

SKRIPSI

**EVALUASI TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU
PERAWAT TENTANG *SURGICAL SITE INFECTION* PADA PASIEN
KANKER KOLON POST OPERASI LAPARATOMI
DI RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**



OLEH::

NIRMAWATI

C 12116709

**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

HALAMAN PERSETUJUAN

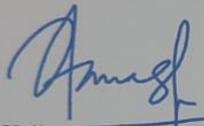
SKRIPSI

“Evaluasi Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Perawat Tentang *Surgical Site Infection* Pada Pasien Kanker Kolon Post Operasi Laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar”

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk diajukan di depan tim penguji skripsi.

Pembimbing I

Pembimbing II

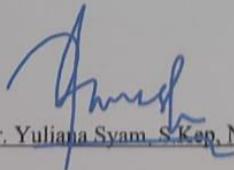


(Dr. Yuliana Syam, S.Kep, Ns, M.Kes.)



(Abd. Majid, S.Kep, Ns, M. Kep, Sp.MB)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan



Dr. Yuliana Syam, S.Kep, Ns, M.Kes

HALAMAN PENGESAHAN

“Evaluasi Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Perawat Tentang *Surgical Site Infection* Pada Pasien Kanker Kolon Post Operasi Laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar”

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir Pada:

Hari/ Tanggal : Jum'at 25 Juni 2021

Pukul : 15.30- 17.00 Wita

Tempat : Via Online

Disusun Oleh:

NIRMAWATI

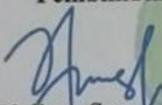
C 1211670

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Dosen Pembimbing,

Pembimbing I

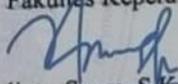

Dr. Yuliana Syam, S.Kep. Ns, M.Si.
NIP: 19760618200212 2 002

Pembimbing II


Abd. Majid, S.Kep. Ns, M. Kep. Sp.KMB
NIP: 19800509200912 1 006

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan


Dr. Yuliana Syam, S.Kep. Ns, M.Si.
NIP: 19760618200212 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nirmawati

NIM : C 12116709

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, Juni 2021

Yang membuat pernyataan



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul “Evaluasi Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Perawat Tentang *Surgical Site Infection* Pada Pasien Kanker Kolon Post Operasi Laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

Dalam menyelesaikan penelitian ini, penulis menyadari bahwa itu tak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik secara moril maupun secara materil. Olehnya itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu. Dr. Ariyanti Saleh,S.Kp.,M.Kes. selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Rini Rachmawati, S. Kep, Ns, MN, Ph.D. selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep, Ns, M.Kes selaku ketua program studi Ilmu keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep, Ns, M.Kes.selaku pembimbing I yang telah banyak membimbing peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini.
5. Bapak Abd. Majid, S.Kep, Ns, M. Kep, Sp.MB. selaku pembimbing II yang telah banyak membimbing peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini.

6. Ibu Rini Rachmawati, S. Kep, Ns, MN, Ph.D. selaku penguji I dan Bapak **Saldy** Yusuf ,S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D, selaku penguji II yang telah memberikan arahan dan masukan yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan.
7. Ibu Indra Gaffar, S. Kep,. Ns,. M.Kep selaku dosen koordinator skripsi yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
8. Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Unhas yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
9. Rekan-rekan Ners B angkatan 2016 yang telah banyak memberi bantuan dan dukungan dalam penyusunan proposal ini.
10. Seluruh keluarga yang telah memberikan dorongan baik materil maupun moril bagi penulis selama mengikuti pendidikan.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam rangka penyelesaian skripsi ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penyusun menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penyusun harapkan dari pembaca yang budiman untuk penyempurnaan penelitian yang akan peneliti lakukan.

Makassar, Juni 2021

Peneliti

ABSTRAK

Nirmawati, “Evaluasi Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Perawat Tentang *Surgical Site Infection* pada Pasien Kanker Kolon Post Operasi Laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar” dibimbing oleh Yuliana Syam dan Abd Majid (xiv + 60 halaman + 11 tabel + 5 lampiran)

Latar belakang: *Surgical site infection* merupakan komplikasi yang sering terjadi pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi. Peranperawat dalam pencegahan komplikasi ini sangat dibutuhkan. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku perawat tentang *surgical site infection* pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan survei deskriptif. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *accidental sampling* sebanyak 40 orang. Hasil dianalisa dengan menggunakan program SPSS 21.0. (SPSS, Inc Chicago, IL).

Hasil: Pengetahuan perawat tentang *Surgical Site Infection* didapatkan bahwa lebih dari setengah responden pengetahuannya kurang (72.5%), sikap perawat tentang *Surgical Site Infection* didapatkan bahwa lebih dari setengah responden sikapnya kurang (55.5%), dan perilaku perawat pencegahan tentang *Surgical Site Infection* didapatkan bahwa lebih dari setengah responden perilakunya kurang (55.5%)

Kesimpulan: Pengetahuan, sikap dan perilaku perawat masih kurang tentang *surgical site infection* pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar. Oleh karen itu, diharapkan kepada pihak terkait dalam hal ini pihak rumah sakit agar memberikan pelatihan kepada perawat terkait dengan pencegahan *surgical site infection*.

Kata Kunci : pengetahuan, sikap, perilaku, *surgical site infection*

Kepustakaan : 25 (2008-2021)

ABSTRACT

Nirmawati, “Evaluasi Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Perawat Tentang *Surgical Site Infection* pada Pasien Kanker Kolon Post Operasi Laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar” dibimbing oleh Yuliana Syam dan Abd Majid (xiv + 60 halaman + 11 tabel + 5 lampiran)

Latar belakang: *Surgical site infection* merupakan komplikasi yang sering terjadi pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi. Peranperawat dalam pencegahan komplikasi ini sangat dibutuhkan. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku perawat tentang *surgical site infection* pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan survei deskriptif. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *accidental sampling* sebanyak 40 orang. Hasil dianalisa dengan menggunakan program SPSS 21.0. (SPSS, Inc Chicago, IL).

