisis yang digunakan adalah uji *chi square* dengan derajat kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ).

Berdasarkan data yang diperoleh dari total 154 responden, terdapat 100 responden yang memiliki pengetahuan baik dan 54 responden yang memiliki pengetahuan yang kurang baik, seperti yang tersaji pada tabel 5.7. Dari 100 responden yang memiliki pengetahuan baik tersebut terdapat 60 responden (60%) yang berasal dari angkatan 2009 dan 40 responden (40%) yang berasal dari angkatan 2011. Sedangkan dari 54 responden yang memiliki pengetahuan yang kurang terdapat 25 responden (46,3%) yang berasal dari angkatan 2009 dan 29 responden (53,7%) yang berasal dari angkatan 2011.

**Tabel 5.8**  
**Hubungan Angkatan dengan Pengetahuan Responden mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial, FIK UI, 2012 (n=154)**

Angkatan	Pengetahuan				Total		Nilai p
	Baik		Kurang Baik		f	%	
	f	%	f	%			
<b>2009</b>	60	60%	25	46,3%	85	55,2%	0.144
<b>2011</b>	40	40%	29	53,7%	69	44,8%	
<b>Total</b>	100	100%	54	100%	154	100%	

Dua variabel dikatakan memiliki hubungan yang bermakna bila nilai p lebih kecil dari alpha (nilai  $p < \alpha$ ), sedangkan jika nilai p lebih besar dari alpha (nilai  $p > \alpha$ ) berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna diantara variabel-variabel tersebut. Berdasarkan tabel 5.8 didapat nilai p sebesar 0,144.

Sedangkan nilai alpha yang digunakan adalah  $\alpha=0,05$ . Sehingga nilai p *value*  $0,144 > 0,05$  atau dapat diambil kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara angkatan atau pengalaman praktik mahasiswa di rumah sakit dengan pengetahuan mahasiswa mengenai pencegahan infeksi nosokomial. Hal ini juga berarti tidak ada perbedaan pengetahuan yang bermakna antara angkatan 2009 dengan 2011 mengenai pencegahan infeksi nosokomial.



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini berisi pembahasan dari hasil-hasil penelitian yang didapat. Berbeda dari bab sebelumnya, bab pembahasan akan mengelaborasi hasil penelitian yang didapat di lapangan dan kemudian dihubungkan dengan teori-teori yang ada, serta pendapat-pendapat dari peneliti. Pembahasan hasil yang akan dibahas dalam bab ini adalah pembahasan hasil analisis univariat yang berisi gambaran karakteristik responden dan hasil analisis bivariat yang berisi hubungan antara pengetahuan responden dengan angkatan dan pengalaman praktik responden. Bab ini juga akan membahas keterbatasan yang peneliti alami saat melakukan penelitian dan juga implikasi penelitian ini bagi keperawatan.

#### **6.1 Pembahasan Hasil Analisis Univariat**

##### **6.1.1 Gambaran Karakteristik Responden berdasarkan Usia**

Usia responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini dibagi ke dalam 2 kategori, yaitu kategori usia antara 17-19 tahun dan kategori usia 20-22 tahun. Hasil yang didapat menunjukkan dari total 154 responden, responden yang berusia antara 17-19 tahun ada sebanyak 71 responden (46,1%) sedangkan responden yang berusia 20-22 tahun ada sebanyak 83 responden (53,9%). Hasil ini menunjukkan persebaran karakteristik responden hampir seimbang antara yang berusia 17-19 tahun dengan yang berusia 20-22 tahun.

Usia 17-19 tahun merupakan usia yang masih tergolong ke dalam masa kanak-kanak akhir atau remaja akhir berdasarkan Wong (2009). Wong (2009) menyebutkan bahwa usia masa kanak-kanak akhir merupakan usia antara 11-19 tahun. Masa ini merupakan periode transisi yang dimulai pada masa pubertas dan berakhir pada saat memasuki usia dewasa. Mayoritas responden yang berusia 17-19 tahun merupakan responden dari angkatan 2011 yaitu sebanyak 69 responden (97,2%) dari 71 responden.

Angkatan 2011 merupakan angkatan baru yang masih mengalami transisi dari kehidupan dan kurikulum SMA ke kehidupan perkuliahan dan kurikulum yang berlaku di FIK UI. Bentuk proses transisi yang dialami mahasiswa angkatan 2011 ini antara lain dengan cara beradaptasi dengan kurikulum perkuliahan FIK UI yang cenderung lebih memegang konsep *student-oriented* dibandingkan *teacher-oriented* yang biasa digunakan di SMA. Mahasiswa harus dengan aktif mencari bahan materi kuliah dan mendalaminya secara mandiri. Berbeda dengan kurikulum di SMA dimana siswa hanya tinggal menerima materi yang disampaikan oleh guru.

Perubahan ini mungkin dapat diterima oleh beberapa mahasiswa namun mungkin juga ada mahasiswa yang belum terbiasa menerapkannya. Jika mahasiswa tersebut bisa mengikuti transisi itu dengan baik, maka mahasiswa tersebut akan mengikuti kurikulum yang kini berlaku di FIK UI yakni dengan cara mencari dan mendalami materi secara mandiri, termasuk materi yang berkaitan dengan infeksi nosokomial. Namun jika ia belum terbiasa, maka mahasiswa tersebut hanya akan bersifat pasif dan menunggu sampai diberikan materi tersebut dan tidak mendalaminya secara mandiri, termasuk juga materi yang berkaitan dengan infeksi nosokomial

Responden dengan usia 20-22 tahun seluruhnya merupakan responden dari angkatan 2009, yaitu sebanyak 83 responden. Usia ini merupakan usia yang termasuk ke dalam usia dewasa muda. Papalia, Olds dan Fieldman (2001) dalam jurnal yang ditulis oleh Dariyo (2004), mengungkapkan bahwa kelompok dewasa muda (*young adulthood*) berkisar antara usia 20-40 tahun. Menurut Piaget kelompok dewasa muda memiliki kemampuan kognitif yang ditandai dengan masa operasi formal (*formal operation*). Mereka telah mampu berpikir abstrak, menghubungkan konsep-konsep, dan membuat kesimpulan secara logis-sistematis. (Dariyo, 2004).

