

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Profil Rumah Sakit Umum (RSU) Queen Latifa**

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum (RSU) Queen Latifa Yogyakarta yang berlokasi di Jalan Siliwangi (Ringroad Barat) nomor 118, Mlangi, Nogotirto, Gamping, Sleman. Tahun 2001 merupakan permulaan sejarah dari RSU Queen Latifa. Mengawali debut sebagai Balai Pengobatan dan Rumah Bersalin (BPRB) Queen Latifa, dan sebagai perintis yaitu Bapak Syaifudin dan Ibu Siti Purwanti. Selanjutnya ditinjau dari perkembangan kawasan Ring Road Barat (yang sekarang bernama jalan Siliwangi) seperti perumahan dan perusahaan tersebut menunjukkan peningkatan kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan. 2003 merupakan tahun dimana BPRB Queen Latifa mendapatkan hati di kalangan masyarakat, hal ini ditunjang oleh Ibu Siti Purwanti sebagai pendiri mendapat prestasi Bidan Praktek Swasta (BPS) terbaik II se-Provinsi DIY. Melihat peluang tersebut, BPRB Queen Latifa berupaya meningkatkan kualitas pelayanannya. Hingga akhirnya Dinas Kesehatan memberikan Ijin Operasional Rumah Sakit pada 31

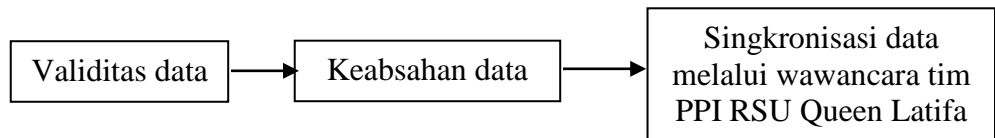
Desember 2009 kepada BPRB Queen Latifa menjadi RSUD Queen Latifa yang diresmikan oleh Bupati Sleman.

RSUD Queen Latifa merupakan rumah sakit tipe D yang memiliki kapasitas lebih kurang lima puluh tempat tidur. RSUD Queen Latifa memiliki pelayanan medis seperti Instalasi IGD 24 jam, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Kamar Bersalin dan Kamar Bayi, Poliklinik (Instalasi Rawat Jalan), Instalasi Bedah Sentral dan HCU, serta Instalasi Penunjang Medis (Laboratorium, Fisioterapi, Farmasi, Radiologi, Pelayanan Elektro Medik (USG dan EKG), Instalasi Gizi, dan Instalasi Laundry). Jumlah sumber daya manusia (SDM) yang ada di RSUD Queen Latifa yaitu sebanyak 165 karyawan. Jumlah tersebut berasal dari staf medis, paramedis, dan non medis.

Kejadian IDO pasien post operasi sesar RSUD Queen Latifa tahun 2016 dari hasil telusur dokumen didapat informasi awal, yaitu dokumen Analisa Tahunan IAK 2015 dan 2016 (angka infeksi luka operasi). Dokumen tersebut menggambarkan bahwa di tahun 2015 terdapat kejadian IDO pada bulan Juli (3,57%) dan bulan Desember (4,54%). Selanjutnya adalah dokumen Analisa Tahunan IAK tahun 2016 yang menerangkan bahwa terjadi peningkatan kejadian IDO di tahun 2016, yaitu bulan Mei (13%), bulan Oktober (4,17%), dan bulan Desember (5%). Perbandingan kejadian IDO di tahun 2015 dan 2016

tersebut mengarahkan peneliti untuk fokus kepada kejadian IDO di tahun 2016. Hasil telaah dokumen selanjutnya disinkronisasi oleh hasil wawancara kepada pasien post operasi sesar yang mengalami IDO di tahun 2016 dan petugas medis yang berkaitan dengan kejadian IDO tersebut.

Tahap dari penelitian ini melakukan validitas data, selanjutnya keabsahan data, dan terakhir adalah mensinkronisasi data yang didapat tersebut dengan mewawancarai tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSUD Queen Latifa. Berikut adalah grafik dari penjabaran tahap penelitian diatas.



**Gambar 4. 1 Grafik Tahap Penelitian**

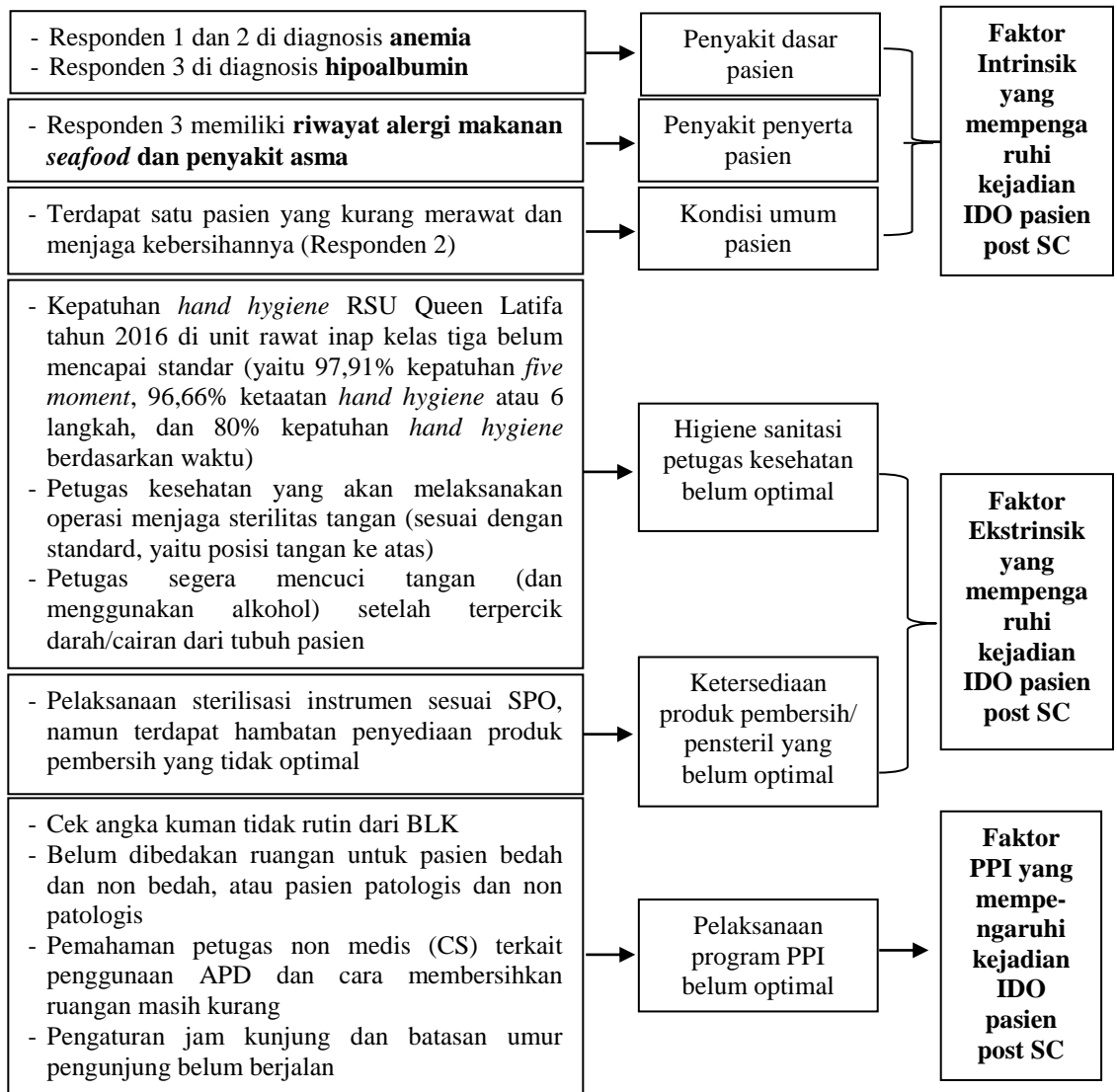
## **2. Karakteristik Subjek dan Objek Penelitian**

Subjek dalam penelitian ini adalah anggota dari tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang terdiri dari perawat ruang operasi, staf ruang rawat inap, bidan ruang VK, dan staf ruang rawat jalan, serta pasien yang mengalami IDO di tahun 2016. Subjek penelitian ini diberi kesempatan untuk memberikan pendapat dan gambarannya terkait kejadian IDO di RSUD Queen Latifa khususnya dari tahun 2016 hingga sekarang.

Objek pada penelitian ini adalah infeksi daerah operasi di Rumah Sakit Umum Queen Latifa pada tahun 2016. Penggambaran objek ini direfleksikan dari telaah rekam medis pasien yang terkena IDO, wawancara kepada pasien yang menjadi subjek (dengan memberikan lebih kurang terdapat tujuh pertanyaan yang diajukan kepada pasien IDO tahun 2016), dan gambaran kejadian oleh tim PPI (lebih kurang terdapat 29 pertanyaan yang diajukan).

### **3. Makna Final Penelitian**

Berdasarkan hasil analisa data dengan menggunakan *constant comparative method* didapatkan tiga makna final yaitu faktor intrinsik yang mempengaruhi kejadian IDO pasien post operasi sesar, faktor ekstrinsik yang mempengaruhi kejadian IDO pasien post operasi sesar, dan faktor PPI yang mempengaruhi kejadian IDO pasien post operasi sesar. Selanjutnya, berdasarkan makna final tersebut didapatkan kategori makna, yaitu penyakit dasar pasien, penyakit penyerta pasien, konsisi umum pasien, higiene sanitasi petugas kesehatan belum optimal, ketersediaan produk pembersih/pensteril belum optimal, dan pelaksanaan program PPI belum optimal. Berikut adalah bagan makna final dari analisis penelitian ini.



**Gambar 4. 2 Hasil analisis kualitatif menggunakan *constant comparative method***

#### 4. Gambaran Kejadian IDO dari Sudut Pasien Post Operasi Sesar

Rekam medis merupakan bagian dari telaah dokumen penelitian ini. Rekam medis tersebut memberikan gambaran data seperti identitas pasien, usia, pekerjaan, pendidikan, diagnosis, riwayat

gestasional (kehamilan), persalinan dan abortus (keguguran), penyakit yang menyertai, kelas ruang perawatan, status operasi sectio caesarea, lama hari rawat, dan frekuensi kunjungan rawat jalan pasien. Berikut adalah tabel karakteristik pasien operasi sesar yang mengalami IDO.

**Tabel 4. 1 Karakteristik Pasien Operasi Sesar yang Mengalami IDO di Tahun 2016**

<b>Data RM Pasien Operasi Sesar</b>	<b>Responden 1</b>	<b>Responden 2</b>	<b>Responden 3</b>
Diagnosa Pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendarahan post partum lambat ok sub involusi uteri</li> <li>• Dehisensi post SC H11</li> <li>• Anemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendarahan post SC hari ke 10</li> <li>• Dehisensi luka post op SC H10</li> <li>• Anemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehisensi Post SC H 11</li> <li>• Hipoalbumin (Albumin 3.2gr/dl)</li> </ul>
Usia	25 tahun	34 tahun	30 tahun
Pekerjaan	Buruh	Ibu Rumah Tangga	Pegawai Swasta
Pendidikan	SMA	SMA	S1
Riwayat Gestasional, Persalinan, Abostus	P2A0, Riwayat SC 3 tahun	P2A0, Riwayat SC 6tahun dengan anemia transfuse 2 kolf.	P1A0
Riwayat SC	Ya	Ya	Tidak
Penyakit yang Menyertai	-	-	Asma dan Riwayat Alergi Seafood
Kelas Ruang Perawatan	Kelas III	Kelas III	Kelas III (saat SC) Saat ILO di Anggrek
Lama Hari Rawat	3 hari	3 hari	3 hari
Frekuensi Kunjungan	5 kali kunjungan	6 kali kunjungan	6 kali kunjungan

<b>Data RM Pasien Operasi Sesar</b>	<b>Responden 1</b>	<b>Responden 2</b>	<b>Responden 3</b>
Rawat Jalan <i>Post SC</i>			
Jaminan Kesehatan	jamkesda	BPJS Non PBI	BPJS Non PBI

Berdasarkan tabel 4.1 diatas, terdapat 3 pasien yang mengalami IDO *post* operasi sesar pada tahun 2016. Responden 1 berusia 25 tahun yang bekerja sebagai buruh, pendidikan terakhirnya adalah SMA. Responden 1 di diagnosis pendarahan *post partum* lambat ok sub involusi uteri, dehisensi *post SC* H11, dan anemia. Kehamilan pada tahun 2016 merupakan kehamilan kedua, dengan riwayat SC tiga tahun. Responden 1 dirawat di rumah sakit selama 3 hari, dengan frekuensi kontrol rawat jalan adalah 5 kali kunjungan. Responden 2 merupakan ibu rumah tangga yang berusia 34 tahun, pendidikan terakhirnya adalah SMA. Responden 2 di diagnosis pendarahan *post SC* hari ke 10, dehisensi luka *post op SC* H10, dan anemia. Kehamilan pada tahun 2016 merupakan kehamilan kedua, dengan riwayat SC enam tahun dengan anemia transfuse 2 kolf. Responden 2 dirawat di rumah sakit selama 3 hari, dengan frekuensi kontrol rawat jalan adalah 6 kali kunjungan.

Terakhir adalah Responden 3 bekerja sebagai pegawai swasta, yang berusia 30 tahun, pendidikan terakhirnya adalah S1. Responden

3 di diagnosis dehisensi Post SC H 11, dan hipoalbumin (Albumin 3.2gr/dl). Kehamilan merupakan yang pertama. Responden 3 dirawat di rumah sakit selama 3 hari, dengan frekuensi kontrol rawat jalan adalah 6 kali kunjungan. Penggambaran selanjutnya didapat dari hasil wawancara oleh pasien (Responden 1, Responden 2, dan Responden 3). Berikut adalah gambarannya.

Berdasarkan telaah dokumen, didapatkan informasi bahwa faktor yang mempengaruhi kejadian IDO dari sudut pasien adalah faktor instrinsik (penyakit dasar (anemia dan hipoalbumin)). Selanjutnya dari hasil wawancara, didapatkan hasil yaitu terdapat satu pasien yang memiliki riwayat penyakit sebelum operasi, yaitu Responden 3 memiliki riwayat alergi dan penyakit asma. Terdapat satu pasien yang kurang merawat dan menjaga kebersihannya (Responden 2). Responden diedukasi (edukasi untuk mandi sebelum operasi, dan dilakukan cukur rambut kemaluan sebelum operasi) oleh petugas medis selama di rumah sakit. Terdapat satu pasien yang kurang merawat dan menjaga kebersihannya setelah dilakukan operasi (Responden 2). Tidak ada pasien yang menggunakan obat-obatan sebelum dilakukan operasi sesar. Tidak ada pasien yang merokok. Dua responden mengingat bahwa mereka rawat inap 1 hari sebelum



operasi. Responden menyatakan bahwa mereka mendapatkan edukasi atau penjelasan tentang rawat luka dari petugas.