Hasil: Pengetahuan perawat tentang *Surgical Site Infection* didapatkan bahwa lebih dari setengah responden pengetahuannya kurang (72.5%), sikap perawat tentang *Surgical Site Infection* didapatkan bahwa lebih dari setengah responden sikapnya kurang (55.5%), dan perilaku perawat pencegahan tentang *Surgical Site Infection* didapatkan bahwa lebih dari setengah responden perilakunya kurang (55.5%)

Kesimpulan: Pengetahuan, sikap dan perilaku perawat masih kurang tentang *surgical site infection* pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar. Oleh karen itu, diharapkan kepada pihak terkait dalam hal ini pihak rumah sakit agar memberikan pelatihan kepada perawat terkait dengan pencegahan *surgical site infection*.

Kata Kunci : pengetahuan, sikap, perilaku, *surgical site infection*

Kepustakaan : 25 (2008-2021)

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Penelitian.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan tentang Kanker kolon.....	8
B. Tinjauan Tentang Laparatomi	8
C. Tinjauan Tentang <i>Surgical Site Infection</i>	10
D. Tinjauan Tentang Perilaku.....	18
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
A. Kerangka Konsep.....	27
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	28
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	28
C. Populasi dan Sampel.....	28
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	30
	ix

E. Instrumen Penelitian	31
F. Teknik Pengumpulan Data.....	32
G. Pengolahan Data dan Analisa Data.....	32
H. Etika Penelitian	33
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil.....	43
B. Pembahasan.....	52
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.	59
B. Saran.	59
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi Perawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	44
Tabel 2	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Perawat tentang <i>Surgical Site Infection</i> di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	45
Tabel 3	Distribusi Responden Berdasarkan Aspek Pengetahuan Perawat tentang <i>Surgical Site Infection</i> di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	46
Tabel 4	Pengetahuan Perawat tentang <i>Surgical Site Infection</i> Berdasarkan Karakteristik Demografi di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	47
Tabel 5	Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Perawat tentang <i>Surgical Site Infection</i> di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	48
Tabel 6	Distribusi Responden Berdasarkan Aspek Sikap Perawat tentang <i>Surgical Site Infection</i> di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	48
Tabel 7	Sikap Perawat tentang <i>Surgical Site Infection</i> Berdasarkan Karakteristik Demografi di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	49
Tabel 8	Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku tentang <i>Surgical Site Infection</i> di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	50
Tabel 9	Distribusi Responden Berdasarkan Aspek Perilaku Perawat tentang <i>Surgical Site Infection</i> di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	50
Tabel 10	Perilaku Perawat tentang <i>Surgical Site Infection</i> Berdasarkan Karakteristik Demografi di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	51
Tabel 11	Perilaku tentang <i>Surgical Site Infection</i> Berdasarkan Pengetahuan dan Sikap Perawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	52

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 1 : Kerangka Konsep	32
Bagan 2 : Alur Penelitian	38

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembaran Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 2 : Lembaran Surat Keterangan Penelitian
- Lampiran 3 : Lembaran Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 : Lembar Master Tabel Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar Hasil Uji Statistik Dengan Program Komputer

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kanker merupakan salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia. Pada tahun 2012, sekitar 8,2 juta kematian disebabkan oleh kanker. Kanker paru, hati, perut, kolorektal, dan kanker payudara adalah penyebab terbesar kematian akibat kanker setiap tahunnya (Infodatin, 2015). Di Amerika Serikat, kanker kolorektal adalah kanker yang paling umum ketiga yang sering ditemukan pada pria dan wanita. Insidensi kanker kolon dari tahun 2009 sampai 2013, rata-rata 40,7 per 100.000 orang, dan tingkat kematian (2010-2014) adalah 14,8 per 100.000 orang. Insidensi dan angka kematian adalah 30% dan 40% lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan, walaupun risiko penyakit seumur hidup serupa (4,6% vs 4,2%) karena wanita memiliki harapan hidup lebih lama (Siegel, et al., 2017).

Penatalaksanaan untuk pasien kanker kolon telah berkembang dengan cepat selama beberapa dekade terakhir, termasuk perbaikan dalam teknik pencitraan, bedah, dan kemoterapi (American Cancer Society, 2017). Tindakan bedah yang sering dilakukan untuk pasien kanker kolon adalah laparatomi. Laparatomi adalah suatu potongan pada dinding abdomen sampai membuka selaput perut. Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan

perut. Tujuan perawatan post laparatomi antara lain: Mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat penyembuhan, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien dan mempersiapkan pasien pulang, hal inilah yang membuat pasien dengan pasca bedah memerlukan perawatan yang maksimal (Syamsuhidajat & Jong, 2009).

Sebuah penelitian di Brighton Inggris yang melakukan analisis database retrospektif memperkirakan kejadian dan biaya tahunan rawat inap terkait laparotomi darurat dengan mengumpulkan data selama dua tahun kalender (2009-2010) ditemukan bahwa sebanyak 768 pasien menjalani laparotomi darurat dari 850 pasien laparatomi. Insiden laparotomi darurat diperkirakan sebagai ~ 1:1100 penduduk. 36% (276 pasien) dirawat selama rata-rata 5 hari perawatan kritis. Lama tinggal rata-rata adalah 13 hari (Shapter, Paul, & White, 2012). Adapun di Indonesia, berdasarkan Data Tabulasi Nasional Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009, tindakan bedah menempati urutan ke-11 dari 50 pertama pola penyakit di rumah sakit se-Indonesia dengan persentase 12,8% yang diperkirakan 32% di antaranya merupakan tindakan bedah laparatomi (Fahmi, 2012).

Laporan *The National Healthcare Quality* memperkirakan 11,6 kasus sepsis pasca operasi per 1.000 pembedahan operasi elektif dengan lama tinggal di rumah lebih lama dari 3 hari (Vogel, Dombrovskiy, Carson, Graham, & Lowry, 2010). Penelitian yang dilakukan dari rentang tahun 2002-2006 di Amerika

Serikat, dari 6.512.921 kasus bedah elektif yang memenuhi kriteria inklusi terdapat 78.669 kasus (1,21%) sepsis post operasi (Vogel, Dombrovskiy, Carson, Graham, & Lowry, 2010). Penelitian yang dilakukan (Yang, Liu, Hu, Wang, & Jiang, 2017) tentang komplikasi infeksi post *percutaneous nephrolithotomy* ditemukan bahwa secara keseluruhan, 45 kasus (27,4%) mengalami *Systemic inflammatory response syndrome* (SIRS) dan 20 kasus (12,2%) mengalami demam.

