

**ANALISIS KINERJA PERAWAT DALAM PENGENDALIAN
KEJADIAN FLEBITIS DI RUANG RAWAT INAP
RSUD SYEKH YUSUF KABUPATEN GOWA**

***THE ANALYSIS OF NURSES' PERFORMANCE IN CONTROLLING
THE OCCURENCE OF PHLEBITIS IN THE INPATIENT UNITS
OF SYEKH YUSUF REGIONAL PUBLIC HOSPITAL
IN GOWA DISTRICT***

ELIATI PATURUNGI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

**ANALISIS KINERJA PERAWAT DALAM PENGENDALIAN
KEJADIAN FLEBITIS DI RUANG RAWAT INAP
RSUD SYEKH YUSUF KABUPATEN GOWA**

***THE ANALYSIS OF NURSES' PERFORMANCE IN CONTROLLING
THE OCCURENCE OF PHLEBITIS IN THE INPATIENT UNITS
OF SYEKH YUSUF REGIONAL PUBLIC HOSPITAL
IN GOWA DISTRICT***

ELIATI PATURUNGI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

TESIS

ANALISIS KINERJA PERAWAT DALAM PENGENDALIAN KEJADIAN FLEBITIS DI RUANG RAWAT INAP RSUD SYEKH YUSUF KABUPATEN GOWA

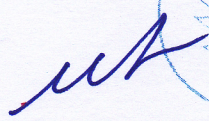
Disusun dan diajukan oleh

ELIATI PATURUNGI

Nomor Pokok P4200210011

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 10 Juli 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**Menyetujui,
Komisi Penasehat**

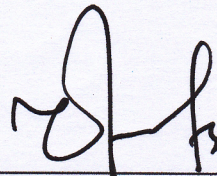


Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes.
Ketua




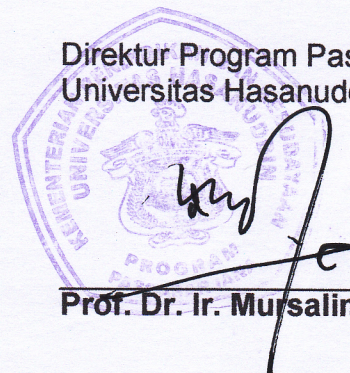
Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes.
Anggota

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes.

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin,



Prof. Dr. Ir. Mursalim



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**

Sekretariat : Lantai 3 Gedung Laboratorium Terpadu

JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10, Makassar. Telp. (0411)5780103, Fax (0411) 581431.
Contact person **dr. Agussalim Bukhari,PhD,SpGK** (HP. 081241850858), email: agussalimbukhari@yahoo.com

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
Nomor : 0379 /H4.8.4.5.31/PP36-KOMETIK/2013

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, setelah melalui pembahasan dan penilaian memutuskan, protokol penelitian berjudul:

*Analisis Kinerja Perawat dalam Pengendalian Kejadian Flebitis di Ruang Rawat Inap
RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa*

dengan Peneliti Utama: **Eliati Paturungi.,SKep, Ns**

No. Register

U	H	1	3	0	1	0	0	3	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

yang diterima pada tanggal: **28 Januari 2013**

Perbaikan diterima tanggal: **28 Februari 2013**

dapat disetujui untuk dilaksanakan di RSUD Syekh Yusuf Gowa Sulawesi Selatan.
Persetujuan Etik ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian.

Pada akhir penelitian, **laporan pelaksanaan penelitian** harus diserahkan kepada KEPK Fakultas Kedokteran Unhas. Jika ada perubahan protokol dan /atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Makassar, 15 Maret 2013

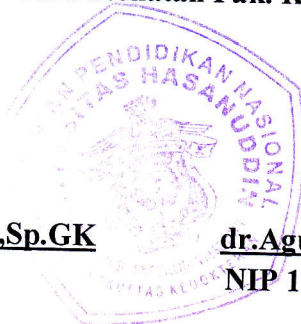
Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fak. Kedokteran Unhas

Ketua

Prof.Dr.dr.Suryani As'ad,M.Sc,Sp.GK
NIP 19600504 1986 01 2 002

Sekretaris

dr.Agussalim B. MMed,Ph.D,SpGK
NIP 19700821 1999 03 1 001



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Eliati Paturungi

Nomor Mahasiswa : P4200210011

Program studi : Magister Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis 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 tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 10 Juli 2013

Yang menyatakan,

Eliati Paturungi

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulisan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Selama penulisan tesis penulis tidak terlepas dari berbagai hambatan, namun berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak baik secara moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu dengan kerendahan hati, perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Mursalim, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FK.Unhas dan sebagai Anggota Komisi Penasihat yang telah memberikan ilmunya, meluangkan waktunya memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
4. Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes, selaku Ketua Komisi Penasihat yang telah memberikan ilmunya dan meluangkan waktunya memberikan bimbingan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

5. Dr. H. Salahuddin, M.Kes, selaku Direktur RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan.
6. Kepada Ayahanda Andi Paturungi S., BA (alm) dan Bunda A. Mastura, terima kasih atas cinta kasih dan pengorbanan yang tiada terhingga.
7. Kepada Suamiku Sudarman Akbar, Amd.Kep, atas cinta, dukungan, dan pengertiannya selama penulis mengikuti proses pendidikan.
8. Rekan kerjaku di Bidang Keperawatan Hj. Johar Sanusi, S.Sos, Ns.Mardiah, Ns. Hj. Nursiah & Rosliati, S.Ag, Husna Yaeni, SKM, Muliati, SKM, terima kasih atas pengertian dan dukungannya.
9. Kepada teman-temanku angkatan Pertama Program Studi Magister Ilmu Keperawatan : Diah, Neneng, Uni, Mbak Tiwi, Thety, Lina, Ima, Fatima, Arsyad, Wirda, Dardin dan lainnya yang tidak sempat disebutkan satu persatu, atas dukungan yang tak terhingga baik selama proses perkuliahan hingga proses penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari akan berbagai keterbatasan dan kekurangan dalam penyusunan tesis ini, oleh sebab itu segala kritikan dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Wassalam.

Makassar, 10 Juli 2013

Eliati Paturungi

ABSTRAK

ELIATI PATURUNGI. *Analisis Kinerja Perawat dalam Pengendalian Kejadian Flebitis di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa* (dibimbing oleh **Irfan Idris** dan **Ariyanti Saleh**)

Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan kinerja perawat dalam menerapkan Standar prosedur operasional (SPO) pemasangan infus, penyiapan obat injeksi dan penyuntikan obat secara bolus intravena dengan kejadian flebitis di ruang rawat inap.

Penelitian ini menggunakan pendekatan analitik dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap Interna, Anak dan Bedah. Sampel yang diambil adalah perawat di ruang rawat inap sebanyak 77 orang dan 77 pasien rawat inap yang dipasang infus dan di injeksi oleh perawat pelaksana ruang rawat inap. Pengambilan sampel dilakukan secara consecutive sampling. Pengumpulan data melalui observasi, wawancara dan dokumentasi. Data dianalisis dengan menggunakan *uji chi-square*, *fisher exact test* dan *regresi logistik*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 55,8% perawat yang baik kinerjanya dalam menerapkan SPO pemasangan infus, 64,9% perawat yang baik kinerjanya dalam menerapkan SPO penyiapan obat injeksi, 50,6% perawat yang baik kinerjanya dalam menerapkan SPO penyuntikan obat secara bolus intravena di ruang rawat inap. Sebanyak 84,4% yang tidak mengalami flebitis dan 15,6% pasien yang mengalami flebitis. Terdapat hubungan antara kinerja perawat dalam menerapkan SPO pemasangan infus ($p=0,003$) dan kinerja perawat dalam menerapkan SPO penyuntikan obat secara bolus intravena ($p=0,053$) dengan kejadian flebitis. Tidak ada hubungan antara kinerja perawat dalam menerapkan SPO penyiapan obat injeksi dengan kejadian flebitis ($p=0,099$). Yang paling dominan berhubungan dengan kejadian flebitis adalah kinerja perawat dalam menerapkan SPO pemasangan infus.

Kata Kunci : Kinerja Perawat, Penerapan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Infus, Penyiapan Obat Injeksi, Penyuntikan secara Bolus Intravena, Flebitis.

ABSTRACT

ELIATI PATURUNGI. *The Analysis Of Nurses Performance In Controlling the Occurrence of Phlebitis in the Inpatient Units of Syekh Yusuf Regional Public Hospital In Gowa District (Supervised by Irfan Idris and Ariyanti Saleh)*

This study aims to analyse the relationship between nurses' performance in implementing standar Operating Procedures (SOP) of infusion, injection drug preparation, and intravenous bolus injection of drug; and the occurrence of phlebitis in inpatient units.

This cross sectional conducted for inpatient units of interna, pediatric, and surgery. There are 77 nurse and 77 hospitalized patient involved in the study. The samples were selected by using the consecutive sampling. The data were analyzed by using chi-square test, fisher exact-test and logistic regression.

The results revealed that 55,8% of the nurses had good performance in implementing infusion SOP, 64,9% of the nurses had good performance in implementing the SOP of injection drug preparation, and 50,6% of the nurses had good performance in implementing the SOP of intravenous bolus injection drug in inpatient units. There were 84,4% of the patients who did not have phlebitis; while 15,6% of the patients had phlebitis. There are relationship between nurses' performance in Implementing SOP of infusion ($p=0,003$) and intravenous bolus injection of drug ($p=0,053$) in phlebitis occurrence. There is no relationship between nurses' performance in implementing the SOP of injection drug preparation and the occurrence of phlebitis ($p=0,099$). While the dominant factor for phlebitis occurrence in the nurses' performance of implementing infusion SOP.

Keywords : *Nurses' performance, the application of infusion SOP, injection drug preparation, intravenous bolus injection, phlebitis.*

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGANTAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK INDONESIA	vii
ABSTRAK INGGRIS	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Flebitis	11
1. Pengertian	11
2. Penyebab	12

3. Skala Flebitis.....	18
4. Pencegahan	20
5. Indikator Mutu Kejadian Flebitis	22
B. Terapi Intravena	23
1. Pengertian	23
2. Tujuan Utama Terapi Intravena	23
3. Jenis Cairan Intravena.....	24
4. Keuntungan dan Kerugian	26
5. Komplikasi	28
C. Fungsi Pengendalian	32
D. Kinerja Perawat	38
1. Defenisi	38
2. Kendala yang dapat menghambat kinerja	39
3. Penilaian kinerja	40
4. Penilaian kinerja perawat	43
5. Kinerja Perawat melalui penerapan SPO pemasangan infus	45
6. Kinerja perawat melalui pemberian obat	51
E. Standar Prosedur Operasional	59
F. Penelitian Terkait dengan kejadian flebitis	62
G. Kerangka Teori	68
BAB III KERANGKA KONSEP, VARIABEL DAN HIPOTESIS ..	69
A. Kerangka Konsep	69

B. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional.....	70
C. Hipotesis Penelitian	72
BAB IV METODE PENELITIAN	73
A. Desain Penelitian.....	73
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	73
C. Populasi dan Sampel	73
D. Instrumen Penelitian	75
E. Tehnik Pengumpulan Data	76
F. Alur Penelitian	77
G. Pengolahan dan Analisis Data	78
H. Pertimbangan Etik	79
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	80
A. Deskripsi Hasil Penelitian	80
B. Pembahasan	94
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	114
A. KESIMPULAN	114
B. SARAN	115
DAFTAR PUSTAKA	116
LAMPIRAN	121