*“Seingat saya ngeh Bu, perawat di sini bagus-bagus. Kasih tau saya untuk mandi sebelum dioperasi. Dicukur juga bu, dikasih tau dulu kalau mau dicukur. Iya, sebelum operasi dicukur. Sehabis operasi ya sama Bu. Petugasnya kalau datang pasti ngobrol. Kasih tau kalau harus bersih lukanya. Datang lagi nanti dibersihkan (sama petugas) sambil ngobrol lagi (Responden 1)“*

*“Kalau sakit, ya ga mandi, apalagi di rumah sakit. Bingung mandinya!. Di rumah jarang mandi, repot lah paling sehari sekali. Ada luka nya ya nyeri kalo basah!. Petugas datang kasih tau untuk kasih obat, mau ini mau itu. Saya dengerin (Responden 2)“*

*“Saya punya asma mba.. Ya itu penyakit dari dulu. Tapi jarang kambuh. Terus saya.. ga suka makan laut, yang dari laut itu apa namanya?.. ya seafood. Saya jadi gatel seluruh tubuh. Cuma itu sih sakitnya. Ya batuk pilek kalau lagi musim hujan (Responden 3)“.*

Kutipan di atas menjelaskan bahwa faktor kejadian IDO dari sudut pasien adalah faktor intrinsik (penyakit penyerta (asma dan alergi makanan *seafood*), kondisi umum (kebersihan diri)).

## **5. Gambaran Kejadian IDO dari Sudut Rumah Sakit**

Hasil wawancara dengan subjek penelitian (khusus kepada tim PPI) memberikan gambaran terkait :

### **a. Faktor Ekstrinsik**

#### **1) Higiene sanitasi petugas kesehatan**

Faktor penyebab IDO selanjutnya adalah dari kebersihan petugas kesehatan yang melakukan kontak dengan pasien.

Berdasarkan telaah dokumen, didapatkan dokumen terkait hal ini, yaitu dokumen laporan audit indikator sasaran keselamatan pasien (ISKP) kepatuhan *hand hygiene* RSUD Queen Latifa tahun 2016 menyatakan bahwa 97,91% kepatuhan *five moment*, 96,66% ketaatan *hand hygiene* atau 6 langkah, dan 80% kepatuhan *hand hygiene* berdasarkan waktu pada unit rawat inap kelas tiga.

Hasil wawancara menerangkan hygiene sanitasi petugas kesehatan (tim PPI RSUD Queen Latifa) yang terdiri dari staf ruang operasi, staf bidan VK, staf ruang rawat jalan, dan tiga orang staf ruang rawat inap adalah didapatkan gambaran petugas kesehatan khususnya yang akan melaksanakan operasi adalah mereka menjaga sterilitas tangan (sesuai dengan standard, yaitu posisi tangan ke atas).

*“e.. sterilitas tim bedah, penjagaannya?. (peneliti : Iya). Tangannya selalu diatas dok. Gak kebawah. Karena airnya kan mengalir ke bawah (Responden 4)”*

Petugas segera mencuci tangan (dan menggunakan alkohol) setelah terpercik darah/cairan dari tubuh pasien.

*“Langsung cuci tangan, tak keringkan, terus tak semprot alcohol, hihi (Responden 10)”*

Gambaran perilaku petugas kesehatan yang ada di RSUD Queen Latifa terkait perilaku sebelum pelaksanaan operasi dan sebelum merawat luka operasi pasien adalah :

- a) Petugas selalu menjaga kebersihan diri (dengan cara mencuci tangan (*handwash* atau *handrub*)) dan menggunakan APD (sarung tangan) dalam melaksanakan tindakan medis (perawatan luka dan sebelum operasi). Khusus untuk petugas yang berada di ruang operasi dan akan melakukan tindakan operasi, mereka akan menjaga tanganya (mencuci enam langkah dari ujung jari hingga siku tangan)
- b) Petugas membaca rekam medis pasien (melihat advise dokter) dan mengevaluasi kembali luka yang akan mereka bersihkan. Serta melaksanakan tindakan medis sesuai dengan rekam medis – advise dokter – dan evaluasi luka.
- c) Petugas memberikan edukasi kepada pasien sebelum membersihkan luka.

Sedikit perbedaan antara hasil telaah dokumen (kapatuhan *hand hygiene* di rawat inap kelas tiga (yang belum mencapai standar (100%)) dan hasil wawancara (petugas sudah melakukan kapatuhan *hand hygiene* sesuai dengan

standar) diatas memberikan arahan bahwa belum sempurnanya pelaksanaan kapatuhan *hand hygiene* di tahun 2016. Olehsebab itu peneliti mencoba menggali lebih dalam terkait hal ini. Hasil yang didapat adalah di tahun 2016 terdapat banyak karyawan medis yang baru bergabung di RSUD Queen Latifa khususnya di ruang rawat inap kelas tiga. Hal ini mengakibatkan belum tercapainya angka kapatuhan *hand hygiene* di tahun tersebut.

## **2) Pelaksanaan sterilisasi alat yang digunakan untuk perawatan luka dan ruangan OK**

Pemrosesan instrumen (pencucian dan sterilisasi alat) merupakan faktor risiko terjadinya IDO. Dokumen yang berkaitan dengan poin ini antara lain :

- a) Dokumen hasil uji angka kuman Tahun 2016. Dokumen tersebut menyebutkan hasil uji angka kuman yang dilakukan pada September 2016, yaitu usap tangan petugas OK (dilakukan di ruang operasi OK) pre ( $10 \text{ cfu/cm}^2$ ) dan post ( $0-1 \text{ cfu/cm}^2$ ), dan angka kuman udara ruang rawat inap kelas 3 adalah  $94 \text{ cfu/cm}^3$  (dengan buku mutu 200-500  $\text{cfu/cm}^3$ ).

- b) Dokumen program kerja PPI tahun 2016 terkait hal ini adalah :
- (1) Terdapat program kerja non rutin terkait edukasi sterilisasi (edukasi manajemen peralatan pasien sesuai CSSD dan implementasi dan monitoring sterilisasi sesuai pedoman CSSD).
  - (2) Terdapat program kerja non rutin terkait menjaga kualitas hasil sterilisasi (tersedianya instrumen yang steril dan siap pakai dan semua instrumen terjaga kualitas sterilisasinya).
  - (3) Terdapat program kerja non rutin terkait monitoring uji sterilisasi instrument (pemantauan hasil sterilisasi instrument dan hasil sterilisasi instrument aman dalam pemberian pelayanan kesehatan pasien di unit).
- c) Dokumen evaluasi program kerja PPI tahun 2016 yang menyatakan bahwa telah dilaksanakannya penyediaan instrument yang steril dan siap pakai, serta pelaksanaan pemantauan hasil sterilisasi instrument. Kedua program tersebut dilaksanakan oleh komite PPI, IPCN, dan kepala ruangan OK. Pelaksanaan kedua program ini dilakukan sesuai dengan jadwal program kerja di tahun 2016.

Pertanyaan terkait pelaksanaan sterilisasi alat-alat dan ruangan di RSUD Queen Latifa ini ditujukan kepada subjek dengan klasifikasi tenaga kesehatan, yaitu staf ruang operasi, staf bidan VK, staf ruang rawat jalan, dan tiga orang staf ruang rawat inap.

*“Kalau sterilisasi ruangan OK sudah sesuai pelaksanaan e.. SPO yang ada di sini. Tapi Kalau instrument itu sesuai dengan produk. E.. bayclin sering habis.” (Peneliti : “Kalau (bayclin) habis, apa yang dilakukan?”). “Ya.. cukup, cukup pakai detergen. Kadang kalau masih ada pakai. Apa Namanya? ChlorHaxcydin. Langsung pakainya itu.” (Responden 4)”*

Hasilnya memberikan gambaran terkait pelaksanaan sterilisasi alat-alat dan ruangan di RSUD Queen Latifa adalah pelaksanaan sterilisasi ruangan OK sudah sesuai SPO rumahsakit, namun terdapat hambatan di penyediaan produk pembersih. Keseragaman jawaban subjek terkait RSUD Queen Latifa sudah menggunakan alat yang steril untuk merawat luka pasien post operasi. Pelaksanaan sterilisasi alat/instrumen menggunakan bayclin. Namun ketersediaan bayclin terbatas. Maka terdapat alternatif untuk mengatasi masalah keterbatasan tersebut, yaitu menggunakan Chlor Haxcydin atau Klorin. Dan gambaran pelaksanaan alat misal pinset yang telah digunakan untuk membersihkan luka adalah :

- (1) Alat yang sudah digunakan untuk memberihkan luka akan dibersihkan terlebih dahulu sebelum diberikan ke CSSD
  - (2) Cara membersihkannya adalah pertama merendam alat menggunakan detergen, kemudian klorin, selanjutnya keringkan, terakhir dikemas, untuk disterilkan di IBS (CSSD)
  - (3) Petugas rawat jalan menyingkirkan alat yang telah digunakan untuk merawat luka, dan memberikannya ke tim CSSD untuk di sterilkan.
- 3) Pengetahuan petugas terkait tanda-tanda infeksi pada pasien post operasi**

Petugas kesehatan di rumah sakit harus mengetahui pasien yang dirawatnya mengalami infeksi daerah operasi (IDO) atau tidak. Hal tersebut mengarahkan kepada pengetahuan petugas kesehatan terhadap tanda-tanda dari infeksi pada pasien post operasi. Telaah dokumen pada poin ini sedikit berbeda dengan yang lainnya. Dokumen tersebut adalah sebuah jurnal (yang juga tertuang pada tinjauan pustaka penelitian ini). Jurnal tersebut adalah *Journal of Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 20 No. 4 (Hal 247 – 278) oleh Mangram *etal* (1999) dengan judul “*Guideline for*

*Prevention of Surgical Site Infection 1999*". Subjek yang berada di rawat inap dan rawat jalan mendapatkan pertanyaan terkait hal ini.

“*ya, tanda-tanda infeksi ada demam, luka, e.. kemerahan (Responden 6)*”

“*tanda-tanda infeksi, e.. klo dipasien sendiri terdapat luka, Dok. Pasiennya demam. Untuk area operasinya akan terjadi kemerahan, terus keluar pless (Responden 7)*”

“*keluhan nyeri daerah bekas luka operasinya, dan ada perubahan warna merah, juga nanah (Responden 8)*”

“*Tahu Dok, Rubor dolor color (Responden 10)*”

Hasilnya menerangkan bahwa gambaran pengetahuan petugas kesehatan terkait tanda-tanda infeksi pada pasien post operasi adalah petugas kesehatan rumah sakit (khususnya di rawat inap dan rawat jalan) mengetahui tanda-tanda infeksi. Mereka menyebutkan tanda-tanda infeksi adalah *rubor* (kemerahan), *dolor* (rasa sakit/nyeri), *color* (panas), dan terdapat nanah.

#### **4) Sarana prasarana yang digunakan dalam pelaksanaan meminimalisir risiko IDO di rumah sakit**

Sarana prasarana merupakan hal yang juga penting dalam keberhasilan sebuah program. Peneliti memberikan gambaran terkait sarana prasarana yang digunakan dalam



pelaksanaan meminimalisir risiko IDO di rumah sakit. Gambaran ini diwakilkan oleh subjek penelitian dari tenaga kesehatan.

*“kurang, Dok. Itu dari cleaning servicenya.(Responden 4)”*

Hasil dari penggambaran sarana prasarana program adalah sarana prasarana yang digunakan dalam pelaksanaan meminimalisir risiko IDO di RS adalah cukup. Terdapat kekurangan yaitu dari kelengkapan kerja petugas CS.

## **b. Faktor Keperawatan**

### **1) Pelaksanaan antiseptik kulit pada pasien, pelaksanaan antibiotik profilaksis dan penggunaan antibiotik post operasi**

Faktor risiko IDO selanjutnya adalah terkait pelaksanaan antiseptik kulit pada pasien, pelaksanaan antibiotik profilaksis dan penggunaan antibiotik post operasi. RSUD Queen Latifa mengikuti arahan pemerintah dalam penggunaan antibiotik. Arahan tersebut terangkum dalam dokumen Dokumen Undang-Undang RI nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional sebagai acuan RSUD Queen Latifa melaksanakan penggunaan antibiotik. Dokumen ini menjadi dasar telaah dokumen pada poin ini. Selanjutnya pertanyaan

terkait hal ini diberikan kepada staf perawat ruang operasi, dan tiga orang staf ruang rawat inap RSUD Queen Latifa.

*“e.. Antiseptik kulit selalu. Dengan povidone. Untuk antibiotik profilaksis, Ya ga selalu sih. Tergantung DPJPnya. Kalau dr. (A.), kalau ada indikasinya baru pakai profilaksis. Sesuai indikasinya aja (Responden 4)”*

*“dua hari preop. Terhitungnya dua hari sebelum operasi. Jadi selama dirawat inap itu empat kali pemberian. (Responden 6)”*

*“Kalau dr. (H.) sama dr. Arum beda-beda Dok. Kalau dr. Herlina dua hari, kalau dr. Arum satu hari. (Responden 10)”*

Hasil yang didapat adalah gambaran pelaksanaan antiseptik kulit pada pasien adalah selalu melaksanakan antiseptik kulit pada pasien (dengan povidone). Gambaran pelaksanaan antibiotik profilaksis adalah pelaksanaan antibiotik profilaksis pada tahun 2016 tergantung dari DPJP dan sesuai indikasi. Dan gambaran penggunaan antibiotik post operasi adalah penggunaan antibiotik post operasi tergantung dokter, rata-rata penggunaan antibiotik post operasi adalah dua hari, serta total pemberian selama rawat inap adalah empat kali pemberian.

## **2) Standar waktu dalam perawatan luka pasca operasi**

Rumah sakit dengan layanan rawat inapnya memberikan gambaran waktu dan frekuensi perawatan luka pasien post

operasi. Telaah dokumen dalam poin ini yaitu Dokumen Rekam Medis Pasien Operasi Sesar yang mengalami IDO tahun 2016. Poin ini mengarahkan pertanyaan yang ditujukan kepada subjek yang ada di rawat inap, yaitu kepada dua orang staf rawat inap.

*“e.. kalau operasi sesar itu biasanya itu pasien biasanya 3 hari 2 malam. Sebelum pulang rawat luka, tapi kalau pasien pulang biasanya ada keluhan dehisiensi, nantikan pasien masuk lagi, maka kembali ke advice ada yang sehari sekali, ada yang dua hari sekali (Responden 6)”*

Hasil wawncaranya menggambarkan standar waktu dalam perawatan luka pasien pasca operasi yaitu perawatan luka paska operasi SC di rumahsakit umumnya 3 hari 2 malam. Dan perawatan selanjutnya dilakukan sesuai jadwal control atau jika terdapat dehisiensi, maka pasien dirawat kembali. Serta dilakukan edukasi kepada pasien, meliputi edukasi akan melaksanakan tindakan perawatan luka, edukasi waktu kontrol selanjutnya, dan edukasi perawatan luka di rumah.