Sepsis abdominal termasuk post operasi laparatomi berkaitan secara signifikan dengan angka morbiditas dan mortalitas. Tingkat mortalitas adalah 7,7 (166/2152). Pasien dengan sepsis berat atau syok septik saat masuk rumah sakit tingkat mortalitasnya mencapai 32,4% (89/274). Pada pasien dengan sepsis berat atau syok septik pada periode post operasi operasi cito, tingkat mortalitasnya adalah 42,3% (110/266) (Sartelli, et al., 2014). Sepsis intraabdominal yang persisten dan rekuren merupakan ancaman serius pada pasien pascaoperasi akut yang membutuhkan laparotomi segera. Prognosis pasien tersebut cukup tidak pasti, dengan tingkat kematian mencapai lebih dari 50% dalam beberapa seri, dan morbiditas yang signifikan terkait dengan disfungsi organ (Verdant, et al., 2006).

Penelitian pada pasien yang dilakukan operasi abdomen pada 350 responden, ditemukan tingkat infeksi keseluruhan luka adalah 12,5%. Kasus cito memiliki lebih banyak infeksi daripada elektif. Tingkat infeksi lebih tinggi jika usianya > 60 tahun. Tingkat infeksi luka tinggi sampai 30% pada pasien yang tinggal lebih dari 1 bulan. Peningkatan tingkat infeksi terlihat pada preparasi

kulit yang dilakukan lebih dari 6 jam sebelum operasi (Shanthini, Rajagopal, Sarasu, Sivakumar, & Dhivyalakshimi, 2016).

Surgical site infection atau infeksi luka operasi (ILO) dikaitkan dengan pemanjangan waktu operasi ($161 \pm 77,8$ vs $135,10 \pm 56,5$ min; $p < 0,0001$) dan sejumlah komorbiditas pra operasi lebih lanjut, termasuk diabetes (39,6 vs 30,6%; $p < 0,0001$), hipertensi yang memerlukan pengobatan (65,2 vs 54%; $p < 0,0001$), penggunaan tembakau saat ini (16,7 vs 11,5%; $p = 0,0002$), dan peningkatan riwayat merokok sepanjang tahun ($8,6 \pm 18,3$ vs $5,6 \pm 14,2$; $p = 0,0006$), dan Komorbiditas Charlson Indeks ($0,51 \pm 0,74$ vs $0,35 \pm 0,57$, $p < 0,0001$). *Surgical site infection* menghasilkan peningkatan lama tinggal ($10,1 \pm 14,4$ vs $2,4 \pm 4,8$ hari; $p < 0,0001$) dan 30 kali lebih besar kemungkinan mortalitas 30 hari (4,03 vs 0,11%, $p < 0,0001$). Analisis regresi logistik multivariat menunjukkan bahwa perokok saat ini memiliki kesempatan 63% lebih besar untuk terjadi *surgical site infection* dibandingkan dengan non-perokok ($p = 0,0006$) (Blair, et al., 2016).

Untuk pencegahan SSI pada pasien dilakukan dengan perawatan praoperasi, pencukuran rambut bila mengganggu operasi, cuci dan bersihkan daerah sekitar tempat insisi dengan antiseptik pada kulit secara sirkuler ke arah perifer yang harus cukup luas. Antibiotik profilaksis terbukti mengurangi kejadian SSI. Paska operasi, hal yang harus diperhatikan adalah perawatan luka insisi dan edukasi pasien. Perawatan luka insisi berupa penutupan secara primer dan dressing yang steril selama 24-48 jam paska operasi. Dressing luka insisi tidak dianjurkan lebih dari 48 jam pada penutupan primer. Tangan harus dicuci

sebelum dan sesudah penggantian dressing. Jika luka dibiarkan terbuka pada kulit, maka luka tersebut harus ditutup dengan kassa lembab dengan dressing yang steril. Edukasi pada pasien berupa penjelasan mengenai perawatan luka operasi gejala SSI, dan perawat harus melaporkan jika hal tersebut terjadi pada pasien (Hidajat, 2017).

Perawat merupakan salah satu sumber daya yang mendukung pembangunan kesehatan. Penyediaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan di rumah sakit pada hakikatnya selaras dengan pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.. Berkenaan dengan *surgical site infection*, sangatlah diharapkan peran perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan untuk dapat mencegah terjadinya *surgical site infection* dengan cara meningkatkan pengetahuan/pemahaman dan efektifitas pengendalian *Health Associated Infections* (HAIs) (Darmadi, 2008) dalam (Azis, 2013).

Penelitian sebelumnya tentang perilaku pencegahan *surgical site infection* oleh perawat di RSUD Barru didapatkan dari 32 responden, terdapat 18 responden (56,2 %) yang memiliki perilaku pencegahan infeksi luka operasi yang baik.dan sebanyak 3 responden (9,4 %) memiliki pengetahuan kurang.sedangkan yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 14 responden (43,8 %), dimana 14 responden (12,5 %) memiliki perilaku pencegahan infeksi luka operasi yang kurang (Sutrisno, Intang, & Suhartatik, 2014).

Berdasarkan data dari RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar didapatkan bahwa jumlah pasien yang dilakukan operasi laparatomi tahun 2016 sebanyak 195 orang, tahun 2017 sebanyak 119 orang, dan sampai dengan September tahun 2018 sebanyak 172 orang. Hal ini menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan jumlah pasien yang dilakukan tindakan laparatomi. Adapun data terkait dengan terjadinya *surgical site infetion* pada pasien post operasi laparatomi tahun 2016 sebanyak 14 orang, tahun 2017 sebanyak 17 orang, dan sampai dengan Juni tahun 2018 sebanyak 19 orang. Data ini menunjukkan insidensinya yang relatif tinggi.