Walaupun Piaget mengatakan bahwa remaja ataupun dewasa muda sama-sama berada pada tahap operasi formal, yang membedakan adalah bagaimana kemampuan individu dalam memecahkan suatu masalah. Remaja kadang kala masih memahami persoalan secara harfiah, artinya hanya memahami suatu

permasalahan yang tersurat pada tulisan. Sedangkan dewasa muda bukan hanya melihat permasalahan yang tersurat, tetapi juga yang tersirat. Turner dan Helms (1995) dalam Dariyo (2008) mengatakan bahwa dewasa muda bukan hanya mencapai taraf operasi formal, melainkan telah memasuki penalaran postformal (*post-formal reasoning*). Tahap ini ditandai dengan kemampuan untuk memahami, menganalisis dan mencari titik temu dari pemikiran-pemikiran yang ada dan menyintesiskannya dalam pemikiran yang baru dan kreatif.

Jika dihubungkan dengan teori tersebut, responden angkatan 2009 dan 2011 sama-sama berada pada tahap perkembangan formal dan beberapa mungkin telah memasuki masa post formal. Perkembangan kognitif formal dan post formal tersebut juga dapat mempengaruhi responden dalam menjawab dan menalar pertanyaan-pertanyaan terkait infeksi nosokomial yang diberikan. Namun, peneliti merasa karakteristik usia antara angkatan 2009 dengan 2011 tidak jauh berbeda karena rentang usia mereka tidak terlampau jauh, yaitu hanya sekitar kurang lebih 2 tahun perbedaannya. Beberapa responden dari angkatan 2009 pun ada yang masih tergolong ke dalam usia remaja yang mayoritas merupakan karakteristik usia responden dari angkatan 2011. Sehingga usia tidak menjadi salah satu sorotan dari penelitian ini.

### **6.1.2 Gambaran Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin**

Jenis kelamin (seks) merupakan pembagian dua jenis kelamin yang ditentukan secara biologis (Sudarma, 2008). Penelitian ini melibatkan baik responden yang berjenis kelamin wanita maupun pria. Dari seluruh responden, 146 responden (94,8%) berjenis kelamin wanita, sedangkan responden yang berjenis kelamin pria hanya sebanyak 8 responden (5,2%).

Persebaran proporsi distribusi responden tersebut tidak seimbang, yakni jumlah responden wanita jauh lebih banyak dibandingkan responden pria. Ketidakseimbangan proporsi tersebut dapat terjadi dikarenakan mahasiswa FIK UI yang didominasi oleh wanita sehingga peluang mendapatkan

responden yang berjenis kelamin wanita jauh lebih besar dibanding responden yang berjenis kelamin pria.

### **6.1.3 Gambaran Karakteristik Responden berdasarkan Angkatan dan Pengalaman Praktik di Rumah Sakit**

Angkatan yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah angkatan 2009 dan 2011. Angkatan tersebut dipilih karena mereka masuk ke dalam kriteria sebagai angkatan yang sudah menjalankan praktik di rumah sakit dan angkatan yang belum menjalankan praktik di rumah sakit. Praktik di rumah sakit tersebut masuk ke dalam salah satu mata kuliah, yakni PKD (Praktik Keperawatan Dewasa). Angkatan yang telah mendapatkan mata kuliah PKD yaitu angkatan 2009, sedangkan angkatan 2011 merupakan angkatan yang belum mendapatkan mata kuliah PKD.

Perbandingan jumlah antara responden angkatan 2009 dengan 2011 yang berpartisipasi dalam penelitian tidak seimbang, yakni 85 responden (55,2%) dari angkatan 2009 dan 69 responden lainnya (44,8%) merupakan mahasiswa angkatan 2011. Jumlah yang lebih besar pada angkatan 2009 ini dikarenakan populasi angkatan 2009 lebih banyak dibandingkan angkatan 2011, yakni sebanyak 128 mahasiswa, sedangkan populasi angkatan 2011 sebanyak 102 mahasiswa.

Populasi tersebut berpengaruh terhadap penghitungan jumlah responden yang dibutuhkan dari masing-masing angkatan. Penghitungan dilakukan dengan membandingkan antara populasi masing-masing angkatan dengan total populasi responden kemudian dikalikan dengan jumlah responden yang dibutuhkan. Hasil tersebut kemudian masing-masing ditambahkan 10% dari hasil yang didapat sebagai antisipasi adanya kuesioner yang *drop out*. Akibat jumlah populasi angkatan 2009 lebih besar dibandingkan angkatan 2011 maka didapatkan jumlah responden yang dibutuhkan dari angkatan 2009 lebih banyak dibandingkan dari angkatan 2011.

#### 6.1.4 Gambaran Pengetahuan Responden mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial

Pengetahuan responden dalam penelitian ini diteliti melalui kuesioner yang diberikan kepada responden dan dinilai dengan menggunakan uji *mean* atau nilai rerata dari seluruh data nilai yang didapat. Hasil nilai *mean* dari penelitian ini adalah sebesar 17,99 dengan distribusi data normal. Nilai *mean* ini dapat dikatakan tinggi karena dari 21 pertanyaan yang diberikan, rata-rata jawaban dari seluruh responden adalah 17,99. Ini berarti rata-rata responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan infeksi nosokomial. Hasil yang didapat juga menunjukkan data bahwa dari total responden, baik dari angkatan 2009 maupun 2011, responden yang memiliki pengetahuan yang baik lebih banyak dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan yang kurang baik. Nilai tertinggi dari keseluruhan responden adalah 21, yang merupakan nilai sempurna, sedangkan nilai terendah yang didapat adalah 12.