### **3) Edukasi petugas kesehatan kepada pasien terkait perawatan luka**

Komunikasi petugas kesehatan dan pasien merupakan hal yang penting dalam menggambarkan kejadian IDO.

Komunikasi awal dalam pencegahan IDO adalah petugas memberikan edukasi terkait tindakan yang mereka lakukan untuk merawat luka, dan hal-hal yang harus dilakukan pasien dalam merawat lukanya sendiri. Oleh sebab itu, peneliti memberikan pertanyaan ini kepada petugas kesehatan yang berada di rawat inap.

*“edukasi tetap dilakukan dok, apa yang dilakukan perawat, mau ngapain aja itu diedukasikan, merawat luka, mengurangi infeksi, kalau pun nanti pasiennya nuwun sewu kita tidak berbenturan dengan BPJS, di rawat luka, di kita kondisi bagus, tapi masih harus perawatan luka, kita akan menyarankan home care, ke puskesmas, atau kembali ke sini, ke ugd. Tetap diedukasi, selain masalah luka juga edukasi pengobatan tetap kita lakukan (Responden 6)”*

Hasil gambaran edukasi petugas kesehatan kepada pasien terkait perawatan luka adalah :

- a) Petugas selalu memberikan edukasi perawatan luka yang dilakukan saat perawatan luka, dan untuk pasien yang akan pulang.
- b) Lingkup edukasi adalah edukasi tindakan petugas dalam merawat luka dan pengobatan. Edukasi nutrisi pasien dalam membantu penyembuhan luka. Serta edukasi terkait perawatan luka pasien di rumah, dan layanan rumah sakit untuk pasien di rumah, serta layanan juga prosedur BPJS terkait layanan perawatan luka.

#### 4) Standar pencegahan IDO pada saat dan pasca operatif

Pencegahan IDO harus dilakukan sebelum operasi dilakukan hingga pasien berada di rawat inap, dan juga ketika pasien pulang dari rawat inapnya. IDO memiliki standar pencegahan saat dan pasca operatif. Telaah dokumen yang digunakan adalah dokumen standard prosedur operasional (SPO) pencegahan dan pengendalian HAIs infeksi luka operasi (ILO). SPO ini merupakan bundles *Healthcare Associated Infections* (HAIs) atau SPO terkait cara yang dilakukan saat memberikan perawatan kepada pasien agar tidak mengalami HAIs ILO. SPO tersebut menerangkan bahwa terdapat prosedur yang harus dilakukan dalam standar pencegahan pencegahan saat dan pasca operatif, yaitu :

- a) Baca rekam medis pasien, pastikan tanggal dan jam tindakan operasi;
- b) Lakukan penatalaksanaan pre-op sesuai standar prosedur operasional yang berlaku dan sesuai advice dokter penanggung jawab;
- c) Lakukan bundles pencegahan ILO, seperti :

- (1) Sarankan pasien untuk mandi. Jika tidak memungkinkan sarankan pasien untuk mengepel badan;
  - (2) Sarankan pasien untuk mencukur rambut yang menghalangi lokasi operasi, pagi hari sebelum operasi jika operasinya siang, atau 2 jam sebelum pasien operasi. Gunakan pencukur rambut elektrik atau pencukur rambut sekali pakai;
  - (3) Pantau kadar gula darah pasien sebelum operasi  
Disesuaikan dengan advice DPJP;
  - (4) Pantau suhu pasien sebelum, selama, dan setelah operasi;
  - (5) Berikan antibiotik profilaksis sesuai advice DPJP.
- d) Pantau dan dokumentasikan keadaan luka pasien post op.  
Lakukan dokumentasi hingga pasien control;
  - e) Laporkan jika ada tanda-tanda ILO seperti adanya pus atau nanah, jahitan membuka, suhu  $> 38^{\circ}$  C, penegakan diagnosa dari dokter spesialis;
  - f) Laporkan kejadian HAIs ILO kepada Komite PPI.

Hasil wawancara menjelaskan gambaran dari standar pencegahan IDO pada saat dan pasca operatif adalah :

- a) Standar pencegahan IDO saat dan pasca operatif adalah menjaga sterilitas petugas dan lingkungan.

*“Ya intinya tetap menjaga sterilitas. Dari preopnya ya itu tadi. Cuci tangan. Dan juga kontak sama lingkungan. Kalau intra ya selalu draping, antiseptiknya.. Terus kalau postopnya ya.. jangan sampe on. Kalau on, ya on beneran. (Responden 4)”*

- b) Terdapat prosedur cukur rambut preoperatif yang dilakukan di unit VK.

*“Kalau preop di VK Dok. Yang harus dilakukan, kalau sesar ya jelas screen dulu. Paling penting. Kalau memang pasiennya bisa mandi. Ya mandi. Yang penting menjaga kebersihan. E.. terus perhiasan. Dilepas semua. Terus pasang kateter. Pasang infus.(Responden 4)”*

- c) Selalu dilakukan pemeriksaan penunjang sebelum operasi, seperti darah rutin, CT, BT, HBsAg, golongan darah, dan scrining HIV.

*“Selalu. YA darah rutin, CT, BT, HBsAg, terus.. golongan darah. Lengkap. Akhir-akhir ini ada scrining HIV (Responden 4)”*

- d) System monitoring paska operatif untuk mencegah dan mengendalikan IDO adalah memberikan edukasi ke pasien (tentang luka operasi dan asupan gizi).

*“m. m.. kalau pasien pasca operasi selalu edukasinya kita kalau untuk luka operasinya tentang asupan gizinya. Terutama makanan. Pasien itu harus mengkonsumsi protein tinggi. Jadi kalau ada keluarga, atau itu si mbahnya, terutama si mbah sih, missal ada*

*yang bilang wis amis-amis dihindari udah itu cuekin aja. Bilang aja jawab iya. Tapi tetap ibu mengkonsumsi makanan tinggi protein. Terutama ikan gabus. Kalau ga ada, putih telur. Terutama yang putih. Pagi dua, siang dua, sore dua. (Responden 4)”*

- e) Penerapan standar pencegahan IDO saat dan pasca operatif di RS sudah berjalan baik.

### **c. Program PPI di RSUD Queen Latifa**

#### **1) Pelaksanaan Program PPI**

Ruanglingkup IDO di fasilitas kesehatan tidak akan terlepas dari program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Telaah dokumen pada poin ini yaitu :

- a) Dokumen program kerja PPI RSUD Queen Latifa di Tahun 2016 dan realisasinya yang terangkum pada dokumen evaluasi program kerja.
- b) Dokukem evaluasi program kerja PPI khususnya tentang pelaksanaan uji angka kuman selama 2016.
- c) Dokumen audit indicator area manajemen (IAM) terkait kepatuhan terhadap penggunaan APD RSUD Queen Latifa tahun 2016.

PPI di fasilitas kesehatan merupakan sebuah kegiatan atau upaya untuk meminimalkan dan mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat



sekitar rumah sakit. Peneliti menanyakan pelaksanaan program PPI di RSUD Queen Latifa untuk memberikan gambaran terkait hal ini. Berikut adalah hasil wawancara yang didapatkan. Hasil yang pertama menyatakan bahwa pelaksanaan program PPI di RSUD Queen Latifa sudah sesuai dengan SOP, namun belum maksimal dikarenakan cek angka kuman tidak rutin. Berikut adalah pernyataan yang menguatkan hasil tersebut.

*“belum Dok. Belum maksimal. Yang pertama, cek angka kuman, tiga bulan sekali itu memang wajib. .(Responden 4)”*

Sinkronisasi pernyataan di atas oleh tim PPI RSUD Queen Latifa adalah pelaksanaan cek angka kuman yang dijadwalkan tiga bulan sekali terkendala pihak ketiga, yaitu dari BLK yang kurang tepat waktu dalam pelaksanaan kegiatan cek angka kuman di rumah sakit.

Ketidak maksimalan pelaksanaan program PPI di RSUD Queen Latifa juga disebabkan oleh belum dibedakan ruangan untuk pasien bedah dan non bedah, atau pasien patologis dan non patologis. Pernyataan (sitasi) yang menguatkan hasil ini adalah sebagai berikut :

*“Masih tercampurnya juga pasien bedah dan non bedah. Jadi Kalau pihak anak-anak, lelaki, dan perempuan juga*

*sama, kecuali obsgyn. Obsgyn pun harusnya dipisah njeh. Obgyn patologis dan non patologis. Kadang obsgyn sini sebelahnya obgyn dengan HEG kan kasihan. (Responden 6)”*

Selanjutnya adalah ketidakmaksimalan pelaksanaan program PPI yang diakibatkan oleh pemahaman petugas non medis (CS) terkait penggunaan APD dan cara membersihkan ruangan. Berikut adalah pernyataan responden yang menguatkan hasil ini

*“Ya untuk mas-mas CS ya terutama. Mungkin karena backgrounnya tidak dari medis. Kadang saya sendiri bilang mas pakai handskun, silahkan diambil, menggunakan masker monggo diambil. Saya juga belum sempet tanya untuk pelnya itu dibedakan atau ga anantara poli dengan rawat inap. Padahal rawat inap kan mengendap pasien yang berhari-hari itu. Harusnya juga dibedakan. (Responden 6)”*

Terakhir, ketidakmaksimalan pelaksanaan program PPI yang diakibatkan oleh pengaturan jam kunjung dan batasan umur pengunjung. Berikut adalah sitasi penguat dari hasil wawancara terkait ketidakmaksimalan pelaksanaan program PPI.

*“pengunjung juga itu kita kualahan milah-milah anak-anak ga boleh masuk. Nanti saya ngomong, nanti lolos, yang jagain sana sini lolos. Saya juga minta dukungan dari depan, mohon diatur untuk pengunjung. E.. Kalau pas waktu kunjung ga peduli anak kecil masuk juga..... (Responden 6)”*

Pelaksanaan program biasanya mengalami hambatan. Hambatan yang terjadi bisa menjadi tolak ukur keberhasilan dan bahan evaluasi program tersebut. Oleh sebab itu, peneliti mencoba menggali gambaran terkait hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program kerja penurunan HAIs. Berdasarkan wawancara dihasilkan gambaran hambatan meminimalisir IDO di RS adalah :

- a) Faktor waktu ukur IDO (pemantauan 2-3 hari di RS, sedangkan IDO diukur 0 sampai 30 hari. Hal ini mengakibatkan “*lost* pengawasan”), dan terkait edukasi pasien yang akan pulang.
- b) Faktor pasien (hiegyn sanitasi kurang)
- c) Faktor budaya yang mengakibatkan defisiensi gizi pasien

*“Kalau hambatannya itu IDO kan diukur mulai dari hari nol operasi sampai hari 30 operasi, nah, selama di RS kan rata-rata lostnya hanya dua sampai tiga hari lalu selama di rumah untuk pemantauannya kita dari tenaga kesehatan sebelum pulang memang memberikan edukasi. E.. apa saja yang harus diperhatikan, gitu. Tapi kembali lagi ke pasien tersebut, karena kadang ada yang masih kebudayaan ga boleh makan yang amis-amis, seperti itu, hihi. Terkadang malah pasiennya jadi proteinnya kurang. Lalu untuk hiegynnya juga masing-masing orang juga berbeda. Ngoten. (Responden 5)”*

Peneliti memberikan pertanyaan terkait saran untuk pelaksanaan penurunan HAIs di rumahsakit, dan ditujukan

kepada IPCLN. Saran dalam pelaksanaan HAIs di RS adalah dilakukan orientasi terkait HAIS dan pencegahan infeksi sedini mungkin kepada karyawan, dan harus dilakukan pengulangan berkala (satu tahun sekali).

## 2) **System monitoring paska operatif untuk mencegah IDO**

Pelaksanaan monitoring sangat penting untuk semua program, khususnya dalam pencegahan IDO. Penelitian ini juga memberikan gambaran terkait system monitoring paska operatif untuk mencegah IDO yang dibagi kedalam empat hal, yaitu pelaksanaan manajemen risiko IDO selama pasien di rawat inap, kegiatan surveilans IDO, perilaku dalam pelaporan tanda IDO, dan keterlibatan subjek dalam pelaksanaan pengelolaan penurunan HAIs.

Telaah dokumen pada poin ini adalah

- a) Dokumen program kerja dari pencegahan dan pengendalian infeksi di tahun 2016, yaitu terdapat program kerja edukasi pengambilan data surveilans PPI (pemahaman terkait data surveilans yang akan dilaporkan dan pengambilan data secara maksimal dan akurat), serta program kerja terkait membuat quality kontrol kinerja

surveillance (pelaksanaan surveilans sesuai standar juga surveilans yang efektif dan efisien).

- b) Dokumen evaluasi program kerja menyatakan bahwa pemahaman terkait data surveilans yang akan dilaporkan dan terkait pelaksanaan surveilans sesuai standar adalah sudah rutin dilakukan dan data surveilans dikumpulkan kepada kepala instalasi rawat inap.
- c) Dokumen audit indicator area manajemen (IAM) terkait kepatuhan terhadap penggunaan APD RSUD Queen Latifa tahun 2016 menyatakan bahwa 100% merupakan rata-rata penggunaan APD dari enam unit yang ada di RSUD Queen Latifa.

Hasil wawancara memberikan gambaran terkait hal di bawah ini :

*“jadi surveylans IDO itu dimasing-masing unit ada yang Namanya surveylans harian atau melidi harian. E.. .....Itu kalau sudah terjadi dehisiensi, harusnya kan dikultur dulu, baru menegakkan IDO. Tapi ada sumber dari Kemenkes, itu katanya tidak usah pakai kultur, hanya dengan diagnose dokter saja sudah mewakili. Jadinya kita selama ini masih menggunakan diagnose dokter. Misalkan dokter bilang ini IDO, maka kita lakukan surveylansnya. (Responden 5)”*

- a) Pelaksanaan manajemen risiko IDO selama pasien di rawat inap dengan hasil gambaran sebagai berikut :

- (1) Pemahaman atau edukasi nutrisi kepada pasien dari nutrisisionis.
  - (2) Motivasi dari petugas kesehatan (nutrisi dan kesembuhan (bimbingan perawatan luka).
  - (3) Pelaksanaan manajemen risiko IDO selama di rawat inap harus sesuai dengan program dan advise dokter
- b) Kegiatan surveilans IDO adalah :
- (1) Kegiatan surveilans IDO di RS sudah berjalan baik, dan terdapat formulir surveilans IDO.
  - (2) Surveylans dilakukan di unit masing-masing (rawat inap dan rawat jalan), dengan nama surveylans harian.
  - (3) Pengecekan luka pada waktu control, dan menganalisis terjadinya IDO atau tidak, sesuai dengan diagnose dokter.
  - (4) IPCLN selalu memberikan laporan ketika ada kejadian IDO.
  - (5) Selanjutnya tim PPI mengcrosscheck mulai dari rekam medisnya, dan mewawancarai petugas.
- c) Gambaran terkait perilaku petugas dalam pelaporan tanda IDO, yaitu :

- (1) Petugas melaporkan apabila terdapat tanda ILO kepada tim SPI, atau sesuai prosedur pelaporan (petugas melaporkan kepada pimpinan (kepala ruang), selanjutnya kepala ruang yang melaporkan kepada tim PPI).
  - (2) Terdapat formulir untuk surveilans IDO.
- d) Selanjutnya gambaran mengenai keterlibatan subjek dalam pelaksanaan pengelolaan penurunan HAIs adalah :
- (1) Mengarahkan pasien OK agar tetap sesuai standar.
  - (2) Instrumen OK harus sesuai standar.
  - (3) Perilaku cuci tangan petugas, dan penggunaan APD.
  - (4) Mengarahkan pasien dan pengunjung untuk berperilaku cuci tangan.
  - (5) Pembatasan pengunjung sesuai umur di lingkungan rumah sakit

### **3) Komunikasi dan Informasi Program PPI**

Menyambung dengan pertemuan berkala dalam membahas IDO, maka penelitian ini menggali informasi terkait kemudahan berkomunikasi dan mendapatkan informasi terkait dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). Hasil wawancara menyatakan bahwa kemudahan

berkomunikasi dan mendapatkan informasi terkait dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) adalah terdapat kemudahan komunikasi dan informasi tentang program PPI di rawat inap.

