

**ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

Skripsi

**Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Keperawatan**



OLEH :

MASYA YUNIS
NIM:1414201109

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Skripsi : Analisa Pelaksanaan Pencegahan dan
Pengendalian Infeksi Luka Operasi di RSUD
Kota Padang Panjang Tahun 2016

Nama : Masya Yunis

NIM : 1414201109

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Fort De Kock
Bukittinggi pada tanggal 29 Juli 2016

Komisi Pembimbing :

Pembimbing I



Ns. Fitrianiola Rezki, S.Kep M.Kep

Pembimbing II



Ns. Lisavina Juwita, S.Kep M.Kep

Pengesahan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Bukittinggi

Ketua



(DR. Hj. Evi Hasnita, S.Pd, Ns, M.Kes)

**PANITIA UJIAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
STIKES FORT DE KOCK BUKITTINGGI**

Bukittinggi, 29 Juli 2016

Komisi Penguji

Moderator



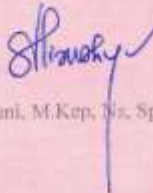
Ns. Fitriana Rezki, S.Kep, M.Kep

Penguji I

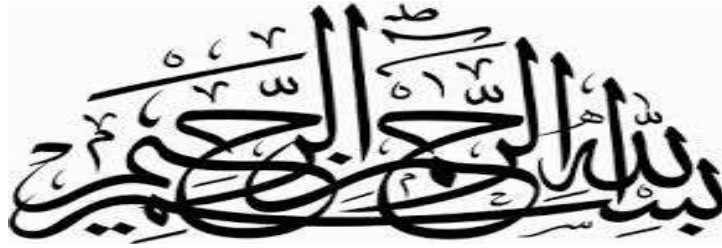


DR. Hj. Neta Sulung, S.Pd, Ns, M.Kes

Penguji II



Aria Wahyuni, M.Kep, Ns, Sp.Kep.MB



*Bacalah dengan menyebut nama Tuhanmu
Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah Bacalah, dan
Tuhanmulah yang maha mulia Yang mengajar manusia dengan pena, Dia
mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya (QS: Al-'Alaq 1-5)*

*Niscaya Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman
diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu beberapa derajat
(QS : Al-Mujadilah 11)*

*Ya Allah,
Waktu yang sudah kujalani dengan jalan hidup yang sudah menjadi takdirku,
sedih, bahagia, dan bertemu orang-orang yang memberiku sejuta pengalaman
bagiku, yang telah memberi warna-warni kehidupanku.
Kubersujud dihadapan Mu*

*Engaku berikan aku kesempatan untuk bisa sampai
Di penghujung awal perjuanganku
Segala Puji bagi Mu ya Allah*

*Tidak ada masalah yang tidak bisa diselesaikan
selama ada komitmen bersama untuk menyelesaikannya
Berangkat dengan penuh keyakinan
Berjalan dengan penuh keikhlasan
Istiqomah dalam menghadapi cobaan*

*Sebuah tantangan akan selalu menjadi beban
Jika itu hanya dipikirkan
Sebuah cita-cita juga adalah beban
Jika itu hanya angan-angan*

Lantunan Al-fatihah beriring Shalawat dalam silahku merintih, menadahkan doa dalam syukur yang tiada terkira, terima kasihku hanya untuk Mu. Kupersembahkan sebuah karya kecil ini untuk Ayahanda dan Ibundaku tercinta, yang tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada didepanku., Ayah,.. Ibu...terimalah kado kecil sebagai bukti keseriusanku untuk membalas semua pengorbananmu.. dalam hidupmu demi hidupku kalian ikhlas mengorbankan segala perasaan tanpa kenal lelah, dalam lapar berjuang separuh nyawa hingga segalanya..

Buat Istriku tercinta KARDINA ROZAWATI, terima kasih atas dukungan yang telah diberikan selama ini baik berupa moril maupun materil, dan buat anaku tersayang AFIF AULIA YUSRO dan VILANDA WARASSATY, kalian sebagai pengobat lelah bagiku, terimalah karya kecil ayahmu ini.

Dalam silah di lima waktu mulai fajar terbit hingga terbenam Matahari. seraya tangaku menadah".. ya Allah ya Rahman ya Rahim... Terimakasih telah kau tempatkan aku diantara kedua orang tuanku yang setiap waktu ikhlas menjagaku,, mendidikku,, membimbingku dengan baik,, ya Allah berikanlah balasan setimpal syurga firdaus untuk mereka dan jauhkanlah mereka dari panasnya sengat api nerakaMu..

Alhamdulillahirobbil'alamin..

Sujud syukurku kusembahkan kepadamu Tuhan yang Maha Agung Maha Tinggi, Maha Adil, Maha Penyayang, atas takdirmu telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa berpikir, berilmu, beriman dan bersabar dalam menjalani kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal bagiku untuk meraih cita-cita besarku.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Bukittinggi
Program Studi Ilmu Keperawatan
Skripsi Juli 2016

Masya Yunis

Analisa Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Luka Operasi di
RSUD Kota Padang Panjang Tahun 2016

ix + 101 halaman, 1 tabel, 13 gambar, 3 skema, 13 lampiran

ABSTRAK

Program Pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Kota Padang Panjang terbentuk sejak September 2015. Saat Ini Komite PPI Mulai menjalankan Programnya dengan SOP yang Sudah ada. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi dilakukan untuk mengeksplorasi, menganalisa serta mengevaluasi pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi. Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam dan obeservasi, data sekunder dilakukan dengan studi dokumentasi. Berdasarkan hasil penelitian bahwa pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi di RSUD Kota Padang Panjang masih rendah disebabkan program Komite PPI rumah sakit baru terbentuk dan baru berjalan. Pelaksanaan tugas komite PPI masih rendah terbukti dengan belum terlaksananya laporan kegiatan, sosialisai masih kurang, SOP belum lengkap pengawasan dan umpan balik belum ada. Saran yang dapat dilakukan pengontrolan dan evaluasi yang berkesinambungan terhadap program yang sudah dibuat serta pengontrolan dan evaluasi yang berkesinambungan terhadap program yang sudah dibuat serta pembaharuan struktur organisasi komite PPI dengan memasukan dari semua unit/departemen menjadi anggota tetap sehingga dapat ditentukan petugas sebagai penentu kebijakan maupun petugas sebagai pelaksana kebijakan. Dengan organisasi yang dipimpin diharapkan masalah terputusnya komunikasi, kurangnya koordinasi antar bidang dapat teratasi karena jalur komando dan jalur koordinasi sudah jelas.

Kata Kunci : Infeksi Luka Operasi, Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Luka Operasi

Kepustakaan : 42 (2007-2016)

College of Health Sciences Fort de Kock Bukittinggi
The Nursing Science Program
Skirpsi July 2016

Masya Yunis

Analysis Implementation Wound Infection Prevention and Control of Operations
in hospitals Padang Panjang 2016

viii + 101 pages, 1 tables, 13 images, 3 scheme, 13 attachments

ABSTRACT

Prevention programs and infection control in hospitals Padang Panjang formed since September 2015. Current PPI Committee Start program was the SOP that already exist. This study used a qualitative design using the phenomenological approach taken to explore, analyze and evaluate the implementation of prevention and control of surgical site infection. Primary data were collected by interview and observation, secondary data is done with the study documentation. Based on the research that the implementation of prevention and control of wound infections in hospitals Padang Panjang was still low due to program PPI Committee formed a new hospital and a new walk. Implementation of the task committee is still low PPI proven by the implementation of the report of activities, socialization is still lacking, incomplete SOP supervision and feedback yet. Suggestions that do control and evaluation of sustainable against the program that has been created as well as controlling and evaluating sustainable in the program that has been created as well as the renewal of the organizational structure of committees PPI by including all units / departments become permanent members that can be specified officers as policy makers and officials as implementing the policy. Guided by the organization expected interruption of communication problems, lack of coordination between the field can be overcome because the chain of command and coordination of the path is clear.

Keywords: Wound Infections Operations, Implementation of Wound Infection Prevention and Control of Operations

Bibliography: 42(2007-2016)

KATA PENGANTAR



Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Panyayang, penulis panjatkan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini dengan judul “Analisa Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Luka Operasi di RSUD Kota Padang Panjang tahun 2015”.

Dalam Penyelesaian Skripsi ini penulis banyak mengalami kesulitan, akan tetapi berkat bantuan dari berbagai pihak terutama Ibu Ns. Fitriana Reskiki, S.Kep M.Kep dan Ibu Ns. Lisavina Juwita, S.Kep M.Kep selaku pembimbing, akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya. Untuk itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Hj. Dr. Ns Evi Hasnita S.Pd,M.Kes Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Bukittinggi yang telah memberikan fasilitas dan sarana kepada penulis selama perkuliahan.
2. Ibu Hj. Adriani,SKP,M.Kes Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Staf dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Bukittinggi yang telah berperan serta dalam memberi pelajaran, motivasi serta semangat bagi peneliti.

4. Ibu Dra. Tuti Abdul Rajab, MM Kepala Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Padang Panjang yang telah memberikan rekomendasi izin melaksanakan penelitian kepada penulis.
5. Bapak dr. Ardoni Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang yang telah memberikan izin dan informasi yang dibutuhkan kepada peneliti
6. Seluruh Partisipan yang telah berpartisipasi dalam memberikan informasi kepada peneliti.
7. Kepada kedua orang tua tercinta T.Dt.Rangkayo Basa (Alm) dan Rakiyah (Almh) yang telah bersusah payah semasa hidupnya demi penulis sehingga penulis bisa sampai seperti sekarang.
8. Istri tercinta Kardina Rozawati dan Anak-anak tersayang Afif Aulia Yusro, Vilanda Warassaty yang tidak bosan-bosannya memberikan doa dan kasih sayang serta dorongan moril maupun materil kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
9. Teman-teman S1 Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang selalu dalam kebersamaan dan keceriaan.
10. Semua pihak yang telah memberikan dukungan, bantuan serta doa kepada penulis sehingga penulis bisa menghadapi dan melalui rintangan yang ada dalam menyelesaikan skripsi ini.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi susunan kalimat maupun tata bahasanya. Oleh karena itu dengan tangan terbuka penulis menerima segala saran dan kritik dari pembaca agar skripsi ini mencapai kesempurnaan.

Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi pelayanan kesehatan dan memberikan inspirasi kepada pembaca.

Bukittinggi, Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
ABSTRACT	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR SKEMA	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Ruang Lingkup	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	9
1. Falsafah dan Tujuan	9
2. Administrasi dan Pengelolaan	10
3. Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	10
4. Prinsip Pencegahan Infeksi dan Strategi	12
B. Konsep Infeksi Luka Operasi	14
1..Definisi Infeksi Luka Operasi.....	14
2..Kriteria Infeksi Luka Operasi	16
3..Etiologi Infeksi Luka Operasi.....	23
4..Patofisiologi Infeksi Luka Operasi	24
5..Rantai Penularan Infeksi.....	25
6..Petunjuk Surveilans Infeksi Luka Operasi	27
7..Tanda-tanda Infeksi Luka Operasi.....	27
8..Pencegahan Infeksi Luka Operasi	29
9.. Mempercepat Penyembuhan Luka	33
C. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Infeksi Luka Operasi	36
D. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka Operasi.	39
E. Proses Penyembuhan Luka.....	42
F. Kerangka Teori	45
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	46
B. Tempat dan Waktu Penelitian	46

C. Populasi dan Partisipan.....	46
D. Etika Penelitian.....	48
E. Teknik Pengumpulan Data	50
F. Instrumen Penelitian	51
G. Keabsahan Data	52
H. Analisa Data	54
I. Alur Penelitian.....	60

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	61
B. Gambaran Umum Partisipan	62
C. Analisis Tema	63

BAB V PEMBAHASAN

A. Kewaspadaan Standar (Standar Percautions)	75
B. Manajemen Fasilitas.....	84
C. Manajemen Surveilans Infeksi Rumah Sakit (IRS).....	90
D. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	92
E. Perubahan Yang Terjadi Selama Penelitian	96
F. Hambatan dan Keterbatasan Penelitian	98

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	99
B. Saran	99

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Nomor gambar	halaman
Gambar 2.1 Struktur PPI	12
Gambar 2.2 Klasifikasi untuk CDC.....	15
Gambar 2.3 Klasifikasi Penyebab Infeksi	45
Gambar 4.1 Teknik Analisa Data.....	57
Gambar 4.2 Koding pada pendekatan fenomenologi	59
Gambar 4.3 Alur Penelitian	60
Gambar 5.3 Scrub Station Standar.....	79
Gambar 5.4 Scrub Station RSUD Kota Padang Panjang.....	85
Gambar 5.5 Kamar Bedah Standar.....	89
Gambar 5.6 Kamar Bedah RSUD Kota Padang Panjang.....	89

DAFTAR SKEMA

Nomor skema	halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori.....	45
Skema 5.1 Alur Pasien	76
Skema 5.2 Alur Petugas	77

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	halaman
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Penelitian.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan
- Lampiran 2 Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Perawat
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Anestesi
- Lampiran 4 Pedoman Wawancara Mendalam Untuk *CSSD*
- Lampiran 5 Pedoman Wawancara Mendalam Untuk *Laundry*
- Lampiran 6 Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kabid Yan Medis
- Lampiran 7 Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Kabid Penunjang
- Lampiran 8 Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Komite PPI
- Lampiran 9 Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Direktur
- Lampiran 10 Kata Kunci Kategori Tema
- Lampiran 11 Matrik Analisa Data Penelitian
- Lampiran 12 Rekomendasi Izin Melaksanakan Penelitian
- Lampiran 13 Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran Lembar Konsultasi/bimbingan Skripsi (Pembimbing I)
- Lampiran Lembar Konsultasi/bimbingan Skripsi (Pembimbing II)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan bermutu sesuai dengan standar yang sudah ditentukan (Depkes RI 2008, p.1).

Rumah sakit merupakan institusi kesehatan yang menyediakan pelayanan kuratif, rehabilitatif, dan preventif kepada semua orang. Rumah sakit bukan hanya bertujuan untuk menyembuhkan orang sakit, tetapi rumah sakit juga dapat menjadi sumber infeksi. Saat ini infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan merupakan penyebab utama kematian di beberapa bagian dunia (Satyabakti & Zuhrotul, 2012).

Untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya perlu diterapkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit sangatlah penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Apalagi akhir-akhir ini muncul berbagai penyakit infeksi baru. (Depkes RI 2008,p. 2).

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi menjangkau kedalam setiap bagian dari pelayanan rumah sakit dan melibatkan individu di berbagai

unit dan pelayanan. Sebagai contoh unit pelayanan klinis, pemeliharaan sarana, pelayanan makanan (*catering*), urusan rumah tangga, laboratorium, farmasi dan pelayanan sterilisasi. Untuk melakukan koordinasi seluruh program maka diperlukan penetapan mekanisme. Mekanisme tersebut mungkin merupakan suatu kelompok kerja kecil, komite satuan tugas yang bertanggung jawab mendefinisikan infeksi terkait pelayanan kesehatan, membuat metode pengumpulan data (*surveillance*), menetapkan strategi untuk mengatur pencegahan infeksi dan pengendalian resiko, dan proses pelaporan. Koordinasi termasuk komunikasi dengan seluruh bagian/unit dari rumah sakit untuk menjamin bahwa program adalah berkelanjutan dan pro aktif (KARS 2011, p. 135).

Sesuai dengan falsafah dan tujuan dari pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, PPI harus dilaksanakan oleh semua rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk melindungi pasien, petugas kesehatan dan pengunjung dari kejadian infeksi dengan memperhatikan *cost effectiveness*. Pelaksanaan PPI di rumah sakit harus dikelola dan diintegrasikan antara struktural dan fungsional. Organisasi PPI disusun agar dapat mencapai visi, misi dan tujuan dari penyelenggaraan PPI. PPI dibentuk berdasarkan kaidah organisasi yang miskin struktur dan kaya fungsi dan dapat menyelenggarakan tugas, wewenang dan tanggung jawab secara efektif dan efisien (Depkes RI, 2008).

Apapun mekanisme yang dipilih oleh rumah sakit untuk melakukan koordinasi program pencegahan dan pengendalian infeksi, dokter dan perawat terwakili dan dilibatkan bersama para profesional pencegahan dan

pengendalian infeksi. Bisa termasuk tenaga lainnya sesuai ukuran dan kompleksitas rumah sakit misalnya *epidemiologist*, pakar pengumpul data, ahli statistik, manajer unit sterilisasi sentral, *microbiologis*, farmasi/apoteker, urusan rumah tangga, pelayanan lingkungan atau sarana dan supervisor kamar operasi (KARS 2011, p. 135).

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sangat penting untuk melindungi pasien, petugas, pengunjung dan keluarga pasien dari risiko tertularnya infeksi karena dirawat. Masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pengunjung dirumah sakit dihadapkan pada resiko terjadinya infeksi atau infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial adalah infeksi yang diperoleh di rumah sakit. Untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Apalagi akhir-akhir ini muncul berbagai penyakit infeksi baru (*new emerging, emerging diseases* dan *re-emerging diseases*). Tingkat paling tinggi terjadi pada unit perawatan khusus, ruang rawat bedah dan ortopedi serta pelayanan obstetri (seksio sesarea), dan dialami oleh pasien usia lanjut, mereka yang mengalami penurunan kekebalan tubuh (HIV/AIDS, pengguna produk tembakau, penggunaan kortikosteroid kronis), TB yang resisten terhadap berbagai obat dan penyakit bawaan yang parah. Angka infeksi nosokomial terus meningkat mencapai 9 % (variasi 3-21 %) atau lebih dari 1,4 juta pasien

rawat inap dirumah sakit seluruh dunia (Alvarado 2000). Hasil *survey point* prevalensi dari 11 rumah sakit di DKI Jakarta yang dilakukan oleh Perdalim Jaya dan Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta pada tahun 2003 di dapatkan angka infeksi nosokomial untuk ILO (Infeksi Luka Operasi) 18,9%, ISK (Infeksi Saluran Kemih) 15,1 %, IADP (Infeksi Aliran Darah Primer) 26,4%, Pneumonia 24,5 % dan infeksi Saluran Nafas 15,1 %, serta infeksi lain 32,1 % (Depkes RI 2008). Berdasarkan data dari PPI RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi bulan desember 2015 angka Infeksi Luka Operasi 0 %.

Pencegahan dan pengendalian infeksi di kamar operasi menjadi hal penting karena merupakan ruang khusus untuk segala tindakan invasif yang menjadi peluang terjadinya transmisi mikroorganisme. Perkiraan 27 juta pembedahan yang dilakukan setiap tahun di Amerika ternyata 290.000 pasien mengalami *Surgical Site Infection* (SSI) dan 8000 pasien meninggal karena infeksi (William & David, 2008).

Di negara industri pasien pasca operasi mengalami komplikasi dengan mortalitas 0,2 %-0,4 %. SSI pada luka bersih rata-rata 2-3 % dan 40-60% diperkirakan dapat dicegah (CDC). Di Indonesia, salah satu contoh pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi di rumah sakit adalah yang dilakukan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang telah berhasil menurunkan angka kejadian infeksi luka operasi bersih dari 4,11% pada tahun 1989 menjadi 1,71% pada tahun 1990 (Gondodiputro, 1996). Angka kejadian infeksi luka operasi di Indonesia bervariasi. Di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta dari Juni hingga

Agustus 2010 kejadian infeksi luka operasi sebesar 12%. Persentase luka operasi di RSH Sadikin adalah 5,06. Angka kejadian infeksi luka operasi di RSU Dr.Sutomo tahun 2011 yaitu 3,16% dan 13,79% untuk operasi kotor di RSU Bekasi angka kejadian infeksi luka operasi bedah dan kebidanan-kandungan dilaporkan lebih tinggi, yaitu 14,6%. Angka kejadian infeksi luka operasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2010 – 2011 sebesar 8,47% (Mawalla *et all* , 2011).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Padang Panjang yang berstandar internasional mempunyai visi sebagai tujuan wisata kesehatan dengan keunggulan dibidang respirasi yang islami, dan mempunyai salah satu misi menyelenggarakan pelayanan medis dengan teknologi canggih serta menyediakan fasilitas dan alat kesehatan yang sesuai dengan perkembangan teknologi dan informasi, maka hal tersebut harus didukung dengan adanya prosedur tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang mutlak harus dilakukan di rumah sakit termasuk di kamar operasi. PPI di RSUD Kota Padang Panjang dibentuk pada tahun 2014 dan di revisi kembali pada bulan Agustus 2015 (Profil RSUD 2015).

Berdasarkan dari poli bedah RSUD Kota Padang Panjang didapatkan data infeksi tertinggi yaitu ILO berjumlah 10% dari 80 orang yang menjalani operasi luka bersih. Dari hasil pengamatan dan wawancara yang penulis lakukan terhadap tiga orang perawat di kamar operasi RSUD Kota Padang Panjang pada tanggal 02 November 2015 di kamar operasi RSUD Kota Padang Panjang, pencegahan dan pengendalian infeksi belum terlaksana sebagaimana mestinya, hal ini dipengaruhi oleh tidak tersedianya sarana dan prasarana yang

memadai, kamar operasi tidak sesuai dengan standar akreditasi 2012, SDM yang belum terlatih, kebijakan yang belum jelas, tenaga *CSSD (Central Sterile Supply Departement)* yang belum terlatih, SOP yang belum berjalan, dan juga berhubungan dengan petugas yang berprinsip membenarkan kebiasaan, bukan membiasakan kebenaran.

Hal tersebut diatas didukung dengan adanya kejadian Infeksi Luka Operasi (ILO), dari 80 orang operasi luka bersih terdapat 10 % infeksi saat pasien kontrol pertama setelah pulang dari rawatan, data ini penulis dapat di poliklinik bedah melalui wawancara dengan perawat poli bedah.

B. Rumusan Masalah

Pencegahan dan pengendalian infeksi di kamar operasi menjadi hal penting karena merupakan ruang khusus untuk segala tindakan invasif yang menjadi peluang terjadinya transmisi mikroorganisme. Prosedur tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi mutlak harus dilakukan di rumah sakit termasuk di kamar operasi. Kamar Operasi merupakan unit khusus di rumah sakit tempat melakukan pembedahan. Mencegah infeksi setelah tindakan operasi adalah sebuah proses kompleks yang bermula di kamar operasi dengan mempersiapkan dan mempertahankan lingkungan yang aman untuk melakukan pembedahan. Berdasarkan data yang ada pada latar belakang diatas, penulis menetapkan suatu rumusan masalah yaitu Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Luka Operasi di RSUD Kota Padang Panjang tahun 2016.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi, menganalisa serta mengevaluasi pelaksanaan pencegahan dan pengendalian Infeksi Luka Operasi di RSUD Kota Padang Panjang.

D. Manfaat Penelitian

1. Praktisi Kesehatan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya disiplin ilmu keperawatan mengenai pentingnya peran perawat dalam pencegahan Infeksi Luka Operasi dan pentingnya peran TIM Pencegahan dan pengendalian infeksi disarana kesehatan.

2. Direktur Rumah Sakit

Memberikan gambaran dan masukan kepada direktur rumah sakit tentang pentingnya di buat kebijakan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) terhadap PPI agar Infeksi Luka Operasi bisa dicegah.

3. Instalasi Bedah Sentral

Memberikan masukan kepada profesi keperawatan khususnya teman sejawat di Kamar operasi RSUD Kota Padang Panjang mengenai pentingnya menerapkan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi secara umum dan mencegah terjadinya Infeksi Luka Operasi di kamar operasi sehingga tidak terjadinya infeksi dan penularan penyakit pada pasien dan tenaga kesehatan, dan diharapkan menjadi pedoman bagi teman

sejawat dalam melaksanakan tugas di Instalasi Bedah Sentral yang akan dibangun pada tahun 2016.

4. Peneliti

Sebagai masukan bagi penulis untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan perilaku perawat di kamar operasi dalam penggunaan sarana yang ada untuk mencapai tujuan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi serta pencegahan infeksi luka operasi, sehingga bisa dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menentukan kebijakan dalam mencegah infeksi dan penularan penyakit terhadap perawat, TIM kamar operasi dan pasien.