Responden yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan infeksi nosokomial dari angkatan 2009 adalah sebanyak 70,6% sedangkan yang kurang baik sebanyak 29,4%. Data tersebut menunjukkan bahwa mayoritas responden dari angkatan 2009 memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan infeksi nosokomial. Sementara dari angkatan 2011 sebanyak 58,0% memiliki pengetahuan di atas rata-rata atau memiliki pengetahuan yang baik, sedangkan 42,0% memiliki pengetahuan di bawah rata-rata atau memiliki pengetahuan yang kurang baik. Data tersebut juga menunjukkan bahwa mayoritas responden dari angkatan 2011 memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil ini berbeda dengan sebuah studi *cross-sectional* di Taiwan yang dilakukan oleh Wu et al. (2009) dan dikutip oleh Ward (2010). Hasil studi melaporkan bahwa mahasiswa keperawatan memiliki pengetahuan yang rendah terkait pencegahan infeksi standar. Kemampuan siswa untuk mengaplikasikan tindakan pencegahan infeksi saat praktik juga kurang.

## 6.2 Pembahasan Hasil Analisis Bivariat

### 6.2.1 Hubungan Angkatan dan Pengalaman Praktik di Rumah Sakit dengan Pengetahuan Responden mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial

Pengujian hubungan antara angkatan dan pengalaman praktik dengan pengetahuan responden mengenai infeksi nosokomial dilakukan dengan menggunakan analisis bivariat dengan uji *chi square*. Hasil yang didapat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara angkatan dan pengalaman praktik di rumah sakit dengan pengetahuan mahasiswa mengenai pencegahan infeksi nosokomial ( $p=0,144$ ,  $\alpha=0,05$ ). Hasil ini juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan pengetahuan yang bermakna antara angkatan 2009 yang telah menjalani praktik di rumah sakit dengan angkatan 2011 yang belum pernah menjalani praktik di rumah sakit.

Praktik klinik bertujuan mengembangkan proses berpikir kritis dan kemampuan analisis siswa, kompetensi psikomotorik, komunikasi, dan kemampuan manajemen waktu, serta dapat meningkatkan kepercayaan diri siswa akan kemampuannya melakukan tindakan selayaknya perawat (Grealish & Carroll, 1998 dalam Elbas, 2010). Praktik klinik memfasilitasi mahasiswa untuk bisa menerapkan teori pencegahan infeksi nosokomial yang didapat di kelas. Selain itu mahasiswa juga dapat belajar mengenai sistem penatalaksanaan infeksi nosokomial yang diterapkan di rumah sakit tempatnya melakukan praktik. Namun hasil penelitian ini menunjukkan pengalaman praktik tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap pengetahuan mahasiswa mengenai pencegahan infeksi nosokomial.

Hasil ini tidak sesuai dengan persepsi yang beredar di masyarakat, yang juga sering kita dengar istilah "*practices make perfect*". Praktik di rumah sakit sebaiknya dapat memfasilitasi pentransferan pengetahuan dari memori jangka pendek ke memori jangka panjang. Selain itu mahasiswa angkatan 2009 juga memiliki masa perkuliahan yang lebih panjang dibandingkan angkatan 2011. Sehingga durasi kuliah yang lebih banyak dan juga pengalaman praktik di

rumah sakit yang telah didapat sewajarnya dapat meningkatkan pengetahuan responden angkatan 2009 mengenai infeksi nosokomial.

Tidak ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan mahasiswa angkatan 2009 dengan 2011 ini bisa disebabkan oleh beberapa hal. Yang pertama adalah kita harus melihat bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan yang baik. Nilai rata-rata dari responden itu sendiri tergolong cukup besar, yakni 17,99 dari nilai maksimal 21. Sehingga walaupun tidak ada perbedaan yang signifikan antara angkatan 2009 dengan 2011, hampir seluruh responden masih tergolong memiliki pengetahuan yang baik. Atau dapat dikatakan pengetahuan mereka sama-sama baik sehingga tidak ada perbedaan yang bermakna.

Tidak adanya perbedaan pengetahuan yang bermakna antara angkatan 2009 dengan 2011 dapat juga disebabkan oleh kurangnya efektivitas pembelajaran mahasiswa saat praktik di rumah sakit. Sebuah penelitian yang meneliti kebiasaan mencuci tangan siswa keperawatan di Perancis mengungkapkan kebiasaan tidak mencuci tangan dengan benar yang dilakukan oleh siswa keperawatan biasanya disebabkan oleh beberapa hal: *supervisor* klinik yang kurang menuntut dan mendisiplinkan mereka, pasien dan keluarga yang kurang peduli terhadap *hygiene*, tidak adanya pelatihan mengenai teknik mencuci tangan, dan edukasi keluarga yang tidak adekuat (Lusardi, 2007 dalam Wuillemin 2010).

Penelitian tersebut dapat memberikan gambaran walaupun pengetahuan mahasiswa mengenai pencegahan infeksi nosokomial berupa cuci tangan sudah baik, belum tentu mereka akan menerapkan teori yang telah didapat secara praktik. Jika ketika praktik mahasiswa kurang disiplin, kurang diawasi, dan kurang latihan maka pengetahuan tersebut cenderung tidak digunakan. Dan pengetahuan yang tidak digunakan akan lebih cepat hilang dibandingkan pengetahuan yang terus menerus digunakan.

Sebuah studi di Turki menyebutkan kurangnya staf pengajar, jumlah siswa yang berlebih per staf pengajar di saat praktik klinik, kurangnya lapangan

tempat praktik klinik dan penyalahgunaan siswa keperawatan yang digunakan sebagai ‘pesuruh’ di area klinik merupakan hal-hal negatif yang terjadi saat praktik klinik atau rumah sakit. (Bahçecik dan Alpar, 2009; Elcigil dan Sari, 2007; Ülker et al, 2001 dalam Elbas, et al., 2010). Hal ini tidak jauh berbeda dari apa yang dialami mahasiswa keperawatan di Indonesia. Kurangnya staf pengajar yang diperuntukkan selama praktik klinik menyebabkan mahasiswa kurang mendapat bimbingan dan pengawasan. Sehingga sering ditemukan mahasiswa yang tidak tahu apa yang harus dilakukan selama praktik di rumah sakit.