Hal inilah yang mendasari sehingga peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Evaluasi Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Perawat Tentang *Surgical Site Infection* Pada Pasien Kanker Kolon Post Operasi Laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Surgical site infection pada pasien pascaoperasi merupakan ancaman serius. Deteksi dini dan intervensi terapeutik tepat waktu dapat memperbaiki prognosis dan hasil klinis keseluruhan pasien sepsis. Salah satu upaya untuk mencegah prognosis yang buruk adalah dengan mengurangi faktor risiko sepsis atau mengidentifikasi faktor risiko sepsis untuk diberikan perhatian yang lebih lanjut, dimana perawat beda 24 jam di sekitar pasien sehingga peranannya dalam mencegah dan penanganan infeksi sangat penting. Untuk itu, diperlukan

pengetahuan, sikap dan tindakan yang nyata dari perawat terkait *Surgical Site Infection*. Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Bagaimanakah Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Perawat Tentang *Surgical Site Infection* Pada Pasien Kanker Kolon Post Operasi Laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan evaluasi tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku perawat tentang *surgical site infection* pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat pengetahuan perawat tentang *surgical site infection* pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Mengetahui sikap perawat tentang *surgical site infection* pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- c. Mengetahui perilaku perawat tentang *surgical site infection* pada pasien kanker kolon post operasi laparatomi di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Meningkatkan pengetahuan dalam bidang ilmu keperawatan medikal bedah dan wawasan dalam penerapan proses asuhan keperawatan yang profesional.

2. Praktisi

a. Bagi Profesi

Menjadi bahan masukan dalam menambah pengetahuan ilmu keperawatan terutama mengenai tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku perawat tentang *surgical site infection*

b. Bagi Instansi Terkait

Hasil penelitian ini dapat memberi gambaran atau informasi bagi instansi rumah sakit tentang pengetahuan, sikap dan perilaku perawat tentang *surgical site infection* yang akhirnya dapat menjadi kebijakan dalam penanganan pasien post operasi laparatomi.

c. Bagi Pasien

Menyadari risiko kejadian *surgical site infection* pada pasien post operasi laparatomi dan upaya pencegahannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Kanker kolon

1. Definisi

Kanker adalah penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel abnormal. Bila jenis pertumbuhan abnormal ini terjadi di usus besar atau rektum, maka disebut kanker kolorektal. Kolon dan rektum (kolorektum), yang dikombinasikan disebut usus besar, adalah bagian akhir dari sistem gastrointestinal (GI), yang memproses makanan untuk energi dan pembuangan kotoran atau tinja (American Cancer Society, 2017).

2. Patofisiologi

Kanker kolon biasanya dimulai sebagai pertumbuhan non kanker yang disebut polip yang berkembang pada lapisan dalam usus besar atau rektum dan tumbuh perlahan, selama periode 10 sampai 20 tahun. Polip adenomatosa, atau adenoma, adalah tipe yang paling umum. Adenoma timbul dari sel kelenjar, yang menghasilkan lendir untuk melumasi kolorektum. Sekitar sepertiga sampai setengah dari semua individu akhirnya akan mengembangkan satu atau lebih adenoma. Meskipun semua adenoma memiliki potensi untuk menjadi kanker, kurang dari 10% diestimasi berkembang menjadi kanker (American Cancer Society, 2017).

Kanker yang timbul dari lapisan dalam kolorektum disebut adenokarsinoma dan menyumbang sekitar 96% dari semua kanker kolon.

Begitu kanker terbentuk di lapisan dalam usus besar, maka bisa tumbuh ke dinding kolon atau rektum. Kanker yang telah tumbuh ke dalam dinding juga bisa menembus pembuluh darah atau getah bening. Sel kanker biasanya menyebar lebih dulu ke kelenjar getah bening di dekatnya. Sel kanker juga bisa dibawa pembuluh darah ke organ lain dan jaringan, seperti hati, paru-paru, atau peritoneum (membran yang melapisi perut). Penyebaran sel kanker ke bagian tubuh jauh dari tempat asal tumor disebut metastasis (American Cancer Society, 2017).

3. Stadium

Sejauh mana kanker telah menyebar pada saat diagnosis digambarkan sebagai stadiumnya. Stadium sangat penting untuk menentukan pilihan pengobatan dan menilai prognosis (prediksi hasil penyakit). Dua sistem stadium kanker yang paling umum adalah sistem TNM, biasanya digunakan dalam setting klinis, dan sistem *Surveillance, Epidemiology, dan End Results* (SEER) yang digunakan untuk analisis deskriptif dan statistik data registri tumor. Dalam dokumen ini, Tahapan CRC dengan menggunakan sistem pementasan ringkasan SEER (American Cancer Society, 2017):

- a. In situ: Kanker yang belum mulai menyerang dinding kolon atau rektum; Lesi preinvasif ini tidak termasuk dalam statistik kanker yang ada dalam laporan ini.

- b. Lokal: Kanker yang telah tumbuh di dinding kolon atau rektum, namun belum meluas melalui dinding untuk menyerang jaringan terdekat.
- c. Regional: Kanker yang telah menyebar melalui dinding kolon atau rektum dan telah menyerang jaringan terdekat, atau yang telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya.
- d. Distant: Kanker yang telah menyebar ke bagian lain tubuh, seperti hati atau paru-paru

4. Tanda dan gejala

Kanker kolon pada tahap awal sering tidak memiliki gejala, oleh karena itu skrining sangat penting. Sebagai tumor tumbuh, mungkin berdarah atau menghalangi usus. Dalam beberapa kasus, kehilangan darah akibat kanker menyebabkan anemia (jumlah sel darah merah rendah), menyebabkan gejala seperti kelemahan, kelelahan berlebih, dan terkadang sesak napas. Tanda peringatan tambahan meliputi (American Cancer Society, 2017):

- a. Perdarahan dari rectum
- b. Darah di tinja atau di toilet setelah buang air besar
- c. Kotoran gelap atau hitam
- d. Perubahan kebiasaan buang air besar atau bentuk tinja (misalnya, lebih sempit dari biasanya)
- e. Kram atau ketidaknyamanan di perut bagian bawah
- f. Suatu dorongan untuk buang air besar saat usus kosong

- g. Konstipasi atau diare yang berlangsung lebih dari beberapa hari
- h. Penurunan nafsu makan
- i. Penurunan berat badan yang tidak disengaja

5. Faktor risiko

a. Herediter dan riwayat keluarga

Lebih dari 30% pasien kanker kolon memiliki riwayat keluarga penyakit ini, sekitar 5% di antaranya disebabkan oleh kelainan genetik yang diwariskan. Orang dengan tingkat pertama relatif (orang tua, saudara kandung, atau anak) yang telah didiagnosis dengan CRC memiliki 2 sampai 4 kali risiko pengembangan penyakit dibandingkan dengan orang-orang yang tidak memiliki riwayat keluarga ini, tergantung pada usia saat diagnosis dan jumlah keluarga yang terkena dampak (American Cancer Society, 2017).

b. Riwayat kesehatan diri sendiri

Orang dengan riwayat kanker kolorektal cenderung mengembangkan kanker berikutnya di kolon atau rektum, terutama saat diagnosis awal terjadi pada usia muda. Riwayat polip adenomatosa juga meningkatkan risiko kanker kolon, terutama beberapa polip (American Cancer Society, 2017).