*“alhamdulillah Kalau rawat inap, semuanya itu ada surveylans PPI tu Dok, jadi kalau ada kejanggalan, konsul ke saya, saya lanjut ke PPI, mba heni, mba kita punya kayak gini, soalnya kita punya surveylans (Responden 6)”*

Kutipan diatas menjelaskan bahwa alur komunikasi di rawat inap tersebut adalah dari staf melapor ke kepala ruang (karu), kemudian karu melanjutkan laporan tersebut ke pihak PPI (mba heni). Namun komunikasi dan informasi terkait program PPI di bagian lain adalah tidak mudah didapat. Contohnya adalah mendadakanya pelaksanaan cek angka kuman.

#### **4) Mentoring dan sosialisasi tentang pengelolaan menurunkan IDO**

Masih berkaitan dengan komunikasi, dalam pelaksanaan manajemen, harus terdapat mentoring atau sosialisasi program. Oleh sebab itu, penelitian ini juga mencoba memberikan gambaran terkait mentoring dan sosialisasi tentang pengelolaan menurunkan HAIs (IDO) yang ada di RSUD Queen Latifa. Berdasarkan wawancara didapatkan hasil yaitu terdapat



mentoring dan sosialisasi terkait pengelolaan menurunkan HAIs, dengan penjabaran sebagai berikut :

*“Kalau mentoringnya itu biasanya kita satu tahun sekali ada pelatihan dasar ulang, Dok, jadi kepada semua karyawan dan kepada karyawan baru kita melakukan orientasi..... (S : Apa isi materi di mentoring dan sosialisasinya ini?). Jadi untuk HAIs itu ada bundels, bundels itu pencegahan, selain IDO juga ada ISK, jadi bundels IDOnya itu yang kita sosialisasikan ke temen-temen. Penggunaan antibiotic pirolaksis, pencukuran, monitoring suhu, monitoring gula darah, sama.. itu sih Dok..... (Responden 5)”*

Kutipan tadi dirangkum kedalam poin-poin berikut ini:

- a) Dilaksanakan 1 tahun sekali (pelatihan dasar) untuk semua karyawan (lama dan baru).
- b) Ketika terdapat kejadian IDO, maka segera diadakan sosialisasi ulang.
- c) Materi meliputi :
  - (1) Bundels (pencegahan) IDO dan ISK
  - (2) Penggunaan antibiotic pirolaksis
  - (3) Pencukuran
  - (4) Monitoring suhu, gula darah
  - (5) Arahan dan mengingatkan petugas untuk memebrikan edukasi perawatan luka saat di RS dan di rumah

## 5) Pertemuan berkala untuk membahas masalah IDO

Salah satu pertanyaan penelitian yang diutarakan adalah pertemuan berkala petugas medis dengan tim PPIRS untuk membahas masalah HAIs (IDO) di RSUD Queen Latifa yang terjadi dalam range waktu tahun 2016 sampai sekarang.

*“itu situasional, tidak berkala, tergantung kasusnya atau ada kegiatan yang berkaitan dengan itu (Responden 4)”*

*“Ngih. Kalau ada kejadian, biasanya kita langsung melakukan Dok, jadi eksidental. (Responden 5)”*

*“pertemuan rutin ga, tapi ada, pernah, setahun terakhir ini pernah ada, saya mba heni dan pak dayat. 2016 itu belum. Itu focus sama pelatihan handhiegyn (Responden 6)”*

*“ga ada, dok.. kalau ada kasus bisa dilakukan pertemuan untuk menelaah kasusnya (Responden 7)”*

*“ga ada, tapi kalau ada kasus itu situasional, ga rutin (Responden 8)”*

Hasil dari pertemuan berkala untuk membahas masalah HAIs (IDO) di RSUD Queen Latifa yang terjadi dalam range waktu tahun 2016 sampai sekarang adalah tidak terdapat pertemuan rutin dan berkala untuk membahas kejadian HAIs (IDO) di rumahsakit ini. Pelaksanaannya adalah situasional (sesuai dengan waktu kejadian).

**6) Pengawasan Komite PPIRS terkait isian formulir surveilans IDO**

Berikut adalah hasil dari penggambaran pengawasan komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS) terkait pelaporan ketidaklengkapan pengisian formulir atau ketidaklengkapan laporan surveilans IDO.

*“biasanya kalau tidak lengkap kita langsung menegur kanipnya langsung. Nanti dari kanipnya yang akan mensosialisasikan ulang atau peran sebagai IPCLN. (Responden 5)”*

Hasilnya menggambarkan pengawasan komite PPIRS terkait ketidaklengkapan pengisian laporan surveilans IDO adalah terdapat pengawasan dari komite PPIRS dalam kelengkapan pengisian formulir dan laporan surveilans melalui kepala ruang, dan dilakukan setiap (minimal) dua bulan sekali, serta masuk kedalam SPM. Jika terdapat ketidaklengkapan pengisian formulir, maka komite PPI-RS menegur kanit, selanjutnya kanit mengarahkan IPCLN.

**7) Kerjasama tim PPI dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HAIs**

Keberlangsungan program pasti melibatkan banyak pihak, yang disebut sebagai bentuk kerjasama tim. Oleh sebab itu, peneliti mencoba memberikan gambaran terkait hal ini.

*“iya dok, sudah baik (Responden 4)”*

*“ya kalau kerjasama dengan tim sudah berjalan, tinggal ditingkatkan lagi, temen-temen yang menemukan, tidak hanya saya yang melaporkan, oh ya ternyata ini. Selama ini sudah berjalan, tinggal ditingkatkan lagi. (Responden 6)”*

*“kalau semisal ada kejadian, pasti baik kerjasamanya (Responden 7)”*

*“iya Cuma kita Cuma melaporkan saja. Cuma kita ga tau feedbacknya dari PPInya akan seperti apa. Ya kerjasamanya sendiri sudah berjalan (Responden 8)”*.

Hasil wawancara menunjukkan hasil dari penggambaran kerjasama tim PPI dalam programnya. Hasilnya adalah kerjasama tim PPI dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HAIs di RS sudah baik, dan sudah sesuai dengan proker, serta sesuai dengan KRAS. Pelaksanaan sehari-hari perlu ditingkatkan, seperti IPCLN meningkatkan perilaku pemberian informasi dan surveylans kepada stafnya.

## **8) Budaya sadar risiko HAIs**

Budaya merupakan bagian yang tidak akan bisa lepas dari kegiatan masyarakat sehari-hari. Budaya terlahir dari kebiasaan atau perilaku sebuah kelompok yang dikerjakan terus menerus. Budaya juga tercermin dalam sebuah teks yang terdokumentasi. Hal ini tergambar oleh telaah dokumen yaitu dokumen laporan audit indikator sasaran keselamatan pasien

(ISKP) kepatuhan *hand hygiene* RSUD Queen Latifa tahun 2016, dan dokumen audit indikator area manajemen (IAM) terkait kepatuhan terhadap penggunaan APD RSUD Queen Latifa tahun 2016.

Pencegahan IDO harus menjadi budaya pada sebuah fasilitas kesehatan. Oleh sebab itu, peneliti memberikan pertanyaan terkait budaya sadar risiko HAIs pada subjek penelitian ini.

*“ada Dok. Contohnya ya, m.. dari SPOnya kan sudah jelas, ada cuci tangan, dan sudah terbiasa dengan itu (Responden 4)”*

*“ada dok, yang jelas kita selaku tenaga medis harus menggalakkan cuci tangan. Terus semaksimal mungkin pemisahan pasien yang beresiko dan tidak beresiko. (Responden 6)”*

*“ada dok. Ketika kita mungkin, apanamanya, lebih memproteksi diri lah. Misalkan kita ketemu pasien infeksius. Kita lebih memprotek diri, apa yang kita harus lakukan, gitu. Kalau pasien di poli itu kan pasien infeksius, pasien TB, jelas-jelas kita tahu, kita harus segera pakai masker. Pasien juga kalau dari depan ga pakai masker, ntar ya kita kasih di poli. (Responden 7)”*

*“iya Dok. Contohnya kita harus selalu cuci tangan, kita e.. dan selalu mengarahkan selalu menggunakan handscooen atau APD setiap kali mau melakukan tindakan, atau kontak dengan pasien. APD juga harus lengkap, termasuk google dan spatula boot. (Responden 8)”*

Hasilnya menerangkan bahwa terdapat budaya sadar risiko HAIs di RS, seperti adanya SPO, budaya perilaku cuci

tangan dan penggunaan APD, serta pemisahan pasien berisiko dan tidak, juga mengedukasi pasien yang berisiko.

**9) Komitmen dari pimpinan terkait manajemen risiko infeksi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi HAIs**

Menejemen program akan berhasil jika terdapat komitmen dari pimpinan program tersebut. Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HAIs juga harus dilihat dari sisi komitmen pimpinannya. Oleh sebab itu, peneliti ingin memberikan gambaran terkait komitmen pimpinan terkait manajemen risiko infeksi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi HAIs.

*“Berkomitmen sekai sih Dok, jadi missal ada kejadian, dari pihak menejemen memberikan arahan, memberikan masukan kepada tim PPI, apa saja yang harus dilakukan, ananti dipertimbangkan di bagian menejemen. (Responden 5)”*

Penggambaran dari komitmen pimpinan terkait manajemen risiko infeksi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi HAIs adalah pimpinan (menejemen dan kepala ruang) sangat berkomitmen dalam manajemen risiko infeksi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi HAIs. Selanjutnya pimpinan sangat berpengaruh dalam penurunan HAIs. Pemimpin harus memiliki SPO yang jelas dalam pelaksanaan

pengecahan HAIs, dan mampu menjadi contoh dan mengarahkan stafnya dalam menurunkan HAIs.

#### **10) Tindak lanjut yang dilakukan rumah sakit dalam penurunan risiko infeksi dirumah sakit khususnya IDO**

Tindak lanjut yang dilakukan rumah sakit dalam penurunan risiko infeksi dirumah sakit khususnya IDO merupakan sebuah respon baik dan wajib dilakukan oleh rumah sakit.

*“kalau untuk tindak lanjutnya, misalkan ada IDO, yang pertama pencatatan dulu Dok, pelaporan, lalu pengajuan untuk pemeriksaan angka kuman lanjutan. Jadi dibandingkan angka kuman sebelumnya dan setelah kejadian IDO, ngoten. Lalu, selain pengecekan angka kuman, kita juga crosscheck kepada perilaku teman-teman terkait perawatan lukanya saat sebelum pulang dan pencucian instrumennya. (Responden 5)”*

Penelitian ini memberikan gambaran terkait hal tersebut yaitu tindak lanjut yang dilakukan rumah sakit dalam penurunan risiko infeksi dirumah sakit khususnya IDO adalah

:

- a) Kejadian IDO – Pencatatan dan Pelaporan IDO – Pengajuan cek angka kuman (perbandingan angka kuman sebelum dan sesudah).
- b) Crosscheck perilaku pencucian instrumen dan perawatan luka dari petugas.

### 11) Keikutsertaan pelatihan PPI atau pelatihan terkait IDO

Petugas kesehatan sudah pernah mendapatkan informasi kesehatan di bangku sekolah. Petugas kesehatan atau fasilitas kesehatan harus mempertimbangkan refresh ilmu tersebut. Penelitian ini memberikan gambaran terkait keikutsertaan pelatihan PPI atau pelatihan terkait IDO.

*“e.. kalau pelatihan khusus PPInya belum dok. Tapi kalau untuk yang dapat meteri terkait yang IDO pernah (Responden 4)”*

*“kalau IDO belum, Cuma saya pernah mewakili mba heni ke pertemuan PPI yang ada di Panti Rapih, membahas tentang PPI secara umum, membahas tentang lantai, merawat luka, tapi kalau focus ke IDO belum pernah. (Responden 6)”*

Hasil wawancara menerangkan bahwa keikutsertaan pelatihan PPI atau pelatihan terkait IDO adalah ketua PPI sudah mengikuti pelatihan PPI dan surveylans IDO. Tim IPCLN belum mengikuti pelatihan PPI, namun sudah pernah mendapatkan informasi juga memahami terkait PPI dan surveylans IDO.

Berdasarkan hasil telaah dokumen dan hasil wawancara didapatkan garis besar penelitian, yaitu :



- a. Gambaran kejadian IDO dari sudut pasien didapatkan faktor instrinsik yang merupakan faktor penyebab terjadinya IDO, yang terdiri dari :
- 1) Faktor penyakit dasar pasien (anemia dan hipoalbumin),
  - 2) Faktor penyakit penyerta lainnya dari pasien (asma dan alergi seafood), dan
  - 3) Faktor kondisi umum pasien (kebersihan diri pasien).
- b. Gambaran kejadian IDO dari sudut RSUD Queen Latifa adalah cukup baik, namun terdapat temuan yang masih dianggap kurang, yaitu:
- 1) Higiene sanitasi petugas kesehatan belum optimal,
  - 2) Penyediaan produk-produk untuk mensteril instrumen kurang berjalan baik
  - 3) Pelaksanaan program PPI dan hambatannya (tidak rutinnya cek angka kuman, belum terpisahnya ruangan bedah dan non bedah, belum adanya jam kunjung dan batasan penunjang, pemahaman petugas non medis (CS) terkait penggunaan APD belum optimal dan cara membersihkan ruangan yang tidak sesuai standar)

## **B. Pembahasan**

### **1. Gambaran Kejadian IDO dari Sudut Pasien Post Operasi Sesar**

#### **a. Faktor yang tidak mempengaruhi kejadian IDO RSUD Queen**

#### **Latifa tahun 2016 dari sudut pasien post operasi sesar**

##### **1) Usia Pasien**

Usia dari pasien yang mengalami IDO paska operasi sesar RSUD Queen Latifa di tahun 2016 tersebut merupakan usia subur atau usia reproduksi (25 tahun, 30 tahun, dan 34 tahun). Menurut Permenkes RI nomor 27 tahun 2017 menyatakan bahwa umur menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya HAIs. Umur yang dimaksud dalam permenkes tersebut adalah pada neonates dan orang lanjut usia. Berdasarkan informasi yang diutarakan oleh Rivai *dkk* (2003), kejadian ILO biasa ditemukan pada kelompok usia reproduksi beresiko dan juga yang sehat. Namun penelitian Rivai ini menyatakan bahwa usia pasien tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian ILO. Hal ini sejalan dengan hasil dari penelitian Agustina dan Fariani (2017), yaitu usia bukan faktor risiko dari kejadian IDO. Hal ini menjadi dasar jawaban penelitian terkait usia pasien bukan menjadi factor yang

mempengaruhi kejadian IDO di RSUD Queen Latifa tahun 2016.