Selain tidak tahu apa yang harus dilakukan, masalah lain yang dialami mahasiswa keperawatan adalah kurangnya keterampilan dalam melakukan intervensi. Keterampilan yang kurang tersebut menyebabkan mahasiswa keperawatan takut untuk melakukan suatu intervensi, apalagi jika tidak ada staf pengajar yang mengawasi dan memberi bimbingan. Mereka ingin melakukan intervensi, tapi tidak tahu harus bagaimana melakukannya dan takut salah dalam pengaplikasiannya. Sehingga salah satu fungsi praktik klinik sebagai fasilitas pengaplikasian teori menjadi kurang efektif.

Keterampilan yang kurang dan tidak dilatih serta tidak adanya staf pengajar yang mengawasi juga merupakan pemicu dipandangnyanya mahasiswa sebagai pesuruh di tempatnya praktik. Mahasiswa keperawatan yang seharusnya memiliki beberapa kompetensi yang harus dipenuhi, menjadi terdistraksi oleh beberapa tugas yang diberikan yang tidak sesuai dengan kompetensi yang harus dipenuhi.

Hennman dan Cunningham (2005) dalam Elbas, et al. (2010) menyadari bahwa masih ada perbedaan yang signifikan antara teori yang diajarkan selama di kelas dengan realita yang kompleks saat praktik klinik. Realita yang terjadi adalah tidak semua rumah sakit dan petugas kesehatan di tempat praktik klinik menerapkan teknik pengendalian infeksi nosokomial dengan benar, sesuai dengan teori yang diajarkan saat di kelas. Hal ini mungkin terjadi karena keterbatasan alat di rumah sakit tersebut atau kurangnya pengetahuan petugas kesehatan disana mengenai infeksi nosokomial.

Keberadaan mahasiswa di rumah sakit memberikan dorongan kepada mahasiswa untuk beradaptasi dengan lingkungan praktik klinik. Kurangnya pengawasan dan bimbingan dari staf pengajar dapat membuat mahasiswa menerima semua informasi dan pengajaran yang di dapat dari petugas kesehatan yang bekerja di tempatnya praktik, tanpa disortir lagi mana informasi yang benar dengan yang salah. Sehingga banyak didapati mahasiswa keperawatan yang bingung antara harus menerapkan teori yang mereka dapat saat di kelas atau mengikuti fenomena atau kebiasaan yang diterapkan di tempatnya praktik.

Dari penjabaran tersebut dapat kita lihat betapa pentingnya keberadaan staf pengajar dalam area praktik klinik untuk efektivitas pembelajaran praktik klinik. Keteguhan mahasiswa untuk melakukan praktik sesuai dengan teori yang diberikan saat di kelas (*academic-based practice*) juga menentukan. Selain itu, tidak adanya perbedaan pengetahuan mengenai pencegahan infeksi nosokomial yang bermakna antara angkatan 2009 dengan 2011 juga harus mempertimbangkan pengalaman praktik mahasiswa angkatan 2009 yang tidak secara spesifik mempelajari tentang pencegahan infeksi nosokomial. Sehingga memang masih banyak yang harus dipelajari.

Pengetahuan itu sendiri diperoleh akibat adanya pemrosesan informasi yang didapat oleh seseorang. Pemrosesan informasi berhubungan dengan bagaimana individu memproses informasi mengenai dunianya, bagaimana informasi masuk ke pikiran, bagaimana informasi tersebut disimpan dan ditransformasi, dan bagaimana informasi tersebut diambil kembali untuk melakukan aktivitas kompleks seperti memecahkan masalah dan penalaran (Santrock, 2003).

Informasi akan semakin diingat jika intensitas pemberian informasi tersebut besar. Informasi yang diulang-ulang akan membuat informasi tersebut semakin diingat. Hal ini memihak bagi angkatan 2009 yang secara jangka waktu angkatan 2009 lebih lama berkuliah di FIK UI dibanding angkatan 2011, sehingga angkatan 2009 berpeluang memiliki intensitas yang lebih besar untuk terpapar informasi terkait pencegahan infeksi nosokomial.

Hasilnya bisa dilihat dari perbandingan antara responden yang memiliki pengetahuan yang baik dengan yang kurang baik pada angkatan 2009 sedikit lebih besar dibandingkan dengan angkatan 2011.

Pengetahuan juga dapat dipengaruhi oleh jarak waktu pemberian informasi. Semakin baru seseorang mendapatkan suatu informasi, pengetahuannya tentang informasi itu mungkin lebih besar dibandingkan individu yang telah lama diberikan informasi tersebut. Hal ini dikarenakan informasi tersebut masih *fresh* ia ketahui, dibandingkan dengan yang sudah lama mendapatkan suatu informasi sehingga cenderung lupa jika informasi tersebut tidak digunakan.

Kedekatan pemberian informasi tersebut bisa berpihak kepada responden angkatan 2011 karena angkatan tersebut baru mendapatkan informasi terkait pencegahan infeksi nosokomial. Namun hal ini belum didukung oleh intensitas pemberian informasi yang masih sedikit. Bagi angkatan 2009 informasi terkait pencegahan infeksi nosokomial sudah lama mereka dapatkan, sehingga ada kemungkinan responden dari angkatan 2009 sudah lupa mengenai materi infeksi nosokomial jika pengetahuan yang mereka dapat sebelumnya jarang digunakan.