E. Ruang Lingkup

Penelitian ini merupakan penelitian yang meneliti tentang pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi di RSUD Kota Padang Panjang. Penelitian ini dilakukan di RSUD Kota Padang Panjang pada bulan Februari 2016. Hal ini disebabkan oleh tingginya angka kejadian Infeksi luka Operasi. Dalam melakukan penelitian ini partisipan yang terlibat adalah perawat kamar operasi, petugas *laundry*, petugas *CSSD (Central Sterile Supply Departement)* dan perawat poliklinik bedah dengan cara observasi dan wawancara. Jenis penelitian ini adalah kualitatif fenomenologi dengan teknik *Colaizzi*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Falsafah dan Tujuan

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya merupakan suatu standar mutu pelayanan dan penting bagi pasien, petugas kesehatan maupun pengunjung rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. Pengendalian infeksi harus dilaksanakan oleh semua rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk melindungi pasien, petugas kesehatan dan pengunjung dari kejadian infeksi dengan memperhatikan *cost effectiveness* (Depkes RI 2008, p.8)

Kriteria pendukung :

- a. Ada pedoman tentang PPI di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang meliputi tujuan, sasaran, program, kebijakan, struktur organisasi, uraian tugas Komite dan Tim PPI.
- b. Terdapat cakupan kegiatan tertulis mengenai program PPI memuat pengaturan tentang pencegahan, kewaspadaan isolasi, surveilans, pendidikan dan latihan, kebijakan penggunaan antimikroba yang rasional dan kesehatan karyawan.
- c. Pelaksanaan program PPI dilakukan evaluasi dan tindak lanjut secara berkala.
- d. Kebijakan dan Prosedur dievaluasi setiap 3 (tiga) tahun untuk disempurnakan.

2. Administrasi dan Pengelolaan

Pelaksanaan PPI di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya harus dikelola dan diintegrasikan antara struktural dan fungsional semua departemen/instalasi/divisi/ unit di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sesuai dengan falsafah dan tujuan PPI.

Kriteria pendukung :

- a. Ada kebijakan pimpinan rumah sakit untuk membentuk pengelola kegiatan PPI yang terdiri dari Komite dan Tim PPI di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya.
- b. Komite PPI bertanggung jawab langsung kepada Direktur utama/ Direktur.
- c. Tim PPI bertanggung jawab langsung kepada Komite PPI.
- d. Pengelola PPI melibatkan departemen/instalasi/divisi/unit yang ada di rumah sakit fasilitas kesehatan lainnya.
- e. Ada kebijakan tentang tugas, tanggung jawab dan kewenangan pengelola PPI di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya (Depkes RI 2008, p.9).

3. Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) disusun agar dapat mencapai visi, misi dan tujuan dari penyelenggaraan PPI. PPI dibentuk berdasarkan kaidah organisasi yang miskin struktur dan kaya fungsi dan dapat menyelenggarakan tugas, wewenang dan bertanggung jawab secara efektif dan efisien. Efektif dimaksud agar sumber daya yang

ada di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dapat di manfaatkan secara optimal (Depkes RI 2008, p.10).

Pimpinan dan petugas kesehatan dalam Komite dan Tim PPI diberi kewenangan dalam menjalankan program dan menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi.

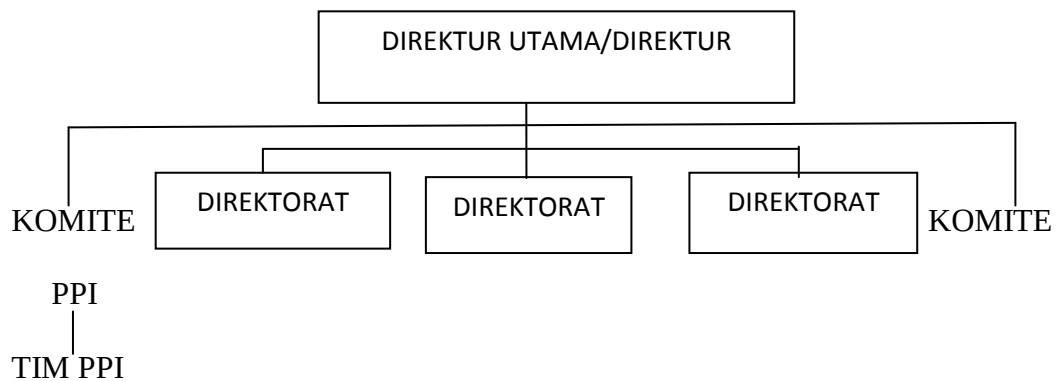
Kriteria :

- a. Komite PPI disusun minimal terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.

Ketua sebaiknya dokter *IPCO (Infection Prevention and Control Officer)*, mempunyai minat, kepedulian dan pengetahuan, pengalaman, mendalami masalah infeksi, mikrobiologi klinik, atau epidemiologi klinik. Sekretaris sebaiknya perawat senior *IPCN (Infection Prevention and Control Nurse)*, yang disegani, berminat, mampu memimpin dan aktif. Anggota terdiri dari dokter wakil dari tiap SMF (Staf Medis Fungsional), dokter ahli epidemiologi, dokter mikrobiologi/patologi klinik, laboratorium, farmasi, perawat PPI/*IPCN (Infection Prevention and Control Nurse)*, *CSSD*, *laundry*, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS-RS), sanitasi, *house keeping*, K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) dan Petugas kamar jenazah.

- b. Tim PPI dari Perawat PPI/*IPCN* dan 1 (satu) dokter PPI setiap (5) lima perawat PPI.
- c. Rumah sakit harus memiliki *IPCN* yang bekerja penuh waktu, dengan ratio 1 (satu) *IPCN* untuk 100-150 tempat tidur dirumah sakit.

- d. Setiap 1000 (seribu) tempat tidur sebaiknya memiliki 1 (satu) ahli Epidemiologi Klinik.
- e. Dalam bekerja *IPCN* dapat dibantu beberapa *IPCLN* (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dari tiap unit, terutama yang berisiko terjadinya infeksi (Depkes RI 2008, p.10).



Gambar 2.1 Struktur PPI

4. Prinsip Pencegahan Infeksi dan Strategi

Mencegah atau membatasi penularan infeksi di sarana pelayanan kesehatan memerlukan penerapan prosedur dan protokol yang disebut sebagai “pengendalian”. Secara hirarkis hal ini telah ditata sesuai dengan efektifitas pencegahan dan pengendalian infeksi (*Infection Prevention and Control-IPC*), yang meliputi : pengendalian bersifat administratif, pengendalian dan rekayasa lingkungan, dan alat pelindung diri (Ditjen PP dan PL 2013, p. 3).

a. Pengendalian Administratif

Kegiatan ini merupakan prioritas pertama dari strategi *IPC*, meliputi penyediaan kebijakan infrastruktur dan prosedur dalam mencegah, mendeteksi, dan mengendalikan infeksi selama perawatan kesehatan. Kegiatan akan efektif bila dilakukan mulai dari antisipasi alur pasien sejak saat pertama kali datang sampai keluar dari sarana pelayanan. Pengendalian administratif dan kebijakan-kebijakan yang diterapkan meliputi pembentukan infrastruktur dan kegiatan *IPC* yang berkesinambungan, membangun pengetahuan petugas kesehatan, mencegah kepadatan pengunjung diruang tunggu, menyediakan ruang tunggu khusus untuk orang sakit dan penempatan pasien rawat inap (Ditjen PP dan PL 2013, p. 3).

b. Pengendalian dan Rekayasa Lingkungan Kegiatan

Kegiatan ini dilakukan termasuk di infrastruktur sarana pelayanan kesehatan dasar dan di rumah tangga yang merawat kasus dengan gejala ringan dan tidak membutuhkan perawatan di rumah sakit. Kegiatan pengendalian ini di tujukan untuk memastikan bahwa ventilasi lingkungan cukup memadai disemua area didalam fasilitaas pelayanan kesehatan, dirumah tangga serta kebersihan lingkungan yang memadai (Ditjen PP dan PL 2013, p. 4).

c. Alat Pelindung Diri (APD)

Penggunaan secara rasional dan konsisten APD yang tersedia serta *hygiene* sanitasi tangan yang memadai juga akan membantu mengurangi penyebaran infeksi. Meskipun memakai APD adalah langkah yang paling kelihatan dalam upaya pengendalian dan penularan infeksi, namun hal ini adalah yang terakhir dan paling lemah dalam hirarki kegiatan IPC. Oleh karena itu jangan mengandalkan sebagai strategi utama pencegahan. Bila tidak ada langkah pengendalian administratif dan rekayasa teknis yang efektif, maka APD hanya memiliki manfaat yang terbatas (Ditjen PP dan PL 2013, p. 4).

B. Konsep Infeksi Luka Operasi

1. Definisi Infeksi Luka Operasi (ILO)

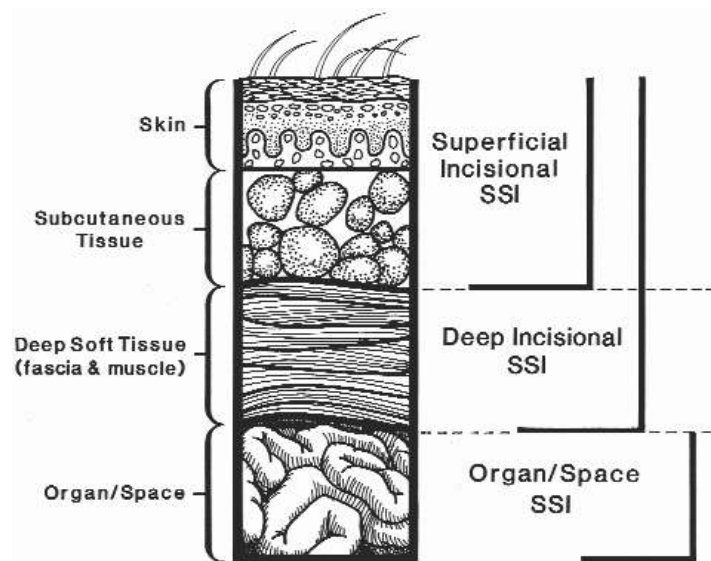
Infeksi Luka Operasi (ILO) dalam istilah CDC disebut sebagai *Surgical Site Infection (SSI)*. Merupakan infeksi yang terjadi dalam kurun waktu 30 hari pasca operasi, jika tidak menggunakan *implant* atau dalam kurun waktu 1 tahun jika terdapat *implant*, dan infeksi tersebut memang tampak berhubungan dengan operasi, dan melibatkan suatu bagian anatomi tertentu pada tempat insisi yang dibuka atau dimanipulasi pada saat operasi dengan setidaknya terdapat salah satu tanda yaitu :

- a. Keluar cairan purulen dari drain organ dalam.
- b. Isolasi bakteri dari organ dalam.
- c. Abses
- d. Infeksi oleh ahli bedah atau dokter (septiari 2012, p.102).

Ada beberapa stadium dalam operasi, sehingga penilaian ada tidaknya ILO juga dikelompokkan berdasarkan seberapa jauh organ atau jaringan yang dioperasi, sehingga dikenal istilah:

1. ILO Superfisial: bila insisi hanya pada kulit dan jaringan bawah kulit (subcutan).
2. ILO Profunda: bila insisi mengenai jaringan lunak yang lebih dalam (fascia dan lapisan otot).
3. ILO Organ/Rongga tubuh: bila insisi dilakukan pada organ atau mencapai rongga dalam tubuh.

Untuk jelasnya dapat dilihat pada Gambar 2.1



Gambar 2.2 Klasifikasi untuk CDC

2. Kriteria Infeksi Luka Operasi (ILO)

1. Kriteria ILO Superfisial (*Superficial incisional SSI*)

- a) Infeksi yang terjadi dalam kurun waktu 30 hari setelah tindakan operasi.
- b) Mengenai hanya pada kulit dan jaringan bawah kulit (subkutan) pada tempat insisi.
- c) Pasien sekurang-kurangnya mempunyai/memenuhi salah satu keadaan dibawah ini :
 - 1) Drainase bahan purulen dari insisi superficial.
 - 2) Dapat diisolasi kuman penyebab dari biakan cairan atau jaringan yang diambil secara aseptik dari tempat insisi superficial.
 - 3) satu tanda atau gejala infeksi sebagai berikut : rasa nyeri, pembengkakan yang terlokalisir, kemerahan, atau hangat pada perabaan.
 - 4) insisi superficial terpaksa harus dibuka oleh dr bedah dan hasil biakan positif atau tidak dilakukan biakan. Hasil biakan yang negatif tidak memenuhi kriteria ini.
 - 5) Diagnosis ILO superfisial oleh dokter bedah atau dokter yang menangani pasien tersebut.

1.1 Terdapat 2 tipe spesifik ILO superficial, yaitu :

a) *Superficial incisional primary (SIP) :*

Infeksi terjadi pada tempat insisi primer pada pasien yang telah menjalani tindakan operasi melalui satu atau lebih insisi (contoh insisi pada operasi Cesar atau insisi pada dada dalam operasi bypass arteri coroner).

b) *Superficial Incisional Secondary (SIS) :*

Infeksi terjadi pada tempat insisi sekunder pada pasien yang menjalani tindakan melalui lebih dari satu insisi (contoh insisi pada donor pada kaki) untuk CBGB (*Coronary bypass with chest and donor incisions*).

1.2 Petunjuk pencatatan/pelaporan ILO Superfisial

- 1) Jangan melaporkan “stitch abscess” (inflamasi minimal dan adanya keluar cairan [discharge] pada tempat penetrasi/tusukan jarum atau tempat jahitan) sebagai suatu infeksi
- 2) Jangan melaporkan infeksi luka yang terlokalisir (“localized stab wound infection”) sebagai ILO, sebaiknya dilaporkan sebagai infeksi kulit (SKIN) atau infeksi jaringan lunak (ST) tergantung dari kedalamannya infeksi.
- 3) Laporkan infeksi pada tindakan sirkumsisi pada bayi baru lahir sebagai
- 4) CIRC. Sirkumsisi tidak termasuk kedalam prosedur operasi pada NHSN

- 5) Laporkan infeksi pada luka bakar sebagai *BURN*.
- 6) Bila infeksi pada tempat insisi mengenai atau melanjut sampai ke fasciadan jaringan otot, laporkan sebagai ILO profunda (*“deep incisional SSI”*).
- 7) Apabila infeksi memenuhi kriteria sebagai ILO superficial dan ILO profunda klasifikasikan sebagai ILO profunda.

2. Kriteria ILO Profunda (*Deep incisional SSI*)

- a) Infeksi yang terjadi dalam kurun waktu 30 hari setelah tindakan operasi tanpa pemasangan *implant* atau dalam waktu 1 tahun bila operasi dengan pemasangan implant dan infeksi diduga ada kaitannya dengan prosedur operasi
- b) Mengenai jaringan lunak yang lebih dalam (fascia dan lapisan otot) pada tempat insisi.
- c) Pasien sekurang-kurangnya mempunyai / memenuhi salah satu keadaan dibawah ini :
 1. Drainase purulen dari jaringan lunak dalam tetapi bukan dari organ atau rongga dalam pada tempat operasi.
 2. Tempat insisi dalam mengalami “dehiscement” secara spontan atau terpaksa dibuka oleh dokter bedah dan hasil biakan positif atau tidak dilakukan biakan kuman apabila pasien mempunyai sekurang-kurangnya satu tanda atau gejala sebagai

berikut: febris ($>38^{\circ}\text{C}$), atau nyeri yang terlokalisir. Hasil biakan yang negatif tidak termasuk dalam kriteria ini.

3. Abscess atau adanya bukti lain terjadinya infeksi yang mengenai insisi dalam yang ditemukan berdasarkan pemeriksaan langsung, selama re- operasi, atau berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi (PA) atau radiologi.
4. Diagnosis ILO profunda oleh dokter bedah atau dokter yang menangani pasien tersebut.

2.1 Terdapat 2 tipe spesifik ILO profunda, yaitu :

1. *Deep incisional primary (DIP)* :

Infeksi terjadi pada tempat insisi primer pada pasien yang telah menjalani tindakan operasi melalui satu atau lebih insisi (contoh insisi pada operasi Cesar atau insisi pada dada dalam operasi bypass arteri coroner).

2. *Deep incisional secondary (DIS)* :

Infeksi terjadi pada tempat insisi sekunder pada pasien yang menjalani tindakan melalui lebih dari satu insisi (contoh insisi pada donor pada kaki untuk CBGB (*Coronary bypass with chest and donor incisions*)).

2.2 Petunjuk pencatatan/pelaporan ILO Profunda:

Apabila infeksi memenuhi kriteria sebagai ILO superficial dan ILO profunda klasifikasikan sebagai ILO profunda.

3. Kriteria ILO Organ/rongga tubuh (*Organ/space SSI*)

- a) Infeksi yang terjadi dalam kurun waktu 30 hari setelah tindakan operasi tanpa pemasangan *implant* atau dalam waktu 1 tahun bila operasi dengan pemasangan implant dan infeksi diduga ada kaitannya dengan prosedur operasi.
- b) infeksi mengenai semua bagian dari tubuh, kecuali insisi kulit, fascia dan lapisan otot yang sengaja dibuka atau dimanipulasi selama prosedur / tindakan
- c) Pasien sekurang-kurangnya mempunyai/memenuhi salah satu keadaan dibawah ini :
 - 1. Drainase purulen dari suatu drain yang dipasang melalui “*stab wound*” kedalam organ/rongga tubuh.
 - 2. Dapat diisolasi kuman penyebab dari biakan cairan atau jaringan yang diambil secara aseptik dari organ/rongga tubuh.
 - 3. Abscess atau adanya bukti lain terjadinya infeksi yang mengenai organ/rongga tubuh yang ditemukan berdasarkan pemeriksaan langsung, selama re-operasi, atau berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi (PA) atau radiologi.
 - 4. Diagnosis ILO organ/rongga tubuh oleh dokter bedah atau dokter yang menangani pasien tersebut.

3.1 Petunjuk pencatatan/pelaporan ILO Organ/rongga tubuh :

- a) Organ atau rongga tubuh meliputi semua bagian/organ tubuh manusia kecuali kulit, fascia atau lapisan otot, yang sengaja

dibuka atau dimanipulasi selama tindakan operasi. Tempat atau nama organ tubuh yang spesifik harus dicantumkan pada ILO organ/rongga tubuh untuk mengidentifikasi tempat terjadinya infeksi.

- b) Secara spesifik tempat terjadinya infeksi harus dicantumkan dalam pelaporan ILO organ/rongga tubuh (lihat juga kriteria untuk tempat tersebut). Sebagai contoh, pada tindakan apendektomi yang kemudian terjadi abses sub-diafragma, akan dilaporkan sebagai ILO organ/rongga tubuh dengan tempat spesifiknya pada “*intra-abdominal*” (ILO-IAB).
- c) Daftar nama organ spesifik yang digunakan dalam pencatatan / pelaporan untuk ILO organ/rongga tubuh.

Tindakan pembedahan berdasarkan tingkat kontaminasi/risiko infeksi dibagi menjadi 4 :

1) Operasi Bersih

Operasi pada keadaan prabedah tanpa adanya luka atau operasi yang melibatkan luka steril, dan dilakukan dengan memperhatikan prosedur aseptik, dan anti septik. Sebagai catatan saluran pencernaan, saluran pernafasan ataupun saluran perkemihan tidak dibuka. Contoh : hernia, tumor payudara, tumor kulit. Kemungkinan terjadi infeksi 2-4 %.

2) Operasi bersih terkontaminasi

Operasi seperti keadaan diatas dengan daerah-daerah yang terlibat pembedahan seperti saluran nafas, saluran kemih, atau pemasangan drain. Contoh : prostatektomi, apendiktomi tanpa radang berat, kolesistektomi elektif. Kemungkinan terjadi infeksi 5- 15 %.

3) Operasi terkontaminasi

Operasi yang dikerjakan dengan catatan :

- a. Daerah dengan luka yang telah terjadi 6-10 jam dengan atau tanpa benda asing.
- b. Tidak ada tanda-tanda infeksi, namun kontaminasi jelas karena saluran nafas, saluran cerna atau saluran kemih dibuka.
- c. Tindakan darurat yang mengabaikan prosedur aseptik-antiseptik.

Contoh : operasi usus besar, operasi kulit. Kemungkinan terjadi infeksi 16-25%.

4) Operasi kotor

Operasi yang melibatkan :

- a. Daerah dengan luka terbuka yang telah terjadi lebih dari 10 jam.
- b. Luka dengan tanda-tanda klinis infeksi.
- c. Luka perforasi organ visera.

Contoh : Perforasi usus. Kemungkinan terjadinya infeksi 40-70 %
(Septiari 2012, p.104).

3. Etiologi Infeksi Luka Operasi

Infeksi luka operasi berlanjut menjadi masalah yang rumit bagi ahli bedah di zaman modern ini. Walaupun adanya kemajuan antibiotik, anestesi yang lebih baik, peralatan yang unggul, masalah diagnosa bedah yang lebih awal dan perbaikan teknik kewaspadaan post operasi, infeksi luka tetap terjadi. Meskipun beberapa menganggap masalah ini hanya sekedar kencantikan, itu menggambarkan pengertian yang dangkal tentang masalah ini, yang mana menyebabkan morbiditas dan bahkan kematian dan juga banyaknya biaya yang dikeluarkan untuk biaya perawatan di rumah sakit (Kulaylat dan Dayton, 2008)

Banyak faktor penyebab terjadinya infeksi luka operasi. Faktor host juga berkontribusi dalam perkembangan infeksi luka operasi. Infeksi luka operasi disebabkan oleh kontaminasi bakteri dari tempat bedah, yang mana dapat terjadi dengan berbagai cara diantaranya: kerusakan dinding viskus berongga, bakteri flora normal pada kulit, dan teknik bedah steril yang buruk sehingga dapat menyebabkan kontaminasi eksogen dari tim bedah, peralatan, atau lingkungan sekitar (Kulaylat dan Dayton, 2008).

Faktor bakteri termasuk virulensi dan jumlah bakteri ditempat bedah. Keparahan infeksi dipengaruhi oleh toksin yang dihasilkan oleh mikroorganisme dan kemampuan untuk resisten terhadap fagosit dan juga perusakan intra sel. Mengetahui mikrobiologi penyebab infeksi luka operasi adalah penting untuk menentukan terapi empirik untuk mengatasi infeksi pasien secara spesifik.

Sebagian besar diperoleh pada saat operasi. Sumber utama yang diyakini adalah inokulasi langsung pada saat operasi. Penyebab : *Staphylococcus sp.*, stafilocokus koagulase negatif, *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *acinobacter*, *diphtheroid*, streptokokus, dan enterokokus.

Penelitian faktor risiko ILO pasca-bedah pada anak di Spanyol dengan meneliti variabel usia, jenis kelamin, lama perawatan pra-bedah, kategori luka operasi, lama operasi, penggunaan antibiotik profilaksis, lama penggunaan kateter vena sentral, lama penggunaan kateter vena perifer, lama penggunaan kateter urin, lama penggunaan ventilator, jumlah diagnosis, dan jenis operasi. Terdapat hubungan bermakna antara variabel tersebut dengan ILO kecuali dengan variabel usia, jenis kelamin, lama perawatan pra-bedah, penggunaan antibiotik profilaksis, dan penggunaan ventilator (Cassanova, 2006). Jenis operasi emergensi juga terbukti sebagai salah satu faktor risiko ILO. Penelitian di Pakistan melaporkan prevalens ILO pasca-laparotomi emergensi lebih tinggi dibanding pasca laparotomi elektif (Soraya, 2013).

Klasifikasi Penyebab Infeksi
• Primer : Terdapat pada host dan didapatkan dari sumber endogen (contohnya infeksi luka akibat kontaminasi dari perforasi appendik) • Sekunder atau eksogen : Didapatkan dari luar tubuh seperti buruknya proses aseptik dan cuci tangan yang tidak baik

Gambar 2.3 Klasifikasi Penyebab Infeksi

4. Patofisiologi Infeksi Luka Operasi

Normalnya mikroorganisme tidak dapat menimbulkan infeksi pada jaringan oleh karena terdapatnya permukaan kulit yang menghalangi. Pertahanan ini dapat rusak akibat trauma atau pembedahan. Selain pertahanan mekanik tersebut, terdapat mekanisme perlindungan lainnya, yakni (Soraya, 2013) :

1. Kimia : pH asam lambung
2. Humoral : antibitotik, komplemen, dan opsonin
3. Selular : sel fagosit, makrofag, sel *PMN (Polymorphnuclear)*, dan limfosit.

Respon tubuh dapat terganggu oleh keadaan malnutrisi, keadaan ini dapat dikenali secara klinis dari adanya penurunan berat badan yang cepat. Kelainan metabolik seperti diabetes mellitus, uremia dan ikterik. Selain itu AIDS merupakan pendukung terjadinya infeksi dan respon penyembuhan luka yang buruk (Soraya, 2013).

Kemungkinan timbulnya ILO juga ditentukan oleh sifat patogen dari mikroorganisme dan besarnya lokasi inokulum bakteri. Jaringan yang terlepas, *dead space* yang luas atau hematoma merupakan hasil dari teknik operasi yang buruk. Alat yang digunakan dalam operasi juga berpengaruh dalam menimbulkan ILO. Benang sutra seharusnya tidak digunakan untuk menutup kulit karena jenis benang ini dapat menimbulkan abses pada jahitan (Soraya, 2013).