1) Penyakit radang usus kronis

Orang yang memiliki penyakit radang usus kronis hampir dua kali lipat risiko mengalami kanker kolon dibandingkan dengan orang-orang pada populasi umum. Bentuk paling umum dari penyakit usus inflamasi adalah ulseratif kolitis dan penyakit Crohn. Risiko kanker meningkat dengan tingkat, durasi, dan tingkat keparahan penyakit (American Cancer Society, 2017).

2) Diabetes

Orang yang menderita diabetes tipe 2 memiliki peningkatan risiko kanker kolon. Meskipun diabetes tipe 2 dan kanker kolon memiliki banyak faktor risiko, termasuk obesitas dan gaya hidup, asosiasi ini tetap ada bahkan setelah memperhitungkan aktivitas fisik, indeks massa tubuh, dan lingkar pinggang (American Cancer Society, 2017).

c. Perilaku

1) Aktivitas fisik yang kurang

Aktivitas fisik sangat terkait dengan berkurangnya risiko kanker usus besar, namun bukan kanker rektum. Studi secara konsisten menunjukkan bahwa orang yang paling aktif secara fisik memiliki risiko 25% lebih rendah untuk mengembangkan tumor proksimal dan

distal daripada orang yang paling tidak aktif (American Cancer Society, 2017).

2) Obesitas dan overweight

Kelebihan berat badan meningkatkan risiko kanker kolon, dengan hubungan yang lebih kuat pada pria daripada pada wanita dan untuk usus besar dibandingkan tumor rektum. Secara khusus, dibandingkan dengan orang-orang yang memiliki berat badan normal, pria obesitas memiliki risiko kanker kolon 50% lebih tinggi dan risiko kanker rektum 20% lebih tinggi, sedangkan wanita obesitas memiliki sekitar 20% peningkatan risiko kanker usus besar dan peningkatan 10% risiko kanker rektum (American Cancer Society, 2017).

3) Diet

Pola diet cenderung mempengaruhi risiko secara langsung, melalui unsur makanan tertentu, dan secara tidak langsung, melalui kelebihan gizi dan obesitas. Diet juga memiliki pengaruh besar pada mikroorganisme kolektif (yaitu mikroba) di usus besar. Komposisi lingkungan yang beragam ini memainkan peran positif dan negatif dalam perkembangan tumor melalui pengaruhnya terhadap respon kekebalan dan inflamasi (American Cancer Society, 2017).

4) Merokok

Pada bulan November 2009, International Agency for Research on Cancer melaporkan bahwa ada cukup bukti untuk menyimpulkan bahwa merokok tembakau menyebabkan kanker kolon. Hubungan tersebut tampaknya lebih kuat untuk rektum daripada untuk kanker kolon (American Cancer Society, 2017).

5) Alkohol

Peminum alkohol sedang dan berat, tapi tidak peminum ringan (<12,5 gram per hari, sekitar satu minuman), dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker kolon. Orang yang memiliki rata-rata 2 sampai 3 minuman beralkohol per hari memiliki risiko kanker kolon 20% lebih tinggi, dan mereka yang mengonsumsi lebih dari 3 minuman per hari memiliki sekitar 40% peningkatan risiko (American Cancer Society, 2017).

6) Obat-obatan

Ada bukti luas bahwa penggunaan aspirin secara berkala dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAIDS) lainnya menurunkan risiko kanker kolon (American Cancer Society, 2017).

6. Penatalaksanaan

Kebanyakan orang dengan kanker kolon akan memiliki beberapa jenis operasi untuk mengangkat tumor. Kemoterapi ajuvan (kemoterapi yang diberikan setelah operasi) juga bisa digunakan. Radiasi jarang digunakan untuk mengobati kanker kolon (American Cancer Society, 2017).

B. Tinjauan Tentang Laparatomi

Laparotomi merupakan tindakan operasi yang dilakukan pada daerah abdomen . Laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan dengan arah sayatan yang meliputi (Syamsuhidajat & Jong, 2009):

1. Median untuk operasi perut luas.
2. Paramedian (kanan) untuk massa apendik.
3. Pararektal
4. Mc Burney untuk apendektomi
5. Pfannenstiel untuk operasi kandung kemih atau uterus
6. Transfersal
7. Subkostal kanan untuk kolesistektomi

Adapun tindakan bedah digestive dan bedah kebidanan yang sering dilakukan dengan teknik sayatan arah laparotomi adalah (Syamsuhidajat & Jong, 2009):

1. Herniotomi

Tindakan bedah hernia disebut herniotomi. Hernia merupakan protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan.

2. Gastrektomi

Pembedahan pada tukak peptik akibat perforasi atau perdarahan yang bertujuan mengurangi sekresi asam lambung yang dapat dilakukan dengan tindakan vagotomi trunkus dan vagotomi parsial yang akan menurunkan produksi asam lambung.

3. Kolesistoduodenostomi

Adalah pembedahan pada tumor obstruksi duktus koleduktus, kaput pancreas, papilla vater dan duktus pancreas, duodenum, duktus koleduktus kaput pancreas, vena mesentrika superior, duktus hepaticus, arteri mesentrika superior dan kandung empedu.

4. Hepatektomi

Tindakan pembedahan yang dilakukan pada hati bila terjadi karsinoma yang dapat dilakukan hepatektomi bila terjadi metastasis atau reseksi sebagian berupa segmentektomi atau lobektomi.

5. Splenorafi/Splenektomi

Splenorafi adalah tindakan pembedahan yang bertujuan mempertahankan limpa yang fungsional dengan tehnik bedah. Tindakan ini dapat dilakukan pada trauma tumpul maupun tajam pada limpa. Splenektomi dilakukan jika terdapat kerusakan limpa yang tidak dapat diatasi dengan splenorafi.

6. Apendektomi

Tindakan yang dilakukan pada apendiks akibat peradangan baik bersifat akut maupun kronik. Teknik apendiktomi dengan Mc. Burney secara terbuka.

7. Kolostomi

Kolostomi merupakan kolokytaneostomi yang disebut juga anus preternaturalis yang dibuat sementara atau menetap.