### **6.3 Keterbatasan Penelitian**

Selama proses penelitian, peneliti menghadapi beberapa keterbatasan yang mungkin membuat kurang sempurnanya penelitian ini. Keterbatasan penelitian tersebut antara lain:

1. Penelitian ini hanya melihat dari satu sisi saja yaitu pengetahuan mahasiswa, yang mungkin dari tema penelitian ini ada variabel-variabel lain yang dapat diuji, seperti sikap mahasiswa, dsb.
2. Instrumen yang digunakan hanya berupa kuesioner dengan jawaban tertutup, yakni benar dan salah, sehingga tidak dapat secara utuh memastikan bagaimana tingkat pengetahuan responden. Karena walaupun

responden menjawab secara asal tanpa tahu jawaban sebenarnya, peluang untuk memilih jawaban yang benar adalah 50%.

3. Saat pengisian kuesioner berlangsung ada beberapa responden yang saling bekerja sama dengan responden lain dengan cara menanyakan jawaban dari pertanyaan-pertanyaan yang ada di kuesioner. Hal ini terjadi karena penyebaran kuesioner yang dilakukan secara massal ke beberapa responden sekaligus, sehingga kurangnya pengawasan dan pendampingan responden ketika mengisi kuesioner.

## **6.4 Implikasi untuk Keperawatan**

### **6.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan**

Penelitian ini dapat meningkatkan kepedulian perawat dan mahasiswa keperawatan akan tindakan pencegahan infeksi nosokomial dalam melakukan praktik-praktik keperawatan. Pencegahan infeksi nosokomial yang baik diharapkan dapat menurunkan angka kejadian infeksi nosokomial, sehingga dapat mempercepat proses kesembuhan pasien, menekan biaya perawatan pasien, dan juga meringankan beban kerja perawat.

### **6.4.2 Bagi Pendidikan Keperawatan**

Hasil penelitian ini dapat memberikan kesempatan kepada institusi pendidikan keperawatan untuk mengevaluasi efektivitas kurikulum yang selama ini diterapkan. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi acuan atau referensi bagi institusi pendidikan dalam mengembangkan kurikulum pendidikan yang lebih baik lagi.

### **6.4.3 Bagi Penelitian Keperawatan**

Penelitian ini dapat menjadi bahan referensi bagi penelitian-penelitian di masa mendatang yang memiliki topik yang berkaitan dengan pengetahuan mahasiswa terkait pencegahan infeksi nosokomial.

## **BAB 7**

### **PENUTUP**

#### **7.1 Kesimpulan**

Penelitian ini menghasilkan beberapa kesimpulan yang dapat diambil. Kesimpulan yang utama adalah tidak ada perbedaan pengetahuan antara mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2009 yang telah memiliki pengalaman praktik di rumah sakit dengan angkatan 2011 yang belum memiliki pengalaman praktik di rumah sakit, terkait pencegahan infeksi nosokomial. Penelitian ini diikuti oleh angkatan 2009 dengan 2011 dengan proporsi yang seimbang. Mayoritas responden dalam penelitian ini adalah wanita dikarenakan penelitian ini dilakukan di FIK UI yang mahasiswanya lebih dominan wanita dibanding pria.

Hasil yang didapat menunjukkan pengetahuan mahasiswa reguler FIK UI mengenai pencegahan infeksi nosokomial, baik angkatan 2009 dengan 2011, mayoritas baik. Dari total responden (n=154), responden yang memiliki pengetahuan yang baik sebanyak 64,9% sedangkan yang kurang baik 35,1%. Responden angkatan 2009 (n=85) yang memiliki pengetahuan mengenai pencegahan infeksi nosokomial yang baik adalah sebanyak 70,6% dan yang kurang baik sebanyak 29,4%. Sedangkan responden angkatan 2011 (n=69) yang memiliki pengetahuan mengenai pencegahan infeksi nosokomial yang baik adalah sebanyak 58,0% dan yang kurang baik sebanyak 42,0%.

Notoatmodjo (2010) mengatakan, dari hasil uji statistik ini dapat terjadi, misalnya antara dua variabel tersebut secara presentase berhubungan tetapi secara statistik hubungan tersebut tidak bermakna. Dari data yang didapat memang ada perbedaan presentase antara pengetahuan pada angkatan 2009 dengan 2011. dimana angkatan 2009 yang sudah pernah melakukan praktik di rumah sakit, memiliki presentase pengetahuan baik yang lebih tinggi dibandingkan dengan angkatan 2011 yang belum pernah melakukan praktik di rumah sakit.. Namun, setelah dilakukan uji statistik dengan menggunakan analisis bivariat, hasil yang muncul menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara angkatan dan

pengalaman praktik dengan pengetahuan responden mengenai pencegahan infeksi nosokomial ( $p=0,144$ ).

## 7.2 Saran

### 7.2.1 Bagi Mahasiswa Keperawatan

Mahasiswa keperawatan harus meningkatkan pengetahuan mereka mengenai pencegahan infeksi nosokomial, terutama bagi mereka yang akan melakukan praktik di rumah sakit. Infeksi nosokomial tidak hanya tersebar melalui petugas-petugas kesehatan di rumah sakit, tapi juga dari mahasiswa yang sedang praktik disana. Sehingga ketidakpahaman mahasiswa terhadap penatalaksanaan infeksi nosokomial dapat meningkatkan kejadian infeksi nosokomial. Untuk semakin membuat materi yang mereka dapat di kelas semakin diingat dan menjadi memori jangka panjang, mahasiswa sebaiknya sering mempraktikannya, baik saat praktikum maupun dengan sesama mahasiswa lainnya.

Mahasiswa juga sebaiknya tetap mengaplikasikan pencegahan infeksi nosokomial sesuai dengan teori yang didapat di kelas (*academic-based practice*) walaupun dengan keadaan tempatnya praktik yang mungkin mengalami keterbatasan alat, dsb. Mahasiswa dapat membawa peralatan secara mandiri, sesuai dengan yang dibutuhkan, sehingga mahasiswa dapat berlatih mengenai pencegahan infeksi nosokomial yang tepat. Jika hal ini terus dilatih dan diperhatikan, maka mahasiswa yang merupakan calon-calon perawat professional di masa yang akan datang, akan menjadi perawat yang peduli akan pencegahan infeksi nosokomial. Astuti (2004) mengatakan perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, pengetahuan juga merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang.