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Infiltrasi	46
Gambar 2. Anatomi tempat pemasangan infus	46
Gambar 3. Batas minimal ketinggian botol infus	50

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1.	Penilaian Flebitis berdasarkan Skor VIP	19
2.	Sumber-sumber Infeksi Pada Pasien	36
3.	Penelitian Terkait dengan Kejadian Flebitis	62
4.	Distribusi Responden Berdasarkan Data Demografi Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	82
5.	Distribusi Responden Berdasarkan Data Demografi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	83
6.	Distribusi Responden Berdasarkan Penerapan SPO Pemasangan Infus di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	85
7.	Distribusi Responden Berdasarkan Penerapan SPO Penyiapan Obat Injeksi di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	86
8.	Distribusi Responden Berdasarkan Penerapan SPO Penyuntikan Obat Secara Bolus Intravena di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	87
9.	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kejadian Flebitis di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	87
10.	Distribusi Kejadian Flebitis berdasarkan data demografi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	88
11.	Hubungan Kinerja Perawat dalam Menerapkan SPO Pemasangan Infus dengan Kejadian flebitis di Ruang Rawat	90

Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa

- | | | |
|-----|---|----|
| 12. | Hubungan Kinerja Perawat Dalam Menerapkan SPO Penyiapan Obat Injeksi dengan Kejadian Flebitis Di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa | 91 |
| 13. | Hubungan Kinerja Perawat dalam Menerapkan SPO Penyuntikan Obat Secara Bolus Intravena di Ruang Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa | 92 |
| 14. | Analisis Regresi Logistik Secara Multivariat Hubungan Antara Kinerja Perawat dalam menerapkan SPO Pemasangan Infus, Penyiapan obat injeksi dan Penyuntikan Secara Bolus Intravena dengan Kejadian Flebitis. | 94 |

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		Halaman
1.	Instrumen Standar Prosedur Operasional Pemasangan Infus, Penyiapan obat Injeksi dan Penyuntikan Obat secara Bolus Intravena	121
2.	Instrumen Kejadian Flebitis	131
3.	Karakteristik Responden Perawat	133
4.	Karakteristik Responden Pasien	134
5.	Hasil Analisis Univariat	137
6.	Hasil Analisis Bivariat	138
7.	Hasil Analisis Regresi Logistik	141
8.	Master Tabel Responden Perawat	146
9.	Master Tabel Responden Pasien	149
10.	Rekomendasi Persetujuan Komisi Etik	151
11.	Surat Keterangan Penelitian	152
12.	Lembar penjelasan Responden	153
13.	Lembar Persetujuan Responden	155

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Terapi intravena (IV) digunakan untuk mengobati berbagai kondisi pasien yang dirawat di rumah sakit. Namun saat ini, terapi IV meluas di luar populasi ini ke lingkungan rawat jalan, perawatan jangka panjang, perawatan di rumah untuk infus cairan, produk darah, obat dan nutrisi parenteral. Hal ini membuat besarnya populasi yang berisiko terhadap infeksi yang berhubungan IV dan menuntut perawat di semua lingkungan perlu mengembangkan pengetahuan dan keterampilan terapi IV mereka (La Rocca & Otto, 1998).

Tindakan terapi IV bertujuan menyediakan air, elektrolit dan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, untuk menggantikan cairan dan memperbaiki kekurangan elektrolit, untuk menyediakan beberapa jenis vitamin yang mudah larut melalui intravena serta sebagai medium dalam pemberian obat-obat intravena (Smeltzer & Bare, 2002). Tetapi karena terapi ini diberikan secara terus menerus dan dalam jangka waktu tertentu, hal ini akan meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi dari pemasangan infus, salah satunya adalah flebitis (Potter & Perry, 2005).

Flebitis menurut Panadero et al (2002) dikutip Ingram P & Iavery I (2005) adalah komplikasi yang paling umum dari terapi IV dan studi

menunjukkan bahwa 20-80 % pasien yang menerima terapi IV mengalami flebitis. Flebitis adalah keadaan yang terjadi disekitar tusukan atau bekas tusukan jarum infus di rumah sakit, dan timbul setelah 3 x 24 jam dirawat di rumah sakit. Infeksi ini ditandai dengan nyeri, rasa panas, pengerasan dan kemerahan (kalor, tumor dan rubor) dengan atau tanpa nanah (pus) pada daerah bekas tusukan jarum infus dalam waktu 3 x 24 jam atau kurang dari waktu tersebut bila infus masih terpasang (Depkes RI, 2001, Jackson (1998) dalam Ingram P & Lavery I (2005).

Flebitis dapat menyebabkan trombus yang selanjutnya menjadi *trombophlebitis*. *Trombophlebitis* adalah peradangan dinding vena dan biasanya disertai pembentukan bekuan darah. Dan perjalanan penyakit ini bersifat jinak namun jika trombus terlepas kemudian diangkut dalam aliran darah dan masuk ke jantung maka dapat menimbulkan gumpalan darah seperti katup bola yang bisa menyumbat atrioventikular jantung secara mendadak sehingga menimbulkan kematian. Hal ini menjadikan flebitis sebagai salah satu permasalahan yang penting untuk dibahas (Smeltzer & Bare, 2002)

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko flebitis yaitu (Mc. Caffery and A.Beebe, 1993 dalam Nursalam, 2011), antara lain trauma pada vena selama penusukan, cairan infus bersifat asam atau alkali atau memiliki osmolaritas tinggi, penusukan ke pembuluh darah yang terlalu kecil, menggunakan jarum yang terlalu besar untuk vena, jarum infus lama tidak diganti, jenis bahan (kateter infus) yang digunakan, riwayat pasien

dan kondisi sekarang, kondisi pembuluh darah, dan stabilitas kanul. Menurut Maki DG & Ringer M (1991) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa faktor yang dapat meningkatkan risiko flebitis adalah pemakaian kateter lebih dari 48 jam, penggunaan antibiotik IV, tempat insersi dan bahan kateter yang digunakan serta jenis kelamin pasien. Hal ini didukung oleh penelitian Karadag A & Gorgulu S (2000) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, bahan dasar kateter, dan lamanya insersi dengan kejadian flebitis.

Kejadian flebitis telah banyak diteliti. Penelitian Nassaji-Zavareh M, Ghorbani R (2007) mengungkapkan bahwa dari 300 pasien yang dirawat di ruang penyakit bedah dan dalam ditemukan 26 % mengalami flebitis. Kemudian penelitian Tan WY, Yeap JW dan Aznal S.S (2012) menemukan 35,2 % tromboflebitis dari 428 pasien dewasa yang dirawat di RS tersier Negeri Sembilan Malaysia, sedangkan hasil penelitian Singh R, Bhandary S & Pun KD (2008) menemukan 59,1 % flebitis dari 230 pasien yang menjadi sampel.

Masih tingginya flebitis di rumah sakit mencerminkan rendahnya mutu layanan keperawatan. Menurut Depkes RI Tahun 2006 dikutip Wijayasari, Jumlah kejadian Infeksi Nosokomial berupa flebitis di Indonesia sebanyak (17,11 %). Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan Pujasari & Sumarwati (2002) dikutip Wahyunah (2011) bahwa kejadian flebitis di sebuah RS Jakarta adalah 10 %. Hasil penelitian Prastika (2012) bahwa dari 90 sampel ditemukan 32,2 % mengalami flebitis. Demikian pula

hasil penelitian Maria & Kurnia (2011) di salah satu RS Kediri ditemukan 2,9 % flebitis dari 68 responden. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nihl (2010), mengungkapkan kejadian flebitis sebesar 81,8 % dari 236 pasien yang menjadi sampel di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Kejadian flebitis dapat meningkatkan morbiditas, memperpanjang masa perawatan pasien dan peningkatan biaya rumah sakit. Hal ini akan menurunkan citra rumah sakit di mata masyarakat. Oleh karena itu kualitas pelayanan keperawatan perlu dipertahankan dan ditingkatkan seoptimal mungkin (Depkes RI, 2005; McKee P, Flanagan P, 2011).

Perawat adalah tenaga profesional yang perannya tidak dapat dikesampingkan dari lini terdepan pelayanan rumah sakit, karena tugasnya mengharuskan kontak paling lama dengan pasien. Maka diasumsikan perawat ikut berperan besar dalam memberikan kontribusi kejadian flebitis. Rowley (2003) dikutip McKee P & Flanagan P (2011) mengungkapkan salah satu upaya mencegah kejadian flebitis adalah dengan meningkatkan kinerja perawat dalam menerapkan Standar Prosedur Operasional (SPO) aseptik dalam setiap tindakannya. Dengan mengoreksi tehnik insersi, menerapkan standar pencegahan dan pengendalian infeksi, meningkatkan pengetahuan perawat dapat meminimalisir kejadian infeksi dan tingkat keparahannya.

SPO merupakan pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi

pemerintah berdasarkan indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Adanya SPO ini perawat dapat menjaga konsistensi dan tingkat kinerja petugas atau tim dalam organisasi atau unit, agar mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi dalam organisasi, memperjelas alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas terkait, melindungi organisasi dan staf dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya dan untuk menghindari kegagalan/kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi. SPO juga dapat digunakan untuk menilai kinerja organisasi publik di mata masyarakat berupa responsivitas, responsibilitas, dan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah (Atmoko, 2010).

Rivai & Basri (2005) dalam Kaswan (2013) mengemukakan kinerja adalah hasil atau tingkat keberhasilan seseorang secara keseluruhan selama periode tertentu didalam melaksanakan tugas dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, seperti standar hasil kerja, target atau sasaran, atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama. Implementasi kinerja dilakukan oleh sumber daya manusia yang memiliki kemampuan, kompetensi, motivasi dan kepentingan. Kinerja organisasi juga ditunjukkan oleh bagaimana proses berlangsungnya kegiatan untuk mencapai tujuan tersebut. Salah satu indikator yang dipakai untuk menilai kinerja rumah sakit adalah kejadian

flebitis, yang merupakan indikator mutu pelayanan keperawatan (Depkes RI, 2001)

RSUD Syekh Yusuf Kab.Gowa adalah rumah sakit type B non pendidikan, telah terakreditasi dengan predikat lulus tingkat lanjut untuk duabelas pelayanan, termasuk didalamnya adalah pelayanan keperawatan. Terdiri dari lima ruang rawat inap dengan jumlah tenaga keperawatan di unit fungsional adalah 153 perawat. Prosentase tingkat pendidikan D.III Keperawatan adalah 67 % dan Ners sebanyak 27 %.

Hasil observasi pendahuluan terhadap perawat dalam melaksanakan prosedur pemasangan infus di setiap ruang perawatan adalah 89 %, beberapa diantaranya tidak menggunakan sarung tangan saat pemasangan infus, tidak mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan, rata-rata jenis cairan yang digunakan adalah ringer lactat dan dextrose 5 %, lama pemasangan infus bervariasi yaitu 3 – 6 hari di setiap ruang rawat, dan pengenceran obat injeksi yang bervariasi di setiap ruang rawat khususnya obat jenis antibiotika dan analgetik. Padahal, penerapan SPO pelayanan keperawatan telah diberlakukan melalui surat keputusan direktur RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa sejak tahun 2007 dan direvisi kembali tahun 2009, sosialisasi tentang SPO juga telah dilakukan oleh pihak manajer keperawatan , namun audit pelaksanaan SPO belum dilaksanakan secara rutin terhadap seluruh SPO yang ada.