## 2) Waktu Rawat Inap dan Rawat Jalan

Hasil penelitian selanjutnya adalah lama hari rawat inap dan rawat jalan. Berdasarkan hasil penelitian, rata-rata lama hari rawat inap adalah tiga hari. Penjabaran mengenai lama hari rawat inap dan rawat jalan ini berkaitan dengan keterangan rata-rata waktu kejadian IDO di RSUD Queen Latifa tahun 2016 (hari ke sepuluh dan sebelas). Hal ini menjelaskan bahwa selama rawat inap, pasien belum terdeteksi mengalami IDO. Pasien terdeteksi mengalami IDO pada hari ke sepuluh dan sebelas, atau pada saat melakukan kontrol.

Menurut Rivai dkk (2013), bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian ILO pasien pascabedah sesar yaitu lama waktu rawat prabedah dan lama rawat pascabedah. Menurut penelitian Rivai, upaya untuk mempersingkat lama rawat prabedah akan menurunkan angka kejadian ILO pasien bedah sesar. Mereka menguatkan pernyataan mengenai lama rawat prabedah di sebuah rumah sakit memiliki kaitan dengan kejadian tertularnya infeksi yang lebih kompleks. Nugraheni *etal* (2015) menyatakan bahwa umumnya waktu yang

diperlukan pasien *post* SC untuk rawat inap adalah 3-5 hari. Tambahnya adalah penutupan luka insisi SC akan terjadi pada hari kelima setelah bedah, kemudian pada kulit akan sembuh dengan range waktu 2-3 minggu, luka fasia abdomen akan merapat dalam waktu enam minggu yang akan terus berkembang selama enam bulan, dan tendon memerlukan waktu tiga bulan sampai satu tahun dalam penyembuhannya. Hal ini juga didukung oleh data RM pasien yang menyatakan bahwa pasien melakukan control paska rawat inap. Frekuensi kunjungan rawat jalan *post* SC yang dilakukan pasien adalah rata-rata lima kali kunjungan. Kunjungan ini bertujuan melihat perkembangan dari luka paska bedah.

### **3) Penggunaan Obat-Obatan Sebelum Operasi Sesar dan Perilaku Merokok**

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien, bahwa pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum melakukan operasi SC dan tidak berperilaku merokok. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perilaku baik dari pasien yang berkaitan dengan kejadian IDO yang mereka alami. Hasil terakhir adalah pasien mengingat bahwa mereka dirawat selama satu hari sebelum operasi. Horan *etal* (2008)

menyatakan bahwa salah satu faktor risiko infeksi daerah operasi adalah merokok dan penggunaan tembakau lainnya, serta lama rawat inap di rumah sakit sebelum operasi. Penjelasan ini jelas bahwa faktor penggunaan obat-obatan sebelum melakukan operasi SC dan perilaku merokok pasien bukan merupakan faktor dari kejadian IDO RSUD Queen Latifa di tahun 2016.

**b. Faktor yang mempengaruhi kejadian IDO RSUD Queen Latifa dari sudut pasien post operasi sesar**

Berdasarkan hasil penelitian, pada tahun 2016, terdapat pasien rawat inap RSUD Queen Latifa yang mengalami IDO. Hal ini ditandai oleh diagnosa dehisensi post operasi sesar (SC), dengan rata-rata waktu kejadian adalah hari ke sepuluh dan sebelas. Hasil penelitian mengarahkan hasil bahwa factor yang mempengaruhi kejadian IDO pada tahun 2016 adalah dari faktor intrinsik atau dari factor pasiennya.

**1) Penyakit Dasar dan Penyakit Penyerta Lainnya dari Pasien**

Berdasarkan data yang diperoleh peneliti, pasien post operasi sesar yang mengalami IDO tersebut terdiagnosa mengalami anemia dan hipoalbumin serta memiliki penyakit

penyerta seperti asma dan alergi makanan *seafood*. Anemia dan hipoalbumin merupakan faktor penyakit dasar pasien yang dapat mempengaruhi kejadian IDO di fasilitas layanan kesehatan. Penyakit alergi (makanan *seafood*) dan penyakit asma masuk kedalam faktor penyakit penyerta lainnya yang terdapat dari pasien, dan faktor ini juga mempengaruhi kejadian IDO (Darmadi (2008), Permenkes RI nomor 27 tahun 2017, dan Horan, dkk (2008)).

Menurut Vianti (2013), anemia memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian infeksi luka operasi (ILO) paska operasi sesar. Tambahnya adalah, anemia bisa terjadi akibat dari gizi pasien yang tidak baik. Status gizi tersebut merupakan komulasi status gizi pasien dari sebelum masuk ke rumah sakit. Menurut Potter dan Perry (2005) dalam Agustina dan Fariani (2017), pasien yang melakukan operasi, namun memiliki penyakit penyerta seperti TBC, diabetes mellitus, anemia, malnutrisi, dan sebagainya tersebut dapat menyebabkan dayatahan tubuh menurun. Hal ini menyebabkan proses penyembuhan luka setelah operasi akan tergannggu. Berkaitan dengan anemia, sebanyak 2,3% penyumbang kejadian infeksi nosocomial pada penelitiannya.

Pasien yang mengalami hipoalbumin dalam penelitian ini juga dipengaruhi oleh riwayat penyakit penyerta, yaitu pasien mengalami alergi dengan makanan *seafood*. Penjelasan ini mengarahkan gambaran kebiasaan pasien dalam mengkonsumsi bahan makanan sehari-harinya. Hal ini merujuk pada dampak pasien yang mengalami hipoalbumin atau kekurangan protein sebelum masuk ke rumahsakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (permenkes) RI nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa pejamu yang rentan (dalam hal ini adalah pasien yang berpotensi terkena IDO) merupakan seseorang yang memiliki kekebalan tubuh yang rendah sehingga tidak memiliki kemampuan dalam melawan agen infeksi. Permenkes tersebut menerangkan lebih lanjut bahwa yang mempengaruhi kekebalan adalah status gizi dan penyakit kronis. Penelitian pendukung terkait anemia, hipoalbumin, asma, dan alergi makanan *seafood* di atas menjadi dasar jawaban bahwa faktor pasien terkait diagnose pasien (anemia dan hipoalbumin) dan penyakit penyerta (asma dan alergi

makanan *seafood*) merupakan faktor pendukung terjadinya IDO di RSUD Queen Latifa pada tahun 2016.

## 2) Faktor kondisi umum pasien

Berdasarkan hasil wawancara, didapat satu dari tiga pasien yang mengalami IDO tersebut kurang merawat dan menjaga kebersihan sebelum dan sesudah operasi sesar. Kebersihan diri pasien merupakan bagian dari faktor kondisi umum pasien yang dapat mempengaruhi kejadian IDO di fasilitas layanan kesehatan khususnya rumah sakit (Darmadi (2008), Permenkes RI nomor 27 tahun 2017, dan Horan, dkk (2008)).

Menurut Poluan (2016), IDO sering terjadi di instalasi rawat jalan, hal tersebut dikarenakan faktor dari luar rumah sakit, seperti kebersihan luka sewaktu di rumah, dan penyakit komplikasi dari pasien. Berdasarkan Wardani (2003), bahwa infeksi nosocomial dapat terjadi karena infeksi diri sendiri (*self infection*). Salah satu penyebab *self infection* adalah kebersihan diri yang kurang.

Menurut Depkes (2001) *dalam* Wardani (2003), terdapat tiga hal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi, yaitu memperbaiki daya tahan tubuh



terhadap infeksi, mengurangi jumlah total bakteri pada tempat potensian untuk kontaminasi juga infeksi, dan mengurangi kesempatan bakteri masuk kedalam rongga fisiologis dari badan. Poin terkahir tersebut menegaskan bahwa pasien harus menjaga kebersihannya. Gambaran ini jelas mengarahkan faktor kurang merawat dan menjaga kebersihan sebelum dan sesudah operasi SC adalah faktor penyebab terjadinya IDO RSUD Queen Latifa di tahun 2016.

Berkaitan dengan perilaku responden pasien dalam menjaga kebersihan diri ini terdapat hasil wawancara dengan mereka yaitu mereka mendapatkan edukasi dari petugas kesehatan untuk merawat dan menjaga kebersihan diri sebelum operasi, dan juga terkait perawatan luka paska operasi. Hasil tersebut menyatakan bahwa petugas kesehatan memberikan arahan dan edukasi kepada pasien untuk mandi sebelum operasi, dan melakukan cukur rambut kemaluan sebelum operasi, serta mengenai perawatan luka paska operasi. Menurut Nessim *etall* (2012) bahwa dibutuhkan kerjasama tim medis dalam memberikan edukasi terkait pencegahan infeksi daerah operasi kepada pasien. Penelitian Nessim *etall* ini menggambarkan komparasi antara

pengecahan yang dilakukan oleh pasien dengan semua pelaksanaan yang diupayakan oleh pihak rumahsakit. Hal ini memperkuat hasil penelitian bahwa pasien yang mengalami IDO di tahun 2016 menyatakan bahwa petugas medis RSUD Queen Latifa sudah memberikan upaya mencegah IDO, yaitu dengan melakukan edukasi berulang tentang perawatan luka dan menjaga kebersihan diri pasien serta terkait gizi yang membantu dalam penyembuhan luka.

## **2. Gambaran Kejadian IDO dari Sudut Rumah Sakit**

Berdasarkan laporan mutu di RSUD Queen Latifa tahun 2016 menggambarkan kejadian infeksi daerah operasi (IDO) lebih dari target ( $\leq 1,5\%$ ), dan data tersebut berasal dari pasien post operasi *section caesaria*. Oleh sebab itu, peneliti mencoba menggali informasi dari subjek yang berasal dari rumah sakit, seperti anggota dari tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). Tujuan dalam menggali informasi kepada subjek ini adalah untuk memberikan gambaran strategi penurunan HAIs dan langkah meminimalisir IDO di RSUD Queen Latifa. Berikut adalah temuan penelitian dari sudut rumah sakit.

**a. Faktor yang mempengaruhi kejadian IDO RSUD Queen Latifa tahun 2016 dari sudut Rumah Sakit**

**1) Higiene Sanitasi Petugas Kesehatan (Faktor Ekstrinsik)**

Berdasarkan telaah dokumen, didapatkan dokumen terkait hal ini, yaitu dokumen laporan audit indikator sasaran keselamatan pasien (ISKP) kepatuhan *hand hygiene* RSUD Queen Latifa tahun 2016 yang dikombinasi oleh hasil wawancara didapatkan informasi hasil gambaran hygiene sanitasi petugas kesehatan RSUD Queen Latifa di tahun 2016 sampai dengan sekarang. Berdasarkan hasil telaah dokumen, yaitu 97,91% kepatuhan *five moment*, 96,66% ketaatan *hand hygiene* atau 6 langkah, dan 80% kepatuhan *hand hygiene* berdasarkan waktu pada unit rawat inap kelas tiga. Peneliti menitik beratkan kepada rawat inap kelas tiga dikarenakan pasien IDO yang terjadi ditahun 2016 berasal dari pasien rawat inap kelas tiga. Angka kepatuhan yang hampir mencapai 100% ini menggambarkan bahwa hygiene sanitasi petugas kesehatan bisa membuktikan hasil yang didapat dari penelitian ini.

Hasil wawancara hygiene sanitasi petugas kesehatan menerangkan bahwa petugas RSUD Queen Latifa telah sigap

dan berperilaku sesuai dengan standard untuk menjaga sterilitas tangan sebelum melakukan operasi dan sebelum merawat luka paska operasi SC, atau sesuai dengan *five moment*. Menurut dosen fakultas kedokteran UNPAD, dr. Nucki Hidayat (2006), yang menyatakan bahwa salah satu prinsip pencegahan ILO adalah dengan pencegahan transmisi mikroorganisme dari petugas, lingkungan, instrument, dan pasien itu sendiri.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Emily *etal* (2011), yaitu petugas kesehatan yang melakukan kontak dengan pasien harus menjaga kebersihan tangan (dan hygiene lainnya). Menurut Haryanti (2011) *dalam* Poluan (2016), yaitu infeksi peueouralis akan berkurang drastic jika petugas kesehatan mencuci tangannya sebelum membantu persalinan.

Hasil penelitian ini juga menjelaskan bahwa sedikit perbedaan antara hasil telaah dokumen (kapatuhan *hand hygiene* di rawat inap kelas tiga (yang belum mencapai standar (100%)) dan hasil wawancara (petugas sudah melakukan kapatuhan *hand hygiene* sesuai dengan standar) diatas memberikan arahan bahwa belum sempurnanya pelaksanaan kapatuhan *hand hygiene* di tahun 2016. Penggalian informasi

terkait kesenjangan informasi ini dilakukan, dan didapatkan hasil bahwa di tahun 2016 terdapat banyak karyawan medis yang baru bergabung di RSUD Queen Latifa khususnya di ruang rawat inap kelas tiga. Hal ini mengakibatkan belum tercapainya angka ketaatan *hand hygiene* di tahun tersebut.

Menurut Rosa (2016), bahwa salah satu evaluasi dan tindak lanjut risiko HAIs di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta adalah kurangnya ketidak-patuhan cuci tangan petugas kesehatan. Penelitian Rosa ini memberikan gambaran strategi pemutusan rantai infeksi salah satunya dengan cara menjaga kebersihan tangan.

## 2) **Pelaksanaan Program PPI dan Hambatannya**

Ruanglingkup IDO di fasilitas kesehatan tidak akan terlepas dari program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Dokumen pendukung hasil dari pelaksanaan program PPI RSUD Queen Latifa di tahun 2016 adalah :

- a) Dokumen program kerja PPI RSUD Queen Latifa di Tahun 2016 dan realisasinya yang terangkum pada dokumen evaluasi program kerja.
- b) Dokumen evaluasi program kerja PPI khususnya tentang pelaksanaan uji angka kuman selama 2016.

- c) Dokumen audit indicator area manajemen (IAM) terkait kepatuhan terhadap penggunaan APD RSUD Queen Latifa tahun 2016.