5. Rantai Penularan Infeksi

Untuk melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi perlu mengetahui rantai penularan. Apabila satu mata rantai dihilangkan atau dirusak, maka infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Komponen yang diperlukan sehingga terjadi penularan tersebut adalah ;

- a) Agen Infeksi (Infection Agent): adalah mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi. Pada manusia, agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, phatogen, jamur dan parasite. Ada tiga factor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadi nya infeksi yaitu; patogenetasi, virulensi dan jumlah dosis.
- b) Reservoir atau tempat dimana agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang biak dan siap ditularkan kepada orang. Reservoir yang paling utama adalah manusia, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air dan bahan-bahan organic lainnya.
- c) Pintu keluar (*portal of exit*) adalah jalan darimana agen infeksi meninggalkan reservoir. Pintu keluar meliputi saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, kulit dan membrane mukosa, transplasenta dan darah serta cairan tubuh lain
- d) Transmisi (cara penularan) adalah mekanisme bagaimana transport agen infeksi dari reservoir ke penderita. Ada beberapa cara penularan yaitu kontak langsung dan tidak langsung,) *droplet*, *airbone*, melalui makanan, air/minuman, darah dan melalui vector biasanya serangga dan binatang pengerat.

- e) Pintu masuk (*portal of entry*) adalah tempat agen infeksi memasuki pejamu, pintu masuk melalui saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih, serta kulit yang tidak utuh.
- f) Pejamu (*host*) yang suseptibel adalah orang yang tidak memiliki daya tahan tubuh yang cukup untuk melawan agen infeksi serta mencegah terjadinya infeksi atau penyakit. Faktor yang khusus dapat mempengaruhi adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, lukabakar yang luas, trauma atau pembedahan, pengobatan dengan imunosupresi. Faktor lain yang mungkin berpengaruh adalah jenis kelamin, status ekonomi, gaya hidup, pekerjaan dan herediter (Nita, 2015).

6. Petunjuk Pengembangan Surveilans infeksi luka operasi

- a) Semua faktor risiko harus dicatat dengan lengkap pada catatan pasien oleh dokter, perawat atau tim kesehatan lainnya yang menangani pasien.
- b) Klasifikasi operasi harus dicatat pada laporan operasi atau pada catatan pasien setelah pasien di operasi. Petunjuk surveilans yang dimaksud adalah variabel spesifik untuk masing-masing lokasi infeksi.
- c) Pelaksanaan *surveilans* harus menghitung *rate* menurut klasifikasi luka operasi spesifik minimal 6 bulan sekali, melaporkannya pada pokja pengendalian infeksi rumah sakit serta para ahli bedah (Septiari 2012, p.105).

7. Tanda-tanda Infeksi Luka Operasi

Infeksi Luka Operasi terjadi apabila ada tanda-tanda sebagai berikut :

a. *Calor* (panas)

Daerah peradangan pada kulit menjadi lebih panas dari sekelilingnya, sebab terdapat lebih banyak darah yang disalurkan ke area terkena infeksi/fenomena panas lokal karena jaringan-jaringan tersebut sudah mempunyai suhu inti dan hiperemia lokal tidak menimbulkan perubahan.

b. *Dolor* (rasa sakit)

Dolor dapat ditimbulkan oleh perubahan PH Lokal atau konsentrasi lokal ion-ion tertentu dapat merangsang ujung saraf. Pengeluaran zat kimia tertentu seperti histamin atau zat kimia bioaktif lainnya dapat merangsang saraf nyeri, selain itu pembengkakan jaringan yang meradang mengakibatkan peningkatan tekanan lokal dan menimbulkan rasa sakit.

c. *Rubor* (kemerahan)

Merupakan hal pertama yang terlihat didaerah yang mengalami peradangan. Waktu reaksi peradangan mulai timbul maka arteriol yang mensuplai daerah tersebut melebar, dengan demikian lebih banyak darah yang mengalir kedalam mikro sirkulasi lokal. Kapiler-kapiler yang sebelumnya kosong atau

sebagian saja meregang, dengan cepat penuh terisi darah. Keadaan ini yang dinamakan hiperemia.

d. *Tumor* (pembengkakan)

Pembengkakan ditimbulkan oleh karena pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan intertestial. Campuran cairan dan sel yang tertimbun di daerah peradangan disebut eksudat.

e. *Funciolaesa*

Adanya perubahan fungsi secara superfisial bagian yang bengkak dan sakit disertai sirkulasi dan lingkungan kimiawi lokal yang abnormal, sehingga organ tersebut terganggu dalam menjalankan fungsinya secara normal (Yudhityarasati, 2007).

8. Pencegahan Infeksi Luka Operasi

Tindakan pencegahan di kelompokkan dalam :

a. Sebelum Masuk Rumah Sakit

Semua pemeriksaan dan pengobatan untuk persiapan operasi sebisanya dilakukan sebelum rawat inap agar waktu pra bedah menjadi pendek (kurang 1 hari).

1) Perbaikan keadaan yang memperbesar kemungkinan terjadinya

ILO antara lain :

- a) Diabetes Melitus
- b) Obesitas
- c) Pemakaian kortikosteroid
- d) Malnutrisi
- e) Infeksi

b. Pra Operasi

- 1) Perawatan pra operasi 1 hari untuk operasi berencana. Apabila keadaan yang memperbesar terjadinya ILO tidak dapat dilakukan diluar rumah sakit misalnya malnutrisi berat yang memerlukan oral atau parenteral hiperalimentasi, maka pasien dapat dirawat lebih awal.
- 2) Pasien dari ruangan ganti baju khusus untuk operasi diruang ganti baju IBS (instalasi bedah sentral/kamar operasi).
- 3) Mandi dengan antiseptik.
- 4) Pencukuran rambut daerah operasi dilakukan apabila diperlukan. Daerah operasi dengan rambut yang lebat seperti operasi apendik, hernia dan lain-lain. Cara pencukuran rambut adalah bila menggunakan pisau cukur biasa maksimal dilakukan 6 jam sebelum operasi, bila menggunakan pisau cukur listrik dapat dilakukan lebih lama sebelum operasi. Daerah operasi harus dicuci dengan antiseptik kulit dengan teknik dari sentral keluar. Antiseptik kulit yang dianjurkan klorheksidin, larutan yodium atau lodofor.
- 5) Dikamar operasi pasien ditutup dengan duk steril sehingga hanya daerah operasi yang terbuka.
- 6) Antibiotika profilaksis diberikan secara :
Sistemik harus memenuhi syarat
(1) Tepat dosis

- (2) Tepat indikasi (hanya untuk operasi bersih terkontaminasi, pemakaian *implant* dan protesis atau operasi dengan resiko tinggi seperti bedah vaskuler atau bedah jantung).
- (3) Tepat cara pemberian (harus diberikan secara IV 2 Jam sebelum insisi dilakukan dan dilanjutkan tidak boleh lebih dari 48 jam).
- (4) Tepat jenis (sesuai dengan mikroorganisme yang sering menjadi penyebab ILO).
- (5) Oral hanya digunakan untuk operasi kolorektal dan diberikan tidak lebih dari 24 jam.

c. Persiapan Tim Pembedahan

- 1. Setiap orang yang masuk kamar operasi harus :
 - a. Memakai masker yang efisien, menutupi hidung dan mulut.
 - b. Memakai tutup kepala yang menutupi semua rambut.
 - c. Memakai sandal khusus kamar operasi atau memakai pembungkus sepatu.
- 2. Anggota tim bedah sebelum melakukan operasi harus mencuci tangan.

Antiseptik yang dianjurkan untuk cuci tangan khlorheksidin, Iodofor atau heksaklorofen.
- 3. Setelah cuci tangan, keringkan dengan handuk steril.
- 4. Setiap anggota tim harus memakai jubah steril.

5. Setiap anggota tim harus memakai sarung tangan steril apabila sarung tersebut kotor, harus diganti yang baru. Pemakaian sarung tangan memakai metode tertutup.
6. Untuk operasi tulang atau pemasangan *implant* memakai 2 lapis sarung tangan steril.

d. Intra Operasi

1. Teknik operasi

Harus dilakukan dengan sempurna untuk menghindari kerusakan jaringan lunak yang berlebihan, menghilangkan rongga, mengurangi perdarahan dan menghindarkan tertinggalnya benda asing yang tidak di perlukan.

2. Lama operasi

Harus dilakukan secepatnya dalam batas aman.

3. Pemakaian drain

Pemakaian drain harus dengan sistem tertutup, baik dengan cara penghisapan atau dengan cara memakai gaya tarik bumi (gravitasi) dan drain harus melalui luka tusukan di luar luka operasi.

e. Pasca Operasi

- 1) Untuk luka kotor atau infeksi, kulit tidak ditutup primer.
- 2) Petugas harus mencuci tangan dengan standar cuci tangan baku sebelum dan sesudah merawat luka. Petugas tidak boleh menyentuh luka secara langsung dengan tangan kecuali setelah memakai sarung tangan steril

- 3) Kasa penutup luka diganti apabila basah dan atau menunjukkan tanda-tanda infeksi.
- 4) Jika cairan keluar dari luka, lakukan pewarnaan gram dan biakan.

f. Pengendalian Lingkungan

- 1) Semua pintu kamar operasi harus tertutup dan jumlah personil yang keluar masuk kamar operasi harus dibatasi.
- 2) Alat-alat operasi setelah dibersihkan dari jaringan, darah atau sekresi harus disterilkan dengan *autoclaf*.
- 3) Kamar operasi harus dibersihkan :
 - a) Antara 2 operasi
 - b) Tiap hari walupun kamar operasi tidak dipakai
 - c) Tiap minggu (1 hari untuk pembersihan menyeluruh)
- 4) Pemakaian keset dengan antiseptik pada pintu masuk kamar operasi tidak dianjurkan
- 5) Biakan udara dan biakan yang diambil dari personil kamar operasi secara rutin, tidak diperlukan.
- 6) Operasi bersih dilakukan sebelum operasi kotor, jika akan dipakai operasi berikutnya harus dibersihkan secara sempurna.
- 7) Barang-barang terkontaminasi seperti pus, harus dikumpulkan terpisah dan diberi tanda kontaminasi.
- 8) Untuk operasi pasien infeksi misalnya hepatitis, usahakan memakai alat sekali pakai dikumpulkan secara khusus dan diberi tanda infeksi (Septiari 2012, p.105-110).

9. Mempercepat Penyembuhan Luka

Luka bedah mengalami stres selama masa penyembuhan. Stres akibat nutrisi yang tidak adekuat, gangguan sirkulasi, dan perubahan metabolisme akan meningkatkan resiko lambatnya stres fisik. Regangan jahitan akibat batuk, muntah, distensi dan gerakan bagian tubuh dapat mengganggu lapisan luka. Perawat harus melindungi luka dan mempercepat penyembuhan. Waktu kritis penyembuhan luka adalah 24 sampai 72 jam setelah pembedahan. Jika luka mengalami infeksi, biasanya infeksi terjadi 3 sampai 6 hari setelah pembedahan. Luka bedah yang bersih biasanya tidak kuat menghadapi stres normal selama 15 sampai 20 hari setelah pembedahan. Perawat menggunakan teknik aseptik saat mengganti balutan dan merawat luka. Drain bedah harus tetap paten sehingga akumulasi sekret dapat keluar dari dasar luka. Observasi luka secara terus menerus dapat mengidentifikasi adanya tanda dan gejala awal terjadinya infeksi pasien lansia terutama berisiko mengalami infeksi luka *pascaoperatif*, sehingga perawat *preoperatif* menurunkan risiko ini dengan cara memberi lingkungan yang aman dan asuhan keperawatan yang komprehensif (Potter, 2006) dalam (Suparyanto, 2011).

a. Pembersihan Luka

Proses pembersihan luka terdiri dari memilih cairan yang tepat untuk membersihkan luka dan menggunakan cara-cara mekanik yang tepat untuk memasukan cairan tersebut tanpa menimbulkan cedera pada jaringan luka. Pertama mencuci luka dengan air yang mengalir, membersihkan dengan sabun yang lembut dan air, serta dapat

memberikan antiseptik yang dibeli di luar apotik (Potter,2006) dalam (Suparyanto, 2011).

b. Balutan

Menggunakan balutan yang tepat perlu disertai pemahaman tentang penyembuhan luka. Apabila balutan tidak sesuai dengan karakteristik luka, maka balutan tersebut dapat mengganggu penyembuhan luka (Erwin et all, 1995). Balutan juga harus dapat menyerap drainase untuk mencegah terkumpulnya eksudat yang dapat meningkatkan pertumbuhan bakteri dan laserasi di sekeliling kulit akibat eksudat luka (Potter,2006) dalam (Suparyanto, 2011).

1) Tujuan balutan luka adalah :

- a) Melindungi luka dari kontaminasi mikroorganisme.
- b) Membantu hemostasis.
- c) Mempercepat penyembuhan dengan cara menyerap drainase dan untuk melakukan *debridement* luka.
- d) Menyangga atau mengencangkan tepi luka.
- e) Melindungi pasien agar tidak melihat keadaan luka (bila luka terlihat tidak menyenangkan).
- f) Meningkatkan isolasi suhu pada permukaan luka.
- g) Mempertahankan kelembaban yang tinggi diantara luka dengan balutan.

2) Jenis-jenis balutan

Balutan terdiri dari berbagai jenis bahan dan cara pemakaian (basah dan kering). Balutan harus dapat digunakan

dengan mudah, nyaman, dan terbuat dari bahan yang mempercepat penyembuhan luka. Pedoman klinik *ACHPR (Agency for Health Care Policy and Research)* (1994) dapat membantu memilih jenis balutan yang sesuai dengan tujuan perawatan luka (Potter, 2006) dalam (Suparyanto, 2011).

Rekomendasi balutan dari AHCPR 1994 :

1. Gunakan balutan yang dapat menjaga dasar luka tetap lembab. Balutan basa-kering hanya boleh digunakan untuk debridemen dan jangan menggunakan balutan yang dilembabkan secara terus menerus.
2. Gunakan penilaian klinik untuk memilih jenis balutan luka lembab yang sesuai untuk ulkus. Penilaian terhadap beberapa jenis balutan luka lembab menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan hasil akibat penyembuhan dekubitus.
3. Pilih balutan yang menjaga permukaan kulit yang utuh (periulkus) di sekitarnya tetap kering sambil menjaga dasar luka tetap lembab.
4. Pilih balutan yang dapat mengontrol eksudat tetapi tidak menyebabkan desikasi dasar luka.
5. Saat memilih jenis balutan, pertimbangkan waktu yang dimiliki oleh pemberian perawatan.
6. Hilangkan daerah luka yang mati dengan cara mengisi seluruh rongga dengan bahan balutan, hindarkan pembalutan yang berlebihan.

7. Monitor balutan yang terdapat dekat anus, karena keutuhan balutan sulit di jaga (Potter,2006) dalam (Suparyanto, 2011).

C. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Infeksi Luka Operasi

Menurut Delay, 2005 dalam *worldhealth*, 2012 faktor-faktor yang mempengaruhi infeksi luka operasi adalah :

- a. Lamanya waktu tunggu pre operasi di rumah sakit.

Menurut Haley dalam *worldhealth*, 2012 mengatakan bahwa bertambahnya lama perawatan sebelum operasi akan meningkatkan resiko terjadinya infeksi nosokomial dimana perawatan lebih dari 7 hari pre operasi akan meningkatkan kejadian infeksi pasca bedah dan kejadian tertinggi didapat pada lama perawatan 7-13 hari (dikutip oleh hadibrata,1989 :17). Hasil penelitian infection rate kira-kira 2 kali lebih besar setelah dirawat 2 minggu dan 3 kali lebih besar setelah dirawat selama 3 minggu di bandingkan bila dirawat 1-3 hari sebelum operasi. Lamanya operasi mempengaruhi resiko terkena infeksi nosokomial, semakin lama waktu operasi makin tinggi resiko infeksi.

- b. Teknik Septik dan Antiseptik

Pasien yang akan menjalani tindakan pembedahan,pada daerah pembedahannya harus bebas dari debu,mikroorganisme dan minyak yang menempel pada kulit, guna menekan seminimal mungkin bahaya infeksi akibat sayatan kulit.

Menurut Rondhianto 2008, dalam *worldhealth*, 2012 prinsip umum teknik aseptik ruang operasi yaitu :

1. Prinsip Asepsis ruangan

Antisepsis dan asepsis adalah suatu usaha agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi tu ditiadakan, baik secara kimiawi, mekanis atau tindakan fisik. Yang termasuk kedalam cakupan tindakan antisepsis adalah selain dari alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, semua implan, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi dan lainnya) serta cara membersihkan/melakukan desinfeksi kulit.

2. Prinsip asepsis personel

Teknik persiapan personel sebelum operasi meliputi 3 tahap yaitu : *scrubbing* (cuci tangan steril), *gowning* (teknik penggunaan gaun Operasi), dan *gloving* (teknik pemakaian sarung tangn steril), hal ini diperlukan untuk menghindari bahaya infeksi yang muncul akibat kontaminasi selama prosedur pembedahan (infeksi nosokomial). Disamping sebagai cara pencegahan terhadap infeksi nosokomial, teknik-teknik tersebut juga digunakan untuk memberikan perlindungan bagi tenaga kesehatan terhadap bahaya yang didapatkan akibat prosedur tindakan yang dilakukan

3. Prinsip Asepsis Pasien

Pasien yang akan menjalani pembedahan harus di asepsiskan. Maksudnya adalah dengan melakukan berbagai prosedur yang

digunakan untuk membuat area operasi steril. Prosedur-prosedur itu diantaranya adalah kebersihan pasien, desinfeksi lapangan operasi dan tindakan *drapping*.

4. Prinsip Asepsis Instrumen

Instrumen bedah yang digunakan untuk pembedahan pasien harus benar-benar berada dalam keadaan steril.

Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan :

1. Persiapan daerah Operasi

- a. Daerah operasi dan sekitarnya harus dibersihkan dengan antiseptik sebelum ditutup dengan alat tenun steril (sebelum dilakukan *drapping*).
- b. Persiapan antiseptik yang digunakan :
 - Dapat mengurangi jumlah mikroorganisme dengan cepat, aman bagi kulit dan tidak menimbulkan iritasi
 - Mampu menghilangkan atau menghapus sisa dari organik lain (sabun, detergent dan lemak).

2. Cara melakukan antiseptik pada daerah pembedahan.

Lakukan antiseptik sesuai dengan standar operasional prosedur.

3. Ventilasi Ruang Operasi

Untuk mencegah kontaminasi udara pada kamar operasi, di rekomendasikan ventilasi mekanik. Sistem AC diatur 20-24 jam. Dengan desain benar dan kontrol yang baik dari pergerakan staf

maka kontaminasi udara dapat ditekan dibawah 100 cfu/m³ selama operasi.

D. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan luka Operasi

1. Usia

Anak dan dewasa penyembuhannya lebih cepat daripada orang tua. Orang tua lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah.

2. Nutrisi

Penyembuhan menempatkan penambahan pemakaian pada tubuh. Klien memerlukan diet kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, dan mineral seperti Fe, Zn. Klien kurang nutrisi memerlukan waktu untuk memperbaiki status nutrisi mereka setelah pembedahan jika mungkin. Klien yang gemuk meningkatkan resiko infeksi luka dan penyembuhan lama karena suplai darah jaringan adipose tidak adekuat.

3. Infeksi

Bakteri sumber penyebab infeksi. Infeksi menyebabkan peningkatan inflamasi dan nekrosis yang menghambat penyembuhan luka.

4. Sirkulasi (hipovolemia) dan Oksigenasi

Sejumlah kondisi fisik dapat mempengaruhi penyembuhan luka. Adanya sejumlah besar lemak subkutan dan jaringan lemak (yang memiliki sedikit pembuluh darah). Pada orang-orang yang gemuk penyembuhan luka lambat karena jaringan lemak lebih sulit menyatu, lebih mudah infeksi, dan lama untuk sembuh. Aliran darah dapat terganggu pada orang dewasa dan pada orang yang menderita gangguan

pembuluh darah perifer, hipertensi atau diabetes mellitus. Oksigenasi jaringan menurun pada orang yang menderita anemia atau gangguan pernapasan kronik pada perokok. Kurangnya volume darah akan mengakibatkan vasokonstriksi dan menurunnya ketersediaan oksigen dan nutrisi untuk penyembuhan luka.

5. Hematoma

Hematoma merupakan bekuan darah. Seringkali darah pada luka secara bertahap diabsorpsi oleh tubuh masuk kedalam sirkulasi. Tetapi jika terdapat bekuan yang besar hal tersebut memerlukan waktu untuk dapat diabsorpsi tubuh, sehingga menghambat proses penyembuhan luka.

6. Benda Asing

Benda asing seperti pasir atau mikroorganisme akan menyebabkan terbentuknya suatu abses sebelum benda tersebut diangkat. Abses ini timbul dari serum, fibrin, jaringan sel mati dan leukosit (sel darah putih), yang membentuk suatu cairan yang kental yang disebut dengan nanah ("Pus").

7. Iskemia

Iskemia merupakan suatu keadaan dimana terdapat penurunan suplai darah pada bagian tubuh akibat dari obstruksi dari aliran darah. Hal ini dapat terjadi akibat dari balutan pada luka terlalu ketat. Dapat juga terjadi akibat faktor internal yaitu adanya obstruksi pada pembuluh darah itu sendiri.

8. Diabetes Mellitus

Hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibat hal tersebut juga akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh.

9. Keadaan luka

Keadaan khusus dari luka mempengaruhi kecepatan dan efektifitas penyembuhan luka. Beberapa luka dapat gagal untuk menyatu.

10. Obat

Obat anti inflamasi (seperti steroid dan aspirin), heparin dan anti neoplastmik mempengaruhi penyembuhan luka. Penggunaan antibiotik yang lama dapat membuat seseorang rentan terhadap infeksi luka. Steroid akan menurunkan mekanisme peradangan normal tubuh terhadap cedera, antikoagulan mengakibatkan perdarahan. Antibiotik efektif diberikan segera sebelum pembedahan untuk bakteri penyebab kontaminasi yang spesifik. Jika diberikan setelah pembedahan tertutup, tidak akan efektif akibat koagulasi intravaskuler.

E. Proses Penyembuhan Luka

Pada umumnya luka dapat sembuh dengan sendirinya. Luka akan mengalami kegagalan penyembuhan jika ada faktor yang menghambat sehingga luka awalnya biasa menjadi luar biasa sulit untuk sembuh. Ada beberapa Faktor yang sangat berperan dalam mendukung penyembuhan luka, yaitu faktor lokal dan faktor umum. Faktor lokal yang dapat mendukung penyembuhan luka adalah kondisi luka, seperti hidrasi luka, penatalaksanaan luka (aplikasinya), temperatur luka, adanya tekanan, gesekan,

atau keduanya, ada benda asing, dan ada tidaknya infeksi. Faktor umum yang dapat menghambat penyembuhan luka adalah kondisi pasien secara umum, seperti faktor usia, penyakit penyerta, vaskularisasi, nutrisi, kegemukan, gangguan sensasi pergerakan, status psikologis, terapi radiasi dan obat-obatan (Arisanty, 2014).

Proses penyembuhan luka yang terjadi adalah sebagai berikut:

1. Fase Inflamasi

Berlangsung sampai hari ke-5. Akibat luka terjadi pendarahan, tubuh akan berusaha menghentikannya dengan vasokonstriksi, pengerutan ujung pembuluh yang terputus (retraksi) dan reaksi hemostasis. Hemostasis terjadi karena keluarnya trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan, bahan kimia tertentu dan asam amino tertentu yang mempengaruhi pembekuan darah, mengatur tonus dinding pembuluh darah dan kemotaksis terhadap leukosit. Sel radang keluar dari pembuluh darah secara diapedesis dan menuju daerah luka secara kemotaksis. Sel Mast mengeluarkan serotonin dan histamin yang meningkatkan permeabilitas kapiler, terjadi eksudasi cairan oedema. Dengan demikian akan timbul tanda-tanda radang. Leukosit, limfosit dan monosit menghancurkan dan memakan kotoran dan kuman. Pertautan pada fase ini hanya oleh fibrin, belum ada kekuatan pertautan luka sehingga disebut fase tertinggal (lag phase). Berat ringannya reaksi radang ini dipengaruhi juga

oleh adanya benda-benda asing dari luar tubuh, misalnya: benang jahit, infeksi kuman dll. Tidak adanya serum maupun pus/nanah menunjukkan reaksi radang yang terjadi bukan karena infeksi kuman tetapi karena proses penyembuhan luka.