8. Fistulotomi atau Fistulektomi

Pada fistel dilakukan fistulektomi dan fistalektomi artinya fistel di buka dari lubang asalnya sampai ke lubang kulit. Luka dibiarkan terbuka sehingga proses penyembuhan dimulai dari dasar persekun dan intertionem.

C. Tinjauan Tentang *Surgical Site Infection*

1. Pengertian

Sepsis post operasi yang biasanya berupa *Postoperative wound infections/* infeksi luka post operasi (ILO) atau dikenal pula sebagai *surgical site infections* (SSIs) Seperti yang didefinisikan oleh *Centers for Disease*

Control and Prevention (CDC), infeksi ini biasanya terjadi dalam 30 hari setelah operasi di tempat atau bagian tubuh tempat operasi berlangsung, atau dalam setahun jika ada implan yang tertinggal dan Infeksi dianggap sekunder akibat operasi (Azoury, et al., 2015).

Definisi ini berfokus pada kasus komplikasi dan kejadian iatrogenik yang dapat dicegah saat dirawat di rumah sakit. Ini mencakup semua pasien berusia 18 dan lebih tua yang menjalani prosedur bedah elektif, yang didefinisikan oleh specific *Diagnosis-Related Groups* (DRGs) atau *Medicare Severity-Diagnosis-Related Groups* (MS-DRGs), dan *International Classification of Diseases, Clinical Modification (ICD-9-CM) code* untuk prosedur ruang operasi. Dikecualikan adalah pasien dengan diagnosis sekunder atau sepsis sekunder atau infeksi saat masuk. Definisi ini juga mengecualikan sebagian besar pasien dengan sepsis pasca operasi termasuk semua pasien dengan kode untuk keadaan *immunocompromised*, kanker, kehamilan, persalinan, dan puerperium dan dengan masa tinggal kurang dari 4 hari (Vogel, Dombrovskiy, & Lowry, Trends in Postoperative Sepsis: Are We Improving Outcomes?, 2009).

Sebagai alternatif, definisi klinis dari sepsis pasca operasi mencakup semua jenis pasien pasca operasi dengan infeksi yang mengarah ke sepsis, sepsis berat, dan syok septik [seperti yang didefinisikan oleh konferensi konsensus American College of Chest Physicians / Society of Critical Care Medicine (ACCP / SCCM). Penting untuk dicatat bahwa sepsis pasca operasi

tidak harus mencakup semua infeksi pascaoperasi (infeksi luka, dan lain-lain) (Vogel, Dombrovskiy, & Lowry, Trends in Postoperative Sepsis: Are We Improving Outcomes?, 2009).

2. Penyebab

Kolonisasi bakteri pada kulit pasien dan saluran pencernaan dan genital merupakan sumber utama yang menyebabkan ILO. Organisme yang paling sering diisolasi adalah *Staphylococcus aureus*. Sumber eksogen, seperti pelanggaran dalam teknik steril dan perlengkapan ruang operasi dapat berkontribusi, walaupun lebih jarang daripada flora endogen. Bakteri di dalam jaringan atau organ menghalangi proses penyembuhan pascaoperasi, dan dapat menyebabkan kebocoran anastomotor, luka *dehiscence*, dan infeksi insisi superficial (Azoury, et al., 2015).

3. Klasifikasi

ILO dapat dikelompokkan sebagai dangkal / insisional jika terbatas pada kulit dan jaringan subkutan, insisi mendalam saat melibatkan fascia dan otot, atau organ saat melibatkan rongga tubuh (misalnya rongga perut setelah operasi gastrointestinal) (Barie & Wilson, 2015). ILO pada jaringan dalam dan organ jarang ditemui daripada ILO superfisial, namun dikaitkan dengan morbiditas / mortalitas yang lebih tinggi, masa tinggal di rumah sakit yang lebih lama, dan peningkatan biaya terkait rumah sakit secara keseluruhan bila

dibandingkan dengan ILO superfisial (Segal, Waller, Tilley, Piller, & Bilimoria, 2014);(Azoury, et al., 2015).

4. Faktor risiko

Memahami banyak variabel yang terkait dengan risiko SSI setelah operasi abdomen umum memungkinkan pasien dan dokter mengidentifikasi faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan melakukan perubahan dalam upaya untuk mengoptimalkan pasien sebelum operasi. Beberapa faktor telah terbukti terkait dengan tingkat infeksi setelah operasi di seluruh penelitian termasuk pendekatan bedah terbuka, status merokok, DM, supresi imun, kontaminasi luka, skor klasifikasi *American Society of Anesthesiologists (ASA)* > 2, hypoalbuminemia, dan pemanjangan waktu operasi (Azoury, et al., 2015).

5. Tren *surgical site infection*

Penelitian sebelumnya terhadap 1,276,451 pasien ditemukan setelah operasi elektif, 5.865 pasien (1,09%) mengalami SSI pasca operasi, di antaranya 2.778 (0,52%) mengalami sepsis berat. Kejadian SSI pasca operasi setelah operasi elektif meningkat dari 0,67% menjadi 1,74% ($p=0.0001$) dan sepsis berat setelah operasi elektif dari 0,22% menjadi 1,12% ($p=0.0001$). Tingkat kematian sepsis untuk prosedur elektif tidak menunjukkan perubahan yang signifikan dari waktu ke waktu. Proporsi sepsis berat setelah kasus elektif meningkat dari 32,9% menjadi 64,6% ($p=0.0002$). Tingkat sepsis

postoperatif (4,24%) dan sepsis berat (2,28%) secara signifikan lebih besar untuk non-elektif daripada prosedur elektif ($p=0.0002$). Prosedur bedah nonelektif memiliki tingkat sepsis postoperatif yang signifikan (3,74% sampai 4,51%) dan sepsis berat (1,79% sampai 3,15%) dari waktu ke waktu ($p=0.0001$) dengan proporsi sepsis berat meningkat dari 47,7% menjadi 69,9% ($p=0.0002$). Tingkat kematian di rumah sakit setelah operasi non-elektif menurun dari 37,9% menjadi 29,8% ($p=0,0001$) (Vogel, Dombrovskiy, & Lowry, Trends in Postoperative Sepsis: Are We Improving Outcomes?, 2009).