### 7.2.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Keberadaan *supervisor* atau staf pengajar di tempat praktik merupakan hal yang penting untuk efektivitas pembelajaran praktik mahasiswa. Keberadaan supervisor di tempat praktik berfungsi untuk membimbing siswa dan membantu siswa memenuhi kompetensi yang ditentukan. Keberadaan supervisor yang memberikan panduan positif kepada mahasiswa juga dapat meningkatkan kepercayaan diri mahasiswa dalam melakukan intervensi. Penelitian yang dilakukan Bradbury-Jones, dkk (2011) menemukan *effective mentorship* dan lingkungan yang suportif merupakan faktor yang secara signifikan mempengaruhi *empowerment* mahasiswa keperawatan saat melakukan praktik klinik. Hasil ini juga didukung oleh penelitian Ayfer Elcigil A. dan Sari H.Y. (2006) yang menemukan supervisor yang memberikan kesan menghakimi mahasiswa saat praktik klinik membuat motivasi mahasiswa turun dan menimbulkan ansietas.

Institusi pendidikan juga sebaiknya memberikan sebuah modul kepada mahasiswa agar memudahkan mahasiswa ketika praktik di rumah sakit. Sebuah penelitian di Turki yang mengangkat tema terkait pendapat mahasiswa keperawatan mengenai modul saat praktik di rumah sakit, menunjukkan hasil bahwa siswa keperawatan menyatakan bahwa modul atau pedoman mereka saat praktik di rumah sakit sangat bermanfaat (Elbas. N.O, dkk, 2010). Selain sebagai bahan panduan mahasiswa, modul tersebut juga dapat menjadi alat evaluasi bagi mahasiswa saat melakukan praktik di rumah sakit.

### 7.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini hanya berupa pertanyaan tertutup, dengan dua pilihan yaitu benar dan salah. Untuk penelitian selanjutnya sebaiknya ditambahkan juga pertanyaan-pertanyaan dengan bentuk pertanyaan terbuka, sehingga penilaian pengetahuan responden dapat lebih akurat lagi. Penelitian ini hanya mengambil dari sudut pandang pengetahuan mahasiswa mengenai pencegahan infeksi nosokomial. Peneliti

menyarankan untuk penelitian selanjutnya perlu dilihat juga bagaimana dari sudut pandang perilaku mahasiswa. Hal ini dapat diteliti dengan cara mengobservasi mahasiswa keperawatan yang sedang praktik di rumah sakit. Selain itu mungkin juga diperlukan penelitian terhadap rumah sakit tempat mahasiswa praktik. Hal ini dapat memberikan informasi mengenai bagaimana ketepatan penerapan pencegahan infeksi nosokomial di rumah sakit tempat mahasiswa praktik.



## DAFTAR REFERENSI

- Andrews, M., & Roberts, D. "Supporting student nurses learning in and through clinical practice: the role of the clinical guide." *Nurse Education Today*, 23 (2003): 474-481.
- Astuti, Yuni. (2004). *Faktor-faktor yang berpengaruh dengan perilaku petugas kesehatan dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat intensif RS Medistra tahun 2004*. Tesis Program Pasca Sarjana FKM UI. Depok
- Bradbury-Jones, C., Sambrook S., Irvine, F. "Empowerment and being valued: A phenomenological study of nursing students' experiences of clinical practice". *Nurse Education Today* 31 (2011): 368-372.
- Cunha, Burke. (2010). *Infectious disease in critical care medicine*. Informa Healthcare: New York
- Dariyo, Agoes. (2008). *Psikologi perkembangan dewasa muda*. Grasindo: Jakarta.
- Dariyo, Agoes. "Perencanaan dan Pemilihan Karir sebagai Seorang Guru/ Dosen pada Dewasa Muda." *Jurnal Provita Vol 1* (2004): 56-58.
- Darmadi. (2008). *Infeksi nosokomial: Problematikan dan pengendaliannya*. Salemba Medika: Jakarta.
- DeLaune, Sue & Ladner, Patricia. (2002). *Fundamentals of nursing: Standards & practice, second edition*. Delmar: USA.
- Elbas, N.O., Bulut, H., Demir, S.G., & Yuceer, S. "Nursing students' opinions regarding the clinical practice guide". *Procedia social and behavioral sciences* 2 (2010): 2162-2165.
- Elcigil A., Sari H.Y. "Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey". *Nurse Education Today* 27 (2007): 491-498.
- Emerson, Roberta. (2007). *Nursing education in the clinical setting*. Mosby Elsevier: Missouri.
- Hastono, Sutanto & Sabri, Luknis. (2010). *Statistik kesehatan*. Rajawali Pers: Jakarta.

- Hellström-Hyson, E., Mårtensson, G., Kristofferzon, M. L. "To take responsibility or to be an onlooker. Nursing students' experiences of two models of supervision". *Nurse Education Today* 32 (2012): 105-110.
- James, Joyce, dkk. (2008). *Prinsip-prinsip sains untuk keperawatan*. Erlangga: Jakarta.
- Jarvis, William. (2003). *Bennett and Brachman's hospital infections*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Kusnanto. (2004). *Pengantar profesi dan praktik keperawatan profesional*. EGC: Jakarta.
- Mayhall, Glen. (2004). *Hospital epidemiology and infection control*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- "Mengendalikan Infeksi, Menyelamatkan Pasien." *Mediakom Edisi XII Juni 2008*: 12-13.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Nugroho, Hudoyo. (2008). *Hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam mencegah infeksi nosokomial di ruang Mawar, Anggrek dan Dahlia RSUD Tugurejo Semarang*. Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Nursalam & Efendi, Ferry. (2008). *Pendidikan dalam keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Pandjaitan, Costy. (2010). *Konsep dasar pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)*. Dipresentasikan pada pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi RSUD Kota Bekasi.
- Parhusip. (2005). *Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial serta pengendaliannya di BHG. UPF. Paru RS Dr. Pringadi/ Lab. Penyakit Paru FK-USU*. Fakultas Kedokteran bagian Ilmu Penyakit Paru Universitas Sumatra Utara.
- <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3455/1/paru-parhusip4.pdf>  
(Diakses pada tanggal 1 Oktober 2011)