Menurut hasil wawancara, pelaksanaan program PPI di RSUD Queen Latifa adalah pelaksanaan program PPI di RS ini sudah sesuai dengan standar, namun belum maksimal. Ketidakmaksimalan ini terjadi akibat hambatan seperti :

- a) Faktor pasien (higien sanitasi kurang), dan faktor budaya yang mengakibatkan defisiensi gizi pasien. Poin ini tergambar pada bagian pasien.
- b) Faktor waktu ukur IDO (pemantauan 2-3 hari di RS, sedangkan IDO diukur 0 sampai 30 hari. Hal ini mengakibatkan “*lost* pengawasan”), dan terkait edukasi pasien yang akan pulang.
- c) Cek angka kuman.

Cek angka kuman ini mengarahkan pada pelaksanaan cek angka kuman yang tidak rutin setiap 3 bulan sesuai dengan program kerja, di karenakan pihak BLK yang tidak rutin mengambil sampel. Hal ini memunculkan sebuah rekomendasi strategi dalam kerjasama pihak ketiga dalam pengecekan angka kuman di rumah sakit. Pembahasan

kemudahan komunikasi dan kerja sama tim dalam pelaksanaan PPI. Berdasarkan hasil wawancara menyatakan bahwa kemudahan berkomunikasi dan mendapatkan informasi terkait dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) adalah terdapat kemudahan komunikasi dan informasi tentang program PPI di rawat inap. Alur komunikasi di rawat inap tersebut adalah dari staf melapor ke kepala ruang (karu), kemudian karu melanjutkan laporan tersebut ke pihak PPI (mbaheni). Namun komunikasi dan informasi terkait program PPI di bagian lain adalah tidak mudah didapat. Contohnya adalah mendadaknya pelaksanaan cek angka kuman.

Terkait kerjasama tim, dengan hasil wawancara yaitu pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HAIs di RS sudah baik, dan sudah sesuai dengan proker, serta sesuai dengan KARS. Pelaksanaan sehari-hari perlu ditingkatkan, seperti IPCLN meningkatkan perilaku pemberian informasi dan surveylans kepada stafnya. Pembahasan terkait hal ini menimbulkan sebuah strategi yaitu menjalankan program kerja PPI sesuai standar.

- d) Belum dibedakan ruangan untuk pasien bedah dan non bedah atau pasien patologis dan non patologi, namun sudah dibedakan antara ruangan obsgyn dan non-obsgyn. Hal ini bisa mengarahkan sebuah strategi dalam menurunkan dan mengendalikan kejadian IDO di RSU Queen Latifa. Berdasarkan Permenkes RI nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di fasilitas Pelayanan Kesehatan, menyatakan bahwa salah satu strategi untuk mengendalikan kejadian IDO di fasilitas pelayanan kesehatan adalah desain dan konstruksi bangunan. Desain harus mencerminkan kaidah PPI yang mengacu pada pedoman PPI secara efektif dan tepat guna. Desain ruang rawat juga menjadi pengaruh dalam penularan infeksi.

Peraturan ini juga menegaskan bahwa harus dibuat sebuah strategi terkait penempatan pasien. Peraturan tersebut menyatakan bahwa Tempatkan pasien infeksius terpisah dengan pasien non infeksius. Bila tidak tersedia ruang tersendiri, dibolehkan dirawat bersama pasien lain yang jenis infeksiusnya sama dengan menerapkan sistem cohorting. Jarak antara tempat tidur minimal 1 meter.



Untuk menentukan pasien yang dapat disatukan dalam satu ruangan, dikonsultasikan terlebih dahulu kepada Komite atau Tim PPI. Semua ruangan terkait cohorting harus diberi tanda kewaspadaan berdasarkan jenis transmisinya (kontak, droplet, airborne).

- e) Pemahaman petugas non medis (CS) terkait penggunaan APD dan cara membersihkan ruangan. Poin ini mengarahkan sebuah strategi yang baik dalam meningkatkan pelaksanaan program PPI khususnya dalam meminimalisir risiko HAIs. Strategi tersebut adalah program diklat untuk meningkatkan pengetahuan seluruh karyawan rumahsakit, khususnya *cleaning service* terkait penggunaan APD dan cara membersihkan ruangan.
- f) Pengaturan jam kunjung dan batasan umur pengunjung. Hal ini juga bisa menjadi strategi yang tepat dalam memaksimalkan pelaksanaan program PPI di rumah sakit dalam mengendalikan kejadian IDO.

Menurut Putri *dkk* (2017), segala upaya dalam melaksanakan program pencegahan infeksi harus memadai. Hal ini bertujuan agar surveilans yang sudah dilakukan bukan menjadi hal yang sia-sia, dan juga berkaitan dengan kepuasan

banyak pihak. Evaluasi merupakan metode yang digunakan dalam meningkatkan kinerja, dan khususnya dalam meningkatkan keselamatan pasien. Selain evaluasi, harus dilakukan monitor melalui pengumpulan data, analisis insiden yang tepat serta intensif.

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan strategi dalam pelaksanaan meminimalisir HAIs di RS adalah dilakukan orientasi terkait HAIS dan pencegahan infeksi sedini mungkin kepada karyawan, dan harus dilakukan pengulangan berkala (satu tahun sekali). Hal ini sejalan dengan penelitian Octavia (2016), yaitu perawat baru belum pernah mengikuti pelatihan terkait PPI, maka yang terjadi adalah tingginya angka infeksi nosocomial di rumahsakit yang ditelitinya.

**c. Faktor yang tidak mempengaruhi kejadian IDO RSU Queen Latifa**

**1) Faktor Ekstrinsik**

**a) Pelaksanaan sterilisasi alat yang digunakan untuk perawatan luka dan ruangan OK**

Berdasarkan hasil gambaran terkait pelaksanaan sterilisasi alat-alat dan ruangan OK sudah sesuai SPO rumahsakit. Hal ini didukung data laporan hasil uji angka

kuman yang dilakukan pada September 2016, yaitu usap tangan petugas OK (dilakukan di ruang operasi OK) pre (10 cfu/cm<sup>2</sup>) dan post (0-1 cfu/cm<sup>2</sup>), dan angka kuman udara ruang rawat inap kelas 3 adalah 94 cfu/cm<sup>3</sup> (dengan buku mutu 200-500 cfu/cm<sup>3</sup>).

Alat yang sudah digunakan untuk membersihkan luka post operasi juga diperlakukan sesuai standard yaitu alat yang digunakan adalah alat steril, setelah digunakan maka alat akan dibersihkan terlebih dahulu sebelum diberikan ke CSSD, cara membersihkannya adalah pertama merendam alat menggunakan detergen, kemudian klorin, selanjutnya keringkan, terakhir dikemas, untuk disterilkan di IBS (CSSD).

Menurut Depkes (2003) *dalam* Masloman dkk (2015) menyatakan bahwa peralatan yang digunakan untuk merawat pasien harus memengang prinsip yaitu mencegah berbagai bentuk paparan ke permukaan kulit dan *membrane* mukosa kulit, oleh sebab itu semua peralatan untuk perawatan luka pasien harus dibersihkan, disinfeksi dan sterilisasi sesuai prosedur. Tujuan dari pengelolaan alat ini adalah untuk pencegahan penyebaran infeksi

melalui alat kesehatan dan atau untuk terjaminnya alat yang akan digunakan dalam perawatan luka dalam keadaan steril dan siap pakai.

Menurut Horan *etal* (2008) adalah faktor operasi yang dapat menimbulkan risiko infeksi daerah operasi (IDO) adalah pemrosesan instrument (pencucian, DTT atau sterilisasi). Selanjutnya WHO (2002), menyatakan bahwa salah satu kunci pengendalian HAIs dari sisi pembatasan transmisi organisme antara pasien dalam melakukan perawatan pasien secara langsung adalah sterilisasi alat juga ruangan dan tehnik desinfektan.

Hal di atas menjelaskan bahwa pelaksanaan sterilisasi alat-alat dan ruangan OK, penggunaan alat yang steril, juga tentang alur sterilisasi alat yang telah digunakan untuk membersihkan luka paska operasi adalah sudah sesuai dengan standard rumahsakit. Hal ini juga menjelaskan bahwa sterilisasi alat dan ruangan bukan merupakan faktor yang menyebabkan kejadian IDO di RSUD Queen Latifa.

Berdasarkan telaah dokumen yaitu dokumen program kerja pencegahan dan pengendalian infeksi tahun 2016 menyatakan bahwa :

- (1) Terdapat program kerja non rutin terkait edukasi sterilisasi (edukasi manajemen peralatan pasien sesuai CSSD dan implementasi dan monitoring sterilisasi sesuai pedoman CSSD).
- (2) Terdapat program kerja non rutin terkait menjaga kualitas hasil sterilisasi (tersedianya instrumen yang steril dan siap pakai dan semua instrumen terjaga kualitas sterilisasinya).
- (3) Terdapat program kerja non rutin terkait monitoring uji sterilitas instrument (pemantauan hasil sterilisasi instrument dan hasil sterilisasi instrument aman dalam pemberian pelayanan kesehatan pasien di unit).

Dokumen pendukung lainnya seperti dokumen evaluasi program kerja pencegahan dan pengendalian infeksi tahun 2016 menyatakan bahwa telah dilaksanakannya penyediaan instrument yang steril dan siap pakai, serta pelaksanaan pemantauan hasil sterilisasi instrument. Kedua program tersebut dilaksanakan oleh

komite PPI, IPCN, dan kepala ruangan OK. Pelaksanaan kedua program ini dilakukan sesuai dengan jadwal program kerja di tahun 2016.

**b) Pengetahuan petugas terkait tanda-tanda infeksi pada pasien post operasi**

Petugas kesehatan di rumah sakit harus mengetahui pasien yang dirawatnya mengalami infeksi daerah operasi (IDO) atau tidak. Telaah dokumen pada poin ini adalah sebuah jurnal internasional oleh Mangram (1999). Berdasarkan hasil wawancara yaitu petugas kesehatan rumah sakit RSUD Queen Latifa mengetahui tanda-tanda infeksi. Mereka dapat menyebutkan tanda-tanda infeksi seperti *rubor* (kemerahan), *dolor* (rasa sakit/nyeri), *color* (panas), dan terdapat nanah. Menurut Mangram & Horan (1999), kriteria diagnosis dan jenis infeksi daerah operasi (IDO) dibagi menjadi tiga kriteria. Salah satunya adalah *superficial incisional SSI*. Infeksi yang timbul setelah dilakukan operasi sampai dengan tiga puluh hari setelah bedah, dan tanda infeksi terdapat pada kulit serta jaringan sub-kutan pada luka insisi dan diikuti oleh keadaan seperti dibawah ini:

- (8) Terdapat nanah (*pus*) dari permukaan insisi, dilakukan konfirmasi pemeriksaan laboratorium maupun tidak.
- (9) Didapatkan isolasi kuman yang berasal dari kultur cairan atau jaringan permukaan insisi.
- (10) Jika hasil ukur tidak didapatkan kuman akan tetapi setidaknya terdapat satu dari tanda-tanda (nyeri atau nyeri tekan, *edema local*, kemerahan, rasa panas atau permukaan insisi dibuka ulang oleh operator).
- (11) Dilakukan penegakkan diagnosis *superficial incisional* SSI oleh operator dokter bedah atau klinisi yang lain.

Sama halnya yang disampaikan oleh Singhal (2015), yaitu Operasi sesar memiliki kemungkinan resiko infeksi pasca operasi. Infeksi tersebut bisa terjadi pada luka bekas sayatan operasi (*surgical site infection*), hal ini ditandai dengan gejala inflamasi (nyeri, kemerahan, demam, dan bengkak (khususnya pada daerah bekas sayatan)). Tanda lainnya adalah terdapat nanah (*pus* dan *purulent*) dari luka, terdapat bakteri dari cairan tersebut, nilai leukosit dalam darah naik, dan terdapat netrofil.

Melihat literatur di atas, maka pengetahuan petugas petugas kesehatan rumah sakit RSUD Queen Latifa sudah baik dalam mengetahui tanda-tanda infeksi sesuai dengan literatur serta sesuai dengan praktiknya. Hal berbeda datang dari penelitian yang dilakukan oleh Novelia *etal.* Penelitian tersebut menunjukkan tingkat pengetahuan dan praktik perawat dalam pencegahan terjadinya infeksi daerah operasi pasca operasi sesar (CS-SSI) adalah rendah. Mereka menjelaskan bahwa tingkat pengetahuan dan pengalaman praktik mempengaruhi terjadinya infeksi daerah operasi.

Penjelasan tentang pengetahuan petugas kesehatan rumah sakit RSUD Queen Latifa tentang tanda-tanda infeksi bukan merupakan faktor yang menyebabkan kejadian IDO di RSUD Queen Latifa.

## **2) Faktor Keperawatan**

### **a) Pelaksanaan Antiseptik Kulit pada Pasien, Pelaksanaan Antibiotik Profilaksis dan Penggunaan Antibiotik Post Operasi**

Selanjutnya adalah pelaksanaan antiseptik kulit pada pasien, pelaksanaan antibiotik profilaksis dan penggunaan



antibiotik post operasi. Telaah dokumen pada poin ini adalah Undang-Undang RI nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional. RSUD Queen Latifa menerapkan pedoman pengobatan antibiotik dengan berpedu pada Undang-Undang tersebut. RSUD Queen Latifa melaksanakan pemberian antibiotic profilaksis sesuai dengan prinsip ketersediaan, kerationalan penggunaan obat yang aman, bermanfaat dan bermutu bagi pasien. Dasar pedoman yang digunakan RSUD Queen Latifa ini menggambarkan bahwa RSUD Queen Latifa sudah melaksanakan penggunaan antibiotik profilaksis sesuai dengan undang-undang yang berlaku di Indonesia.

Hal ini dipetkuat oleh hasil wawancara yaitu petugas selalu melaksanakan antiseptik kulit pada pasien, pelaksanaan antibiotik profilaksis pada tahun 2016 tergantung dari DPJP dan sesuai indikasi, dan penggunaan antibiotik post operasi rata-rata dua hari, serta total pemberian selama rawat inap adalah empat kali pemberian. Gambaran ini menunjukkan bahwa pelaksanaan antiseptik kulit pada pasien, pelaksanaan antibiotik profilaksis dan

penggunaan antibiotik post operasi di RSUD Queen Latifa sudah sesuai dengan standard.

Hal ini didukung oleh Poluan (2016), yang menyatakan bahwa petugas rumah sakit yang kurang bisa menerapkan perilaku aseptik dan antiseptik dapat menyebabkan kejadian infeksi nosocomial. Tambahnya adalah efektifitas antiseptik kulit merupakan hal yang sangat penting untuk mencegah infeksi sebagai suatu konsekuensi tatalaksana untuk melindungi kulit. Olehsebab itu antiseptic kulit yang dilakukan petugas kepada dirinya juga pasien merupakan hal yang penting dan harus disadari oleh petugas, sesuai dengan standard penggunaannya.