6. Patofisiologi

Monosit, neutrofil, dan sel T memiliki sensitivitas berbeda terhadap tindakan bedah. Namun, efek utama pembedahan pada fungsi kekebalan adalah immunosupresi relatif dengan alergi pasca operasi. Trauma jaringan lunak selama operasi menyebabkan hiperinflamasi simultan (peningkatan konsentrasi plasma sitokin proinflamasi) dan imunodepresi. Aktivasi neutrofil dalam waktu 24 jam dari operasi berkorelasi dengan perkembangan sepsis posturgical. Ada gangguan fungsi monosit yang ditandai dengan berkurangnya kemampuan untuk memproduksi Tumor Nekrosis Faktor (TNF) setelah stimulasi lipopolisakarida dan penurunan produksi *human leukocyte antigen DR* (HLA-DR) yang mengarah pada penurunan kapasitas *antigen presenting*. Durasi *downregulasi* antigen kelas II histokompatibilitas utama (MHC) berkorelasi dengan risiko sepsis. Selain itu, aktivitas sel natural killer

(NK) yang terganggu dan pergeseran ke arah reaksi kekebalan yang didominasi oleh sel *T helper* tipe 2 biasanya menyebabkan peningkatan kerentanan yang substansial terhadap komplikasi infeksi. Disregulasi imunologi tidak terjadi pada setiap pasien, dan bahkan jika faktor risiko seperti morbiditas dan usia diketahui, belum memungkinkan untuk memprediksi kerentanan seseorang (Vogel, Dombrovskiy, & Lowry, 2009).

7. Diagnosis

Manifestasi klinis awal sepsis mungkin tidak kentara dan sering tidak terdeteksi. *Systemic inflammatory response syndrome* (SIRS) mungkin membatasi diri atau mungkin menyebabkan perkembangan sampai sepsis berat. Demam dan leukositosis, tanda infeksi klasik, hanya memiliki kepekaan dan spesifisitas moderat. Kultur darah ternyata memiliki efikasi yang rendah (Vogel, Dombrovskiy, & Lowry, 2009).

8. Pendekatan pre operasi

Pendekatan pre operasi meliputi (Vogel, Dombrovskiy, & Lowry, 2009):

- a. Mengetahui faktor risiko sepsis pasca operasi dan mengidentifikasi pasien dengan peningkatan risiko.
- b. Persiapan pra operasi seperti perbaikan nutrisi dan berhenti merokok.

- c. Mengidentifikasi populasi bedah berisiko tinggi dan mempertimbangkan penerimaan pascaoperasi pra operasi dan / atau langsung ke ICU atau unit *recovery*
- d. Rekomendasi saat ini tidak mendukung penggunaan rutin dekontaminasi hidung dengan agen antimikroba topikal yang bertujuan untuk menghilangkan *Staphylococcus aureus* untuk mengurangi risiko infeksi di tempat operasi. Namun, skrining cepat untuk pembawa nasal *S. aureus* secara *real time* PCR, dan pengobatan dengan salep nasal mupirocin dan sabun klorheksidin dapat mengurangi risiko infeksi di tempat kerja *S. aureus* yang didapat di rumah sakit.
- e. Antibiotik profilaksis, diberikan hanya jika diindikasikan (sebelum operasi bersih melibatkan penempatan dari protesa atau implan, operasi yang terkontaminasi bersih, dan operasi yang terkontaminasi), pada saat yang benar waktu (dalam waktu satu jam sebelum sayatan) dengan pilihan obat yang tepat (berdasarkan prosedur operasi, kebanyakan patogen penyebab infeksi situs bedah untuk prosedur tertentu). Profilaksis harus dihentikan dalam waktu 24 jam setelah prosedur untuk semua prosedur kecuali operasi jantung (berhenti dalam 48 jam).
- f. Vaksinasi: vaksin Pneumococcal, Haemophilus influenza B dan Meningococcal C diberikan sebelum atau segera setelah (Vaksin pneumokokus segera setelah dan Haemophilus dan Meningococcal

minimal 2 minggu pasca operasi) splenektomi untuk mencegah infeksi postplenektomi yang berlebihan

g.

9. Pendekatan intra operasi

- a. Regimen anestesiologi yang membatasi faktor operasi yang berkontribusi terhadap immunosupresi dan infeksi pascaoperasi (anestesi regional versus umum, hindari penyisipan garis intravena sentral jika memungkinkan, dan jika perlu memasukkannya, gunakan pedoman saat ini dan gunakan daftar periksa, hindari hipotensi dan translokasi bakteri yang dihasilkan , meminimalkan transfusi produk darah dan mempertahankan kontrol glikemik sambil menghindari hipoglikemia)
- b. Regimen bedah seperti scrub tangan dan persiapan kulit (menghilangkan rambut dengan kliping dan bukan pisau cukur, mencuci dan membersihkan kulit di sekitar tempat sayatan dengan agen antiseptik yang sesuai, menghindari diathermy untuk insisi kulit, meninggalkan luka yang terkontaminasi, menempatkan saluran pembuangan melalui sayatan dan minimisasi yang terpisah. durasi operasi sebanyak mungkin, dan lain-lain (Vogel, Dombrovskiy, & Lowry, 2009).

10. Pendekatan post operasi

Pendekatan post operasi meliputi (Vogel, Dombrovskiy, & Lowry, 2009):

- a. Mobilisasi dini, fisioterapi, pengendalian nyeri, dan pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit menggunakan pedoman untuk mencegah pneumonia terkait ventilator (VAP) dan infeksi aliran darah terkait kateter.
- b. Kontrol glukosa yang tepat (mempertahankan glukosa <200 mg/dl) sambil menghindari hipoglikemia.
- c. Identifikasi awal pasien sepsis postoperatif dan, jika perlu, masuk cepat ke ICU
- d. Penerapan Terapi Arah Sasaran yang Dini dan Protokol Kampanye Sepsis yang bertahan hidup (mempertahankan tujuan resusitasi, kontrol sumber, yaitu drainase cairan yang terinfeksi, debridemen jaringan lunak yang terinfeksi, menghapus perangkat yang terinfeksi atau benda asing dan mengendalikan kontaminasi mikroba yang sedang berlangsung, tepat dan pengobatan antibiotik dini, dan lain-lain)
- e. Menjaga kekebalan lokal, khususnya pemeliharaan integritas usus, dengan memulai pemberian makanan enteral sedini mungkin setelah operasi.