Berdasarkan hasil identifikasi dan pengamatan yang dilakukan oleh Tim Pengendalian Mutu Bidang Pelayanan Keperawatan RSUD Syekh Yusuf Kab.Gowa , ditemukan kejadian flebitis pada tahun 2010 adalah 11,1%, tahun 2011 adalah 8,9 % dan tahun 2012 adalah 6,2 %. Kejadian flebitis tertinggi di temukan pada ruang perawatan bedah yaitu 12,5 %, kemudian ruang ICU yaitu 11,5 % serta ruang perawatan interna dan perinatologi yaitu 8 %. Data ini sangat tinggi jika dibandingkan dengan standar pelayanan minimal RS (SPM RS) yaitu 1,5 % (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan data dan masalah yang telah dijelaskan diatas maka peneliti akan melakukan penelitian terkait dengan kinerja perawat mengimplementasikan standar prosedur operasional (SPO) pelayanan keperawatan dalam mengendalikan kejadian flebitis di ruang rawat inap RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa.

B. Rumusan Masalah

Di RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa, kejadian flebitis pada tahun 2010 adalah 11,1 %, tahun 2011 adalah 8,9 %. Kemudian pada tahun 2012 adalah 6,2 %. Kejadian flebitis tertinggi di temukan pada ruang perawatan bedah yaitu 12,5 %, kemudian ruang ICU yaitu 11,5 %, serta ruang perawatan interna dan perinatologi yaitu 8 %. Data ini sangat tinggi jika dibandingkan dengan SPM RS yaitu 1,5 % (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan data dan fenomena yang telah dikemukakan diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu tingginya kejadian flebitis di ruang rawat inap RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa.

Beberapa pertanyaan penelitian yang dapat dikembangkan adalah :

1. Seberapa besar perawat mengimplementasikan standar prosedur operasional (SPO) pemasangan infus, penyiapan obat injeksi, dan penyuntikan obat secara bolus intravena?
2. Apakah penerapan SPO pemasangan infus, penyiapan obat injeksi, dan penyuntikan obat secara bolus intravena berhubungan dengan kejadian flebitis di ruang rawat inap?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis kinerja perawat dalam pengendalian kejadian flebitis di ruang rawat inap RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi kinerja perawat dalam mengimplementasikan standar prosedur operasional (SPO) pemasangan infus, penyiapan obat injeksi, dan penyuntikan obat secara bolus intravena.
- b. Untuk mengidentifikasi hubungan kinerja perawat dalam menerapkan SPO pemasangan infus dengan kejadian flebitis di ruang rawat inap.

- c. Untuk mengidentifikasi hubungan kinerja perawat dalam menerapkan SPO penyiapan obat injeksi dengan kejadian flebitis di ruang rawat inap.
- d. Untuk mengidentifikasi hubungan kinerja perawat dalam menerapkan SPO penyuntikan obat secara bolus intravena dengan kejadian flebitis diruang rawat inap.
- e. Untuk menganalisis kinerja perawat melalui penerapan SPO pemasangan infus, penyiapan obat injeksi dan penyuntikan obat secara bolus intravena dengan kejadian flebitis di ruang rawat inap.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Bagi ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmiah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit , khususnya mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap.

2. Bagi RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa

- a. Sebagai sumber data dan informasi tentang kejadian flebitis sehingga perawat di ruang rawat inap dapat mengevaluasi tindakan pemasangan infus, penyiapan obat injeksi dan penyuntikan obat secara bolus intravena.
- b. Sebagai dasar pengambilan keputusan untuk mengambil upaya-upaya perbaikan dalam pemberian pelayanan keperawatan

dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat melalui penerapan prosedur pelayanan keperawatan sehingga dapat mengendalikan kejadian flebitis di ruang rawat inap.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Flebitis

1. Pengertian

Flebitis adalah komplikasi yang paling umum terjadi dari terapi IV, dan studi menunjukkan bahwa 20-80 % pasien yang menerima terapi IV mengalami flebitis (Panadero et al 2002 dalam Ingram P & Lavery I, 2005). Flebitis adalah keadaan yang terjadi disekitar tusukan atau bekas tusukan jarum infus di rumah sakit, dan timbul setelah 3 x 24 jam dirawat di rumah sakit. Infeksi ini ditandai dengan rasa panas, pengerasan dan kemerahan (kalor, tumor dan rubor) dengan atau tanpa nanah (pus) pada daerah bekas tusukan jarum infus dalam waktu 3 x 24 jam atau kurang dari waktu tersebut bila infus masih terpasang (Depkes RI, 2001). Flebitis didefinisikan sebagai peradangan lapisan akut internal vena (PPNI, 2009 dalam Nursalam, 2011) ditandai oleh rasa sakit dan nyeri disepanjang vena, kemerahan, bengkak dan hangat, serta dapat dirasakan disekitar daerah penusukan.

Flebitis adalah inflamasi vena yang disebabkan oleh iritasi kimia maupun mekanik. Hal ini dikarakteristikkan dengan adanya daerah yang memerah dan hangat nyeri, rasa lunak dan bengkak disekitar daerah penusukan atau sepanjang vena. Insiden flebitis meningkat sesuai dengan lamanya pemasangan IV, komposisi cairan atau obat yang diinfuskan

(terutama pH dan tonisitasnya, ukuran dan tempat kanula dimasukkan, pemasangan jalur IV yang tidak sesuai, dan masuknya mikroorganisme saat penusukan) (Smeltzer & Bare, 2002).

2. Penyebab Flebitis

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko flebitis yaitu (M. Mc Caffery and A.Beebe, 1993 dalam Nursalam, 2011) , antara lain :

- a. Trauma pada vena selama penusukan.
- b. Cairan infus bersifat asam atau alkali atau memiliki osmolaritas tinggi.
- c. Penusukan ke pembuluh darah yang terlalu kecil.
- d. Menggunakan jarum yang terlalu besar untuk vena.
- e. Jarum infus lama tidak diganti.
- f. Jenis bahan (kateter infus) yang digunakan.
- g. Riwayat pasien dan kondisi sekarang.
- h. Kondisi pembuluh darah.
- i. Stabilitas kanul.
- j. Pengendalian infeksi.

Hasil penelitian Nassaji-Zavareh M & Ghorbani R (2007) mengungkapkan bahwa faktor risiko yang mempengaruhi kejadian flebitis adalah jenis kelamin pasien, tempat insersi, jenis kateter yang digunakan, penyakit yang mendasari yaitu diabetes melitus, luka bakar dan penyakit menular. Demikian pula penelitian Singh R, Bhandary S dan Pun KD (2008) bahwa peningkatan insiden flebitis pada responden laki-laki, menggunakan ukuran kanula kecil, penusukan di daerah lengan,

penggunaan antibiotik dan transfusi darah serta pasien yang dirawat lebih dari 36 jam setelah pemasangan infus. Kemudian pendapat Mc Kee P & Flanagan P (2011) bahwa faktor risiko penyebab flebitis adalah :

- a. Migrasi dari organisme kulit melalui tempat pemasangan cateter.
- b. lokasi dari penusukan kanula.
- c. Ukuran kanula yang digunakan.
- d. Durasi kanulasi.
- e. Penggunaan perangkat multilumen, port suntikan dan stopcocks
- f. Kolonisasi mikroba berat dari hubungan kanula dan port koneksi
- g. Breaks di asepsis selama penusukan misalnya situasi darurat
- h. Frekuensi manipulasi atau akses
- i. Kurangnya pengalaman staf memasukkan dan menggunakan perangkat IV.

Hal ini didukung oleh hasil penelitian Wahyunah (2011) bahwa terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kejadian flebitis.

Menurut Philpot dan Griffiths (2003) dikutip Ingram P & Lavery I, (2005), flebitis dapat diklasifikasikan menjadi flebitis mekanik, flebitis kimia dan flebitis infeksi. Flebitis mekanik diakibatkan oleh trauma pada intima pembuluh darah oleh kanula. Hal ini bisa terjadi saat perpindahan kateter setelah manipulasi. flebitis kimia disebabkan oleh komposisi dan konsentrasi cairan infus, khususnya cairan dengan Ph ekstrem atau osmolaritas yang tinggi, mengakibatkan kerusakan pada endotel dari

dinding pembuluh darah. Sedangkan Flebitis infeksi terjadi ketika ujung kanula terinfeksi.

Menurut Darmawan (2008), penyebab flebitis adalah flebitis kimia, flebitis mekanis dan flebitis bakterial.

a. Flebitis Kimia

1) Jenis cairan infus

pH dan osmolaritas cairan infus yang ekstrem selalu diikuti risiko flebitis tinggi. pH larutan dekstrosa berkisar antara 3-5, di mana keasaman diperlukan untuk mencegah karamelisasi dekstrosa selama proses sterilisasi autoklaf, jadi larutan yang mengandung glukosa, asam amino dan lipid yang digunakan dalam nutrisi parenteral bersifat lebih flebitogenik dibandingkan normal saline.

2) Jenis obat yang dimasukkan melalui infus

Obat suntik yang bisa menyebabkan peradangan vena yang hebat, antara lain *Kalium Klorida*, *Vancomycin*, *Amphotrecin B*, *Cephalosporins*, *Diazepam*, *Midazolam* dan banyak obat kemoterapi. Larutan infus dengan osmolaritas > 900 mOsm/L harus diberikan melalui vena sentral. Mikropartikel yang terbentuk bila partikel obat tidak larut sempurna dalam pencampuran juga merupakan faktor kontribusi terhadap flebitis. Jadi, jika diberikan obat intravena masalah bisa diatasi dengan penggunaan filter sampai 5 µm. Jenis obat – obatan yang bisa di berikan melalui infus antara lain seperti golongan antibiotik (*Ampicicilin*, *amoxicicilin*,

klorampenicol, dll), anti diuretik (furosemid, lasix dll), anti histamin atau setingkatnya (Adrenalin, dexamethasone, dypenhydramin). Karena kadar puncak obat dalam darah perlu segera dicapai, sehingga diberikan melalui injeksi bolus (suntikan langsung ke pembuluh balik/vena). Peningkatan cepat konsentrasi obat dalam darah tercapai. Misalnya pada orang yang mengalami hipoglikemia berat dan mengancam nyawa, pada penderita diabetes melitus. Alasan ini juga sering digunakan untuk pemberian antibiotika melalui infus/suntikan, namun perlu diingat bahwa banyak antibiotika memiliki bioavailabilitas oral yang baik, dan mampu mencapai kadar adekuat dalam darah untuk membunuh bakteri. Dalam pemberian antibiotik melalui IV perlu diperhatikan dalam pencampuran serbuk antibiotik tersebut, hal ini untuk menghindari terjadinya komplikasi seperti tromboflebitis karena kepekatan dan tidak tercampurnya obat secara baik. Biasanya untuk mencampur serbuk antibiotik / obat-obat yang lain yang diberikan secara IV adalah cairan aquades dengan perbandingan 4cc larutan aquades berbanding 1 vial antibiotik atau 6cc larutan aquades berbanding 1 vial serbuk antibiotik.

3) Jenis kateter infus

Kateter yang terbuat dari silikon dan poliuretan kurang bersifat iritasi dibanding *politetrafluoroetilen* (teflon) karena permukaan lebih

halus, lebih termoplastik dan lentur. Risiko tertinggi untuk flebitis dimiliki kateter yang terbuat dari polivinil klorida atau polietilen.

b. Flebitis mekanis

1) Lokasi pemasangan infus

Penempatan kanula pada vena proksimal (kubiti atau lengan bawah) sangat dianjurkan untuk larutan infus dengan osmolaritas > 500 mOsm/L. Misalnya *Dextrose* 5%, NaCl 0,9%, produk darah, dan albumin. Hindarkan vena pada punggung tangan jika mungkin, terutama pada pasien usia lanjut, karena akan mengganggu kemandirian lansia. Hasil penelitian Nurjannah (2011) bahwa terdapat hubungan lokasi penusukan infus dengan kejadian flebitis.