2. Fase Proliferasi atau Fibroplasi

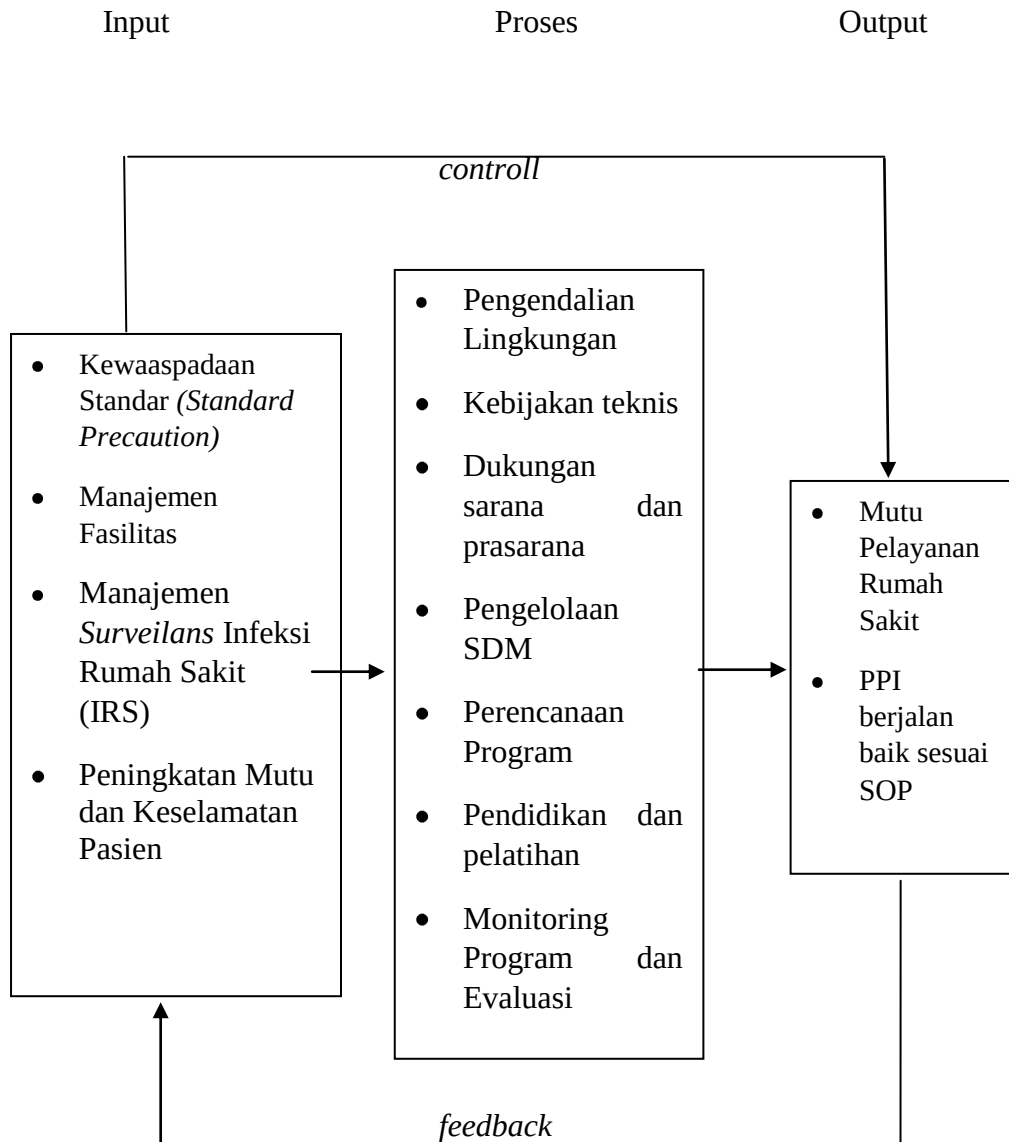
Berlangsung dari akhir masa inflamasi sampai kira-kira minggu ke-3. Pada fase ini terjadi proliferasi dari fibroblast yang menghasilkan mukopolisakarida, asamaminoglisin dan prolin yang akan mempertautkan tepi luka. Pada fase ini terbentuk jaringan granulasi. Pembentukan jaringan granulasi berhenti setelah seluruh permukaan luka tertutup epitel dan mulailah proses pendewasaan penyembuhan luka, pengaturan kembali dan penyerapan yang berlebih.

3. Fase Remodelling/Fase Resorpsi/Fase penyudahan

Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terdiri dari penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi dan akhirnya perupaan kembali jaringan yang baru terbentuk. Fase ini berakhir bila tanda radang sudah hilang. Dari teori diatas dapat disimpulkan bahwa luka dapat sembuh secara alami tanpa pertolongan dari luar, tetapi cara alami ini memakan waktu cukup lama dan meninggalkan luka parut yang kurang baik, terutama kalau lukanya menganga lebar (perawatpskiatri, 2009).

E. KERANGKA TEORI

Kerangka konsep merupakan visualisasi dari arah pemikiran penelitian yang akan dilakukan (notoatmodjo 2012,p.200). Berdasarkan penelusuran perpustakaan yang berhubungan dengan kejadian infeksi luka operasi dapat di gambarkan dalam suatu kerangka teori seperti dalam skema berikut ini :



Gambar 2.3 Skema kerangka teori

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Karakteristik dalam penelitian ini adalah berfokus pada satu fenomena utama, tidak memerlukan banyak sampel agar lebih mendalami dan memahami fenomena yang diteliti. Seleksi partisipan, situasi atau unit waktu harus berorientasi pada tujuan penelitian atau berdasarkan kriteria (*criterion-based-sampling*) sangat umum digunakan pada riset fenomenologi (Afiyanti & Rachmawati, 2014,p.71).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Padang Panjang pada bulan April sampai dengan Mei 2016. Pengambilan data awal bulan Desember 2015.

C. Populasi dan Partisipan

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Populasi bukan hanya orang, akan tetapi objek dan benda alam yang lain. Populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada objek/subjek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh karakteristik/sifat yang dimiliki oleh subjek atau objek itu (Fitriani, 2015).

Populasi dalam penelitian ini adalah perawat kamar operasi 7 orang, petugas anastesi 5 orang, petugas *laundry* 2 orang, petugas *CSSD* 2 orang, TIM PPI 2 orang, Kepala Bidang Penunjang Medis, Kepala Bidang Pelayanan dan Direktur.

2. Partisipan

Partisipan adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Partisipan penelitian kualitatif menggunakan partisipan yang diambil secara *purposive sampling* adalah sampel yang dipilih secara sengaja karena memiliki pengalaman sesuai dengan fenomena yang diteliti. Partisipan ini menetapkan terlebih dahulu kriteria-kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Individu yang dipilih untuk berpartisipasi dalam riset adalah mereka yang memiliki berbagai pengalaman yang telah disaratkan oleh riset yang sedang dilakukan. Riset fenomenologi membutuhkan sampel purposif, yaitu para partisipan yang memiliki pengalaman sesuai dengan fenomena yang diteliti (Afiyanti, 2014 p.106).

Dalam penelitian ini partisipan yang diambil adalah perawat kamar operasi, anastesi, petugas *laundry*, petugas *CSSD*, kepala bidang pelayanan, kepala bidang pelayanan dan Direktur yang berjumlah 10 orang, dengan kriteria sebagai berikut :

1. Bersedia menjadi responden (diwancarai dan di observasi).
2. Bertugas di RSUD Kota Padang Panjang.

3. Telah berpengalaman minimal dua tahun dibidangnya (untuk kategori perawat, anestesi, *laundry* dan *CSSD*).

Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari satu populasi yang terjangkauakan diteliti (Nursalam 2008). Pada penelitian ini kriteria inklusinya adalah:

1. Bersedia menjadi responden (diwancarai dan diobservasi).
2. Perawat kamar operasi/ anestesi.
3. Bertugas di kamar operasi, anestesi, *laundry*, *CSSD*, kepala kidang penunjang medis, kepala bidang pelayanan dan direktur rumah sakit.
4. Telah berpengalaman minimal 2 tahun dibidangnya.

D. Etika Penelitian

Menurut Moelong (2007), agar studi alamiah benar-benar dapat terjadi dan peneliti tidak mendapat persoalan masalah etik maka ada beberapa yang harus di persiapkan oleh peneliti antara lain :

- a. Meminta izin pada penguasa setempat dimana penelitian akan dilaksanakan sekaligus memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian.
- b. Menempatkan orang-orang yang diteliti bukan sebagai “objek” melainkan orang yang derajatnya sama dengan peneliti.

- c. Memegang segala rahasia yang berkaitan dengan informasi yang diberikan.
- d. Selama dan sesudah penelitian (*privasi*) tetap dijaga, semua partisipan diperlakukan sama, nama partisipan dengan nomor (*anonymity*), peneliti akan menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan dan hanya digunakan untuk kegiatan penelitian serta tidak akan di publikasikan tanpa izin partisipan (Suryano & Anggraini 2011,p.98-99).

Menurut pendapat lain prinsip-prinsip etika penelitian adalah :

1. Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan

Penerapan prinsip ini dapat dilakukan peneliti untuk memenuhi hak-hak partisipan dengan cara menjaga kerahasiaan identitas partisipan (*anonymity*), kerahasiaan data (*confidentiality*), menghargai *privacy* dan *dignity*, dan menghormati otonomi (*respect for autonomy*).

2. Memperhatikan Kesejahteraan Partisipan

Penerapan prinsip ini dilakukan peneliti dengan memenuhi hak-hak partisipan dengan cara memperhatikan kemanfaatan (*beneficence*) dan meminimalkan resiko (*nonmaleficence*) dari kegiatan penelitian yang dilakukan dengan memperhatikan kebebasan dari bahaya (*free from harm*), eksploitasi (*free from exploitation*), dan ketidak nyamanan (*free from discomfort*).

3. Keadilan (*Justice*) untuk Semua Partisipan

Hal ini memberikan semua partisipan hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa diskriminasi.

Semua partisipan memperoleh perlakuan yang disepakati. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap partisipan penelitian memiliki hak untuk diperlakukan adil dan tidak dibeda-bedakan diantara mereka selama kegiatan riset dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan secara sosial.

4. Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Pendekatan kualitatif pada umumnya menggunakan manusia sebagai subjek penelitian yang diteliti. Proses pendekatan itu sendiri akan menyentuh aspek etik yang berkembang sebagai dampak dari proses penelitian yang dilakukan integritas manusia sebagai subjek yang dipelajari perlu dihormati dan di hargai hak-haknya (Afiyanti & Rachmawati 2014,p.29-32).

E.Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

a. Wawancara mendalam

Wawancara merupakan metode pengumpulan data yang paling sering digunakan pada banyak penelitian kualitatif. Wawancara pada penelitian kualitatif pembicaraan yang mempunyai tujuan dan didahului beberapa pertanyaan informal. Penelitian melakukan wawancara mengeksplorasi perasaan, persepsi dan pemikiran partisipan (Afiyanti & Rachmawati 2014,p.113).

Jenis wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara semi berstruktur. Menggunakan pertanyaan terbuka (*open-*

ended questions) dan menggunakan *probes* yang telah disiapkan sebelumnya (Afiyanti & Rachmawati 2014,p.118).

b. Observasi

Salah satu strategi pengumpulan data dalam penelitian kualitatif adalah observasi. Patton (2002) menjelaskan bahwa observasi merupakan metode pengumpulan data yang esensial dalam penelitian kualitatif. Kegiatan observasi meliputi memperhatikan dengan seksama, termasuk mendengarkan, mencatat, dan mempertimbangkan hubungan antar aspek pada fenomena yang sedang di amati (Afiyanti & Rachmawati 2014,p.121).

2. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan studi dokumentasi. Studi dokumentasi merupakan salah satu metode pengumpulan data kualitatif dengan melihat dan menganalisis dokumen yang berhubungan dengan penelitian yang di lakukan. Dokumen tersebut berupa buku, jurnal, dan lain-lain.

F.Instrumen Penelitian

Instrumen peneliti yang terutama pada studi kualitatif ini adalah peneliti sendiri, selanjutnya ada *ball point*, *Handphone* dan pedoman wawancara.

G . Keabsahan Data

1. Keabsahan Data

a. Kredibilitas (Kepercayaan) data

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Suatu hasil penelitian dikatakan memiliki kredibilitas yang tinggi atau baik ketika hasil-hasil pada penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial mereka.

b. Transferabilitas atau Keteralihan Data (*Applicability, Fittingness*)

Seberapa mampu suatu hasil penelitian kualitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau kelompok atau partisipann lainnya merupakan pertanyaan untuk menilai kualitas tingkat keteralihan atau transferabilitas. Penelitian kualitatif memiliki keterbatasan pada aspek generalisasi disebabkan karena tujuan utama dari penelitian kualitatif adalah untuk memahami suatu fenomena atau situasi kehidupan secara mendalam bukan untuk menggeneralisasikan hasil temuan riset tersebut.

c. Dependabilitas (Ketergatungan)

Pertanyaan dasar untuk memperoleh nilai dependabilitas atau dari studi kualitatif adalah bagaimana studi yang sama dapat diulang

atau direplikasi pada saat yang berbeda dengan menggunakan metode yang sama, partisipan yang sama, dan dalam konteks yang sama.

d. Konfirmabilitas

Konfirmabilitas (*confirmability*) menggantikan aspek objektivitas pada penelitian kuantitatif, namun tidak persis sama arti dari keduanya, yaitu kesedian peneliti untuk mengungkapkan secara terbuka proses dan elemen-elemen penelitiannya.

2. Strategi Memperoleh Keabsahan Data

a. Memperpanjang waktu dalam membina hubungan partisipan-peneliti

Peneliti diharuskan terlibat langsung dalam berbagai kegiatan atau situasi kehidupan partisipannya. Hal ini bermanfaat untuk peneliti sendiri, diantaranya dapat mengamati secara langsung bahkan terus-menerus bagaimana proses sosial dan pembentukan perilaku yang dialami partisipannya,.

b. Membuat rekam jejak (*Audit Track*)

Rekam jejak adalah catatan terperinci menyangkut keputusan-keputusan yang dibuat peneliti sebelum maupun sepanjang penelitian dilakukan. Catatan tersebut meliputi catatan lapangan yang *ekstensif* (catatan tentang bagaimana dan dalam konteks apa catatan lapangan tersebut dibuat), catatan pemikiran yang reflektif dan analitis selengkapya tentang database penelitian yang dihasilkan.

c. Melakukan *Member Check/Feedback* Partisipan

Lincoln dan Guba (1985) menguraikan bahwa member check adalah peneliti mencocokkan pemahaman dan interpretasi data yang dihasilkan kepada pemahaman para partisipannya. Peneliti dapat mengamati langsung berbagai reaksi para partisipan terhadap data yang dihasilkan dan meminta para partisipan memberi tanggapan tambahan terhadap data tersebut.

d. Membuat Deskripsi Padat berisi uraian hasil penelitian

Deskripsi padat yang dideskripsikan secara lengkap, jelas dan padat oleh para peneliti berkenaan dengan proses yang terjadi dan dialami peneliti, konteks peristiwa, dan para individu yang terlibat pada penelitian ini.

e. Melakukan Triangulasi

Artinya memperkenankan peneliti mengeksplorasi fenomena yang diteliti lebih mendalam dengan cara melakukan berbagai variasi metode atau cara dalam memperoleh data untuk meningkatkan pemahaman dan memperjelas yang komprehensif dari data yang dihasilkan. Triangulasi dapat dilakukan peneliti mulai dari merancang desain penelitian, selama pengumpulan data dan menganalisis data, atau sepanjang proses riset berlangsung (Afiyanti & Rachmawati, 2014,p.171-175).

H. Analisa Data

Proses analisis data dilakukan secara simultan dengan proses pengumpulan data. Adapun tahapan proses analisis data kualitatif terdapat

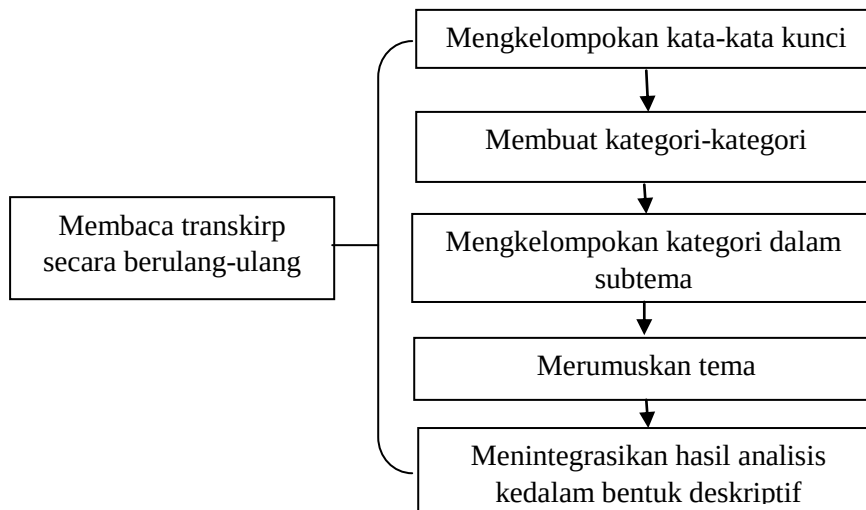
beberapa model analisis. Salah satunya menggunakan model Colaizzi (1978, dalam (Shosha, 2012).

Langkah-langkah analisis data kualitatif dari Colaizzi adalah sebagai berikut:

1. Mendeskripsikan fenomena yang diteliti. Peneliti mencoba memahami fenomena gambaran konsep penelitiannya dengan cara memperkaya informasi melalui studi literatur.
2. Mengumpulkan deskripsi fenomena melalui pendapat atau pernyataan partisipan. Dalam hal ini peneliti melakukan wawancara dan menuliskannya dalam bentuk naskah transkrip untuk dapat mendeskripsikan gambaran konsep penelitian.
3. Membaca seluruh deskripsi fenomena yang telah disampaikan oleh semua partisipan.
4. Membaca kembali transkrip hasil wawancara dan mengutip pernyataan-pernyataan yang bermakna dari semua partisipan. Setelah mampu memahami pengalaman partisipan, peneliti membaca kembali transkrip hasil wawancara, memilih pernyataan-pernyataan dalam naskah transkrip yang signifikan dan sesuai dengan tujuan khusus penelitian dan memilih kata kunci pada pernyataan yang telah dipilih dengan cara memberikan garis penanda.
5. Menguraikan arti yang ada dalam pernyataan-pernyataan signifikan. Peneliti membaca kembali kata kunci yang telah diidentifikasi dan mencoba menemukan esensi atau makna dari kata kunci untuk membentuk kategori.

6. Mengorganisir kumpulan-kumpulan makna yang terumuskan ke dalam kelompok tema. Peneliti membaca seluruh kategori yang ada, membandingkan dan mencari persamaan diantara kategori tersebut, dan pada akhirnya mengelompokkan kategori-kategori yang serupa ke dalam sub tema dan tema.
7. Menuliskan deskripsi yang lengkap. Peneliti merangkai tema yang ditemukan selama proses analisis data dan menuliskannya menjadi sebuah deskripsi dalam bentuk hasil penelitian.
8. Menemui partisipan untuk melakukan validasi deskripsi hasil analisis. Peneliti kembali kepada partisipan dan membacakan kisi-kisi hasil analisis tema. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah gambaran tema yang diperoleh sebagai hasil penelitian sesuai dengan keadaan yang dialami partisipan.
9. Menggabungkan data hasil validasi ke dalam deskripsi hasil analisis. Peneliti menganalisis kembali data yang telah diperoleh selama melakukan validasi kepada partisipan, untuk ditambahkan ke dalam deskripsi akhir yang mendalam pada laporan penelitian sehingga pembaca mampu memahami pengalaman partisipan (Shosha, 2012).

Gambar 4.1 Teknik analisa data



Sumber : Colaizzi (1978, dalam Anggraeni & Saryono, 2011)

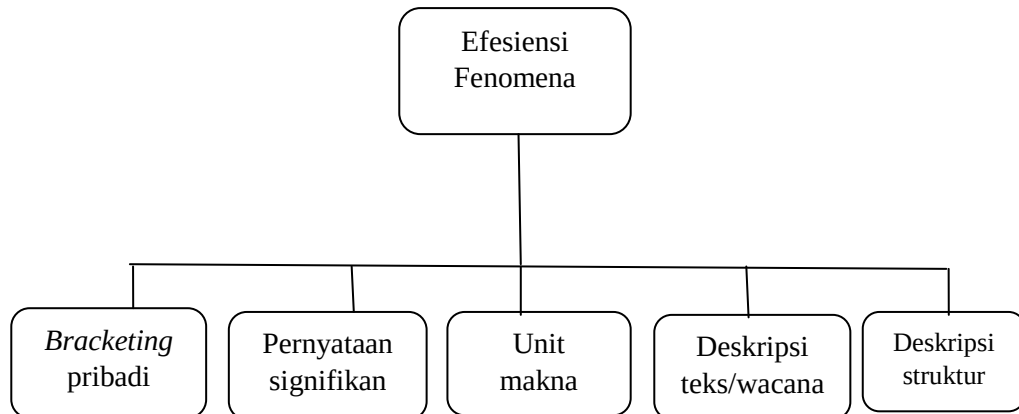
Pada intinya analisa data pada pendekatan fenomenologi menurut Creswell (2013) menggunakan proses koding yang sistematis. Proses ini di mulai dengan mendengarkan deskripsi verbal para partisipan, di ikuti dengan kegiatan membaca dan membaca kembali transkrip verbatim. Penelitian menganalisis pertanyaan pertanyaan spesifik. Langkah secara umum proses analisis data pada metode fenomenologi dapat di jelaskan sebagai berikut :

1. Memberikan gambaran pengalaman personal terhadap fenomena yang di teliti dengan mendengarkan deskripsi verbal partisipan, membaca dan membaca ulang deskripsi tersebut. Selanjutnya, peneliti menganalisis pertanyaan pertanyaan yang spesifik untuk memberi

gambaran tentang pengalamannya sendiri terhadap fenomena yang di teliti.

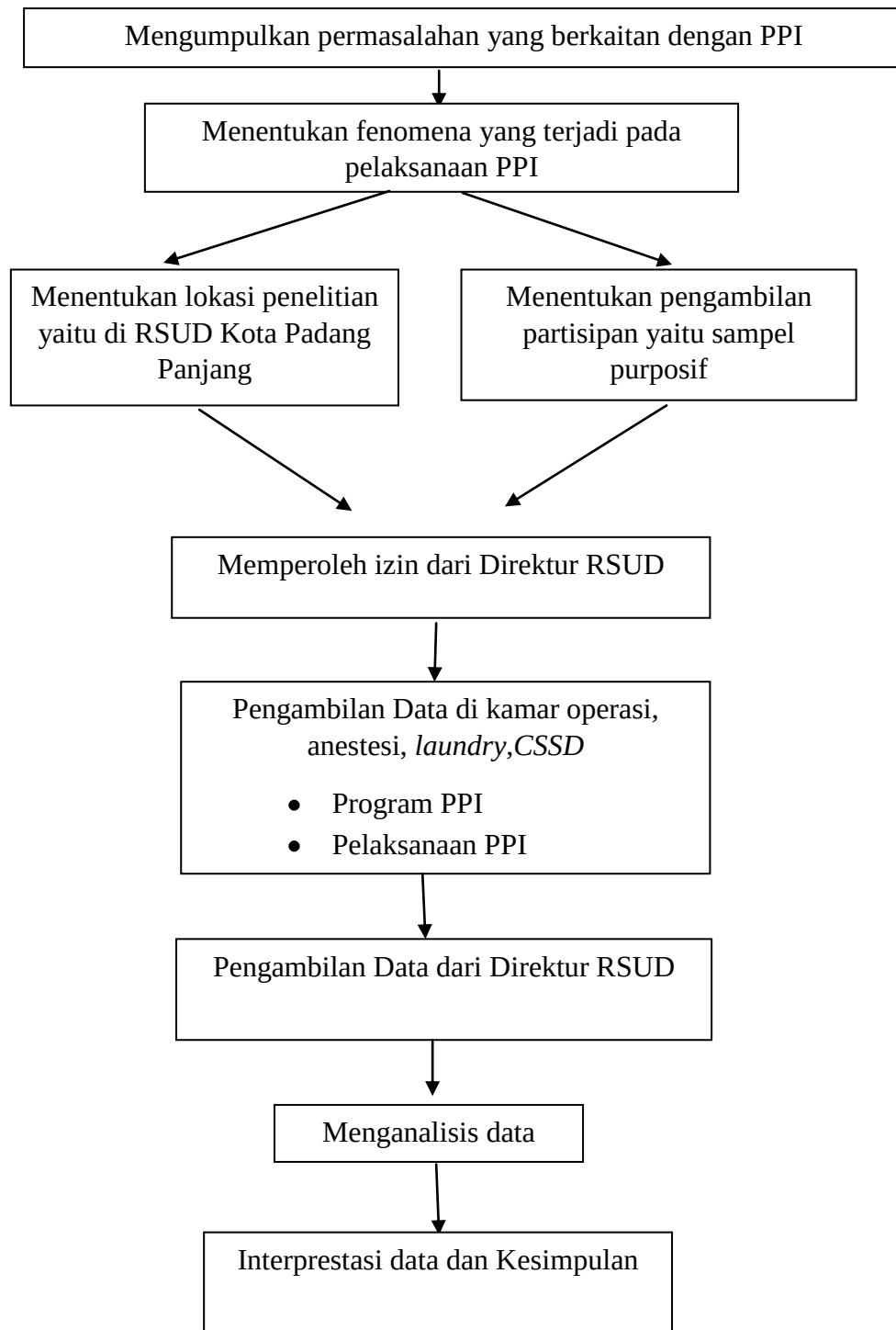
2. Membuat daftar pertanyaan yang signifikan. Peneliti menemukan pertanyaan pertanyaan tentang bagaimana para partisipan mengalami pengalamannya.
3. Mengelompokan pernyataan yang signifikan tersebut disimpulkan dalam suatu unit data atau informasi yang lebih besar.
4. Menuliskan deskripsi atau interpretasi “apa “ yang di alami para partisipan terkait fenomena yang di teliti, ini disebut “suatu” deskripsi tekstural “tentang suatu pengalaman apa yang dialami dan dilengkapi dengan contoh- contoh verbatim para partisipan.
5. Menuliskan “bagaimana” pengalaman yang dialami partisipan. Ini yang disebut dengan “deskripsi struktural”, dan peneliti merefleksikan pada setting atau konteks fenomena yang di teliti partisipan.
6. Menuliskan deskripsi gabungan (interpretasi data), yang menggabungkan deskripsi tekstural dan struktural. Ini yang disebut “inti sari” (*essense*) dari pengalaman para partisipan dan mempresentasikan aspek inti dari study fenomena yang dituliskan peneliti melalui interpretasi data (Afiyanti & Rachmawati 2014, p.149-150).