Selanjutnya berkaitan dengan antibiotic profilaksis, menurut Kementerian Kesehatan Indonesia (2011) yang menyatakan bahwa antibiotic profilaksis merupakan antibiotic yang diberikan dan digunakan oleh pasien yang belum terkena infeksi, namun memiliki peluang yang besar untuk mengalami infeksi. Menurut Poluan (2016) yaitu banyak penelitian yang menyatakan bahwa pemberian antibiotik profilaksis secara tepat dapat mengurangi risiko

IDO pascabedah, oleh sebab itu waktu pemberian antibiotik profilaksis harus diperhatikan sesuai dengan standar. Antibiotik profilaksis memiliki tujuan dalam mencegah perkembangan infeksi pada tempat operasi. Hal ini didukung oleh WHO (2002), yaitu kunci pengendalian HAIs dari sisi pasien adalah penggunaan profilaksis antimikroba yang tepat.

Pernyataan selanjutnya terkait pemberian antibiotik post operasi. Menurut Poluan (2016), pemberian antibiotik pre-operatif dan post-operatif dapat mengurangi angka kejadian IDO. Pemberian antibiotik harus disesuaikan dengan jenis dan waktu pemberian harus tepat. Prosedur tersebut menurunkan angka morbiditas infeksi pada ibu dan tidak menimbulkan infeksi pada bayi dari ibu tersebut.

Uraian-uraian di atas terkait pelaksanaan antiseptik kulit pada pasien, pelaksanaan antibiotik profilaksis dan penggunaan antibiotik post operasi di RSUD Queen Latifa sudah sesuai standard, dan bukan merupakan faktor yang menyebabkan kejadian IDO di RSUD Queen Latifa.

**b) Standar waktu dalam perawatan luka pasca operasi**

Berdasarkan hasil standar waktu dalam perawatan luka pasien pasca operasi di RSUD Queen Latifa adalah 3 hari 2 malam. Perawatan selanjutnya dilakukan sesuai jadwal kontrol atau jika terdapat dehisensi, maka pasien dirawat kembali. Telah dilakukan edukasi kepada pasien, meliputi edukasi akan melaksanakan tindakan perawatan luka, edukasi waktu kontrol selanjutnya, dan edukasi perawatan luka di rumah. Dokumen pendukung hasil ini adalah dokumen rekam medis pasien. Data rekam medis dan hasil wawancara memiliki kesamaan, yaitu lama rawat pasca operasi adalah dua sampai tiga hari. Dan pasien melakukan kontrol sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh rumah sakit.

Menurut Nasution (2012), infeksi nosokomial memiliki arti infeksi yang berasal atau terjadi di rumah sakit. Savage dan Segal (2011) mendefinisikan HAIs merupakan infeksi yang diperoleh pasien selama mendapat perawatan medis di fasilitas kesehatan. Kondisi ini dapat muncul selama tinggal di rumah sakit atau setelah pasien dipulangkan yaitu dalam waktu 48 jam.

Pembahasan ini Kami ambil dari pembahasan yang berkaitan dengan pasien, yaitu lama hari rawat pasien di RSUD Queen Latifa. Nugraheni *etal* (2015) menyatakan bahwa umumnya waktu yang diperlukan pasien *post SC* untuk rawat inap adalah 3-5 hari. Literatur ini menjawab bahwa standar waktu dalam perawatan luka pasien pasca operasi di RSUD Queen Latifa sudah sesuai dengan literatur, dan bukan merupakan faktor yang menyebabkan kejadian IDO di RSUD Queen Latifa.

Selanjutnya, berdasarkan hasil yaitu perawatan akan dilakukan kembali sesuai jadwal kontrol atau jika terdapat dehisiensi, maka pasien dirawat kembali. Pembahasan ini juga didukung dari hasil terkait pasien. Menurut data RM dan pengakuan pasien, bahwa pasien melakukan kontrol pasca rawat inap. Frekuensi kunjungan rawat jalan *post SC* yang dilakukan pasien adalah rata-rata lima kali kunjungan. Kunjungan ini bertujuan melihat perkembangan dari luka pasca bedah.

**c) Edukasi Petugas Kesehatan kepada Pasien Terkait Perawatan Luka**

Komunikasi petugas kesehatan dan pasien merupakan hal yang penting dalam menggambarkan kejadian IDO. Komunikasi awal dalam pencegahan IDO adalah petugas memberikan edukasi terkait tindakan yang mereka lakukan untuk merawat luka, dan hal-hal yang harus dilakukan pasien dalam merawat lukanya sendiri. Dokumen yang mendukung hal ini adalah program kerja pencegahan dan pengendalian infeksi RSUD Queen Latifa tahun 2016 menyatakan bahwa terdapat program kerja non rutin seperti membuat system edukasi PPI, dengan penjabaran edukasi PPI berkelanjutan kepada semua petugas rumah sakit, pasien, pengunjung dan lingkungan rumah sakit, serta semua petugas rumah sakit, pasien, pengunjung dan lingkungan sekitar rumah sakit terpapar edukasi PPI.

Berdasarkan hasil wawancara yaitu petugas selalu memberikan edukasi perawatan luka yang dilakukan saat perawatan luka, dan untuk pasien yang akan pulang. Lingkup edukasi adalah edukasi tindakan petugas dalam

merawat luka dan pengobatan, nutrisi pasien dalam membantu penyembuhan luka, perawatan luka pasien di rumah, dan layanan rumah sakit untuk pasien di rumah, serta layanan juga prosedur BPJS terkait layanan perawatan luka.

Penuturan di atas dikuatkan oleh hasil dari wawancara dengan pasien yaitu pasien menyatakan bahwa mereka mendapatkan edukasi dari petugas kesehatan untuk merawat dan menjaga kebersihan diri sebelum operasi, dan juga terkait perawatan luka paska operasi. Hasil tersebut menyatakan bahwa petugas kesehatan memberikan arahan dan edukasi kepada pasien untuk mandi sebelum operasi, dan melakukan cukur rambut kemaluan sebelum operasi, serta mengenai perawatan luka paska operasi.

Menurut Vianti (2013), petugas kesehatan dan pasien harus memiliki persepsi yang sama dan baik tentang infeksi luka operasi. Petugas kesehatan harus membuat dokumen asuhan keperawatan yang lengkap terkait faktor risiko infeksi luka operasi, khusus untuk pasien dengan SC. Petugas juga harus memberikan edukasi terkait nutrisi untuk menurunkan dan membantu proses penyembuhan

luka pada pasien untuk mencegah terjadinya infeksi dirumah.

Oleh sebab itu edukasi petugas kesehatan kepada pasien terkait perawatan luka yang sudah berjalan baik tersebut bukan merupakan faktor yang menyebabkan kejadian IDO di RSUD Queen Latifa.

**d) Standar Pencegahan IDO pada saat dan pasca operatif**

Pencegahan IDO harus dilakukan sebelum operasi dilakukan hingga pasien berada di rawat inap, dan juga ketika pasien pulang dari rawat inapnya. IDO memiliki standar pencegahan saat dan pasca operatif. Dokumen SPO pencegahan dan pengendalian HAIs infeksi luka operasi (ILO) digunakan sebagai penguat dalam poin ini. SPO ini merupakan bundles *Healthcare Associated Infections* (HAIs) atau SPO terkait cara yang dilakukan saat memberikan perawatan kepada pasien agar tidak mengalami HAIs ILO. SPO tersebut menerangkan bahwa terdapat prosedur yang harus dilakukan dalam standar pencegahan pencegahan saat dan pasca operatif, yaitu :

- (1) Baca rekam medis pasien, pastikan tanggal dan jam tindakan operasi;



- (2) Lakukan penatalaksanaan pre-op sesuai standar prosedur operasional yang berlaku dan sesuai advice dokter penanggung jawab;
- (3) Lakukan bundles pencegahan ILO, seperti :
  - (a) Sarankan pasien untuk mandi. Jika tidak memungkinkan sarankan pasien untuk mengepel badan;
  - (b) Sarankan pasien untuk mencukur rambut yang menghalangi lokasi operasi, pagi hari sebelum operasi jika operasinya siang, atau 2 jam sebelum pasien operasi. Gunakan pencukur rambut elektrik atau pencukur rambut sekali pakai;
  - (c) Pantau kadar gula darah pasien sebelum operasi  
Disesuaikan dengan advice DPJP;
  - (d) Pantau suhu pasien sebelum, selama, dan setelah operasi;
  - (e) Berikan antibiotik profilaksis sesuai advice DPJP.
- (4) Pantau dan dokumentasikan keadaan luka pasien post op. Lakukan dokumentasi hingga pasien control;

(5) Laporkan jika ada tanda-tanda ILO seperti adanya pus atau nanah, jahitan membuka, suhu  $> 38^{\circ} \text{C}$ , penegakan diagnosa dari dokter spesialis;

(6) Laporkan kejadian HAIs ILO kepada Komite PPI.

Berdasarkan hasil wawancara, yaitu standar pencegahan IDO saat dan pasca operatif adalah menjaga sterilitas petugas dan lingkungan, terdapat prosedur cukur rambut preoperatif yang dilakukan di unit VK, selalu dilakukan pemeriksaan penunjang sebelum operasi, seperti darah rutin, CT, BT, HBsAg, golongan darah, dan scrining HIV, dan system monitoring paska operatif untuk mencegah dan mengendalikan IDO adalah memberikan edukasi ke pasien (tentang luka operasi dan asupan gizi), serta penerapan standar pencegahan IDO saat dan pasca operatif di RS sudah berjalan baik. SPO dan hasil wawancara ini menggambarkan bahwa tahun 2016 RSU Queen Latifa telah melaksanakan standar pencegahan saat dan pasca operatif.

### 3) Program PPI di Rumahsakit

#### a) System monitoring paska operatif untuk mencegah IDO

Pelaksanaan monitoring sangat penting untuk semua program, khususnya dalam pencegahan IDO. Menurut Kepmenkes nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan memberikan pengertian bahwa :

*“Monitoring dan evaluasi merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk memastikan pelaksanaan kegiatan tetap pada jalurnya sesuai pedoman dan perencanaan program dalam rangka pengendalian suatu program, selain juga memberikan informasi kepada pengelola program akan hambatan dan penyimpangan yang terjadi sebagai masukan dalam melakukan evaluasi. Dalam program PPI monitoring dan evaluasi bertujuan untuk mengukur keberhasilan pelaksanaan program dan kepatuhan penerapan oleh petugas serta evaluasi angka kejadian HAIs melalui pengkajian risiko infeksi/Infection Control Risk Assesment (ICRA), audit, dan monitoring dan evaluasi lainnya secara berkala yang dilakukan oleh Komite atau Tim PPI.”*

Berdasarkan hasil wawancara, poin ini menjelaskan empat gambaran, yaitu :

- (1) Pelaksanaan manajemen risiko IDO selama pasien di rawat inap, dengan hasil petugas menyatakan bahwa harus ditingkatkannya pemahaman nutrisi pasien (dari nutrisisionis), motivasi dari petugas kesehatan (nutrisi

dan kesembuhan (bimbingan perawatan luka)), pelaksanaan manajemen risiko IDO selama di rawat inap harus sesuai dengan program dan advise dokter.

Pelaksanaan manajemen risiko IDO selama pasien di rawat inap adalah langkah-langkah yang dilakukan rumah sakit untuk pasien post operasi SC yang sedang dirawat inap di RSUD Queen Latifa. Gambaran hasil diatas mengerucutkan bahwa kejadian IDO banyak terjadi akibat masalah nutrisi dan perawatan luka yang berasal dari pasien. Selanjutnya terdapat asuhan keperawatan harus sesuai dengan prosedur dan advise dokter. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Queen Latifa harus mencermati langkah yang sudah dilakukan dalam manajemen risiko IDO di rawat inap.

Telusur lapangan yang sengaja dilakukan peneliti (saat penelitian, bukan tahun 2016), menunjukkan bahwa seorang nutrisisionis sedang melakukan edukasi nutrisi pada ibu yang baru saja melahirkan. Fakta ini menjelaskan bahwa RSUD Queen Latifa telah menjalankan program edukasi pasien, khususnya

terkait nutrisi kepada pasien post operasi SC. Setelah ditelaah lebih dalam, didapat informasi bahwa terdapat faktor lain dalam hal nutrisi pasien, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*) dan faktor penguat (*reinforcing factor*).

Fakta tentang faktor predisposisi adalah kepercayaan pasien (responden 3)) dalam melakukan diet (menjadi vegetarian). Selanjutnya adalah faktor penguat. Hal ini dinyatakan oleh subjek petugas kesehatan yang menyatakan bahwa pasien mendapatkan larangan dari orang tua dan / atau mertua dalam mengkonsumsi makanan tertentu. Sebagaimana kita ketahui bahwa penyembuhan luka akan sangat dipengaruhi oleh nutrisi yang ada di dalam tubuh. Pasien yang masih memiliki keraguan dalam pengetahuan, dan mendapatkan larangan dari orang terdekatnya, maka pasien tersebut akan cenderung menuruti orang yang ia anggap lebih berpengaruh dalam hidupnya. Oleh sebab itu, manajemen risiko IDO selama pasien di rawat inap yang harus

ditingkatkan adalah peran nutrisisionis dalam menyebarkan dan mempersuasi pengetahuan nutrisi pasien.

Kesesuaian perilaku petugas dalam memberi motivasi perawatan luka dan mengikuti program rumah sakit serta berperilaku sesuai advise dokter sudah berjalan baik. Hal ini tergambar dari uraian salah staf rawat inap, yaitu mereka menyatakan bahwa “petugas meresume RM pasien (melihat advise dokter) dan mengevaluasi kembali luka yang akan mereka bersihkan. Serta melaksanakan tindakan medis sesuai dengan resume RM – advise dokter – dan evaluasi luka”.

- (2) Kegiatan surveilans IDO di RSUD Queen Latifa secara keseluruhan sudah berjalan baik. Hal ini didukung oleh adanya dokumen program kerja dari pencegahan dan pengendalian infeksi di tahun 2016, yang menyatakan bahwa terdapat program kerja edukasi pengambilan data surveilans PPI (pemahaman terkait data surveilans yang akan dilaporkan dan pengambilan data secara maksimal dan akurat), serta program kerja terkait membuat quality control kinerja surveillance (pelaksanaan surveilans sesuai standar juga surveilans yang efektif dan efisien). Berdasarkan hasil

evaluasi program kerja menyatakan bahwa pemahaman terkait data surveilans yang akan dilaporkan dan terkait pelaksanaan surveilans sesuai standar adalah sudah rutin dilakukan dan data surveilans dikumpulkan kepada kepala instalasi rawat inap.

Hal ini didukung oleh hasil wawancara yaitu terdapat formulir surveilans IDO, pelaksanaan surveilans dilakukan di unit rawat inap dan rawat jalan dengan nama surveilans harian, pelaksanaan pengeakan kasus dilakukan dengan cara pengecekan luka pada waktu control dan melihat diagnose dokter, IPCLN selalu memberikan laporan ketika ada kejadian IDO, dan tim PPI melaksanakan *crosscheck* mulai dari rekam medis hingga wawancara petugas. Hal ini menggambarkan bahwa terdapat sinkronisasi telaah dokumen dengan hasil wawancara petugas.