2) Ukuran kanula

Flebitis mekanis dikaitkan dengan penempatan kanula. Kanula yang dimasukkan pada daerah lekukan sering menghasilkan flebitis mekanis. Ukuran kanula harus dipilih sesuai dengan ukuran vena dan difiksasi dengan baik.

c. Flebitis bakterial

1) Teknik pencucian tangan yang buruk

Infeksi di rumah sakit dapat disebabkan oleh mikroorganisme yang didapat dari orang lain (*cross infection*) atau disebabkan oleh flora normal dari pasien itu sendiri (*endogenous infection*). Oleh karena itu perlu usaha pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi di yaitu dengan meningkatkan perilaku cuci tangan yang baik.

2) Teknik aseptik tidak baik

Faktor yang paling dominan menimbulkan kejadian flebitis adalah perawat pada saat melaksanakan pemasangan infus tidak melaksanakan tindakan aseptik dengan baik dan sesuai dengan standar operasional prosedur.

3) Teknik pemasangan kanula yang buruk

Tindakan penatalaksanaan infus yang buruk, pasien akan terpapar pada resiko terkena infeksi nosokomial berupa flebitis.

4) Lama pemasangan kanula

Kontaminasi infus dapat terjadi selama pemasangan kateter intravena sebagai akibat dari cara kerja yang tidak sesuai prosedur serta pemakaian yang terlalu lama. *The Center for Disease Control and Prevention* menganjurkan penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi. Penelitian Maki DG & Ringer M (1991) menyatakan bahwa kejadian flebitis melebihi 50 % setelah 4 hari kateterisasi.

5) Perawatan infus

Perawatan infus bertujuan untuk mempertahankan teknik steril, mencegah masuknya bakteri ke dalam aliran darah, pencegahan/meminimalkan timbulnya infeksi, dan memantau area insersi sehingga dapat mengurangi kejadian flebitis. Penelitian Hidayati & Paryati (2012) mengungkapkan bahwa jika perawat

melakukan perawatan infus dengan baik maka dapat menurunkan risiko kejadian flebitis.

6) Faktor pasien

Faktor pasien yang dapat mempengaruhi angka flebitis mencakup usia, jenis kelamin.

Ingram P & Lavery I (2005) mengutip dari CP Pharmaceuticals Ltd (1999) bahwa pasien yang beresiko mengalami flebitis adalah usia lanjut, neonatus dan anak usia muda, pasien dengan gangguan kesadaran atau demensia, pasien stroke atau tidak sadarkan diri, pasien dengan penyakit diabetik, kanker, *peripheral vascular disease*, *Raynaud's phenomenon*, sindrom vena cava superior, pasien dengan kelainan darah atau masalah sirkulasi serta pasien yang telah berulang kali mendapat terapi infus dan suntikan. Demikian pula hasil penelitian Triyanto, Handoyo & Pramana (2007) bahwa mayoritas flebitis dialami oleh pasien dengan rentang usia 61 tahun sampai 80 tahun.

3. Skala Flebitis

Jackson (1998) dalam Ingram P & Lavery I, (2005); Paulette Gallant dan Alyce Schultz (2006) dalam Nursalam (2011) menggunakan alat *Visual Infusion Flebitis* (VIP) untuk memantau area pemasangan infus. Berikut ini penilaian flebitis berdasarkan skor VIP yaitu :

Tabel. 2.1. Penilaian Flebitis berdasarkan Skor VIP

IV line Nampak sehat	0	Tidak ada tanda flebitis	Observasi kanul
Terdapat salah satu tanda-tanda berikut jelas ; • Sedikit nyeri dekat IV line • Sedikit kemerahan dekat IV line	1	Mungkin tanda-tanda pertama flebitis	Observasi kanul
Dua dari tanda-tanda berikut ialah : • Nyeri pada IV line • Kemerahan • Pembengkakan	2	Tahap awal flebitis	Pindahkan kanul
Semua tanda-tanda berikut jelas : • Nyeri sepanjang kanul • Kemerahan • Pembengkakan	3	Tahap menengah flebitis	Pindahkan kanul, pertimbangkan perawatan infeksi
Semua tanda-tanda berikut adalah nyata : • Nyeri sepanjang kanul • Kemerahan • Pembengkakan • Vena teraba keras	4	Tahap lanjut flebitis atau awal tromboflebitis	Pindahkan kanul, pertimbangkan perawatan infeksi
Semua tanda-tanda berikut adalah nyata : • Nyeri sepanjang kanul • Kemerahan • Pembengkakan • Vena teraba keras • Pireksia	5	Stadium lanjut tromboflebitis	Memulai perawatan infeksi

Di RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa, kejadian flebitis merupakan indikator tinggi rendahnya mutu pelayanan keperawatan. Indikator kejadian flebitis menggunakan indikator mutu yang diterbitkan oleh Depkes RI (2001) dan digunakan di rumah sakit melalui surat keputusan direktur RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa No. 445.4/865.a/XI/2009. Flebitis ditandai dengan nyeri sepanjang kanula, rasa panas, pengerasan dan kemerahan (kalor, tumor dan rubor) dengan atau tanpa nanah (pus) pada daerah bekas tusukan jarum infus dalam waktu 3 x 24 jam atau kurang

dari waktu tersebut bila infus masih terpasang. Dikategorikan flebitis jika terdapat 3 tanda atau lebih ditemukan disepanjang kanula pemasangan infus.

4. Pencegahan

Menurut Darmawan (2008), pencegahan flebitis adalah :

- a. Mencegah flebitis bakterial : Pedoman ini menekankan kebersihan tangan, teknik aseptik, perawatan daerah infus serta antisepsis kulit. Walaupun lebih disukai sediaan *Chlorhexidine 2%*, *Tinctura Yodium*, *Iodoform* atau alkohol 70% juga bisa digunakan.
- b. Selalu waspada dan jangan meremehkan teknik aseptik : *Stopcock* sekalipun (yang digunakan untuk penyuntikan obat atau pemberian infus IV, dan pengambilan sampel darah) merupakan jalan masuk kuman yang potensial ke dalam tubuh. Pencemaran stopcock lazim dijumpai dan terjadi kira-kira 45-50% dalam serangkaian besar kajian.
- c. Rotasi kanula : Mengganti tempat (rotasi) kanula ke lengan kontralateral setiap hari ada 15 pasien menyebabkan bebas flebitis. Namun, dalam uji kontrol acak kateter bisa dibiarkan aman di tempatnya lebih dari 72 jam jika tidak ada kontra indikasi. *The Center for Disease Control and Prevention* menganjurkan penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi, namun rekomendasi ini tidak didasarkan atas bukti yang cukup.

- d. *Aseptic dressing* : Dianjurkan *aseptic dressing* untuk mencegah flebitis. Kasa steril diganti setiap 24 jam.
- e. Laju pemberian : Para ahli umumnya sepakat bahwa makin lambat infus larutan hipertonik diberikan makin rendah risiko flebitis. Namun, ada paradigma berbeda untuk pemberian infus obat injeksi dengan osmolaritas tinggi. Osmolaritas boleh mencapai 1000 mOsm/L jika durasi hanya beberapa jam. Durasi sebaiknya kurang dari tiga jam untuk mengurangi waktu kontak campuran yang iritatif dengan dinding vena. Ini membutuhkan kecepatan pemberian tinggi (150-330 mL/jam). Vena perifer yang paling besar dan kateter yang sekecil dan sependek mungkin dianjurkan untuk mencapai laju infus yang diinginkan, dengan filter 0,45 mm. Kanula harus diangkat bila terlihat tanda dini nyeri atau kemerahan. Infus relatif cepat ini lebih relevan dalam pemberian infus jaga sebagai jalan masuk obat, bukan terapi cairan *maintenance* atau nutrisi parenteral.
- f. *Titrateable acidity* : *Titrateable acidity* dari suatu larutan infus tidak pernah dipertimbangkan dalam kejadian flebitis. *Titrateable acidity* mengukur jumlah alkali yang dibutuhkan untuk menetralkan pH larutan infus. Potensi flebitis dari larutan infus tidak bisa ditaksir hanya berdasarkan pH atau *titrateable acidity* sendiri. Bahkan pada pH 4,0 larutan glukosa 10% jarang menyebabkan perubahan karena *titrateable acidity* sangat rendah (0,16 mEq/L). Dengan

demikian makin rendah *titratable acidity* larutan infus makin rendah risiko flebitisnya.

- g. *Heparin dan hidrokortison* : Heparin sodium, bila ditambahkan cairan infus sampai kadar akhir 1 unit/mL, mengurangi masalah dan menambah waktu pasang kateter. Risiko flebitis yang berhubungan dengan pemberian cairan tertentu (misal : *Kalium Klorida, Lidocaine, dan antimikrobia*) juga dapat dikurangi dengan pemberian aditif intravena tertentu seperti hidrokortison. Pada uji klinis dengan pasien penyakit koroner, hidrokortison secara bermakna mengurangi kekerapan flebitis pada vena yang diinfus *lidokain, kalium klorida* atau antimikrobia. Pada dua uji acak lain, heparin sendiri atau dikombinasi dengan hidrokortison telah mengurangi kekerapan flebitis, tetapi penggunaan heparin pada larutan yang mengandung lipid dapat disertai dengan pembentukan endapan kalsium.
- h. *In-line Filter* : In-line Filter dapat mengurangi kekerapan flebitis tetapi tidak ada data yang mendukung efektivitasnya dalam mencegah infeksi yang terkait dengan alat intravaskular dan sistem infus.

5. Indikator Mutu Kejadian Flebitis

Dalam Kepmenkes no. 129 tahun 2008 ditetapkan suatu standar pelayanan minimal rumah sakit, termasuk didalamnya indikator angka

kejadian flebitis yaitu 1,5 %. Angka ini menunjukkan secara khusus tinggi rendahnya mutu pelayanan keperawatan.

Adapun rumus untuk menghitung angka kejadian infeksi karena jarum infus yaitu (Depkes RI, 2001) :

$$\frac{\text{Banyaknya kejadian infeksi kulit karena jarum infus per bulan}}{\text{Total Kejadian Pemasangan Infus pada bulan tersebut}} \times 100 \%$$

B. TERAPI INTRAVENA

1. Pengertian

Terapi Intravena adalah salah satu cara atau bagian dari pengobatan untuk memasukkan obat atau vitamin ke dalam tubuh pasien (Darmawan, 2008). Terapi Intravena adalah menempatkan cairan steril melalui jarum langsung ke vena pasien. Biasanya cairan steril mengandung elektrolit (natrium, kalsium, kalium), nutrien (biasanya glukosa), vitamin atau obat. (Wahyuningsih, 2005). Terapi IV diperlukan untuk memperbaiki defisiensi dan mencapai keseimbangan dengan memasok kebutuhan cairan dan elektrolit dan mengganti kehilangan yang terus menerus (La Rocca & Otto (1998).

2. Tujuan utama terapi intravena

Terapi intravena (IV) bertujuan untuk memberikan cairan ketika pasien tidak dapat menelan, tidak sadar, dehidrasi atau syok, untuk memberikan garam yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit, atau glukosa yang diperlukan untuk metabolisme dan memberikan medikasi (Wahyuningsih, 2005).