- Peters, George & Peters, Barbara. (2008). *Medical error and patient safety: Human factors in medicine*. CRC Pers: Boca Raton.
- Polit, Denise, dkk. (2001). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization 5<sup>th</sup> edition*. Lippincott: Philadelphia.
- Potter, P.A. and Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing: concepts, process, and practice*. 6<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Mosby Years Book.
- Rasad, Asri. (2003). *Sistem etik penelitian kesehatan*.  
<http://www.knepk.litbang.depkes.go.id/knepk/download%20dokumen/presentation/ETIK-LITKES.ppt> (Diakses pada tanggal 3 Januari 2012)
- Rello, Jordi. (2007). *Nosocomial pneumonia: Strategies for management*. John Wiley & Sons, Ltd.: England.
- Santrock, John W. (2003). *Adolescence: Perkembangan Remaja*. Erlangga: Jakarta
- Simamora, Roymond. (2008). *Buju ajar pendidikan dalam keperawatan*. EGC: Jakarta.
- Sudarma, Momon. (2008). *Sosiologi untuk kesehatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- White, Ruth & Ewan, Christine. (2002). *Clinical teaching in nursing*. Nelson Thornes: United Kingdom.
- Wong, Donna L. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong*. 6<sup>th</sup> Edition. Jakarta: EGC.
- Wuillemin, E.S., dkk. "Evolution of nurses' social representations of hospital hygiene: from training to practice". *Revue européenne de psychologie appliquée*, 61 (2010): 51-63.
- Yusran, Muhammad. (2008). *Kepatuhan penerapan prinsip-prinsip pencegahan infeksi (universal precaution) pada perawat di rumah sakit umum daerah Abdoel Muluk Bandar Lampung*. Program studi pendidikan doktor Universitas Lampung.  
<http://lemlit.unila.ac.id/file/arsip%202009/SATEK%202008/VERSI%20PDF/bidang%204/IV-9.pdf> (Diakses pada tanggal 1 Oktober 2011)

## Lembar Permohonan Menjadi Responden

Perbedaan Pengetahuan Mahasiswa Reguler FIK UI Angkatan 2009 dengan Angkatan 2011 mengenai Pencegahan Infeksi Nosokomial

Assalamu'alaikum wr. Wb  
Salam pagi/ siang/ sore

Nama saya adalah Diyanti Septiana Putri, saya mahasiswi tingkat akhir di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini saya sedang melakukan penelitian mengenai pengetahuan mahasiswa reguler angkatan 2009 dan 2011 terkait infeksi nosokomial. Penelitian ini merupakan bagian dari persyaratan untuk Program Pendidikan S1 saya di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dan saya meminta kerja sama Anda untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

Keputusan Anda untuk ikut atau pun tidak dalam penelitian ini, tidak berpengaruh pada status Anda di tempat Anda kuliah. **Dan apabila Anda memutuskan berpartisipasi, Anda bebas untuk mengundurkan diri dari penelitian kapan pun.** Anda akan diminta untuk mengisi data demografi Anda dan beberapa pertanyaan terkait pencegahan infeksi nosokomial. Diharapkan anda dapat menyelesaikan pengisian kuesioner ini antara 10-15 menit.

Saya akan menjaga kerahasiaan Anda dan keterlibatan Anda dalam penelitian ini. Semua kuesioner yang telah terisi hanya akan diberikan nomor kode yang tidak bisa digunakan untuk mengidentifikasi identitas Anda. Apabila hasil penelitian ini dipublikasikan, tidak ada satu identifikasi yang berkaitan dengan Anda akan di tampilkan dalam publikasi tersebut.

Depok, \_\_\_\_\_ 2012  
Peneliti

Diyanti Septiana Putri

### Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Setelah membaca informasi di atas dan memahami tentang tujuan penelitian dan peran yang diharapkan dari saya di dalam penelitian ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Walaupun keterlibatan dalam penelitian ini tidak memberikan keuntungan langsung pada saya, namun saya percaya hasil dari penelitian ini dapat bermanfaat untuk mengetahui lebih jauh bagaimana tingkat pengetahuan mahasiswa FIK UI angkatan 2009 dan 2011 mengenai pencegahan infeksi nosokomial.

Saya telah memahami bahwa keterlibatan saya dalam penelitian ini tidak akan berpengaruh pada status Saya di tempat Saya kuliah, dan peneliti akan menjaga kerahasiaan saya. Saya juga telah memahami bahwa saya berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini jika ada elemen dalam penelitian ini yang saya rasa bertentangan dengan prinsip saya.

Depok, \_\_\_\_\_ 2012

Responden

(.....)

Kode responden (diisi oleh peneliti) : \_\_\_\_\_

**Lembar Kuesioner****Petunjuk umum pengisian :**

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan hati-hati sehingga dapat Anda mengerti.
2. Harap mengisi seluruh pertanyaan yang ada dalam kuesioner dan pastikan tidak ada yang terlewat.
3. Harap mengisi kuesioner ini dengan sejujur-jujurnya.

**A. Karakteristik Responden**

1. Inisial :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Semester :
5. Praktik di rumah sakit :  Pernah  Tidak Pernah

**B. Pengetahuan terkait Pencegahan Infeksi Nosokomial**Berilah tanda *checklist* ( v ) pada kolom yang sesuai dengan pilihan Anda!

No.	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang terjadi di rumah sakit setelah pasien dirawat selama 3 hari.		
2	Salah satu tujuan pencegahan infeksi nosokomial adalah mengurangi kemungkinan terjadinya penyebaran infeksi silang antar pasien melalui petugas kesehatan.		
3	Mikroorganisme di rumah sakit cenderung lebih resisten terhadap antibiotic.		