Menurut Putri dkk (2017), pengendalian IDO di rumahsakit bisa dilakukan dengan *bundle prevention*. Definisi *bundle prevention* adalah panduan berbasis bukti dari setiap pasien yang memiliki risiko kejadian HAIs di rumahsakit yang terdeteksi melalui pencatatan atau surveilans harian.

- (3) Perilaku pelaporan tanda IDO di RSUD Queen Latifa adalah baik. Hal ini ditunjukkan dari ketersediaan formulir surveylans IDO, dan proses pelaporan sesuai dengan struktur (Petugas melaporkan apabila terdapat tanda ILO kepada tim SPI, atau sesuai prosedur pelaporan (petugas melaporkan kepada pimpinan (kepala ruang), selanjutnya kepala ruang yang melaporkan kepada tim PPI)).
- (4) Keterlibatan subjek dalam pelaksanaan pengelolaan penurunan HAIs di RSUD Queen Latifa sudah baik. Hasil ini didukung data pendukung seperti dokumen audit indicator area manajemen (IAM) terkait kepatuhan terhadap penggunaan APD RSUD Queen Latifa tahun 2016 menyatakan bahwa 100% merupakan rata-rata penggunaan APD dari enam unit yang ada di RSUD Queen Latifa. Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar pegawai RSUD Queen Latifa sudah berperilaku menggunakan APD, khususnya pada tahun 2016.

Sejalan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, terdapat istilah *universal*



*precautions*. Menurut Rini (2016), *universal precautions* merupakan sebuah perilaku sederhana untuk mengendalikan infeksi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, pasien, dan dilakukan setiap saat, serta dimana pun (di lingkungan rumah sakit) dalam rangka mengurangi risiko penyebaran infeksi. Menurut Rini dan rekan-rekannya, terdapat faktor internal yang mempengaruhi *universal precautions* pada perawat, yaitu pengetahuan dan lama kerja. Penelitian yang dilakukan Rini ini menggambarkan terkait pelaksanaan cuci tangan, penggunaan APD, pengelolaan limbah medis, pengelolaan linen, pengelolaan alat kesehatan, faktor penghambat pelaksanaan *universal precautions*, faktor pendukung pelaksanaan *universal precautions*.

Petugas medis mengarahkan pasien untuk mengikuti standar yang ada di rumahsakit, dan terdapat kebijakan dalam pembatasan umur pengunjung di unit VK KBY. Hal ini sesuai dengan WHO (2010) dalam Octavia (2016) yang menyatakan bahwa sumber infeksi nosokomial dapat berasal dari pengunjung,

petugas rumah sakit dan pasien juga lingkungan rumah sakit. Oleh sebab itu, rumah sakit harus membuat kebijakan tentang edukasi petugas kepada pasien dan pengunjung dalam menjaga kebersihan diri dan lingkungan dengan cara cuci tangan dan mengikuti standar rumah sakit. Kebijakan lainnya adalah tentang pembatasan jumlah pengunjung, membuat peraturan jam berkunjung. Menurut Emily *etal* (2011), pasien harus mengikuti prosedur fasilitas kesehatan (rumah sakit) saat dan setelah kegiatan operasi, contohnya adalah pasien diisolasi terlebih dahulu, menggunakan pakaian untuk operasi, dan menggunakan alat pelindung diri lainnya yang diarsanakan pihak rumah sakit.

Petugas medis RSUD Queen Latifa sudah berperilaku cuci tangan sesuai *five moment*, dan berperilaku dalam penggunaan APD sesuai dengan tindakan medisnya. Petugas medis RSUD Queen Latifa berperan penting dalam instrument OK. Petugas medis RSUD Queen Latifa sudah melakukan instrument OK sesuai dengan standard.

**b) Tindak Lanjut Rumah Sakit dalam Penurunan Risiko IDO, Pertemuan Berkala untuk Membahas Masalah HAIs, dan Mentoring dan Sosialisasi tentang Pengelolaan Menurunkan HAIs**

Tindak lanjut yang dilakukan rumah sakit dalam penurunan risiko infeksi dirumah sakit khususnya IDO merupakan sebuah respon baik dan wajib dilakukan oleh rumah sakit. Menurut hasil gambaran tindak lanjut yang dilakukan rumah sakit dalam penurunan risiko infeksi dirumah sakit khususnya IDO adalah *crosscheck* perilaku pencucian instrumen dan perawatan luka dari petugas, dan prosedur kejadian IDO yang sudah berjalan baik (sesuai prosedur). Prosedur tersebut terjabarkan terdapat kejadian IDO selanjutnya dilakukan pencatatan dan pelaporan IDO, kemudian tim PPI melakukan investigasi kasus tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian, hasil dari pertemuan berkala untuk membahas masalah HAIs (IDO) di RSU Queen Latifa yang terjadi dalam range waktu tahun 2016 sampai sekarang adalah tidak terdapat pertemuan rutin dan berkala untuk membahas kejadian HAIs (IDO) di

rumahsakit ini. Pelaksanaannya adalah situasional (sesuai dengan waktu kejadian).

Berdasarkan hasil terdapat mentoring dan sosialisasi terkait pengelolaan menurunkan HAIs, dengan penjabaran sebagai berikut:

- (1) Dilaksanakan 1 tahun sekali (pelatihan dasar) untuk semua karyawan (lama dan baru).
- (2) Ketika terdapat kejadian IDO, maka segera diadakan sosialisasi ulang.
- (3) Materi meliputi :
  - (a) Bandels (pencegahan) IDO dan ISK
  - (b) Penggunaan antibiotic pirolaksis
  - (c) Pencukuran
  - (d) Monitoring suhu, gula darah
  - (e) Arahan dan mengingatkan petugas untuk memberikan edukasi perawatan luka saat di RS dan di rumah

Menurut Kepmenkes (2008) *dalam* Putri dkk (2017), rumahsakit harus menetapkan dan melaksanakan standar dari poin keselamatan pasien. Caranya adalah dilakukannya evaluasi dan melaksanakan peningkatan

program keselamatan pasien. Tujuan dari penerapan standar ini adalah untuk mengurangi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Rumah sakit harus melaporkan insiden yang terjadi, analisis data, rekomendasi serta solusi untuk setiap kejadian yang tidak diharapkan seperti kejadian infeksi yang dilakukan secara tertulis sesuai dengan format yang telah ditentukan. Selanjutnya dilakukan pengkajian dan pemberian umpan balik, serta solusi atas hasil laporan yang didapatkan. Pelaksanaan ini diperlukan adanya komunikasi dan transfer informasi diantara berbagai profesi kesehatan sehingga proses koordinasi yang aman, efektif serta hambatan dapat tercapai.

**c) Pengawasan komite PPIRS terkait Ketidaklengkapan Pengisian Formulir atau Ketidaklengkapan Laporan Surveilans IDO**

Berdasarkan hasil terdapat pengawasan dari komite PPIRS dalam kelengkapan pengisian formulir dan laporan surveylans melalui kepala ruang, dan dilakukan setiap (minimal) dua bulan sekali, serta masuk kedalam SPM. Jika terdapat ketidaklengkapan pengisian formulir, maka

komite PPI-RS menegur kanit, selanjutnya kanit mengarahkan IPCLN. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri *dkk* (2017), yaitu harus lengkapnya pengisian formulir (*bundle prevention*). Data yang diperoleh dari formulir tersebut memiliki nilai guna untuk keberlangsungan kegiatan dari program survailans IDO, dan sebagai basic kontrol serta dasar analisis risiko pasien IDO di rumahsakit tersebut. Hal yang terjadi ketika formulir tidak lengkap adalah evaluasi yang tidak akurat.

Pengawasan pada poin ini berkaitan dengan monitoring dan evaluasi berkala pada Permenkes nomor 27 tahun 2017. Permenkes tersebut menyatakan bahwa :

- (1) Monitoring kejadian infeksi dan kepatuhan terhadap pelaksanaan PPI dilakukan oleh IPCN dan IPCLN.
- (2) Monitoring surveilans menggunakan formulir terdiri dari formulir pasien pasien baru, formulir harian, dan formulir bulanan.
- (3) Kegiatan monitoring dilakukan dengan melaksanakan surveilans dan kunjungan lapangan setiap hari oleh IPCN dan ketua komite jika diperlukan.

(4) Monitoring dilakukan oleh Komite/Tim PPI dengan frekuensi minimal setiap bulan.

(5) Evaluasi oleh Komite/Tim PPI minimal setiap 3 bulan

**d) Kerjasama Tim PPI dalam Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian HAIs**

Keberlangsungan program pasti melibatkan banyak pihak, yang disebut sebagai bentuk kerjasama tim. Berdasarkan hasil yang menunjukkan hasil dari penggambaran kerjasama tim PPI dalam programnya. Hasilnya adalah kerjasama tim PPI dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HAIs di RS sudah baik, dan sudah sesuai dengan proker, serta sesuai dengan KARS. Pelaksanaan sehari-hari perlu ditingkatkan, seperti IPCLN meningkatkan perilaku pemberian informasi dan surveylans kepada stafnya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Uchida *etal* (2011) dua puluh tiga responden dari enam rumah sakit di Colombia memberikan gambaran hasil wawancara mendalam yaitu kolaborasi interdisiplin ilmu menjadi jembatan fasilitas utama dalam pencegahan kejadian infeksi secara efektif, dan terkait iklim organisasi sangat

menentukan akuntabilitas kebijakan penurunan kejadian infeksi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Putri *dkk* (2017), didapat informasi sebagai berikut tim PPI di Rumah Sakit yang mereka teliti tidak mempunyai tenaga yang khusus untuk melaksanakan pengumpulan data surveilans IDO. Rumahsakit yang mereka teliti menugaskan perawat di masing-masing ruangan untuk melakukan pengumpulan data tersebut. Petugas tersebut terdiri dari 12 orang IPCLN dan 2 orang IPCN, serta dibantu seorang tenaga khusus untuk pengolahan data. IPCN memiliki peran utama yaitu melaksanakan pengumpulan data yang diperoleh dari IPCN, dan melengkapi kekurangan data, hingga memiliki data yang berkualitas.

**e) Budaya Sadar Risiko HAIs**

Budaya merupakan bagian yang tidak akan bisa lepas dari kegiatan masyarakat sehari-hari. Budaya terlahir dari kebiasaan atau perilaku sebuah kelompok yang dikerjakan terus menerus. Budaya juga tercermin dalam sebuah teks yang terdokumentasi. Pencegahan IDO harus menjadi budaya pada sebuah fasilitas kesehatan. Hasil terkait



budaya perilaku cuci tangan ini didukung oleh pencapaian angka ketaatan *hand hygiene* (6 langkah) tahun 2016 hampir mencapai 100% (96,66%). Selanjutnya terkait budaya penggunaan APD juga dibuktikan oleh data kepatuhan penggunaan APD tahun 2016 adalah 100% dari enam unit yang ada di RSUD Queen Latifa.

Berdasarkan hasil, terdapat budaya sadar risiko HAIs di RSUD Queen Latifa. Budaya tersebut tercermin dalam adanya SPO, budaya perilaku cuci tangan dan penggunaan APD, serta pemisahan pasien berisiko menular dan tidak, juga mengedukasi pasien yang berisiko menular. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Queen Latifa sudah memiliki budaya sadar risiko HAIs, dan budaya tersebut sudah menjadi kebiasaan dalam kegiatan sehari-hari petugas atau stafnya.

**f) Komitmen dari Pimpinan terkait Manajemen Risiko Infeksi dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi HAIs**

Menejemen program akan berhasil jika terdapat komitmen dari pimpinan program tersebut. Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HAIs juga harus dilihat dari

sisi komitmen pimpinannya. Berdasarkan hasil, penggambaran dari komitmen pimpinan terkait manajemen risiko infeksi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi HAIs adalah pimpinan (menejemen dan kepala ruang) sangat berkomitmen dalam manajemen risiko infeksi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi HAIs. Selanjutnya pimpinan sangat berpengaruh dalam penurunan HAIs. Pemimpin harus memiliki SPO yang jelas dalam pelaksanaan pencegahan HAIs, dan mampu menjadi contoh dan mengarahkan stafnya dalam menurunkan HAIs. Hal ini sesuai dengan pernyataan Depkes (2008) *dalam* Octavia (2016), yaitu dalam mendukung keberhasilan program PPI di rumah sakit diperlukan prosedur dan kebijakan PPI Perawat pelaksana dalam mencegah infeksi nosokomial memerlukan suatu rencana yang terintegrasi dengan pimpinan. Selanjutnya agar perawat pelaksana dapat bekerja secara maksimal pimpinan harus bertanggung jawab atas penyediaan serta pemeliharaan sarana klinis dan non klinis yang dibutuhkan untuk pelaksanaan kewaspadaan umum.

**g) Keikutsertaan pelatihan PPI atau pelatihan terkait IDO**

Petugas kesehatan sudah pernah mendapatkan informasi kesehatan di bangku sekolah. Petugas kesehatan atau fasilitas kesehatan harus mempertimbangkan refresh ilmu tersebut. Hasil terkait pelatihan PPI adalah ketua PPI sudah mengikuti pelatihan PPI dan surveylans IDO. Tim IPCLN belum mengikuti pelatihan PPI, namun sudah pernah mendapatkan informasi juga memahami terkait PPI dan surveylans IDO.

Kepmenkes nomor 27 tahun 2017 menyatakan bahwa *“untuk dapat melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi dibutuhkan pendidikan dan pelatihan baik terhadap seluruh SDM fasilitas pelayanan kesehatan maupun pengunjung dan keluarga pasien. Bentuk pendidikan dan/atau pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi terdiri dari komunikasi, informasi, edukasi dan pelatihan PPI”*. Selanjutnya, dalam keputusan menteri kesehatan ini juga menerangkan bahwa ketentuan dalam hal pendidikan dan pelatihan bagi karyawan rumah sakit adalah :

- (1) Seluruh karyawan medis rumah sakit harus mengetahui prinsip-prinsip PPI melalui pelatihan PPI tingkat dasar.
- (2) Seluruh karyawan non medis rumah sakit harus dilatih dan mampu melakukan upaya pencegahan infeksi meliputi hand hygiene, etika batuk, penanganan limbah, APD (masker dan sarung tangan) yang sesuai.
- (3) Seluruh karyawan baru, mahasiswa, harus mendapatkan orientasi PPI.

Penelitian yang dilakukan Putri dkk (2017), yaitu IPCN di Rumah Sakit yang mereka teliti sudah memperoleh pelatihan terkait surveilans SSI. Pelatihan yang mereka peroleh adalah pelatihan tingkat *basic* sampai pada tingkat *advance*. Sebagian besar IPCLN sudah mengikuti pelatihan surveilans SSI tingkat *basic* yang dilaksanakan rutin secara berkala oleh Tim PPI Rumah Sakit tersebut.