Gambar 4.2 Koding pada pendekatan fenomenologi



Sumber : Afiyanti & Rachmawati 2014, p.151.

I. Alur Penelitian



Gambar 4.3 Alur Penelitian (Afiyanti & Rachmawati ,2014)

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Padang Panjang yang **AMANAHAH** (Aman-Mandiri-Ahli-Nyaman-Adil-Humainis) berstandar internasional, mempunyai visi RSU sebagai tujuan wisata kesehatan dengan keunggulan di bidang respirasi yang Islami dengan moto **Melayani dengan hati**. RSUD Padang Panjang yang merupakan rumah sakit Tipe C terletak di persimpangan antara kota Padang-Bukittinggi-Solok-Batu Sangkar. Dengan alamat jalan Tabek Gadang Bukik Kandung, kelurahan Ganting-Gunung, kecamatan Padang Panjang Timur, kota madya Padang Panjang. Dengan Misi sebagai berikut :

1. Menyelenggarakan Pelayanan Medis dengan teknologi canggih.
2. Menyelenggarakan pelayanan keperawatan yang bersahabat.
3. Menyelenggarakan pelayanan rujukan (respirasi) melalui kerjasama regional, nasional, dan internasional.
4. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan kesehatan dan kesinambungan
5. Menyediakan fasilitas dan alat kesehatan yang sesuai dengan perkembangan teknologi dan informasi.

B. Gambaran Umum Partisipan

Partisipan pada penelitian ini terdiri dari perawat kamar operasi, perawat anestesi, Komite PPI, *CSSD*, *Laundry*, kepala bidang penunjang, kepala bidang pelayanan, dan Direktur RSUD Padang Panjang.

Tabel 4.1
Karakteristik Informan Penelitian

No.	Kode	JK	Umur	Pendidikan
1	Partisipan 1	Perempuan	41 tahun	S1 keperawatan
2	Partisipan 2	Laki-laki	48 tahun	Sekolah Perawat Kesehatan
3	Partisipan 3	Perempuan	30 tahun	DIII Keperawatan
4	Partisipan 4	Perempuan	40 tahun	DIII Kesehatan Lingkungan
5	Partisipan 5	Perempuan	42 tahun	S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
6	Partisipan 6	Laki-laki	38 tahun	DIII Keperawatan Anestesi
7	Partisipan 7	Perempuan	41 tahun	S1 Keperawatan
8	Partisipan 8	Laki-laki	44 tahun	S1 Kesehatan Masyarakat
9	Partisipan 9	Laki-laki	44 tahun	S1 Kedokteran Umum
10	Partisipan 10	Laki-laki	38 tahun	DIII Keperawatan

C. Analisis Tema

Berdasarkan hasil wawancara mendalam pada penelitian ini diperoleh empat tema terdiri dari pertama Kewaspadaan Standar, kedua Manajemen Fasilitas, ketiga Tata Kelola Kepemimpinan dan Pengaturan, keempat Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

1. Kewaspadaan Standar

a. Pengendalian lingkungan yang belum maksimal

Pada umumnya partisipan menginginkan penataan ruangan harus sesuai dengan standar, sehingga pencegahan dan pengendalian infeksi dari segi pengendalian lingkungan bisa di atasi. Berikut ungkapannya

“....Untuk penyimpanannya ada ruangan khusus yang harus kita pakai, sementara kita tidak mempunyai ruangan khusus untuk penyimpanan alat-alat yang telah disterilkan.....pasien yang masuk dan yang keluar pintunya masih sama belum dibedakan....ada pula beberapa OK yang bocor...” (P1)

“....Alur masuk keluar pasien di RSUD Padang Panjang belum betul, karena satu pintu diasana keluar disitu masuk, alat masuk melalaui pintu itu juga, petugas masuk melalui pintu itu juga, jadi menurut saya salah satu pendukung terjadinya infeksi luka operasi di RSUD Kota Padang Panjang.” (P2)

“...Ruangan kita mungkin kurang memenuhi standar pintu keluar pasien dan pintu masuk pasien sama...” (P3)

“...CSSD sangaik dak standar, ruangnya ciek nyoh..ruangan darurat, satu ruangan disitu sadonyo...harapannya dibangunlah ruangan sasuai dengan pedoman sterilisasi permenkes...” (P4)

“...ruangan OK belum merujuk kepada standar kamar bedah sesuai dengan tuntutan akreditasi...bagaimana selayaknya kamar operasi, baik dari ruangan, pintu, flafon, cuci tangan, mungkin itu salah satu pengaruh tingkat infeksi...” (P5)

“...Kita hanya punya ruangan kamar operasi cuman dua kamar, kamar operasi bedah sama kamar operasi kebidanan...kadang-kadang kita memasukan pasien kebidanan ke kamar operasi bedah, pasien bedah ke kebidanan...Seandainya kalau tertata kamar operasi secara bagus itu

kita adakan operasi elektif...Melakukan pembersihan kamar operasi sekali seminggu...” (P6)

“...OK ada yang bocor...pintu masuk dan pintu keluar sama, antara pasien yang mau masuk OK berselisih dengan pasien yang keluar dari OK...” (P7)

“...yang perlu kita perbaiki terutama dari alur masuk dan keluar pada saat ini kita masih satu, karena memang lokasi kita...itu untuk kamar operasi..ruangan CSSD perlu perbaikan sesuai standarnya CSSD...” (P8)

“...Dikamar operasi kita ini belum ada batasan ruangan yang jelas atau pembagian area yang jelas antara ruangan non steril, semi steril dan ruangan steril....” (P10).

b. Kebijakan teknis yang belum efektif

Salah satu dari kebijakan teknis adalah Standar Operasional Prosedur (SOP), pada umumnya partisipan mengharapkan standar operasional prosedur harus berjalan sesuai dengan tuntutan akreditasi, berikut ungkapannya :

“...Itu karena protapnya tidak jalan, kalau seandainya protapnya jalan kan nanti dokter kan bisa mengikutinya...saya ingin SOP berjalan sesuai standar, karena kita akan akreditasi...” (P1)

“...SOP nya sudah ada dibikin tapi kenyataan dilapangan belum bisa diterapkan...SOP yang sudah dibikin oleh manajemen sebagusnya kita jalankan sesuai dengan aturan, karena semuanya akan berakibat kepada kerugian pasien itu sendiri...” (P2)

“...Kami dari pihak kamar operasi sudah menyampaikan bahwasanya SOP harus dijalankan tetapi dari operator mungkin kurang menanggapi...Ya menurut saya SOP dijalankan secepatnya untuk menekan angka ILO dikamar operasi...” (P3).

“ SOP yang ada cuman SOP dari mesin, dari mesin ada awal masuk alat, cara packing alat ada dimesin tu, SOP yang lainnya alun ada lai, SOP untuk urang bakarajo alun ada lai...” (P4).

“Untuk SOP sam protap itu baru persiapan dari tim, mereka PPI yang menyiapkan untuk pengkoreksian nya...Penulisan SOP sudah cuman yang belum lagi berarti penomoran resmi...” (P5).

“...SOP sudah dibuat tapi belum berjalan karena SOP belum diberi nomor dan sebagian sudah mulai kami jalankan seperti promosi hand hygiene...SOP sudah banyak kami bikin tapi belum disosialisasikan sebagian belum didistribusikan, sebelum didistribusikan harus ada revisi dulu, harus ada rapat internal tentang SOP...” (P7).

“...Namun dalam langkah dekat ini kita akan membuat SOP dalam rangka prosedur bagaimana penanganan pencucian pakaian...revisi SOP untuk memenuhi kebutuhan...” (P8).

“...Pelaksanaan dan pengendalian SOP inilah titik paling berat dan yang selalu menjadi kendala...jadi hal ini akan kita kawal pak Yunis...(P9).

“...Kalau SOP ya.. ada yang sudah dibuat dan ada yang sudah dijalani dan ada yang belum, seperti contoh SOP tentang prosedur pasien yang akan di operasi...SOP harus lengkap dan berjalan sesuai dengan semestinya, mustahil rasanya kita akan bisa berbuat sempurna tanpa didukung dengan SOP...” (P10).

2. Manajemen Fasilitas

a. Pengadaan Fasilitas

Rumah sakit dalam kegiatannya menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan supportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung, untuk mencapai tujuan ini, fasilitas fisik, medis dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif. Berikut ungkapannya :

“...Masih banyak, masih banyak yang belum lengkap yang kita punya belum sesuai standar, seperti gogglesnya, dari segi yang lainnya, sarung tangan yang sampai siku.....seharusnya satu pasien satu alat lalu disterilkan, kami untuk kebijakan cuma merebus atau mensterilkan dengan cara merebus, tapi itulah yang terjadi saat ini apabila pasien melebihi alat yang ada”(P1).

“...Kalau perlindungan diri di kamar operasi kita rasa sangat kurang karena seperti kita ketahui perlindungan diri ini seperti goggles, seperti yang lain gak usah saya sebutkan satu persatu menurut saya memang sangat minim di kamar operasi.....Ketersediaan alat ataupun instrumen di kamar operasi sangat minim, kalau kita lihat dari jumlah penanganan pasien di kamar operasi saya rasa sangat tidak rasional kita memakai alat yang dimana kadang-kadang pasiennya jauh melebihi ketersediaan alat...” (P2).

“...Kita tidak punya goggle pak Yunis, hanya kita punya apron dan BOT, kaca mata, helm tidak ada disediakan dikamar operasi....Kita mempunyai alat terbatas seperti set dasar kita cuma 2 atau 3, sedangkan operasi sehari tu bisa mencapai sepuluh ada yang sam pai duabelas orang...”(P3).

“...dalam melakukan tindakan operasi kita butuh APD diantaranya sepatu bot, Apron, kacamata peindung atau goggle, sementara yang tersedia sekarang hanya apron dan sepatu bot, goggle ada sih tapi ada satu buah itupun udah tidak layak pakai lagi...” (P10).

b. Dukungan Sarana dan Prasarana yang masih minim

Sarana dan prasarana sangat penting untuk menunjang pelayanan kepada pasien, keamanan, kenyamanan dan kemudahan untuk mengakses berbagai kebutuhan pasien, keluarga dan pengunjung.

Berikut ungkapannya :

“...Kalau sesuai standar belum, OK kita tidak mempunyai pengukuran udara positif negatifnya, dan ada pula OK yang bocor....kita tidak mempunyai ruangan khusus untuk penyimpanan alat-alat yang telah disterilkan...”(P1).

“....Alur masuk keluar pasien di RSUD Padang Panjang belum betul, karena satu pintu disana keluar disitu masuk, alat masuk melalui pintu itu juga, petugas masuk melalaui pintu itu juga, jadi menurut saya ini merupakan salah satu pendukung terjadinya infeksi louka operasi di RSUD Padang Panjang...”(P2).

“...saya belum merasakan maksimalnya sarana dan prasarana di kamar operasi contohnya saja seperti...ruangan banyak terjadi kebocoran..... ruangan kita mungkin kurang memenuhi standar contohnya pintu keluar pasien dan masuk pasien sama...”(P3).

“...Baa yoo.. ko ruangan darurat, satu ruangan disitu sadonyo, utnuk bikin air RO untuk autoclav se diruangan CSSD, sementara itu harusnya dilua...Sajak uni tau alun pernah samo sakali dikalibrasi lai sajak babali, seharusnya wajib sakali satahun dikalibrasi..”(P4).

“...awal pintu kita masuk itu sudah ada area semi steril non steril, nah ketika kita ganti baju, ganti baju pasien, baju kamar operasi hanya boleh lewat area semi steril, bukan non streil, kita tidak tau diruangan kita sendiri, termasuk saya juga sudah melewati area garis merah

tadi...jadi penataan ruangnya kurang sehingga menyulitkan untuk menertibkan keluarga pasien...”(P6).

“...Untuk saat ini kita memang perlu perbaikan karena setelah kita lihat dilapangan beberapa prosedur yang ada masih banyak yang perlu kita perbaiki terutama dari alur pasien masuk dan keluar pada saat ini kita masih satu karena memang lokasi kita...”(P8).

“...Belum adanya batasan ruangan yang jelas, pintu masuk dan keluar pasien harus berbeda...sarana dan prasarana yang ada dikamar operasi menurut saya belum standar pak, masih banyak hal yang harus diperbaiki dan dilengkapi, seperti tempat cuci tangan kita masih memakai kran yang buka tutupnya masih pakai tangan,...orang sudah memakai sistem sensor...”(P10)

c. Prosedur penatalaksanaan pasien belum terkoordinir

Tujuan utama pelayanan kesehatan rumah sakit adalah pelayanan pasien.

Penyediaan pelayanan yang paling sesuai di rumah sakit untuk mendukung dan merespon terhadap setiap kebutuhan pasien yang unik, memerlukan perencanaan dan koordinasi tingkat tinggi. Ada beberapa aktivitas tertentu yang bersifat dasar bagi pelayanan pasien salah satunya adalah perencanaan dan pemberian asuhan kepada setiap pasien. Berikut ungkapannya :

“...Menurut protapnya sih sudah ada tapi tidak berlaku selama ini karena antara cyto dan elektif oo..tidak dibedakan, yang elektif tidak ada dilakukan, seharusnya dirawat terlebih dahulu direncanakan, pasien tersebut dilakukana tindakan-tindakan pre operatif dimandikan dan segala macamnya...”(P1).

“...tingginya angka infeksi luka operasi berkemungkinan dari penatalaksanaan pasien semenjak dari pre op, intra operasi, dan post operasi..(P2).

“...Selama yang saya alami pasien yang ada dipoli pasien langsung masuk ke kamar operasi, tanpa merawat inapkan sehari sebelum operasi, sebelumnya ada protap....hanya berjalan sebentar, kembali ke keadaan semula tidak ada perbedaan antara cyto dan elektif...”(P3).

“... Kalau diruangan kita belum membedakan elektif dengan cyto, kita masih cyto semua pasien kita belum di elektifkan, dicytokeran semua, hari ini dipoli hari ini masuk OK nya...”(P7).

“...akhir-akhirnya memang terjadi operasi dadakan gitu, jadi hampir semua operasi elektif menjadi cyto, jadi tidak ada perbedaan antara operasi elektif dan cyto dan hal ini akan mempengaruhi terjadinya infeksi luka operasi...”(P9).

“...Untuk saat ini belum adanya perbedaan antara pasien elektif dan cyto, jadi pasien yang dari poliklinik pada hari itu langsung dijadwalkan untuk operasi pada hari itu juga...”(P10).

3. Manajemen Surveilans Infeksi

a. Belum optimalnya pengelolaan SDM

Rumah sakit membutuhkan cukup banyak orang dengan berbagai keterampilan yang kompeten untuk melaksanakan misi rumah sakit dan memenuhi kebutuhan pasien. Rekrutmen, evaluasi dan penugasan staf dapat dilakukan sebaik-baiknya melalui proses yang terkoordinasi, efisien dan seragam. Berikut ungkapannya :

“...Cuma urangnyo tu yang kurang, bantuak dikesling kami cuma balimo samo karu, ado lo yang cuti...karajo kesling pun banyak dituntut....jadi tanago kurang...”(P4).

“...Secara jumlah belum,minimal 4 orang lah ya tapi untuk menugaskan, membebas tugaskan yang dua orang lagi perlu juga awak pikirkan jangan sampai mengganggu pelayanan....Jadi memang harus ada pengkaderan minimal 1 orang lagi...”(P5).

“...IPCN baru berdua kalau jumlah 2 jelas pak Yunis ya tidak cukup, tapi sebetulnya kita sudah menyiapkan TIM yang lengkap termasuk didalamnya dokter patologi klinik....Sampai detik ini kita belum mempunyai dokter spesialis bedah jadi untuk melayani kasus-kasus bedah kita mendatangkan dokter spesialis bedah dari rumah sakit lain yang bertugas dihari-hari yang telah ditentukan...”(P9).

b. Perencanaan program yang belum maksimal

Perencanaan merupakan proses yang menyangkut upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi kecenderungan di masa yang akan datang dan penentuan strategi dan taktik yang tepat untuk mewujudkan target dan tujuan suatu organisasi. Untuk meningkatkan profesionalitas suatu rumah sakit perlu mempunyai perencanaan program yang baik, dan berorientasi kepada pelayanan pasien. Berikut ungkapannya :

“...Ooo.. penyebabnya saya mungkin belum mengetahuinya, karena belum adanya penyelidikan secara detail tentang penyebab luka infeksi tersebut...kalau alat saya sudah mengusulkan kepada pihak manajemen mengenai alat yang dibutuhkan OK yang sesuai standar dengan jumlah pasien yang ada, kalau pasiennya banyak, sudah saya usulkan kepada pihak manajemen, oo belum direalisasikan sampai sekarang...”(P1).

“...Keterlambatan set masuk kamar operasi, sementara set tersebut oo kurang... alur masuk keluar pasien di RSUD Padang Panjang belum betul, karena satu pintu disana keluar disitu masuk...”(P2).

“...ruangan sudah meminta sesuai standar tapi pihak manajemen belum mengabulkannya, saya rasa kurangnya didana mungkin pak Yunis...”(P3)
“...kalau kita ingin meningkatkan mutu pelayanan kita harus punya komitmen bersama untuk berubah yang artinya saling koordinasi, saling melengkapi kekurangan, saling mencari solusi terhadap permasalahan yang ada...”(P10).

4. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

a. Pendidikan dan pelatihan SDM masih kurang

Rumah sakit merupakan perusahaan pelayanan jasa, dimana produk yang dihasilkan sifatnya tidak berujud (intangible) dan berasal dari pemberi pelayanan tersebut yang dalam hal ini adalah petugas atau kita sebut SDM. SDM merupakan unsur penting baik dalam produksi maupun penyampaian jasa. SDM menjadi bagian diferensiasi yang mana perusahaan jasa menciptakan nilai tambah dan memperoleh keunggulan

kompetitifnya. Sumber daya alat dan prasarana yang lain memungkinkan untuk ditiru dan juga dipunyai oleh rumah sakit lain, tetapi tidak demikian dengan SDM.

Berbicara masalah SDM tentu saja terkait dengan kompetensi. Kompetensi pada umumnya didefinisikan sebagai kombinasi antara pengetahuan, ketrampilan dan sikap/ perilaku (attitude) seorang karyawan sehingga mampu melaksanakan pekerjaannya. Beberapa ahli menyatakan bahwa pengetahuan dan ketrampilan merupakan *hard competency* sedangkan sikap dan perilaku sebagai *soft competency*. Lalu sisi mana dari kompetensi SDM ini yang merupakan peluang sebagai keunggulan kompetitif bagi rumah sakit?

Berikut ungkapanya :

“...Tapi saya sendiri sebagai petugas kamar operasi belum mempunyai sertifikat pelatihan sebagaimana harusnya seorang yang ada dikamar operasi...penting untuk pengembangan ilmu butuh pelatihan...”(P3).

“...Memang iyo salah satu memang paralu, ganti-gantian nyo diikuik an pelatihan, kalau dak dima lo tau, mode kami standar-standar yang ado paliang bisa caliak di internet nyoh, cuma di internet tu dak selengkap awak pai pelatihan doh. Bantuak di laundry sabanyak limo urang alun surang alah juo yang pelatihan lai, yang uni caliak nyo mancuci kain badarah harusnyo kan disikat, kadang-kadang dak nyo sikat dohkalau ado bay clean nyo serak an se bay clean tantang noda tu nyoh, mangkonyo bolong-bolong baju tu...”(P4).

“...Memang secara anggaran kegiatan PPI ini selalu di anggarkan baik berupa inhouse traning maupun pelatihan keluar, itu menjadi prioritas. Tidak mudah kalau menurut saya dalam program PPI, itu memang nyata ada anggaran untuk itu dan bukan hanya untuk pelayanan PPI dengan inhouse traning itu melibatkan bidang umum dan bidang penunjang...”(P5).

“...Untuk laundry, laundry sebenarnya sekarang petugas kita sudah ada empat orang sudah juga kita bagi dua shif, nah untuk pelatihan khusus mungkin yang lebih apa, belum yang ada baru mungkin mengikuti seminar atau yang apen namanya pelatihannya mungkin perlu lagi pelatihan yang

lebih dari sisi waktu mungkin lebih mendalam untuk melakukan pelatihan..., namun dalam langkah dekat ini kita akan membuat SOP dalam rangka prosedur bagaimana penanganan pencucian pakaian yang masuk dari semua unit-unit, ..., untuk petugas akan kita bimbing dan pada saatnya nanti akan kita coba melakukan peningkatan SDM.... sebenarnya kita untuk menempatkan seseorang itu butuh pelatihan, sementara yang baru pelatihan itu kita baru satu orang...”(P8).

“...SDM kita akan berkoordinasi dengan seluruh pelaku, mulai dari dokter spesialis baik bedah, anastesi dan lain-lain, kemudian penata anatesi, perawat bedah, perawat kamar operasi dan kita fasilitasi untuk peningkatan SDM baik melalui pelatihan maupun melalui yang kita sebut dengan routabel dikasi atau semacam kala karya dengan mendatangkan narasumber, kita kumpulkan petugas kita disini kemudian kita datangkan narasumber dari luar...”(P9).

b. Monitoring dan evaluasi program belum efektif

Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006, disebutkan bahwa monitoring merupakan suatu kegiatan mengamati secara seksama suatu keadaan atau kondisi, termasuk juga perilaku atau kegiatan tertentu, dengan tujuan agar semua data masukan atau informasi yang diperoleh dari hasil pengamatan tersebut dapat menjadi landasan dalam mengambil keputusan tindakan selanjutnya yang diperlukan. Tindakan tersebut diperlukan seandainya hasil pengamatan menunjukkan adanya hal atau kondisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan semula. Dengan kata lain pemantauan merupakan kegiatan mengamati perkembangan pelaksanaan rencana pembangunan, mengidentifikasi serta mengantisipasi permasalahan yang timbul dan/atau akan timbul untuk dapat diambil tindakan sedini mungkin.

Evaluasi adalah rangkaian kegiatan membandingkan realisasi masukan (input), keluaran (output), dan hasil (outcome) terhadap rencana dan standar. Evaluasi merupakan merupakan kegiatan yang menilai hasil

yang diperoleh selama kegiatan pemantauan berlangsung. Lebih dari itu, evaluasi juga menilai hasil atau produk yang telah dihasilkan dari suatu rangkaian program sebagai dasar mengambil keputusan tentang tingkat keberhasilan yang telah dicapai dan tindakan selanjutnya yang diperlukan.