## Lampiran 3 “lanjutan”

No.	Pertanyaan	Benar	Salah
4	Terjadinya infeksi nosokomial pada pasien dapat menambah biaya perawatan pasien.		
5	Sumber utama penyebaran infeksi nosokomial adalah tangan petugas kesehatan rumah sakit.		
6	Cuci tangan menggunakan larutan antiseptic dapat menurunkan jumlah total bakteri pada kulit.		
7	Perawat <u>tidak perlu</u> mengganti sarung tangan setiap kontak dengan pasien yang berbeda..		
8	Penggunaan instrumen medis dapat menyebabkan infeksi nosokomial.		
9	Jarum suntik dibuang di tempat sampah infeksius biasa yang berwarna kuning.		
10	Sampah terkontaminasi yang bukan benda tajam dapat dibuang ke tempat pembuangan sampah umum/biasa.		
11	Pencegahan terjadinya infeksi nosokomial dilakukan dengan penerapan prosedur kewaspadaan standar ( <i>universal precaution</i> ).		
12	Mencuci tangan cukup dengan menggunakan air yang mengalir.		
13	Masker digunakan untuk melindungi lapisan mukosa hidung dan mulut petugas kesehatan pada saat melakukan prosedur perawatan pasien yang memungkinkan terkena cipratan cairan tubuh.		
14	Untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial maka setiap melakukan tindakan selalu berprinsip pada teknik aseptik .		

Lampiran 3 “lanjutan”

No.	Pertanyaan	Benar	Salah
15	Pada pasien dewasa, penggantian kateter infuse dilakukan setiap 48-72 jam untuk menurunkan resiko phlebitis.		
16	Menghindari berbicara secara langsung di atas luka pasien saat mengganti balutan merupakan tindakan pencegahan infeksi nosokomial.		
17	Infeksi nosokomial yang sering terjadi di ruang rawat intensif adalah infeksi saluran nafas bawah (pneumonia).		
18	Peralatan yang terkontaminasi sekresi/cairan pasien diperlakukan sedemikian rupa sehingga tidak memindahkan mikroorganisme ke pasien lain.		
19	Cuci tangan yang dilakukan perawat sesudah melakukan tindakan dapat menurunkan kejadian infeksi nosokomial di ruang rawat intensif.		
20	Infeksi saluran kemih merupakan contoh dari infeksi nosokomial akibat penggunaan kateter urine.		
21	Infeksi nosokomial dapat mengenai pasien dan petugas kesehatan.		



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik@ui.ac.id](mailto:humasfik@ui.ac.id) Web Site : [www.fik.ui.ac.id](http://www.fik.ui.ac.id)

Nomor : 1730/H2.F12.D1/PDP.04.0 4/2012

16 April 2012

Lamp : --

Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth.

Dekan

Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia (FIK UI)

Kampus UI, Depok

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Program Studi Sarjana (S1) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI), dengan hormat kami mohon kesediaan Ibu mengizinkan mahasiswa FIK-UI (terlampir) untuk melakukan pengumpulan data di lingkungan **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI)** pada bulan April – Mei 2012.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,

Dra. Junaiti Sahar, Ph.D

NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan:

1. Dekan FIK UI
2. Sekretaris FIK UI
3. Manajer Pendidikan dan Riset FIK UI
4. Manajer Mahalum FIK UI

No.	Nama Mahasiswa	NPM	Judul Penelitian	Responden	Data yang diperlukan
11	Aniatul hidayah	806456934	Gambaran motivasi belajar mahasiswa Keperawatan program s1 reguler yang kuliah sambil bekerja	Mhs Reg s1 yang bekerja	
12	Aulia Titia Paramadina	806333650	Gambaran persepsi penggunaan media belajar online scele pada mahasiswa reguler: FIK UI	Mhs Reg 2008-2011	
13	Diyanti Septiana Putri	806333814	Perbedaan pengetahuan mahasiswa reguler FIK UI angkatan 2009 dan 2011 terkait infeksi nosokomial	Mhs Reg 2009 & 2011	
14	Manggarsari	806334054	Persepsi mahasiswa fik terhadap penerapan cl & pbi dlm kbk di fik ui	Mhs Reg & Ekst	
15	Evie Anggriyani	1006823242	Gambaran tingkat kecemasan mhs ekstensi dalam mengikuti metode pembelajaran KBK di FIK-UI	Mhs Ekst 2010& 2011	
16	Oktavia Situmeang	1006823463	Persepsi Mahasiswa Ekstensi 2010 FIK UI tentang Metode Pembelajaran Active Learning di FIK-UI	Mhs Ekst 2010& 2011	
17	Athina Yesica Pardede	806333631	Gambaran pemenuhan kebutuhan cairan mahasiswa Reguler FIK UI angkatan 2009	Mahasiswa Reguler 2009	
18	Susil Purwati	806323246	Tingkat Stress Akademik pada Mahasiswa Reguler Angkatan 2010 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia	Mahasiswa Reguler 2010	

**BIODATA MAHASISWA**

Nama lengkap : Diyanti Septiana Putri

Nama panggilan : Diyanti

Tempat/Tanggal lahir : Bekasi, 29 September 1990

Agama : Islam

Alamat rumah : Jl. Kuweni No. 121 RT 01/01 Kel. Bojong Rawa Lumbu,  
Bekasi 17116

No. HP : 085692388004

E-mail : [diyanti.septiana.putri@gmail.com](mailto:diyanti.septiana.putri@gmail.com)

Riwayat pendidikan formal

No.	Riwayat Pendidikan	Tahun
1	TK Kuntum Melati I	1995
2	SD Negeri Sepanjang Jaya II	1996 - 2002
3	SMP Negeri 2 Bekasi	2002 - 2005
4	SMA Negeri 2 Bekasi	2005 - 2008
5	Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia	2008 - sekarang