- f. Memperbesar fungsi kekebalan sistemik untuk mengatasi imunodepresi pasca operasi (nutrisi - arginin, glutamin, dan asam lemak, faktor penstimulasi koloni, dan lain-lain).
- g. Membatasi konsekuensi bakteremia dan endotoksin dengan memodifikasi kaskade mediator.

D. Tinjauan Tentang Perilaku Perawat

1. Definisi

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia, sedang dorongan merupakan usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia. Terdapat berbagai macam kebutuhan diantaranya kebutuhan dasar dan kebutuhan tambahan (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku kesehatan adalah tindakan seseorang yang mengerti status kesehatan mereka, mempertahankan status kesehatan mereka secara optimal, mencegah sakit dan luka dan mencapai kemampuan fisik dan mental secara maksimal. Tindakan seperti diet, latihan, perhatian terhadap gejala sakit, mengikuti nasehat pengobatan dan mencegah terjadinya resiko terhadap kesehatan. Perilaku kesehatan adalah suatu aktivitas yang dilakukan oleh individu yang meyakini dirinya sehat untuk tujuan mencegah penyakit atau mendeteksinya dalam tahap asimtomatik (Klas & Cobb, 1996 dalam (Notoatmodjo, 2010).

Perawat sebagai ujung tombak pelayanan di rumah sakit perlu memiliki pemahaman dasar mengenai *surgical site infection*.

2. Domain perilaku

Bloom (1976) dalam (Notoatmodjo, 2010) mengatakan bahwa aspek perilaku yang dikembangkan dalam proses pendidikan meliputi tiga ranah yaitu: ranah Kognitif (pengetahuan), ranah afektif (sikap) dan ranah Psikomotor (keterampilan). Dalam perkembangannya, teori Bloom dimodifikasi untuk mengukur hasil pendidikan kesehatan, yakni:

a. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Wawan & Dewi, 2010).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan pada objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Wawan & Dewi, 2010).

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu.

Penelitian sebelumnya tentang perilaku pencegahan *surgical site infection* oleh perawat di RSUD Barru didapatkan dari 32 responden, terdapat 18 responden (56,2 %) yang memiliki perilaku pencegahan infeksi luka operasi yang baik, dan sebanyak 3 responden (9,4 %) memiliki pengetahuan kurang, sedangkan yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 14 responden (43,8 %), dimana 14 responden (12,5 %) memiliki perilaku pencegahan infeksi luka operasi yang kurang (Sutrisno, Intang, & Suhartatik, 2014). Penelitian yang lain di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau tentang pengetahuan perawat terhadap upaya pencegahan

surgical site infection menunjukkan bahwa dari 73 orang responden yang diteliti mayoritas responden memiliki pengetahuan tinggi sebanyak 62 responden (84,9%), responden dengan pengetahuan sedang sebanyak 10 responden (13,7%), dan responden dengan pengetahuan rendah sebanyak 1 responden (1,4%) (Resfi, Rahmalia, & Jumaini, 2012).

Pengetahuan mempunyai enam tingkatan yaitu (Wawan & Dewi, 2010):

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*Komprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain (Wawan & Dewi, 2010). Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada (Wawan & Dewi, 2010).

b. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah reaksi atau respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010).

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara- cara tertentu. Kesiapan yang dimaksud disini adalah kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya respon. Sikap dapat bersikap positif dan dapat pula bersikap negatif.

Penelitian yang dilakukan di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau tentang upaya pencegahan *surgical site infection* menunjukkan mayoritas responden memiliki upaya yang baik sebanyak 48 responden (65,8%), dan responden dengan upaya yang kurang baik sebanyak 25 responden (34,2%). (Resfi, Rahmalia, & Jumaini, 2012).

Seperti halnya pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan (Wawan & Dewi, 2010) yakni:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban yang ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang itu menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

c. Tindakan (*practice*) atau *skill*

Dalam mewujudkan suatu sikap menjadi tindakan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan. Tingkatan dari praktek atau tindakan, yaitu : (1) Persepsi (*perception*), mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama. (2) Respon terpimpin (*guided*

response), dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah indikator praktik tingkat kedua. (3) Mekanisme (*mecanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.(4) Adopsi (*adoption*), adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2010).

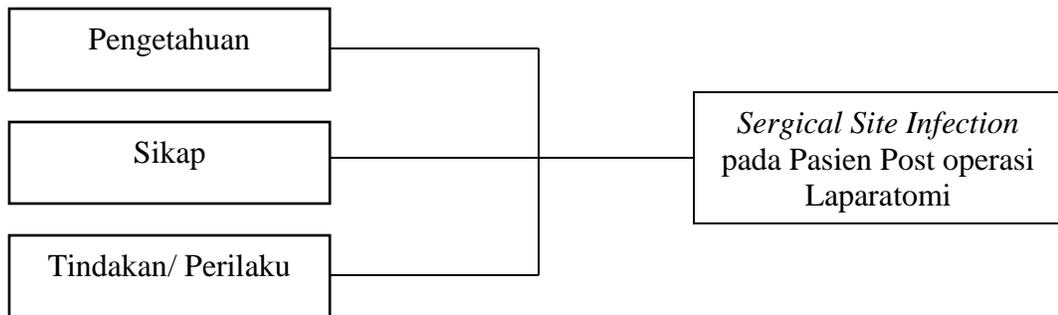
Penelitian sebelumnya tentang perilaku pencegahan *surgical site infection* oleh perawat di RSUD Barru didapatkan dari 32 responden, terdapat 18 responden (56,2 %) yang memiliki perilaku pencegahan infeksi luka operasi yang baik (Sutrisno, Intang, & Suhartatik, 2014). Penelitian yang dilakukan di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau tentang tindakan terhadap upaya pencegahan *surgical site infection* menunjukkan mayoritas responden memiliki tindakan yang baik sebanyak 40 responden (54,8%), dan responden dengan tindakan yang tidak baik sebanyak 33 responden (45,2%) (Resfi, Rahmalia, & Jumaini, 2012).

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka konsep

Berdasarkan kerangka teori yang ada dalam tinjauan kepustakaan, maka peneliti membuat kerangka konsep seperti yang tampak pada bagan dibawah ini:



Keterangan :

_____ :Variabel yang diteliti

Bagan 1 Kerangka Konsep