3. Jenis Cairan Intravena (La Rocca & Otto, 1998, Smeltzer, 2002, Perry & Potter, 2005).

Cairan intravena diklasifikasikan sebagai larutan isotonik, hipotonik, dan hipertonik. Larutan elektrolit dianggap isotonik jika kandungan elektrolit totalnya (anion ditambah kation) kira-kira 310 mEq/L. Larutan elektrolit dianggap hipotonik jika kandungan elektrolit totalnya kurang dari 250 mEq/L. Larutan elektrolit dianggap hipertonik jika kandungan elektrolit totalnya melebihi 375 mEq/L. Perawat juga harus mempertimbangkan osmolalitas suatu larutan, tetap mengingat bahwa osmolalitas plasma adalah kira-kira 300 mOsm/L (SI : 300 mmol/L).

a. Cairan Isotonik

Cairan yang diklasifikasikan isotonik mempunyai osmolalitas total yang mendekati cairan ekstraseluler dan tidak menyebabkan sel darah merah mengkerut atau membengkak. Komposisi dari cairan isotonik meningkatkan volume cairan ekstraseluler. Satu liter larutan isotonik menambah cairan ekstraseluler sebesar 1 liter. Meskipun demikian cairan ini meningkatkan plasma hanya sebesar $\frac{1}{4}$ liter karena cairan isotonik merupakan cairan kristaloid dan berdifusi dengan cepat kedalam kompartemen cairan ekstraseluler. Untuk alasan yang sama, 3 liter cairan isotonik diperlukan untuk menggantikan 1 liter darah yang hilang.

Larutan dekstrosa 5% dalam air mempunyai osmolalitas serum sebesar 252 mOsm/L. Sekali diberikan, glukosa dapat langsung cepat dimetabolisme dan larutan yang pada awalnya merupakan isotonis

kemudian berubah menjadi cairan hipotonis, sepertiga ekstraseluler, dan 2/3 intraseluler. Karena itu, dekstrosa 5% dalam air terutama dipergunakan untuk mensuplai air dan untuk memperbaiki osmolalitas serum yang meningkat. Satu liter dekstrosa 5% dalam air memberikan kurang dari 200 kkal dan merupakan sumber kecil kalori untuk kebutuhan sehari-hari tubuh.

Normal saline (0,9 % Natrium klorida) mempunyai osmolalitas total sebesar 308 mOsm/L. Karena osmolalitasnya secara keseluruhan ditunjang oleh elektrolit, larutan ini tetap dalam kompartemen ekstraseluler. Untuk alasan ini, normal salin sering digunakan untuk mengatasi kekurangan volume ekstraseluler. Meskipun disebut sebagai "normal", cairan normal salin ini hanya mengandung natrium dan klorida dan tidak merangsang CES secara nyata.

Larutan Ringer laktat mengandung kalium dan kalsium selain natrium klorida. Larutan Ringer Laktat juga mengandung prekursor bikarbonat.

b. Cairan hipotonik

Salah satu tujuan dari larutan hipotonik adalah untuk menggantikan cairan seluler, karena larutan ini bersifat hipotonis dibandingkan dengan plasma. Tujuan lainnya adalah untuk menyediakan air bebas untuk ekskresi sampah tubuh. Pada saat tertentu, larutan natrium hipotonik digunakan untuk mengatasi hipernatremia dan kondisi hiperosmolar lain. Larutan salin berkekuatan menengah (natrium klorida 0,45%) sering

digunakan. Infus larutan hipotonik yang berlebihan dapat menyebabkan terjadinya deplesi cairan intravascular, penurunan tekanan darah, edema seluler, dan kerusakan sel. Larutan ini menghasilkan tekanan osmotik yang kurang dari cairan ekstraseluler.

c. Cairan hipertonik

Larutan hipertonik menghasilkan tekanan osmotik yang lebih besar daripada cairan ekstraseluler. Larutan ini digunakan untuk menggeser cairan ekstraseluler kedalam plasma darah dengan melakukan difusi cairan dari jaringan untuk menyamakan solut dalam plasma. Pemberian larutan hipertonik yang cepat dapat menyebabkan kelebihan (overload) sirkulasi dan dehidrasi. Cairan intravena hipertonik adalah dekstrosa 5 % dalam saline 0,9 %, dekstrosa 5 % dalam larutan Ringer Lactat, dan larutan Dekstrosa 10 % dalam air. Dekstrosa 50% dalam air diberikan untuk membantu memenuhi kebutuhan kalori. Larutan ini sangat hipertonis dan harus diberikan pada vena sentral. Larutan salin juga tersedia dalam konsentrasi osmolar yang lebih tinggi dari ekstraseluler. Larutan ini menarik cairan dari intraseluler ke ekstraseluler dan menyebabkan sel-sel mengkerut.

4. Keuntungan dan Kerugian

Menurut Potter dan Perry (2005), keuntungan dan kerugian terapi intravena adalah :

a. Keuntungan

Keuntungan terapi intravena antara lain : efek terapeutik segera dapat tercapai karena penghantaran obat ke tempat target berlangsung cepat, absorpsi total memungkinkan dosis obat lebih tepat dan terapi lebih dapat diandalkan, kecepatan pemberian dapat dikontrol sehingga efek terapeutik dapat dipertahankan maupun dimodifikasi, rasa sakit dan iritasi obat-obat tertentu jika diberikan intramuskular atau subkutan dapat dihindari, sesuai untuk obat yang tidak dapat diabsorpsi dengan rute lain karena molekul yang besar, iritasi atau ketidakstabilan dalam traktus gastrointestinalis.

b. Kerugian

Kerugian terapi intravena adalah : tidak bisa dilakukan "*drug recall*" dan mengubah aksi obat tersebut sehingga resiko toksisitas dan sensitivitas tinggi, kontrol pemberian yang tidak baik bisa menyebabkan "*speed shock*" dan komplikasi tambahan dapat timbul, yaitu : kontaminasi mikroba melalui titik akses ke sirkulasi dalam periode tertentu, iritasi vascular, misalnya flebitis kimia, dan inkompabilitas obat dan interaksi dari berbagai obat tambahan.

Terapi intravena menimbulkan kecenderungan menimbulkan berbagai bahaya seperti trombosis dan emboli kateter. Selain itu juga dapat menyebabkan komplikasi lokal maupun sistemik. Komplikasi sistemik seperti kelebihan beban cairan, emboli udara, septikemia, infeksi,

lebih jarang terjadi tetapi seringkali lebih serius dibanding komplikasi lokal seperti infiltrasi, flebitis, tromboflebitis, dan hematoma.

5. Komplikasi Terapi Intravena.

Komplikasi menurut La Rocca & Otto (1998), Smeltzer (2002) adalah :

a. Komplikasi lokal

Komplikasi lokal yang mungkin terjadi adalah :

1) Infeksi lokal

Infeksi lokal yang berhubungan dengan terapi intravena dikarenakan terjadinya kontaminasi pada saat persiapan, pemasangan, pemberian obat intravena, penggantian balutan, atau penggantian cairan infus. Tanda dan gejala meliputi nyeri, sumbatan aliran darah, bengkak, merah, pengerasan dan panas pada tempat penusukan.

2) Hematoma

Hematoma adalah darah yang mengumpul dalam jaringan atau dibawah kulit yang biasanya diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah pada tempat penusukan terapi intravena. Ditandai dengan perubahan warna kulit, bengkak, dan nyeri.

3) Infiltrasi

Infiltrasi adalah masuknya cairan kedalam jaringan sekitar (bukan pembuluh vena) yang biasanya terjadi karena jarum melewati pembuluh vena. Ditandai dengan edema, ketidaknyamanan, dan rasa dingin didaerah infiltrasi, tidak

terdapat aliran darah dan penurunan kecepatan aliran yang signifikan. Jika larutan bersifat iritatif maka dapat menyebabkan kerusakan jaringan. Tindakan perawatannya dengan menghentikan terapi dan mengganti jalur penusukan, kompres dengan air hangat, dan meninggikan ekstermitas agar cepat diserap oleh tubuh.

4) Flebitis

Flebitis adalah suatu reaksi lokal yang berupa peradangan pada pembuluh darah vena di tunika intima yang ditandai dengan panas, nyeri, bengkak, dan kemerahan (Rubor, Dolor, Kalor, Tumor, Fungsi laesa) dengan atau tanpa puspada daerah penusukan yang timbul 3 x 24 jam atau kurang dari waktu tersebut bila infus masih terpasang (Depkes RI, 2001).

5) Tromboflebitis

Tromboflebitis adalah adanya peradangan pada pembuluh darah dan adanya bekuan darah. Biasanya merupakan gejala sisa dari kejadian flebitis. Ditandai dengan nyeri yang terlokalisasi, kemerahan, rasa hangat, bengkak, aliran melambat, sianosis pada ekstermitas, imobilisasi ekstermitas karena bengkak, demam, malaise, dan leukositosis. Tindakan perawatan dengan menghentikan terapi intravena, memberikan kompres hangat, meninggikan ekstermitas, mengganti jalur penusukan.

6) Bekuan pada jarum

Bekuan ini disebabkan karena selang IV yang tertekuk, kecepatan aliran yang terlalu lambat, kantong IV yang kosong/habis, atau tidak memberikan aliran setelah pemberian obat atau larutan intermiten. Tanda dan gejalanya adalah penurunan kecepatan aliran dan darah kembali ke selang IV. Jika terjadi bekuan, jalur IV harus dihentikan, perawat harus segera mengganti infus yang lama dengan yang baru. Perawat tidak boleh mengirigasi atau melakukan pemijatan pada selang, tidak mengembalikan aliran dengan meningkatkan kecepatan atau menggantungkan cairan lebih tinggi, dan tidak boleh melakukan aspirasi bekuan dari kanul.

7) Ekstravasasi

Ekstravasasi adalah keluarnya cairan dari pembuluh darah vena ke jaringan sekitar. Ditandai dengan nyeri, rasa terbakar, kaku, teraba dingin, aliran melambat / terhenti, dan merembes/balutan basah.

8) Trombosis

Thrombosis adalah adanya trauma pada sel endothelial dinding vena yang menyebabkan menempelnya fibrin dan sel darah merah pada dinding tersebut yang menyebabkan penyumbatan aliran darah.

b. Komplikasi Sistemik

1) Kelebihan beban cairan

Kelebihan beban cairan menyebabkan peningkatan tekanan darah dan tekanan vena sentral, dispnea berat, dan sianosis. Tanda dan gejala tambahan termasuk batuk dan kelopak mata yang membengkak, berat badan meningkat, sakit kepala. Penyebabnya kemungkinan karena infus yang terlalu cepat, penyakit jantung, hati, dan ginjal.

2) Emboli

Emboli adalah penyumbatan secara tiba-tiba dari pembuluh darah vena oleh benda asing seperti bekuan darah, maupun udara ke aliran darah. Dapat ditandai dengan dispnea, sianosis, hipotensi, nadi lemah cepat, hilangnya kesadaran, nyeri dada, bahu, dan punggung bawah.

3) Pulmonary edema

Dapat terjadi karena kelebihan cairan yang diakibatkan oleh terlalu cepatnya cairan infus yang menyebabkan tekanan ke vena sentral meningkat dan menyebabkan edema paru.

4) Septisemia

Septisemia adalah infeksi sistemik yang disebabkan oleh adanya mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh. Ditandai dengan kenaikan suhu tubuh mendadak, sakit punggung, sakit kepala, peningkatan nadi (takikardi), peningkatan frekuensi

nafas, mual, muntah, diare, demam, menggigil, tremor, malaise umum, kolaps vascular (jika parah), hipotensi.