Berikut ungkapannya :

“...Kalau menurut saya itu dibutuhkan ketegasan manajemen untuk menjalankannya, a yang apabila manajemen sudah menegaskan maka saya rasa yang dibawah akan mengikutinya...”(P1).

“...Kita rasa persoalan SOP aa murni kebijakan manajemen, setelah regulasi dibikin dari manajemen kalau tidak ada follow up nya dari aturan yang telah dibikin saya rasa memang begini jadinya susah untuk dijalankan...”(P2).

“...Tapi rasonyo kalau ditegaskan mungkin bisa tapi kalau datang dari direktur, kalau kami se yang ngecek dak didanganyo doh, salamoko lah panek lo kami mangecek ado yang amuah manjаланan ado lo kawannyo yang managahan...”(P4).

“...mungkin itu bisa di croscek balik lah karena yang lebih menentukan tingkat kejadian infeksi itu kan adalah tim PPI Bukan tim SPM... kita evaluasi yang berkesinambungan yang kurang,...kita tetap selalu memantau pertiga bulankah atau per enam bulankah,...kalau tidak ada monitoringnya bisa jadi itu berulang lagi, yang saya putuskan memang kesinambungan monitoring...., pedoman ada monitoringnya lupa, itu selalu dalam setiap kegiatan jadi akan ditindak lanjuti lagi,... Setelah enam bulan berjalan dengan pemantau semua lini persiapan sarana, bahan, sarana prasaranalah berarti kita nanti ada reword, ada punishment nya...”(P5).

“...Dalam hal ini menurut saya kalau kita ingin berubah, kita tidak bisa berudah dari satu sisi saja, melainkan kita harus punya komitmen bersama dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi ini, semuanya berkopeten...(P6).”

“...Untuk saat ini kita memang perlu perbaikan karena setelah kita lihat dilapangan beberapa prosedur yang ada itu masih banyak yang perlu kita perbaiki terutama dari alur pasien masuk dan keluar pada saat ini kita masih satu karena memang lokasi kita, tapi dalam terakhir ini sudah kita tinjau dengan kabag TU rencananya nanti di tahun ini diperubahan akan kita buat alur yang lebih sesuai dengan peraturan ya...”(P8).

“...TIM ini sendiri pun harus melakukan monev, monitoring dan evaluasi secara berkala, jadi TIM ini harus rapat minimal 1 kali dalam 2 bulan membahas kegiatan yang sudah dan yang akan dilaksanakan kemudian

melakukan evaluasi terhadap kendala kekurangan yang ditemukan didalam kegiatan-kegiatan sustainable, kesinambungan dalam mengawal... Ya, pengawalan dari kami yang kurang dari para manajemen... Jadi pengawalan ini kita pastikan efektif berlaku 1 Juni,... “komite PPI inilah yang akan melahirkan regulasi baik berupa SOP maupun aturan-aturan lain yang nantinya akan dilegalisasi oleh direktur rumah sakit...”(P9).

“...Jadi menurut saya kalau kita ingin meningkatkan mutu pelayanan kita harus punya komitmen bersama untuk berubah yang artinya saling koordinasi, saling melengkapi kekurangan, saling mencari solusi terhadap permasalahan yang ada. Untuk berubah itu tidak bisa satu sisi saja, tapi semua unit yang terkait dalam pelayanan tersebut harus punya komitmen untuk berbenah diri, Kalau boleh saya ibaratkan bak kato pepatah minang, **“Dek Samuik Lai Runtuh tabiang, kok konon dek manusia nan baraka”** Intinya apabila kita saling kerjasama dalam kebaikan insyaAllah apa yang kita cita-citakan akan tercapai, itulah pak yunis harapan saya...”(P10).

BAB V

PEMBAHASAN

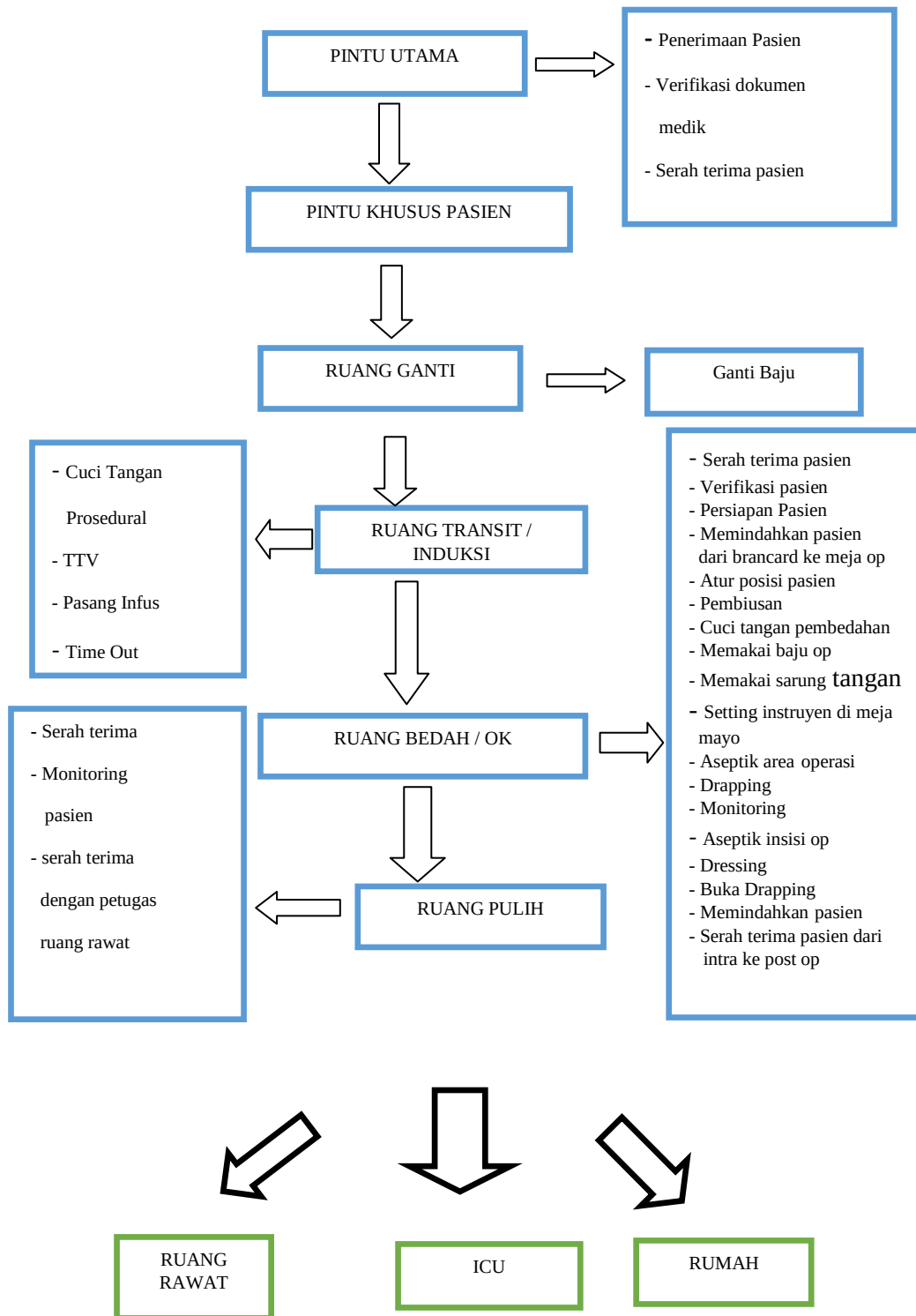
A. Kewaspadaan Standar (*Standard Precautions*)

1. Pengendalian Lingkungan

Pengendalian lingkungan dikamar operasi RSUD belum terlaksana dengan baik. Berdasarkan wawancara yang penulis lakukan partisipan mengungkapkan pengendalian lingkungan kamar operasi belum bisa dilaksanakan dengan maksimal, karena keterbatasan ruangan yang ada. Kamar operasi yang ada hanya 3 (tiga) buah, yang terdiri dari kamar operasi mayor, kamar operasi kebidanan dan kamar operasi mata. Kamar operasi mayor ini lah yang sering dipakai untuk berbagai kegiatan operasi, seperti operasi bedah, ortopedi, THT, bahkan dipakai juga untuk operasi kebidanan dan mata apabila pasien memerlukan General Anestesi. Alur yang ada dikamar operasi RSUD Kota Padang Panjang juga belum sesuai dengan standar kamar bedah. Pintu masuk dan keluar pasien, petugas, instrumen, linen dan obat melalaui satu pintu, Berikut Alur yang seharusnya :

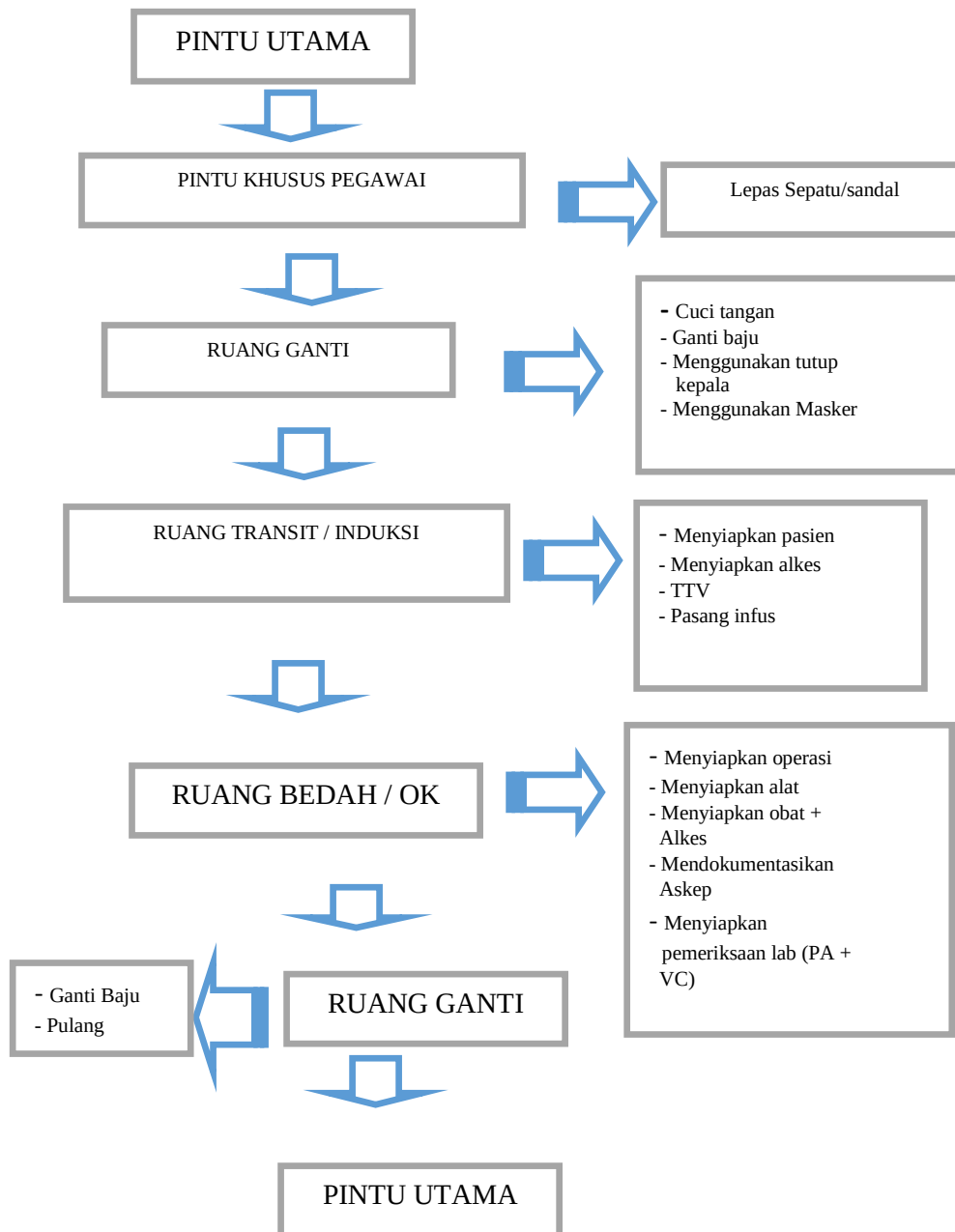
a. Alur Pasien

Alur pasien dibedakan sesuai dengan ketentuan standar dimana pasien masuk berbeda dengan pasien keluar dan pintu masuk yaitu pintu utama sama dengan alur petugas, tapi setelah melewati pintu utama, pintu masuk pasien dan petugas berbeda.



Gambar 5.1 Alur Pasien

b. Alur petugas



Gambar 5.2 Alur Petugas

2. Kebijakan Teknis Yang belum Efektif

Hasil penelitian ini menemukan bahwa di RSUD Kota Padang Panjang dalam menjalankan program pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi belum sepenuhnya terlaksana. Dari hasil wawancara dan observasi yang penulis lakukan ditemukan sebagai berikut :

a) *Handhygiene*

Handhygiene di RSUD Kota Padang Panjang sudah mulai di galakan, setiap petugas diwajibkan untuk melaksanakan cuci tangan sesuai dengan tuntutan akreditasi. Komite PPI sudah melakukan sosialisasi tentang kebersihan tangan kepada semua petugas rumah sakit dan mahasiswa yang praktek klinik di rumah sakit ini. Sosialisasi dilakukan dengan cara demo cuci tangan disaat apel pagi dilapangan, dan di saat adanya mahasiswa baru yang akan melaksanakan praktek klinik. Selain itu PPI juga sudah menempelkan gambar tentang cuci tangan di beberapa tempat di rumah sakit ini. Di kamar operasi, petugas belum semuanya melakukan cuci tangan sesuai dengan pedoman cuci tangan pembedahan. Melalui wawancara dan observasi yang penulis lakukan hal ini disebabkan karena operasi sering dilaksanakan dengan tergesa-gesa. Untuk melakukan cuci tangan prosedur pembedahan butuh waktu 5-10 menit. Selanjutnya *scrub station* yang ada di kamar operasi belum sesuai dengan standar. *Scrub station* yang ada di kamar operasi, buka tutup krannya masih menggunakan tangan. Berdasarkan pedoman teknis ruang operasi beberapa persyaratan dari *scrub station* yang harus dipenuhi antara lain : terdapat kran siku atau kran dengkul minimal untuk 2 (dua) orang, aliran air setiap kran cukup,

dilengkapi dengan ultraviolet (UV), water sterillizer, tempat cairan desinfektan dan sikat kuku. Berikut contoh gambar *scrub station* yang direkomendasi.



Gambar 5.3 Scrub Station Standar



Gambar 5.4 Scrub Station RSUD Kota Padang Panjang

Hasil survai tentang upaya pencegahan infeksi di puskesmas (Bachroen, 2000), menunjukan masih didapatinya beberapa tindakan petugas yang potensial meningkatkan penularan penyakit kepada diri mereka, pasien yang dilayani dan masyarakat luas, yakni cuci tangan yang kurang tepat (DEPKES, 2013).

Menurut Monitja *et all* (2013) bahwa seluruh petugas kesehatan dipuskesmas Tanawangko sudah melaksanakan tindakan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

Menurut Tilaar *et all* (2015) Pelaksanaan kebersihan tangan di kamar operasi RSUD DR. Sam Ratulangi Tondano melalui hasil wawancara mendalam menggambarkan bahwa seluruh petugas kesehatan telah melakukan kebersihan tangan sesuai pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di kamar operasi, tetapi 1 orang petugas *laundry* tidak melaksanakan kebersihan tangan sesuai pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi. Fasilitas penunjang cuci tangan juga merupakan faktor penting yang berperan dalam kepatuhan petugas untuk mencuci tangan dengan benar.

b) Alat Pelindung Diri (APD)

Alat Pelindung Diri (APD) yang ada di kamar operasi RSUD Kota Padang Panjang belum lengkap dalam melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi. APD yang ada cuma topi, masker, sarung tangan, gaun operasi, apron, sepatu bot. Kacamata (*Goggles*) hanya

ada 1 (satu) buah, hanya dipakai oleh dokter operator sementara untuk perawat kamar operasi belum ada. Keinginan dan kesadaran petugas kamar operasi untuk menggunakan APD sangat tinggi, karena menurut partisipan APD ini merupakan salah satu usaha untuk mencegah terjadinya infeksi silang dari petugas ke pasien, dan dari pasien ke petugas. Berdasarkan ungkapan dari partisipan yang penulis wawancarai APD ini sudah sering diminta kepada pihak manajemen, tapi realisasinya belum ada.

Menurut Masloman, *et all* (2015) Dari hasil wawancara mendalam, didapatkan seluruh tenaga dokter telah melaksanakan pemakaian alat pelindung diri sesuai pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi. Dari hasil observasi dokumen, didapatkan SPO untuk pemakaian alat pelindung diri di kamar operasi sudah ada. Sedangkan dari hasil observasi langsung ditemukan ada beberapa alat pelindung diri yang tidak tersedia untuk tenaga keperawatan, yaitu pelindung mata/pelindung wajah.

c) Peralatan perawatan pasien.

Peralatan perawatan pasien yang ada dikamar operasi RSUD Kota Padang Panjang belum mencukupi dalam melaksanakan tindakan operasi. Seperti kurangnya set instrumen apabila dibandingkan dengan jumlah pasien yang harus di operasi saat itu. Menurut partisipan yang penulis wawancarai kekurangan set instrumen ini sudah dilaporkan kepihak manajemen, tetapi realisainya belum ada. Kurangnya set instrumen ini menyebabkan petugas kamar operasi merasa tidak nyaman dalam bekerja dan mengganggu pelayanan di kamar operasi.

d) Pengendalian lingkungan.

Pengendalian lingkungan di kamar operasi RSUD belum terlaksana dengan baik. Berdasarkan wawancara yang penulis lakukan partisipan mengungkapkan pengendalian lingkungan kamar operasi belum bisa dilaksanakan dengan maksimal, karena keterbatasan ruangan yang ada. Kamar operasi yang ada hanya 3 (tiga) buah, yang terdiri dari kamar operasi mayor, kamar operasi kebidanan dan kamar operasi mata. Kamar operasi mayor ini lah yang sering dipakai untuk berbagai kegiatan operasi, seperti operasi bedah, ortopedi, THT, bahkan dipakai juga untuk operasi kebidanan dan mata apabila pasien memerlukan General Anestesi.

e) Pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen

Pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen di RSUD Kota Padang Panjang belum sesuai dengan standar pencegahan dan pengendalian infeksi. Dari hasil wawancara yang penulis lakukan, partisipan mengungkapkan bahwa pemrosesan alat dan linen belum bisa dilakukan sesuai dengan standar akreditasi disebabkan oleh beberapa hal diantaranya : Belum lengkapnya SOP, keterbatasan ruangan yang ada, kurangnya pengetahuan SDM dan kesadaran petugas yang masih kurang untuk melakukan pekerjaan sesuai dengan standar yang telah dibuat.

f) Kesehatan karyawan / Perlindungan petugas kesehatan.

Kesehatan karyawan/perlindungan petugas kesehatan di kamar operasi RSUD Kota Padang Panjang belum menjadi perhatian oleh pihak manajemen. Dari hasil wawancara yang penulis lakukan pada

umumnya partisipan dikamar operasi mengungkapkan belum pernah mendapatkan imunisasi atau vaksin selama bekerja dikamar operasi. Sementara mereka terpapar dengan berbagai macam penyakit yang diderita oleh pasien.

Petugas kesehatan beresiko terinfeksi bila terekspos saat bekerja, juga dapat mentransmisikan infeksi kepada pasien maupun petugas kesehatan yang lain. Manajemen rumah sakit dan petugas kesehatan memiliki tanggung jawab yang sama untuk mencegah penyebaran infeksi dari petugas kesehatan ke pasien ataupun sebaliknya, dari pasien ke petugas kesehatan dengan melakukan pencegahan terhadap penyakit-penyakit yang dapat dicegah melalui pemberian vaksinasi. Karena itu, fasilitas kesehatan harus memiliki program pencegahan dan pengendalian infeksi bagi petugas kesehatan. Saat menjadi karyawan baru seorang petugas kesehatan harus diperiksa riwayat pernah infeksi apa saja dan status imunisasinya. Imunisasi yang dianjurkan untuk petugas kesehatan adalah Hepatitis B, dan bila memungkinkan A, influenza, campak, tetanus, difteri, rubella (Depkes RI, 2007).

Menurut Tilaar *et al* (2015) Berdasarkan hasil wawancara mengenai program kesehatan bagi petugas kesehatan seperti pemberian vaksinasi untuk penyakit menular, hampir seluruh informan yang diwawancarai menyatakan bahwa tidak pernah mendapatkan vaksinasi untuk penyakit menular. Hanya informan perawat dan direktur rumah sakit saja yang menyatakan bahwa beberapa tahun yang lalu di RSUD DR. Sam Ratulangi Tondano pernah dilakukan

pemberian vaksinasi Hepatitis B. Sedangkan dari hasil observasi dokumen, tidak didapatkan adanya SPO mengenai perlindungan petugas kesehatan.

g) Penempatan pasien

Penempatan pasien dikamar operasi RSUD Kota Padang Panjang belum sesuai dengan standar akreditasi. Dari hasil wawancara dan observasi yang penulis lakukan ditemukan bahwa ruangan kamar operasi yang ada saat ini belum mencukupi untuk melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi. Tidak adanya ruangan khusus untuk menangani pasien dengan penyakit menular, sehingga apabila ditemukan pasien yang menderita penyakit menular maka pasien tersebut di rujuk ke rumah sakit yang mempunyai fasilitas lebih. Belum adanya ruangan untuk operasi kotor, tidak berfungsinya ruangan pemulihan (*recovery room*).

Menurut Tilaar *et all* (2015) Dari hasil wawancara yang dilakukan, didapatkan bahwa di RSUD DR. Sam Ratulangi Tondano belum pernah dilakukan operasi pada pasien dengan penyakit menular. SPO penempatan pasien dengan penyakit menular juga tidak ada. Prosedur yang dijalankan oleh RSUD DR. Sam Ratulangi Tondano adalah jika terjadi kasus pasien yang harus dilakukan tindakan operasi, maka pihak rumah sakit akan merujuk pasien tersebut ke RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou.

B. Manajemen Fasilitas

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis lakukan melalui wawancara dan observasi di kamar operasi RSUD Kota Padang Panjang didapatkan gambaran bahwa belum lengkapnya fasilitas yang tersedia untuk mendukung kelancaran dan kenyamanan dalam melakukan prosedur pembedahan. Perlengkapan dasar dan alat operasi yang jumlahnya belum cukup untuk mendukung pelayanan operasi. Ketersediaan set instrumen tidak sesuai dengan jumlah pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Seperti set dasar yang tersedia hanya 3 (tiga) set, sementara dikondisi tertentu kebutuhan petugas terhadap set dasar tersebut 6 (enam) set. Untuk menyikapi kekurangan set tersebut petugas kamar operasi melakukan pembersihan, pencucian dan sterilisasinya dilakukan di kamar operasi dengan cara merebus dengan sterilisator yang tersedia di kamar operasi. Cara ini sudah tidak direkomendasi lagi, untuk proses sterilisasi alat harus menggunakan *autoclav*. Belum adanya sistem untuk pemeliharaan alat dan pemantauan secara rutin, serta belum adanya sistem perbaikan berdasarkan perkiraan keausan alat agar tetap dalam batas keamanan. Lampu operasi kurang maksimal untuk pencahayaan di saat melakukan tindakan. Pengukuran temperatur suhu kamar operasi belum pernah dilakukan dan alat ukurpun belum ada. Kamar operasi ada yang bocor, belum adanya batasan ruangan yang jelas antara ruangan bebas, semi steril dan area steril. Telepon untuk sambungan internal kamar operasi belum ada. Ruang utilitas kotor (*spoel hoek*) belum ada dan masih banyak kekurangan fasilitas lain yang harus dilengkapi di kamar operasi RSUD Kota Padang Panjang.

Pemeliharaan kamar operasi merupakan proses pembersihan ruang beserta alat-alat standar yang ada di kamar operasi. Dilakukan teratur sesuai jadwal, tujuannya untuk mencegah infeksi silang dari atau kepada pasien serta mempertahankan sterilitas. Cara pembersihan kamar operasi ada 3 macam yaitu pembersihan rutin, harian, cara pembersihan mingguan dan pembersihan sewaktu.