C. FUNGSI PENGENDALIAN

1. Defenisi

Pengendalian (*controlling*) adalah proses untuk mengamati secara terus-menerus pelaksanaan rencana kerja yang sudah disusun dan mengadakan koreksi terhadap penyimpangan yang terjadi. Pengawasan (*controlling*) dapat dianggap sebagai aktivitas untuk menemukan, mengoreksi penyimpangan-penyimpangan penting dalam hasil yang dicapai dari aktivitas-aktivitas yang direncanakan. Adalah wajar jika terjadi kekeliruan-kekeliruan tertentu, kegagalan-kegagalan dan petunjuk-petunjuk yang tidak efektif hingga terjadi penyimpangan yang tidak diinginkan dari pada tujuan yang ingin dicapai.

Pengawasan dalam arti manajemen yang diformalkan tidak akan eksis tanpa adanya perencanaan, pengorganisasian dan penggerakan sebelumnya. Pengawasan bisa berjalan secara efektif diperlukan beberapa kondisi yang harus diperhatikan yaitu :

- a. Pengawasan harus dikaitkan dengan tujuan, dan kriteria yang dipergunakan dalam system Pelayanan kesehatan, yaitu relevansi, efektivitas, efisiensi, dan produktivitas.
- b. Agar standar pengawasan berfungsi efektif maka harus dipahami dan diterima oleh setiap anggota organisasi sebagai bagian integral,

misalnya sistem standar kendali mutu harus dianggap normal dan perlu.

c. Sulit, tetapi standar yang masih dapat dicapai harus ditentukan. Ada dua tujuan pokok, yaitu :

1) Untuk memotivasi

2) Untuk dijadikan patokan guna membandingkan dengan prestasi.

Artinya jika pengawasan ini efektif akan dapat memotivasi seluruh anggota untuk mencapai prestasi yang tinggi. Karena tantangan biasanya menimbulkan berbagai reaksi, maka daya upaya untuk mencapai standar yang sulit mungkin dapat membangkitkan semangat yang lebih besar untuk mencapainya daripada kalau yang harus dipenuhi itu hanya standar yang mudah. Namun demikian, jika target terlampau tinggi atau terlalu sulit kemungkinan juga akan menimbulkan patah semangat. Oleh karena itu tidak menetapkan standar yang terlampau sulit sehingga bukan meningkatkan prestasi, malah menurunkan prestasi.

3) Pengawasan hendaknya disesuaikan dengan sifat dan kebutuhan organisasi. Di sini perlu diperhatikan pola dan tata organisasi, seperti susunan, peraturan, kewenangan dan tugas-tugas yang telah digariskan dalam uraian tugas (*job discription*).

4) Banyaknya pengawasan harus dibatasi. Artinya jika pengawasan terhadap karyawan terlampau sering, ada kecenderungan mereka

kehilangan otonominya dan dapat dipersepsi pengawasan itu sebagai pengekangan.

- 5) Sistem pengawasan harus dikemudi (*steering controls*) tanpa mengorbankan otonomi dan kehormatan manajerial tetapi fleksibel, artinya sistem pengawasan menunjukkan kapan, dan dimana tindakan korektif harus diambil.
- 6) Pengawasan hendaknya mengacu pada tindakan perbaikan, artinya tidak hanya mengungkap penyimpangan dari standar, tetapi penyediaan alternatif perbaikan, menentukan tindakan perbaikan.
- 7) Pengawasan hendaknya mengacu pada prosedur pemecahan masalah, yaitu: menemukan masalah, menemukan penyebab, membuat rancangan penanggulangan, melakukan perbaikan, mengecek hasil perbaikan, mengecek timbulnya masalah yang serupa.

Dalam bidang keperawatan pengendalian merupakan upaya mempertahankan mutu, kualitas atau standar. Output (hasil) dari suatu pekerjaan dikendalikan agar memenuhi keinginan (standar) yang telah ditetapkan. Pengendalian difokuskan pada proses yaitu pelaksanaan asuhan keperawatan dan pada output (hasil) yaitu kepuasan pelanggan, keluarga, perawat dan dokter. Indikator mutu yang merupakan output adalah BOR, LOS, TOI, dan Audit dokumentasi keperawatan. Audit dokumentasi keperawatan dilakukan pada rekam medik yang pulang atau

yang sedang dirawat lalu dibuat rekapitulasinya untuk ruangan. Survey masalah pasien yang diambil dari pasien baru yang dirawat pada bulan yang bersangkutan untuk menganalisa apakah ada masalah baru yang belum dibuat standar asuhannya.

2. Langkah-langkah pengendalian

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pengendalian / pengontrolan meliputi :

- a. Menetapkan standar dan menetapkan metode mengukur prestasi kerja
- b. Melakukan pengukuran prestasi kerja
- c. Menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar
- d. Mengambil tindakan korektif

Adapun langkah yang harus dilakukan dalam pengendalian kejadian infeksi adalah (La Rocca & Otto, 1998) :

- a. Praktik pengendalian infeksi terapi IV
 - 1) Perlindungan Pasien

Pasien dapat terpapar infeksi yang berhubungan dengan IV dengan berbagai macam cara. Infeksi nosokomial paling baik dicegah bila perawat mencuci tangan sebelum melakukan kontak dengan berbagai sistem IV. Kontaminasi produk dan peralatan dapat terjadi selama di pabrik, penyimpanan dan terapi. Jika tehnik aseptik dilanggar selama berlangsungnya terapi selang harus segera diganti, karena pasien berisiko terhadap infeksi sistemik.

Sumber-sumber infeksi pada pasien dapat dilihat pada tabel 2.2

berikut ini :

Sumber Kontaminasi	Tindakan Protektif
Pabrik atau penyimpanan	Periksa integritas semua paket peralatan sebelum digunakan ; buang botol yang retak, periksa larutan IV dengan cahaya dan latar belakang gelap partikel-partikel yang sangat kecil, periksa tanggal kadaluarsa.
Melanggar tehnik aseptik selama terapi	Hindari kontaminasi akibat tersentuh ketika ketika menusuk botol infus, memberi label pada selang atau menambahkan obat, mengganti selang ketika terjadi kontaminasi sentuhan, alat-alat yang sudah dilepas tidak boleh disambung kembali.
Darah dalam selang	Segera bilas IV bila darah menggenang diselang atau ganti selang jika saat darah menggenang tidak diketahui, jelaskan pada pasien untuk tidak mengangkat lengan yang terpasang IV lebih tinggi dari jantung, jangan menggunakan IV untuk pengambilan darah rutin.
Sumber : la Rocca & Otto, 1998	

2) Perlindungan perawat

- a) Gunakan sarung tangan saat bekerja dengan infus IV, karena terdapat kemungkinan kontak dengan darah pasien.
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah bekerja dengan sistem IV, dan segera dicuci jika tangan secara tidak sengaja terkena darah

- c) Para perawat perlu dievaluasi terhadap paparan infeksi jika terkena percikan darah atau tertusuk jarum.
 - d) Lakukan pembersihan setelah melakukan prosedur, hitung semua benda tajam yang dibawa ke tempat tersebut.
- b. Mencegah infeksi selama injeksi
- 1) Isap obat dari ampul dengan cepat.
 - 2) Untuk mencegah kontaminasi larutan, Jangan biarkan ampul dalam keadaan terbuka.
 - 3) Untuk mencegah kontaminasi jarum, cegah jarum menyentuh daerah yang terkontaminasi (misalnya sisi luar ampul atau vial, permukaan luar tutup jarum, tangan perawat, bagian atas wadah obat, permukaan meja).
 - 4) Untuk mencegah spuit terkontaminasi, jangan sentuh badan pengisap (*plunger*) atau bagian dalam karet (*barrel*). Jaga ujung spuit tetap tertutup penutup atau jarum.
 - 5) Untuk menyiapkan kulit, cuci kulit yang kotor karena kotoran, drainase, atau faeces dengan sabun dan air lalu keringkan. Lakukan gerakan mengusap dan melingkar ketika membersihkan luka menggunakan swab antiseptik. Usap dari tengah dan bergerak keluar dalam jarak dua inci.

D. KINERJA PERAWAT

1. Defenisi

Kinerja adalah hasil atau tingkat keberhasilan seseorang secara keseluruhan selama periode tertentu di dalam melaksanakan tugas dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, seperti standar hasil kerja, target atau sasaran, atau kriteria yang telah ditentukan lebih dahulu dan telah disepakati bersama (Rivai dan Basri, 2005 dalam Kaswan, 2012).

Perawat adalah tenaga profesional yang perannya tidak dapat dikesampingkan dari lini terdepan pelayanan rumah sakit, karena tugasnya mengharuskan kontak paling lama dengan pasien. Perawat adalah aset utama organisasi, mempunyai kontribusi besar secara kapasitas dan kualitas sistem pelayanan dalam mewujudkan pelayanan prima di rumah sakit, sehingga perlu dibina sikap positif dan menghindari sedini mungkin sikap negatif terhadap pekerjaannya.

Kinerja tenaga kesehatan merupakan masalah yang harus dikaji untuk mempertahankan dan meningkatkan pelayanan karena dapat memberikan kejelasan tentang faktor yang berpengaruh terhadap kinerja personal dalam hal ini adalah perawat. Kinerja perawat adalah tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya masing-masing, tidak melanggar hukum, aturan serta sesuai moral dan etika, dimana kinerja yang baik dapat memberikan kepuasan pada pengguna jasa. Untuk aktivitas seorang perawat adalah mengumpulkan data kesehatan

mengenai pasien, membuat diagnosis menurut ilmu keperawatan, menetapkan tujuan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi terhadap perawatan.

2. Kendala yang dapat menghambat kinerja

Pada umumnya kendala kinerja meliputi 3 faktor yaitu faktor kemampuan, faktor motivasi dan faktor sistem/situasi (Gomez, et al (2001) dalam Kaswan (2012). Faktor kemampuan mencerminkan talenta dan keterampilan karyawan, yang meliputi intelegensi, keterampilan interpersonal dan pengetahuan pekerjaan. Faktor Motivasi dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor eksternal (seperti penghargaan dan hukuman) tetapi pada akhirnya merupakan keputusan internal : adalah tergantung karyawan seberapa besar mencurahkan energinya untuk menyelesaikan tugasnya. Faktor situasi/sistem meliputi sejumlah karakteristik organisasi yang dapat mempengaruhi kinerja baik positif maupun negatif.

Beberapa faktor sistem/situasi yang menjadi kendala kinerja yaitu :

- a. Kordinasi aktivitas kerja yang kurang baik antar pekerja
- b. Informasi atau instruksi yang kurang memadai untuk menjalankan pekerjaan
- c. Bahan berkualitas rendah
- d. Kurangnya peralatan yang diperlukan
- e. Ketidakmampuan memperoleh bahan mentah,suku cadang atau persediaan.

- f. Sumber daya keuangan yang kurang memadai
- g. Supervisi yang lemah
- h. Tidak ada kerjasama antar pekerja dan/atau hubungan yang kurang baik antar karyawan
- i. Pelatihan yang kurang memadai
- j. Kurangnya waktu untuk menghasilkan kuantitas dan kualitas pekerjaan yang diperlukan
- k. Lingkungan kerja yang kurang baik (misalnya dingin, panas, bising)
- l. Peralatan yang berfungsi dengan baik

3. Penilaian kinerja

Penilaian kinerja (*performance appraisal*) merupakan proses dimana organisasi memperoleh informasi tentang seberapa baik seorang karyawan melakukan pekerjaannya (Noe et al, 2006 dikutip Kaswan, 2012). Dalam melakukan penilaian kinerja, ada tiga kriteria yang perlu diperhatikan yaitu tugas karyawan, perilaku karyawan dan ciri-ciri karyawan. Di dalamnya meliputi bagaimana melihat efektivitas karyawan, menelusuri faktor-faktor yang membentuk kinerja, menyesuaikan standar kinerja dengan kondisi yang ada dan meningkatkan kemampuan karyawan.