Salah satu rekomendasi mengenai kebersihan lingkungan kamar operasi yang disusun oleh *Association of Perioperative Nurse (AORN)* pada tahun 2013, pasien harus selalu diberikan lingkungan kamar operasi yang bersih dan aman dan petugas kesehatan maupun petugas kebersihan di kamar operasi harus menerima pendidikan dan harus selalu di *update* mengenai prinsip-prinsip dan proses dalam pembersihan dan disinfeksi kamar operasi.

Setiap prasarana ruang operasi rumah sakit merupakan pekerjaan instalasi dan jaringan yang menyatu dengan bangunan dan lingkungannya, sebagian atau seluruhnya berada di atas dan/atau di dalam tanah dan/atau air, yang bertujuan memfungsikan bangunan sebagai tempat perawatan pasien. Keandalan operasional dari prasarana di dalam ruang operasi bangunan rumah sakit menjadi dasar perancangan dan pemeliharaan dari instalasi utilitas rumah sakit (Kemenkes, 2012).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Tilaar *et all* (2015) dari hasil wawancara mendalam dan observasi yang dilakukan didapatkan bahwa kamar operasi RSUD DR. Sam Ratulangi Tondano sudah melakukan pembersihan sewaktu yang dilakukan oleh perawat setiap kali setelah kamar

operasi digunakan untuk tindakan operasi. Pembersihan harian tidak dilakukan karena pembersihan rutin yang dilakukan oleh petugas sanitarian hanya pada pagi hari, sedangkan pembersihan harian yang dimaksud adalah pembersihan yang dilakukan setelah operasi terakhir dari seluruh operasi sudah selesai pada hari yang sama. Pembersihan mingguan dilakukan oleh petugas sanitarian sekali seminggu.

Prasarana yang dibutuhkan pada bangunan rumah sakit meliputi :

1. Instalasi Mekanikal

Terdiri dari : Instalasi air bersih dan sanitasi, Instalasi gas medik, vakum medik, Sistem Ventilasi dan Pengkondisian Udara (VAC) dan Sistem Ventilasi dan Pengkondisian Udara (VAC).

2. Instalasi Elektrikal

Instalasi Elektrikal pada bangunan ruang operasi rumah sakit, meliputi : sistem proteksi petir, sistem kelistrikan, sistem pencahayaan; dan sistem komunikasi.

3. Instalasi Proteksi Kebakaran

Instalasi Proteksi Kebakaran meliputi sistem proteksi aktif dan sistem proteksi aktif.

Untuk saat ini RSUD Kota Padang Panjang belum mempunyai sarana seperti yang ada diatas. Air bersih yang akan digunakan untuk

cuci tangan di *scrub up (scrub station)*, harus di filter, dengan menggunakan 3 jenis filter : prefilter, medium filter yang menyaring air bersih sampai dengan 5 micron dan micro filter (fine) filter yang menyaring air bersih sampai dengan 2 micron. Ventilasi di ruang operasi harus pasti merupakan ventilasi tersaring dan terkontrol. Pertukaran udara dan sirkulasi memberikan udara segar dan mencegah pengumpulan gas-gas anestesi dalam ruangan. Sistem pengaliran udara searah dibuat dalam satu kotak dalam kamar operasi. Udara disaring dengan menggunakan *high efficiency particulate filter (HEPA Filter)*. Di kamar operasi RSUD Kota Padang Panjang belum pernah dilakukan pengukuran tekanan udara, kelembaban ruangan dan belum menggunakan *high efficiency particulate filter (HEPA Filter)*.

Pencahayaan tempat operasi/bedah tergantung dari kualitas pencahayaan dari sumber sinar lampu operasi/bedah yang menggantung (*overhead*) dan refleksi dari tirai. Membangkitkan cahaya yang intensif dengan rentang dari 10.000 Lux hingga 20.000 Lux yang disinarkan ke luka pembedahan tanpa permukaan pembedahan menjadi silau. Hal terpenting adalah menghindari terjadinya bagian yang gelap di daerah yang dibedah. Untuk saat ini di kamar operasi RSUD Kota Padang Panjang belum pernah dilakukan pengukuran cahaya lampu, bahkan lampu yang dipakai saat ini agak gelap. Hal ini akan menimbulkan resiko kecelakaan kerja yang akan merugikan pasien dan petugas kamar operasi.

Berikut contoh gambar kamar operasi yang sesuai standar Akreditasi.



Gambar 5.5 Kamar bedah standar



Gambar 5.6 Kamar bedah RSUD Kota Padang Panjang

C. Manajemen *Surveilans* Infeksi Rumah Sakit (IRS)

Hasil dari penelitian ini menemukan bahwa Komite PPI di RSUD Kota Padang Panjang baru terbentuk september 2015, dan baru berjalan purna waktu 1 Mei 2016. Sebelumnya IPCN yang beranggotakan 2 (dua) orang belum bisa melaksanakan tugas purna waktu karena IPCN tersebut menjalankan tugas *double job* yakni sebagai perawat pelaksana yang harus melakukan pelayanan keperawatan dan sebagai anggota *IPCN*. *IPCN* sudah mulai menyiapkan SOP dan menjalankan SOP yang sudah ditanda tangani oleh direktur, seperti sosialisasi *hand hygiene* dengan mengadakan demo *hand hygiene* disaat apel pagi, menempel gambar tentang cuci tangan. Namun masih banyak SOP yang harus disiapkan untuk menjalankan program PPI. Mulai dari September 2015 sampai sekarang Komite PPI belum pernah mengadakan rapat/pertemuan bulanan. Pelaporan kasus Infeksi dan KLB pun belum ada dilakukan. *IPCN* mengharapkan dukungan sepenuhnya kepada seluruh petugas untuk melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Kota Padang Panjang.

Surveilans Infeksi Rumah Sakit (IRS) adalah suatu proses yang dinamis, sistematis, terus-menerus, dalam pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi dari data kesehatan yang penting pada suatu populasi spesifik yang didiseminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan (Kemenkes RI, 2011).

Surveilans merupakan kegiatan yang sangat membutuhkan waktu dan menyita hampir separuh waktu kerja seorang *IPCN* sehingga dibutuhkan

penuh waktu / *full time*. Dalam hal ini bantuan komputer akan sangat membantu, terutama akan meningkatkan efisien pada saat analisis. Besarnya data yang harus dikumpulkan dan kompleksitas cara analisisnya merupakan alasan mutlak untuk menggunakan jasa komputer, meski di Rumah Sakit kecil sekalipun. Lagi pula sistem *surveilans* tidak hanya berhadapan dengan masalah pada waktu sekarang saja, tetapi juga harus mengantisipasi tantangan di masa depan.

Instruksi pelaporan Infeksi Luka Operasi (ILO) :

Jangan melaporkan “*stitch abscess*” (inflamasi minimal dan adanya keluar cairan [*discharge*] pada tempat penetrasi/tusukan jarum atau tempat jahitan) sebagai suatu infeksi. Jangan melaporkan infeksi luka yang terlokalisir (“*localized stab wound infection*”) sebagai ILO, sebaiknya dilaporkan sebagai infeksi kulit (*SKIN*) atau infeksi jaringan lunak tergantung dari kedalamannya infeksi. Bila infeksi pada tempat insisi mengenai atau melanjut sampai ke fascia dan jaringan otot, laporkan sebagai ILO profunda (“*deep incisional SSI*”). Apabila infeksi memenuhi kriteria sebagai ILO superficial dan ILO profunda klasifikasikan sebagai ILO profunda. Biasanya infeksi organ/rongga tubuh keluar (*drains*) melalui tempat insisi. Infeksi tersebut umumnya tidak memerlukan re-operasi dan dianggap sebagai komplikasi dari insisi, sehingga keadaan tersebut harus diklarifikasikan sebagai suatu ILO profunda. Infeksi rumah sakit menjadi masalah yang tidak bisa dihindari sehingga dibutuhkan data dasar infeksi untuk menurunkan angka yang ada. Untuk itu perlunya melakukan *surveilans* dengan metode yang aktif, terus menerus dan tepat sasaran. Pelaksanaan *surveilans* memerlukan tenaga khusus yang termasuk

tugas dari *IPCN*. Untuk itu diperlukan tenaga *IPCN* yang penuh waktu (Yandang, 2015).

D. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa SDM yang ada di RSUD kota Padang Panjang masih kurang dalam peningkatan pendidikan dan pelatihan, baik itu tenaga medis, perawat, maupun tenaga non medis. Tetapi direktur rumah sakit sudah menyadari akan kekurangan tersebut. Untuk dimasa akan datang akan membuat program dan anggaran khusus untuk mendukung peningkatan SDM baik itu berupa pelatihan, kala karya atau *inhouse training* dengan mendatangkan narasumber dari luar. Untuk keselamatan pasien POKJA Pasien safety di tim akreditasi sudah membuat SPO.

Pada umumnya semua organisasi menghendaki SDM bermutu yaitu yang mampu mengkreasi usaha organisasi yang tidak ada menjadi ada, atau dari kehidupan organisasi biasa menjadi organisasi yang mampu melakukan sesuatu yang lebih tinggi bagi kemajuan organisasi. SDM yang bermutu pada prinsipnya mempunyai kemampuan profesional dan teknikal tertentu yang kehadirannya pada semua lini pekerjaan akan melahirkan banyak keuntungan.

Dalam organisasi rumah sakit upaya untuk menciptakan rumah sakit yang mempunyai citra baik (berkualitas) di mata pelanggannya sangat ditentukan oleh kualitas SDM terstandarisasi yang dimilikinya. SDM terstandarisasi berarti tenaga yang dimiliki oleh organisasi telah mempunyai keterampilan dan pengetahuan yang sesuai dengan bidang tugas yang

dikerjakan baik dilihat dari tingkat pendidikan maupun pengalaman yang dimiliki SDM yang bersangkutan. SDM rumah sakit pada dasarnya telah terspesialisasi secara jelas, karena semua tenaga medis seperti perawat, bidan, dokter, dokter spesialis, farmasi dan lain-lain secara khusus telah mempunyai latar belakang pendidikan sesuai dengan bidang tugas yang mereka kerjakan. Dengan latar belakang pendidikan itulah SDM di organisasi rumah sakit diharapkan mampu menunjang pelayanan rumah sakit yang berkualitas. Meskipun demikian, karena masalah kesehatan dan teknologi yang digunakan selalu berubah maka upaya peningkatan mutu SDM akan selalu diperbaiki dengan berbagai cara dan strategi baik melalui *pre-service education* dan *in-service education*. Apalagi di era saat ini yang menuntut keunggulan mutu SDM yang ditandai dengan sinergi antara kekeluasaan penguasaan ilmu pengetahuan dan keterampilan memanfaatkan teknologi informasi.

Seorang dokter dan perawat bukan hanya dituntut mampu memberikan pelayanan medis dan perawatan, tetapi harus mampu menggunakan komputer dan menguasai keterampilan berkomunikasi secara baik kepada pasien agar hubungan pasien dengan pelayan kesehatan dapat berjalan dengan baik. Tentunya dapat dibayangkan apa yang akan terjadi jika hubungan komunikasi pasien dan pelayan kesehatan terjadi distorsi. Kualitas SDM seperti itulah yang membedakan SDM rumah sakit dengan SDM rumah sakit lainnya, karena latar belakang pendidikan mungkin sama akan tetapi penguasaan teknologi informasi dan komunikasi yang dimiliki dapat berbeda. Keadaan itu akan menjadi pendorong organisasi rumah sakit untuk dapat meraih keunggulan kompetitif (*competitive advantages*) yaitu dapat

memenangkan persaingan dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan kepada pasien dibandingkan rumah sakit lainnya. SDM terstandarisasi yang telah menguasai teknologi informasi dan komunikasi merupakan unsur penting dalam faktor proses produksi yakni penyampaian jasa pelayanan kepada pasien dan menciptakan keunggulan kompetitif. Untuk menciptakan SDM yang berkualitas tentu saja terkait dengan kompetensi. Kompetensi selain menentukan perilaku dan kinerja seseorang juga menentukan apakah seseorang melakukan pekerjaan dengan baik berdasarkan standar kriteria yang ditentukan. Menurut *The National Park Service* kompetensi merupakan kombinasi pengetahuan, keahlian dan kemampuan di bidang karier tertentu yang dimiliki sehingga memungkinkan seseorang melaksanakan tugas atau fungsinya pada keahlian tertentu yang secara spesifik telah ditentukan.

Saat ini isu penting dan global dalam Pelayanan Kesehatan adalah Keselamatan Pasien (*Patient Safety*). Isu ini praktis mulai dibicarakan kembali pada tahun 2000-an, sejak laporan dari Institute of Medicine (IOM) yang menerbitkan laporan: *to error is human, building a safer health system*. Keselamatan pasien adalah suatu disiplin baru dalam pelayanan kesehatan yang mengutamakan pelaporan, analisis, dan pencegahan *medical error* yang sering menimbulkan Kejadian Tak Diharapkan (KTD) dalam pelayanan kesehatan. Organisasi kesehatan dunia WHO juga telah menegaskan pentingnya keselamatan dalam pelayanan kepada pasien: “*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of quality management.*” (World Alliance for Patient Safety, Forward Programme WHO, 2004).

Merujuk kepada peraturan pemerintah berkenaan dengan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja, pedoman ini juga mengambil dari beberapa sumber “*best practices*” yang berlaku secara Internasional, seperti *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)*, *the Centers for Disease Control (CDC)*, *the Occupational Safety and Health Administration (OSHA)*, *the US Environmental Protection Agency (EPA)*, dan lainnya. Data tahun 1988, 4% pekerja di USA adalah petugas medis. Dari laporan yang dibuat oleh *The National Safety Council (NSC)*, 41% petugas medis mengalami absenteism yang diakibatkan oleh penyakit akibat kerja dan injury, dan angka ini jauh lebih besar dibandingkan dengan sektor industri lainnya. Survei yang dilakukan terhadap 165 laboratorium klinis di Minnesota memperlihatkan bahwa *injury* yang terbanyak adalah *needle sticks injury* (63%) diikuti oleh kejadian lain seperti luka dan tergores (21%). Selain itu pekerja di rumah sakit sering mengalami stres, yang merupakan faktor predisposisi untuk mendapatkan kecelakaan. Ketegangan otot dan keseleo merupakan representasi dari *low back injury* yang banyak didapatkan dikalangan petugas rumah sakit.

Perencanaan merupakan proses yang menyangkut upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi kecenderungan di masa yang akan datang dan penentuan strategi dan taktik yang tepat untuk mewujudkan target dan tujuan suatu organisasi. Ada dua alasan mengapa perencanaan diperlukan yaitu untuk mencapai “*Protective bennefits*” yaitu merupakan hasil dari pengurangan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pembuatan keputusan

dan “*Positive benefit*” yaitu untuk peningkatan pencapaian tujuan organisasi (Murni, U, 2016).

Pengawasan adalah proses dalam menetapkan ukuran kinerja dan pengambilan tindakan yang dapat mendukung pencapaian hasil yang diharapkan sesuai dengan kinerja yang telah ditetapkan tersebut. *Controlling is the process of measuring performance and taking action to ensure desired results*. Pengawasan adalah proses untuk memastikan bahwa segala aktifitas yang terlaksana sesuai dengan apa yang telah direncanakan . *The process of ensuring that actual activities conform the planned activities* (Malikazi, 2012).

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan diperlukan komitmen bersama untuk berubah yang artinya saling koordinasi antar bidang, saling melengkapi kekurangan, saling mencari solusi terhadap permasalahan yang ada. Untuk berubah tidak bisa dari satu sisi saja melainkan semua unit yang terkait dalam pelayanan harus punya komitmen untuk berbenah diri. Apabila sudah terciptanya komitmen bersama maka baru bisa dicapai apa yang telah menjadi visi dan misi di RSUD Kota Padang Panjang.

Hasil diskusi dengan dokter operator bedah

Saat peneliti melakukan diskusi dengan operator bedah didapatkan gambaran bahwa secara prinsip dokter operator bedah mengatakan “ kondisi kamar operasi saat ini memang tidak sesuai dengan standar kamar operasi yang sebenarnya, tetapi apa boleh buat inilah yang ada, yang penting pasien tertolong walaupun dengan sarana dan prasarana yang minim serta peralatan

yang kurang lengkap. Saya tidak bisa berbuat banyak karena posisi saya disini sebagai dokter tamu. Harapan saya kedepanya mudah-mudahan segala kekurangan yang ada saat ini bisa terpenuhi di masa yang akan datang”.

E. Perubahan yang terjadi selama penelitian

Setelah peneliti mengambil data awal, didapatkan angka kejadian infeksi luka operasi sebanyak 5 % dari operasi bersih. Hal ini peneliti laporkan secara lisan kepada pihak manajemen yaitu Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Penunjang Medis, Kepala Seksi Keperawatan dan Direktur RSUD Kota Padang Panjang. Pihak manajemen kaget dengan angka tersebut, sehingga manajemen melakukan rapat untuk menyikapi hal ini.

Selama penelitian yang penulis lakukan mulai dari tanggal 18 April sampai dengan 18 Mei 2018, inilah perubahan yang terjadi :

1. Kamar operasi yang semulanya bocor, sudah tidak bocor lagi.
2. PPI sudah melakukan sosialisai tentang *handhygiene* kepada petugas dan mahasiswa yang praktek dilingkungan RSUD Kota Padang Panjang.
3. Direktur menyatakan mendukung sepenuhnya Program yang di buat oleh PPI, baik dari segi SOP maupun dari segi anggaran.

Rencana Jangka Pendek dan Rencana Jangka Panjang dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Luka Operasi di RSUD Kota Padang Panjang :

a. Rencana Jangka Pendek

Adapun rencana jangka pendek yang akan dilakukan oleh pihak manajemen adalah :

1. Membuat, melaksanakan dan mengawasi SOP tentang program pencegahan dan pelaksanaan infeksi di RSUD Kota Padang Panjang.
2. Memasukan seluruh kebutuhan cyto kedalam anggaran perubahan.
3. Membeli set instrumen dan linen untuk kebutuhan kamar operasi

b. Rencana Jangka Panjang

1. Memfasilitasi petugas yang ingin melanjutkan dan meningkatkan pendidikan.
2. Membangun Kamar Operasi sesuai dengan tuntutan permenkes.
3. Membangun ruangan *CSSD* sesuai dengan standar permenkes

F. Hambatan dan Keterbatasan Penelitian

1. Kontrak waktu untuk wawancara.
2. Adanya partisipan yang tidak mau diwawancarai dengan alasan sibuk.
3. Keterbatasan waktu penelitian yang diberikan oleh KPPT (Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu) hanya 1 bulan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Evaluasi program pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi di RSUD Kota Padang Panjang tahun 2016 menunjukkan bahwa kewaspadaan standar, manajemen fasilitas, manajemen *surveilans* infeksi rumah sakit (IRS) dan peningkatan mutu dan keselamatan pasien belum sesuai dengan pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Didapatkan masih banyaknya kekurangan fasilitas untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian infeksi. Hal ini terjadi akibat tidak sinkronnya antara perencanaan, organisasi, pelaksanaan dan pengawasan yang dilakukan oleh pihak manajerial rumah sakit. Komite PPI belum bisa berbuat banyak karena Komite PPI baru terbentuk dan membutuhkan dukungan sepenuhnya dari seluruh petugas yang ada di rumah sakit.

B. Saran

1. Praktisi Kesehatan

Bagi petugas kesehatan diharapkan dalam melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi di rumah sakit maupun fasilitas kesehatan lainnya dibutuhkan SDM yang profesional dibidangnya masing-masing, biaya yang cukup, organisasi yang terpimpin, dokumen yang lengkap serta kontrol dan evaluasi yang berkesinambungan terhadap program yang telah dibuat.

2. Direktur Rumah Sakit

RSUD Kota Padang Panjang perlu mengeluarkan kebijakan secara lisan maupun tertulis tentang komitmen dan perintah program pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi. Pihak manajemen dan komite PPI perlu menginformasikan kembali serta melaporkan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi program pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi kepada pimpinan sehingga pimpinan dapat menindaklanjuti. Kepada Direktur rumah sakit agar dapat melakukan pengontrolan dan evaluasi yang berkesinambungan terhadap program yang sudah dibuat serta pembaharuan struktur organisasi komite PPI dengan memasukan dari semua unit/departemen menjadi anggota tetap sehingga dapat ditentukan petugas sebagai penentu kebijakan maupun petugas sebagai pelaksana kebijakan. Dengan organisasi yang dipimpin diharapkan masalah terputusnya komunikasi, kurangnya koordinasi antar bidang dapat teratasi karena jalur komando dan jalur koordinasi sudah jelas.

3. Instalasi Bedah Sentral

Diharapkan kepada Instalasi bedah sentral, agar dapat memberikan masukan kepada pihak manajemen untuk perencanaan pembangunan gedung yang baru harus berpedoman kepada Permenkes tentang Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Operasi, sehingga pelaksanaan pencegahan infeksi luka operasi bisa dilakukan dengan maksimal.

4. Peneliti Selanjutnya

Beberapa hal yang dapat disarankan untuk diteliti lebih lanjut dari pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Kota Padang Panjang diantaranya : Poliklinik bedah dan ruang rawatan bedah RSUD Kota Padang Panjang, Aspek ekonomis menyangkut efisiensi dari pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi di RSUD Kota Padang Panjang dan Analisa pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di RSUD Kota Padang Panjang.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. Rachmawati, I. N 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. PT Rajagrafindo Pesada
- Aminoto, C 2013 *E-Book Menulis Proposal Penelitian, Purus Sukses Menulis Proposal Mandiri Tanpa Pembimbing*
- Arisanty, Irma. P, 2014. *Konsep Dasar Manajemen Perawatan Luka*. EGC
- Bungin, Burhan, 2012. *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. PT Rajagrafindo Pesada
- Budu, Rotti, 2014. *Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan Dengan Pelaksanaan Pengendalian dan Pengendalian Infeksi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pusat Prof. R.D Kandau Manado*. Program Pascasarjana Universitas Hasanudin No. 1 / Vol.4 / January 2014
- Budiman, S, 2015. *Pengolahan dan Analisa Data Dalam Penelitian Kualitatif*
- Chair, L, 2016. *Congres Of The International federation Of Infection Control*. IFIC
- Departemen Kesehatan, 2008. *Pedoman dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit dan Manajerial Pencegahan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*.
- Devitra, A. 2011. *Analisis Implentasi Klinikal Pathway Kasus Stroke Berdasarkan INA-CBGs Di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi*.
- Diyanto, N, 2015. *Mengenal IPCN, KPK-nya Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit*. Diunduh dari http://www.kompasiana.com/bunnnan/mengenal-ipcn-kpk-nya-pengendalian-infeksi-di-rumah-sakit_561f1f645993737b048b456b
- DitJen PP & PL, 2013. *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Kasus Konfirmasi Atau Probabel Infeksi Virus Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV)*.
<http://www.depkes.go.id/resources/download/puskes-haji/5-pedoman-pencegahan-dan-pengendalian-infeksi-mers-cov>
- Fitriani, D, 2015. *Populasi Dalam Sampel Penelitian*
<http://diyahfitriyani94.blogspot.co.id/2015/05/populasi-dan-sampel-dalam-penelitian.html>
- Hartono, Bambang, 2010. *Manajemen Pemasaran Untuk Rumah Sakit*. RINEKA Cipta

- Habni, Y, 2009. *Perilaku Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rindu A, Rindu B, ICU, IGD, Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*.
Diunduh dari respiratori.usu.ac.id/bitstream/123456789/109E01052.pdf
- HIPKABI, 2014. *Buku Pelatihan Dasar-Dasar Keterampilan Bagi Perawat Kamar Bedah*. HIPKABI Press Jakarta.
- KARS, 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*
- Kementerian Kesehatan, 2010. *Petunjuk Praktis Surveilans Infeksi Rumah Sakit*.
- Kementerian Kesehatan, 2013. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Kasus Konfirmasi atau Probabel Infeksi Virus Middle east Respiratory Syndrome- Corona Virus (Mers-CoV)*.
- Kementerian Kesehatan , 2011. *Pedoman Surveilans Infeksi*.
- Khoirulanisa, 2012. *Pencegahan dan Pengendalian Infeksi*.
Diunduh dari <http://khoirulanisastikes.blogspot.co.id/2012/12/pencegahan-dan-pengendalian-infeksi.html>
- Kurniadi, R 2012. *Infeksi Luka Operasi sebagai Indikator Hasil*
- Kulaylat & Dayton, 2008. *Infeksi Luka Operasi*
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*.
- Las, D 2015, *Pencegahan dan Pengendalian Infeksi*
- Listiowati, Widyanita, 2014. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Hand Hygiene Dengan Kepatuhan Pelaksanaan Hand Hygiene Pada Peserta Program Pendidikan Profesi Dokter*. Biomedika
- Mawalla, et all 2011. *Predictors Of Surgical Site Infections Among Patients Undergoing Major Surgery At Bugando Medical Centre In Northwestern Tanzania*. BMC Surg. 2011 Aug 31;11:21. doi: 10.1186/1471-2482-11-21
- Malikazi,S 2012. *Pengertian Pengawasan*
<https://malikazisahmad.wordpress.com/2012/01/13/pengertian-pengawasan/>
- Masloman, et all. 2015. *Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Di Kamar Operasi RSUD Dr Sam Ratulangi Tondano*. Diambil dari <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/view/7440>.
- Molina, F 2012. *Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di RUMKITAL Dr. Mitoharjo Jakarta 2012*.

Diunduh dari lib.ui.ac.id/file?file=digital/20313802-T%2031746-Analisis%20pelaksanaan...pdf

Mus, T 2015. *Pembentukan Komite dan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS Akademis Jauhary Putera Maksar*, Scirbs.com.

Murni, U 2016. *Fungsi Perencanaan Rumah Sakit*.
<http://murniumairoh.blogspot.co.id/2016/02/fungsi-perencanaan-rumah-sakit.html>

Nita, S 2015. *Makalah Rantai Infeksi*.
<http://silviys22.blogspot.co.id/2015/01/makalah-rantai-infeksi.html>

Perawat Psikiatri, 2009. *Proses Penyembuhan Luka*.
<http://perawatpsikiatri.blogspot.co.id/2009/03/proses-penyembuhan-luka.html>

Septiari, Betty Bea 2012. *Infeksi Nosokomial*. Nuha MedikaP

Saryono, Anggraeni, M..D, 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dibiidang Kesehatan*. Nuha Medika

STIKES, FDK 2015/2016. *Pedoman Penulisan Tugas Akhir/Skripsi STIKES FORT DE KOCK Bukittinggo*

Soraya, F 2015. *Infeksi Luka Operasi*

Shosha, G A 2012. *Employment Of Colaizzi's Strategy In Descriptive Phenomenology : A Reflection Of A Researcher*. European Scientific Journal November edition vol. 8, No.27 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857-7431

WHO/CDS/EPR, 2007 *Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) yang Cendrung Menjadi Epidemi dan Pandemi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Diunduh dari
www.who.int/iris/bitstream/10665/...WHO_CDS-EPR_2007.6_ind.pdf

Willian, A Rutalla & David, J Webber, 2008. *Guideline For Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*. CDC

Yandang, 2015. *Pedoman dan Petunjuk Teknis Surveilans Rumah Sakit*. Diunduh dari
<http://nersyandang.blogspot.co.id/2015/05/pedoman-dan-petunjuk-teknis-surveilans.html>

Zuhrotul, A & Satyabakti, P. *Survelans Infeksi Daerah Operasi (IDO) Menurut Komponen Surveilans Di Rumah Sakit X Surabaya Tahun 2012*.

Lampiran 1

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PADA
PENELITIAN ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHAN
DAN PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama / Inisial :
Umur :
Jabatan :
Pendidikan :

Setelah membaca, mendengarkan penjelasan penelitian dan setelah mendapatkan jawaban dari pertanyaan saya tentang manfaat penelitian ini, maka saya memahami tujuan yang nantinya akan bermanfaat bagi pihak RSUD Padang Panjang dalam melaksanakan PPI. Saya mengerti dan memahami bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan, saya berhak menghentikan partisipasi ini jika suatu saat saya merasa keberatan.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, saya telah menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Padang Panjang, April 2016

Tanda Tangan Peneliti

Tanda Tangan Partisipan

(_____)

(_____)

Lampiran 2

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHANDAN
PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

(Untuk Perawat)

1. Partisipan :
2. Kode partisipan :
3. Jabatan partisipan :
4. Lama Bekerja :
5. Pendidikan Terakhir :
6. Tanggal/waktu wawancara :

Naskah / *Script* Wawancara

1. Menurut bapak/ibu bagaimana pentingnya pencegahan dan pengendalian infeksi luka operasi di RSUD Padang Panjang ?
2. Menurut Pendapat bapak/Ibu bagaimana pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan RSUD Padang Panjang ?
3. Menurut Bapak/ Ibu, apa kendala dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan RSUD Padang Panjang ?
4. Menurut Bapak/ Ibu, sarana dan prasarana yang ada dikamar operasi sekarang sudah mendukung dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi ?
5. Apa yang menjadi penyebab tingginya angka kejadian Infeksi Luka Operasi ?
6. Bagaimana menurut Bapak/Ibu, tentang struktur Organisasi Komite PPIRS di RSUD Kota Padang Panjang ?

Lampiran 3

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHANDAN
PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

(Untuk Anestesi)

1. Partisipan :
2. Kode partisipan :
3. Jabatan partisipan :
4. Lama Bekerja :
5. Pendidikan Terakhir :
6. Tanggal/waktu wawancara :

Naskah / *Script* Wawancara

4. Menurut pandangan bapak/ibu bagaimana pentingnya pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Padang Panjang ?
5. Menurut Pendapat bapak/Ibu bagaimana pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan RSUD Padanga Panjang ?
6. Menurut Bapak/ Ibu, apa kendala dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan RSUD Padang Panjang ?
7. Menurut Bapak/ Ibu, sarana dan prasarana yang ada sekarang sudah mendukung dalam pelaksanaan PPI ?
8. Bagaimana menurut Bapak/Ibu, tentang struktur Organisasi Komite PPIRS di RSUD Kota Padang Panjang ?

Lampiran 4

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHANDAN
PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

(Untuk Petugas CSSD)

1. Partisipan :
5. Kode partisipan :
6. Jabatan partisipan :
7. Lama Bekerja :
8. Pendidikan Terakhir :
9. Tanggal/waktu wawancara :

Naskah / *Script* Wawancara

- 1 Menurut pandangan bapak/ibu bagaimana pentingnya pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Padang Panjang ?
2. Menurut Bapak/Ibu bagaimana Teknik Sterilisasi yang sesuai standar Akreditasi 2012 ?
3. Menurut Bapak/ Ibu, apa kendala di CSSD dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan RSUD Padang Panjang ?
4. Menurut Bapak/ Ibu, seberapa penting dilakukan training(pelatihan) untuk petugas CSSD ?
5. Bagaimana menurut Bapak/Ibu, tentang struktur Organisasi Komite PPIRS di RSUD Kota Padang Panjang ?

Lampiran 5

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHANDAN
PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

(Untuk Petugas *Laundry*)

1. Partisipan :
2. Kode partisipan :
3. Jabatan partisipan :
4. Lama Bekerja :
5. Pendidikan Terakhir :
6. Tanggal/waktu wawancara :

Naskah / *Script* Wawancara

1. Menurut pandangan bapak/ibu bagaimana pentingnya pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Padang Panjang ?
2. Menurut Pendapat bapak/Ibu bagaimana peran laundry dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan RSUD Padang Panjang ?
3. Menurut Bapak/ Ibu, apa kendala dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan RSUD Padang Panjang ?
4. Menurut Bapak/ Ibu, sarana dan prasarana yang ada di laundry sekarang sudah mendukung dalam pelaksanaan PPI ?
5. Bagaimana menurut Bapak/Ibu, tentang penatalaksanaan Linen yang benar ?

Lampiran 6

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHANDAN
PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

(Untuk Kabid Pelayanan Medis)

1. Partisipan :
2. Kode partisipan :
3. Jabatan partisipan :
4. Lama Bekerja :
5. Pendidikan Terakhir :
6. Tanggal/waktu wawancara :

Naskah / *Script* Wawancara

1. Bagaimana pandangan Ibu tentang penguasaan PPI bagi petugas RSUD Padang Panjang, apakah sudah sesuai target yang bapak tentukan?
2. Apakah PPI merupakan salah satu program yang termasuk penilaian dalam Akreditasi yang akan di jalani RSUD ?
3. Apa saja yang menjadi standar penilaian bagi Ibu terhadap kinerja TIM PPI Rumah Sakit Padang Panjang ?
4. Menurut Ibu sarana dan prasarana yang ada sekarang sudah mendukung dalam pelaksanaan PPI ?
5. Bagaimana kiat Ibu untuk mengevaluasi kinerja TIM PPI ?
6. Apa Rencana jangka pendek dan jangka panjang yang akan ibu lakukan untuk mendukung program PPI

Lampiran 7

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHANDAN
PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

(Untuk Kabid Penunjang Medis)

1. Partisipan :
2. Kode partisipan :
3. Jabatan partisipan :
4. Lama Bekerja :
5. Pendidikan Terakhir :
6. Tanggal/waktu wawancara :

Naskah / *Script* Wawancara

1. Bagaimana pandangan Bapak tentang PPI di RSUD Padang Panjang, apakah sudah sesuai target yang bapak tentukan?
2. Apakah PPI merupakan salah satu program yang termasuk penilaian dalam Akreditasi yang akan di jalani RSUD ?
3. Apa saja yang menjadi target Bapak tentang faktor pendukung berjalannya PPI ?
4. Menurut Bapak sarana dan prasarana yang ada sekarang sudah mendukung dalam pelaksanaan PPI ?
5. Bagaimana kiat Bapak untuk Melengkapi sarana dan prasarana ?

Lampiran 8

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHANDAN
PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

(Untuk Komite PPI)

1. Partisipan :
2. Kode partisipan :
3. Jabatan partisipan :
4. Lama Bekerja :
5. Pendidikan Terakhir :
6. Tanggal/waktu wawancara :

Naskah / *Script* Wawancara

1. Bagaimana pandangan Ibu tentang penguasaan PPI bagi petugas RSUD Padang Panjang, apakah sudah sesuai target yang bapak tentukan?
2. Apakah PPI merupakan salah satu program yang termasuk penilaian dalam Akreditasi yang akan di jalani RSUD ?
3. Apa langkah yang akan ibu lakukan untuk menjalankan program PPI ?
4. Menurut Ibusarana dan prasarana yang ada sekarang sudah mendukung dalam pelaksanaan PPI ?
5. Bagaimana kiat Ibu untuk mengevaluasi Program yang telah dibuat ?

Lampiran 9

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISA PELAKSANAAN PENCEGAHANDAN
PENGENDALIAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RSUD KOTA PADANG PANJANG
TAHUN 2016**

(Untuk Direktur)

- B. Partisipan :
- C. Kode partisipan :
- D. Jabatan partisipan :
- E. Lama Bekerja :
- F. Pendidikan Terakhir :
- G. Tanggal/waktu wawancara :

Naskah / *Script* Wawancara

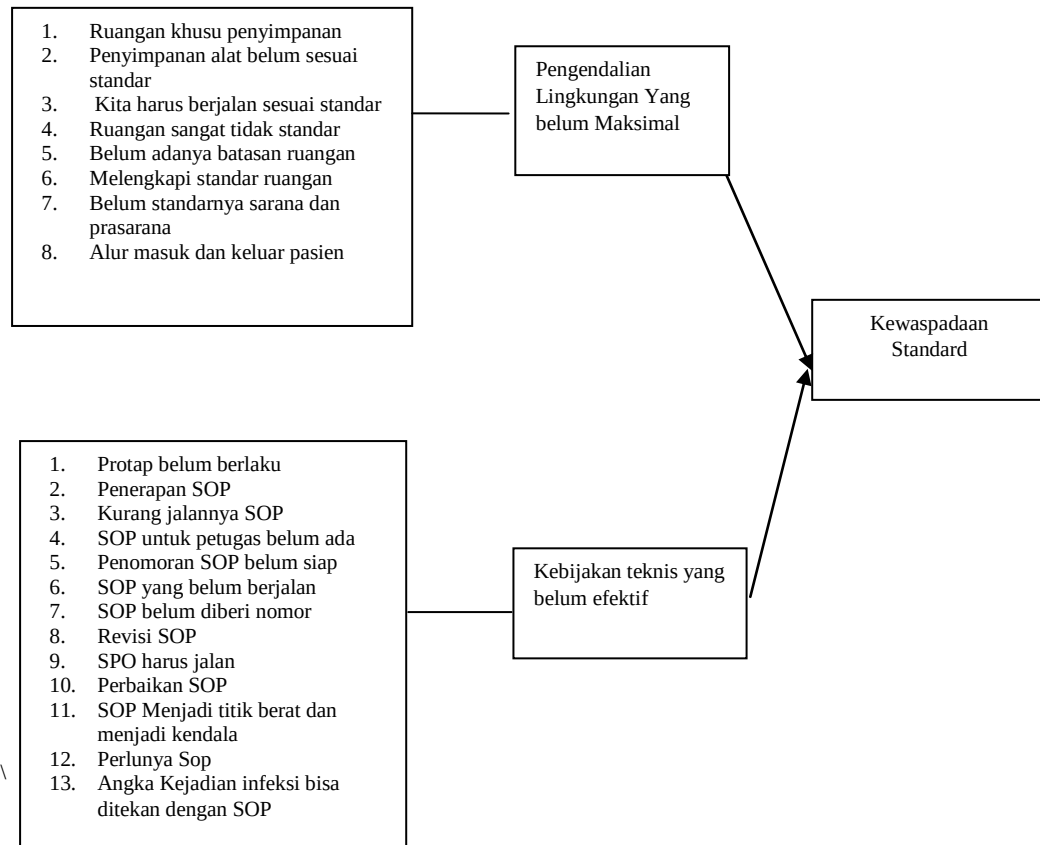
1. Bagaimana pandangan Bapak tentang penguasaan PPI bagi petugas RSUD Padang Panjang, apakah sudah sesuai target yang bapak tentukan?
2. Apakah PPI merupakan salah satu program yang termasuk penilaian dalam Akreditasi yang akan di jalani RSUD ?
3. Apa saja yang menjadi standar penilaian bagi Bapak terhadap kinerja TIM PPI Rumah Sakit Padang Panjang ?
4. Menurut Bapak sarana dan prasarana yang ada sekarang sudah mendukung dalam pelaksanaan PPI ?
5. Bagaimana kiat Bapak untuk mengevaluasi kinerja TIM PPI ?

Lampiran 10

Kata Kunci

Kategori

Tema



Kata Kunci

Kategori

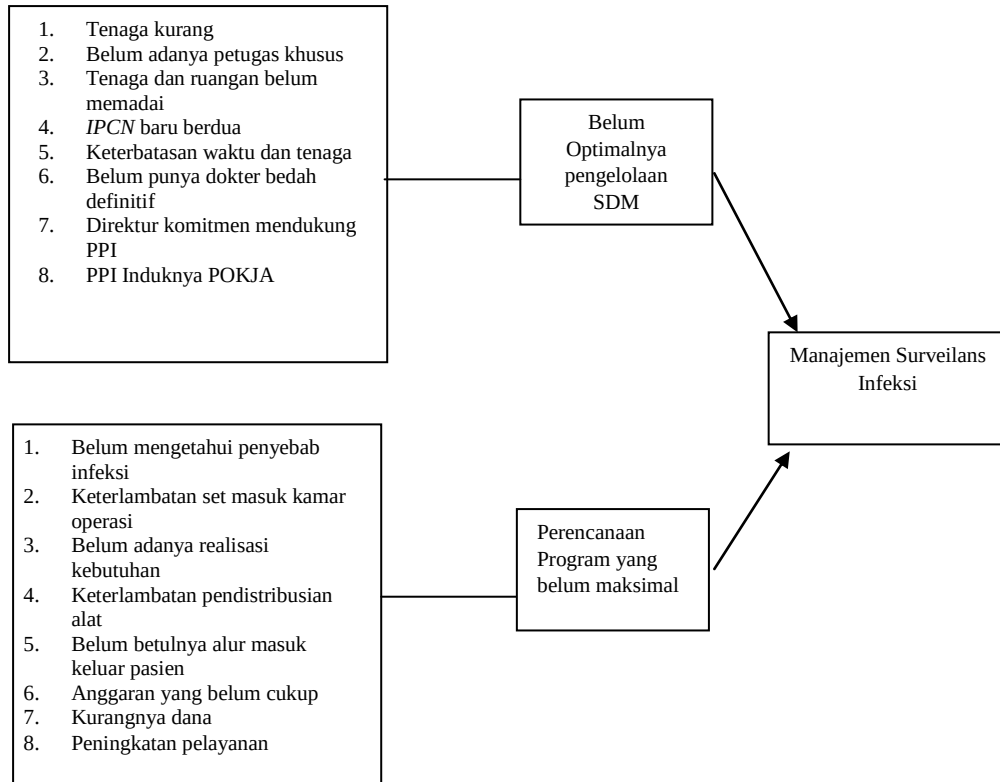
Tema



Kata Kunci

Kategori

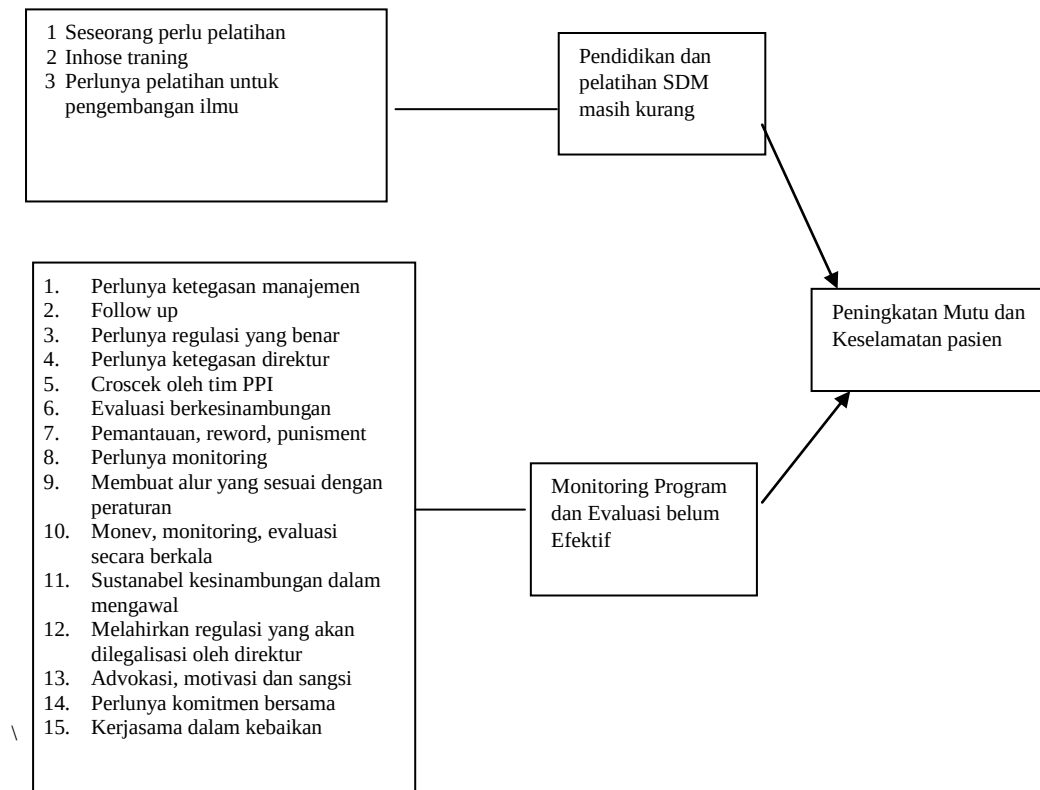
Tema



Kata Kunci

Kategori

Tema



Lampiran 11

MATRIK ANALISA DATA PENELITIAN

[illegible]



PEMERINTAH KOTA PADANG PANJANG
KANTOR PELAYANAN PERIZINAN TERPADU

Jl. Sultan Syahrir No 150 Kelurahan Silaing Bawah Kota Padang Panjang
Telp. ☎ (0752) 485395 Fax. ☎ (0752) 485395

REKOMENDASI IZIN MELAKSANAKAN PENELITIAN

Nomor : 070/ 14 /KPPT.NP- PP/ IV -2016

Setelah mempelajari Surat dari Ketua Prodi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Nomor : 150/LPPM-PSIK/STIKes / IV / 2016 Tanggal 18 April 2016 perihal Izin Penelitian dengan ini kami menyatakan tidak keberatan atas maksud melaksanakan Penelitian/Permintaan Data di Kota Padang Panjang yang dilakukan oleh :

Nama	: MASYA YUNIS
Tempat /Tanggal Lahir	: Pariaman / 15 Mei 1978
Alamat	: Jl. Dr.A.Rivali No. 07 RT. XIV Kelurahan Guguk Malintang Kecamatan Padang Panjang Timur
No. Kartu Identitas	: 1374011505780061
Pekerjaan	: PNS
Judul Penelitian	: Analisa Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Luka Operasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang Tahun 2016
Lokasi Penelitian	: RSUD Padang Panjang
Lama Penelitian	: 18 April s/d 18 Mei 2016

Dalam rangka mengadakan penelitian, peneliti diwajibkan/diharuskan memenuhi ketentuan sebagai berikut :

1. Peneliti harus melaporkan diri kepada pihak yang berwenang di tempat penelitian.
2. Penelitian dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku ditempat penelitian.
3. Peneliti diwajibkan menyampaikan laporan hasil penelitian kepada Walikota Padang Panjang melalui Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Kota Padang Panjang.
4. Peneliti dilarang melakukan penelitian di luar hal-hal yang telah ditetapkan oleh pihak yang berwenang di tempat penelitian.
5. Apabila penelitian yang dilakukan tidak sesuai dengan ketentuan tersebut di atas, maka izin penelitian ini dicabut kembali.

Demikianlah izin penelitian ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang Panjang, 18 April 2016

An. WALIKOTA PADANG PANJANG
KEPALA KANTOR PELAYANAN PERIZINAN TERPADU
KOTA PADANG PANJANG



[Signature]
Dra. TUTI ABDUL RAJAB, MM
NIP. 19670718 199803 2 001

Tembusan ini disampaikan kepada Yth:

1. Kepala BPBD Kesbangpol Kota Padang Panjang



PEMERINTAH KOTA PADANG PANJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan : Tabek Gadang Bukik Kandung, Garing Email:rsud_pp@hotmail.com
Website: www.padangpanjangkota.go.id (0752) 484 250 Fax(0752)82046 Padang Panjang 27127

: 400/ 76 /Pely/ RSUD-PP/ VII/2016

Padang Panjang, 27 Juli 2016

ipiran : -

Kepada Yth :

hal : **Penelitian**

Sdr. Kepala Prodi Keperawatan

Stikes Fort De Kock

di

Tempat

Dengan hormat,

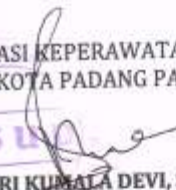
Bersama ini disampaikan bahwa nama yang tersebut dibawah ini telah selesai melaksanakan Penelitian pada tanggal **18 April s/d 18 Mei 2016** di RSUD Kota Padang Panjang:

Nama : **MASYA YUNIS**

NIM : **1414201109**

Judul : **Analisa Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Luka Operasi di RSUD Kota Padang Panjang Tahun 2016**

Demikianlah disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

KASI KEPERAWATAN
RSUD KOTA PADANG PANJANG

Ns. SRI KUMALA DEVI, S.Kep
NIP: 19770101 200312 2 008

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN PROPOSAL

Nama : Masya Yunis

Nim : 1414201109

Jurusan : S1 Keperawatan

Pembimbing I : Ns. Fitriana Rezeki, S.Kep, M.Kep

Judul : Analisa Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Luka Operasi di RSUD Kota Padang Panjang Tahun 2016

Bimbingan Ke	Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	Sabtu / 15-5-2016	Buatkan transkrip dari masing-masing wawancara dg partisipan.	
II	Sabtu / 11-6-2016	- Kelompokkan kata kunci, dari msc partisipan. - Msc kata kunci masukkan kategori berdasarkan konsep.	
III		Seleksi kelompokkan mjd tema.	
IV	Sabtu / 8-6-2016	- Buat skema tema - Lanjut Haul penelitian.	
IV	Sabtu / 23-7-2016	- Pembahasan wawancara / deskripsi hasil wawancara dengan + hasil observasi + penyebabnya. - Penelitian berencana mengenai tema	

Rabu / 27-7-16 ACC ylian stmpel



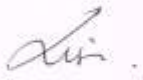
**PROGRAM STUDI SI KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama : Masya Yunis

Nim : 1414201109

Pembimbing II : Ns. Lisavia Juwita, S.Kep, M.Kep

Judul : Analisa Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Luka Operasi di RSUD Kota Padang Panjang Tahun 2016

Bimbingan Ke	Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I		- Transkrip	
II	Kabu/ 27 juli 2016	- tambahkan jurnal. - kelompok dan abstrak - perbaiki kata kata	
III	Kamis/ 28 juli 2016	- Perbaiki kata pengantar - Perbaiki lampiran	
IV	Kamis/ 28 juli 2016	Ace Ulfah Skripsi	