Menurut Bernadin & Russel (1993) dikutip Kaswan (2012), terdapat enam kriteria utama yang digunakan menilai kinerja yaitu :

- a. Kualitas ; seberapa jauh/baik proses atau hasil menjalankan aktivitas mendekati kesempurnaan, ditinjau dengan cara ideal

menjalankan suatu kegiatan atau memenuhi tujuan yang dikehendaki oleh suatu aktivitas.

- b. Kuantitas ; jumlah yang dihasilkan dinyatakan dalam nilai rupiah/dollar, jumlah unit atau jumlah siklus kegiatan yang telah diselesaikan.
- c. Ketepatan waktu ; seberapa jauh/baik aktivitas diselesaikan, atau hasil yang diproduksi, pada waktu yang paling awal dikehendaki dari sudut pandang koordinasi dengan output yang lain maupun memaksimum waktu yang ada untuk kegiatan-kegiatan yang lain.
- d. Efektivitas biaya ; seberapa jauh/baik sumber daya organisasi (manusia, moneter, teknologi, bahan) dimaksimumkan dalam pengertian memperoleh keuntungan tertinggi atau pengurangan dalam kerugian dari masing-masing unit, atau contoh penggunaan sumber daya.
- e. Kebutuhan untuk supervisi ; seberapa jauh/baik seorang karyawan dapat melaksanakan fungsi kerja tanpa harus meminta bantuan pengawasan atau memerlukan intervensi pengawasan untuk mencegah hasil yang merugikan.
- f. Dampak interpersonal ; seberapa jauh/baik karyawan meningkatkan harga diri, itikad baik (*goodwill*), dan kerjasama antar sesama karyawan dan bawahan.

Penilaian kinerja adalah proses yang digunakan organisasi untuk menilai kinerja karyawan. Organisasi biasanya melakukan penilaian kinerja untuk berbagai tujuan yaitu :

- a. Memberi justifikasi organisasi secara resmi untuk pengambilan keputusan pekerjaan yaitu mempromosikan karyawan yang berkinerja menonjol, membina karyawan yang berkinerja kurang, melatih, memindahkan atau mendisiplinkan yang lain, meningkatkan imbalan dan sebagai landasan dalam mengurangi jumlah tenaga kerja.
- b. Memberi umpan bali kepada karyawan, dengan demikian berfungsi sebagai sarana untuk pengembangan pribadi dan karir.
- c. Membantu mengidentifikasi kebutuhan pengembangan karyawan
- d. Mendiagnosis masalah-masalah organisasi dengan mengidentifikasi kebutuhan pelatihan dan karakteristik-karakteristik pribadi untuk dipertimbangkan dalam mempekerjakan, juga menyediakan landasan untuk membedakan antara karyawan yang berkinerja efektif dengan yang berkinerja tidak efektif.
- e. Bersifat memotivasi yaitu mendorong inisiatif, mengembangkan rasa tanggung jawab, dan merangsang usaha-usaha untuk berkinerja lebih baik.
- f. Merupakan wahana komunikasi, sebagai dasar diskusi tentang hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaan atasan dan bawahan.

- g. Sebagai dasar untuk perencanaan sumber daya manusia (SDM) dan pekerjaan yaitu memberikan input yang berharga untuk inventarisasi keterampilan dan perencanaan SDM.
- h. Sebagai dasar penelitian manajemen SDM yaitu untuk menentukan apakah program manajemen SDM yang ada (seleksi, pelatihan, dan kompensasi) efektif.

4. Penilaian Kinerja Perawat

Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitas. Proses penilaian kinerja dapat digunakan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi. Perawat manajer dapat menggunakan proses penilaian kinerja untuk mengatur arah kerja dalam memilih, melatih, bimbingan perencanaan karir, serta pemberian penghargaan kepada perawat yang berkompeten (Swanburg, 1987).

Dalam bidang keperawatan penilaian pekerjaan dapat dilakukan melalui audit keperawatan. Peralatan atau instrumen dipilih untuk mengumpulkan bukti dan untuk menunjukkan standar yang telah ditetapkan atau tersedia. Berbagai macam alat ukur telah digunakan dalam penelitian pelaksanaan kerja karyawan keperawatan. Agar efektif, alat evaluasi sebaiknya dirancang untuk mengurangi bias, meningkatkan objektivitas serta menjamin keabsahan dan ketahanan.

Terdapat tiga kategori audit keperawatan, yaitu :

a. Audit struktur

Berfokus pada sumber daya manusia, lingkungan perawatan, termasuk fasilitas fisik, peralatan, organisasi, kebijakan, prosedur, standar, SOP dan rekam medik, pelanggan (internal maupun external). Standar dan indikator diukur dengan menggunakan cek list.

b. Audit proses

Merupakan pengukuran pelaksanaan pelayanan keperawatan apakah standar keperawatan tercapai. Pemeriksaan dapat bersifat *retrospektif, concurrent, atau peer review*. *Retrospektif* adalah audit dengan menelaah dokumen pelaksanaan asuhan keperawatan melalui pemeriksaan dokumentasi. *Concurrent* adalah mengobservasi saat kegiatan keperawatan sedang berlangsung. *Peer review* adalah umpan balik sesama anggota tim terhadap pelaksanaan kegiatan.

c. Audit hasil

Audit hasil adalah produk kerja yang dapat berupa kondisi pasien, kondisi SDM, atau indikator mutu. Kondisi pasien dapat berupa keberhasilan pasien dan kepuasan. Kondisi SDM dapat berupa efektifitas dan efisiensi serta kepuasan. Untuk indikator mutu berupa BOR, ALOS, TOI, angka infeksi nosokomial dan angka dekubitus.

5. Kinerja Perawat melalui Penerapan SPO Pemasangan Infus

(Depkes RI (2005), Potter & Perry (2005); Pedoman SPO Pelayanan Keperawatan RSUD Syekh Yusuf Kab.Gowa (2009).

a. Pengertian

Pemasangan Infus adalah pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh melalui sebuah jarum ke dalam pembuluh vena (pembuluh balik) untuk menggantikan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh. Pemasangan infus dilakukan pada pasien yang memerlukan masukan cairan melalui intravena yang mengalami pengeluaran cairan atau nutrisi yang berat, dehidrasi, dan syok.

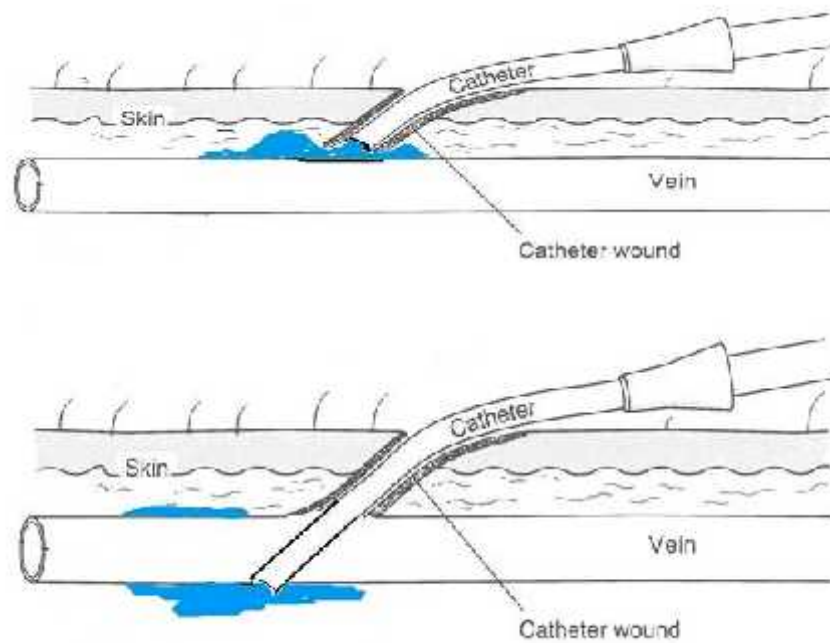
b. Tujuan

- 1) Mengganti dan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh
- 2) Sebagai akses pemberian obat, kemoterapi dan tranfusi darah serta produk darah
- 3) Memberikan *parenteral nutriens*
- 4) Pra dan pasca bedah sesuai program.

c. Resiko Pemasangan Infus

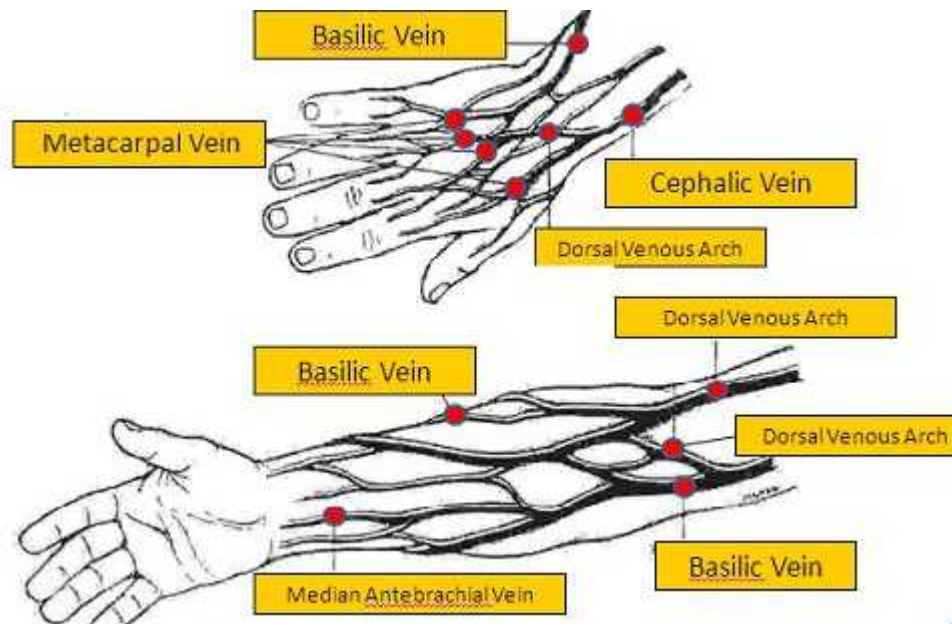
- 1) Perdarahan
- 2) Infiltrasi (Cairan infus masuk kedalam jaringan disekitar pembuluh darah).
- 3) Infeksi (flebitis)
- 4) *Overdose* (karena respon obat IV lebih cepat)

5) Inkompabilitas antara obat dengan cairan infus ketika dicampur



Gambar 1. Infiltrasi (Rudi, MR , PT. Widatra Bakti, 2012)

d. Anatomi tempat pemasangan infus



Gambar 2. Anatomi tempat pemasangan infus (Rudi,MR,PT.Widatra Bakti, 2012)

e. Pedoman Pemilihan Vena

- 1) Gunakan vena distal terlebih dahulu
- 2) Gunakan lengan pasien yang tidak dominan jika mungkin
- 3) Pilih vena di atas area fleksi
- 4) Pilih vena yang cukup besar untuk memungkinkan aliran darah yang adekuat kedalam kateter
- 5) Palpasi vena untuk menentukan kondisinya. Selalu pilih vena yang lunak, penuh.
- 6) Pastikan lokasi yang dipilih tidak mengganggu aktifitas pasien
- 7) Pilih lokasi yang tidak mempengaruhi pembedahan atau prosedur yang direncanakan.

Hindari tipe-tipe vena :

- 1) Vena yang telah digunakan sebelumnya
- 2) Vena yang telah mengalami infiltrasi atau flebitis
- 3) Vena yang keras dan sklerotik
- 4) Vena kaki, karena sirkulasi lambat dan komplikasi sering terjadi
- 5) Ekstremitas yang lumpuh setelah serangan stroke
- 6) Vena yang dekat area terinfeksi
- 7) Vena yang digunakan untuk pengambilan sampel darah laboratorium

f. Ukuran Kateter

- 1) Nomor 16: untuk bedah mayor dan trauma
- 2) Nomor 18: untuk transfusi

- 3) Nomor 20: untuk kebanyakan pasien dewasa
 - 4) Nomor 22: kebanyakan pasien, terutama anak-anak dan orang tua
 - 5) Nomor 24 dan 26 : untuk pasien pediatrik dan neonatus.
- g. Persiapan Alat :
- 1) Sarung Tangan steril (Handscoen) 1 pasang
 - 2) Selang Infus (infus set)
 - 3) Cairan Parenteral sesuai kebutuhan
 - 4) Abocath/kateter (sesuai ukuran)
 - 5) Kapas Alcohol dalam tempatnya
 - 6) Torniquet
 - 7) Perlak dan Pengalas
 - 8) Bengkok 1 buah
 - 9) Plester / Hypafix
 - 10) Kasa Steril
 - 11) Bethadine dalam tempatnya
 - 12) Gunting
 - 13) Spalk bila perlu (untuk anak-anak)
- h. Prosedur Pelaksanaan
- 1) Tahap Pra Interaksi
 - a) Verifikasi data sebelumnya (bila ada)
 - b) Mencuci Tangan
 - c) Tempatkan alat dekat pasien

2) Tahap Interaksi

- a) Berikan Salam
- b) Jelaskan tujuan dan prosedur
- c) Tanyakan kesiapan pasien

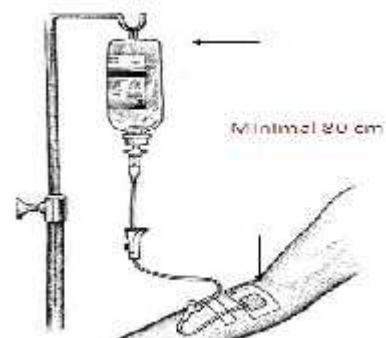
3) Tahap Kerja

- a) Lakukan desinfeksi tutup botol cairan
- b) Tutup saluran pada selang infus
- c) Tusuk saluran infus
- d) Gantungkan botol cairan pada standar infus
- e) Isi tabung reservoir infus
- f) Alirkan cairan hingga tidak ada udara dalam selang
- g) Atur posisi pasien
- h) Pasang pernak dengan pengalasnya
- i) Pilih vena yang akan di insersi
- j) Pasang Torniquet 5 cm dari area yang akan di insersi
- k) Pakai Handscoon
- l) Bersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam keluar atau menggosok searah), biarkan kering selama 30 detik.
- m) Pegang abocath dan tusuk vena secara perlahan dengan lubang jarum menghadap ke atas dengan sudut 30-40 derajat.

- n) Pastikan abocath masuk ke intravena (tarik mandrin kira - kira 0,5 cm)
- o) Sambungkan dengan selang infus
- p) Lepaskan Torniquet
- q) Alirkan cairan infus (cek apakah lancar/tidak, adakah pembengkakan atau tidak)
- r) Lakukan fiksasi
- s) Desinfeksi area tusukan dan tutup dengan kasa steril yang telah ditetes bethadine
- t) Atur tetesan cairan infus sesuai program dan atur tinggi cairan infus \pm 80 cm dari jantung pasien.

BATAS MINIMAL KETINGGIAN

Jarak botol dengan tempat penusukan minimal 80 cm



Gambar 3. Batas Minimal Ketinggian botol infus (Rudi, MR, PT.Widatra Bakti, 2012)

- 4) Tahap Terminasi
 - a) Lakukan evaluasi tindakan
 - b) Kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - c) Pamitan pada pasien
 - d) Bereskan alat
 - e) Cuci tangan

- f) Lepaskan handscoen
- g) Catat / dokumentasikan kegiatan

6. Kinerja Perawat Melalui Pemberian Obat

Pemberian obat yang aman dan akurat merupakan salah satu tugas terpenting perawat. Obat adalah alat utama terapi yang digunakan dokter untuk mengobati klien yang memiliki masalah kesehatan. Perawat bertanggung jawab memahami kerja obat dan efek samping yang ditimbulkan, memberikan obat yang ditimbulkan dengan tepat, memantau respon klien, dan membantu klien menggunakan dengan benar berdasarkan pengetahuan.

Selain mengetahui kerja obat tertentu perawat juga harus memahami masalah kesehatan klien saat ini dan sebelumnya untuk menentukan apakah obat tertentu aman untuk diberikan. Pertimbangan perawat penting dalam pemberian obat yang tepat dan aman.

Persiapan pemberian obat harus dilakukan dengan akurat oleh perawat. Perawat menggunakan “ lima benar yaitu benar obat, benar dosis, benar klien, benar rute dan benar waktu ” pemberian obat untuk menjamin pemberian obat yang aman.

a. Pengenceran / pencampuran obat injeksi (Potter & Perry, 2005)

1) Menyiapkan injeksi dari vial

Vial merupakan wadah gelas berisi dosis tunggal atau multidosis yang memiliki penyekat karet di bagian atasnya. Tutup logam atau plastik melindungi penyekat sampai vial dapat

digunakan. Vial berisi larutan atau bubuk obat kering. Obat yang tidak stabil dalam larutan dikemas dalam bentuk kering. Pada label vial menerangkan larutan (pelarut) yang digunakan untuk melarutkan obat dan jumlah pelarut yang diperlukan untuk menyiapkan konsentrasi obat yang diinginkan. Salin normal dan agudes steril adalah larutan yang biasa digunakan untuk melarutkan obat.

Untuk menyiapkan obat injeksi dalam bentuk bubuk, perawat menggunakan pelarut dalam jumlah tertentu yang direkomendasikan pada label vial. Perawat menginjeksi pelarut ke dalam vial, kemudian jarum ditarik supaya isi vial dapat dicampur rata. Supaya obat bubuk larut, vial dikocok dan digulir perlahan di antara tangan. Jarum kembali di insersi untuk mengisap obat yang larut. Setelah mencampur vial multidosis, perawat membuat label yang memuat tanggal obat dicampur dan konsentrasi obat per mililiter.

2) Menyiapkan obat injeksi dari sebuah Ampul

Ampul berisi obat dosis tunggal dalam bentuk cairan dan tersedia dalam beberapa ukuran, dari 1 ml sampai 10 ml atau lebih. Ampul terbuat dari bahan gelas dengan bagian leher mengecil, yang harus dipatahkan supaya memungkinkan akses ke obat. Sebuah lingkaran berwarna di sekeliling leher ampul mengindikasikan tempat ampul dapat dipecah dengan mudah.

Untuk mengaspirasi obat kedalam spuit, perawat perlu menggunakan jarum penyaring. Perawat harus mengecek kebijakan institusi tentang mengisap obat dari ampul.

3) **Prosedur Kerja menyiapkan obat injeksi dari vial** (Pedoman SPO Pelayanan Keperawatan, 2009, Potter & Perry, 2005)

- a) Perawat cuci tangan
- b) Siapkan peralatan meliputi :
 - (1) Vial berisi obat
 - (2) Spoit dan jarum
 - (3) Swab alkohol
 - (4) Pelarut (normal salin atau aquades)
 - (5) Siapkan obat injeksi dari vial
 - (6) Lepas penutup logam yang menutup bagian atas vial yang sudah tidak dipakai sehingga penyekat karet terlihat
 - (7) Usap permukaan penyekat dengan swab alkohol
 - (8) Ambil spuit. Pastikan jarum terpasang kuat pada spuit. Lepas tutup jarum. Tarik pengisap untuk mengalirkan sejumlah udara kedalam spuit untuk dimasukkan kedalam vial obat yang ekuivalen dengan volume obat yang akan diaspirasi dari vial.
 - (9) Masukkan ujung jarum dengan bevel menghadap keatas melalui bagian tengah penyekat karet. Beri tekanan pada ujung jarum selama insersi.

- (10) Masukkan udara kedalam vial dengan memegang pengisap
- (11) Balik vial, sementara spuit dan pengisap dipegang dengan kuat.
- (12) Pegang vial dengan tangan yang tidak dominan, diantara ibu jari dan jari tengah. Pegang bagian ujung spuit dan pengisap dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan dominan.
- (13) Pertahankan ujung jarum tetap dibawah permukaan cairan
- (14) Biarkan tekanan udara membuat spuit obat terisi secara bertahap, tarik pengisap spuit jika diperlukan.
- (15) Ketuk sisi badan spuit dengan hati-hati supaya gelembung udara lepas. Keluarkan udara sisa dibagian atas spuit kedalam vial
- (16) Setelah volume obat yang benar diperoleh, pindahkan jarum dari vial dengan menarik badan spuit.
- (17) Buang udara sisa dari spuit dengan memegang spuit dan jarum tetap tegak. Ketuk badan spuit untuk menanggalkan gelembung udara. Tarik pengisap sedikit kemudian dorong pengisap keatas untuk mengeluarkan udara. Jangan mengeluarkan cairan.
- (18) Ganti jarum dan tutup

- (19) Untuk obat multidosis, Buat label yang memuat tanggal pencampuran, konsentrasi obat permiliter dan inisial anda.
- (20) Buang bahan yang kotor ditempat yang benar
- (21) Bersihkan area kerja
- (22) Perawat cuci tangan
- (23) Periksa jumlah cairan dalam spuit dan bandingkan dengan dosis yang diinginkan.

b. Pemberian Injeksi

Memberikan injeksi merupakan prosedur invasif yang harus dilakukan dengan menggunakan tehnik steril. Setelah jarum menembus kulit muncul risiko infeksi. Perawat memberi obat secara parenteral melalui rute sub cutan, intra muskuler, intra cutan, intra vena. Setiap tipe injeksi membutuhkan keterampilan yang tertentu untuk menjamin obat mencapai lokasi yang tepat. Konsekuensi yang serius dapat terjadi, jika injeksi tidak diberikan secara tepat.

Kegagalan dalam memilih tempat injeksi yang tepat, sehubungan dengan penanda anatomis tubuh, dapat menyebabkan timbulnya kerusakan saraf atau tulang selama insersi jarum. Apabila perawat gagal mengaspirasi spuit sebelum menginjeksi sebuah obat, obat dapat tanpa sengaja langsung diinjeksi ke dalam arteri atau vena. Menginjeksi obat dalam volume yang besar ditempat yang dipilih dapat menimbulkan nyeri hebat dan mengakibatkan jaringan setempat rusak. Efek obat yang

diberikan secara parenteral dapat berkembang dengan cepat, bergantung pada kecepatan absorpsi obat. Perawat mengobservasi respons klien dengan ketat.

c. Pemberian Injeksi melalui Bolus intravena

Bolus IV dilakukan dengan memasukkan dosis obat yang kental langsung kedalam sirkulasi sistemik . bolus IV digunakan dalam situasi darurat, diberikan pada klien yang secara kritis tidak stabil , dan merupakan rute pemberian obat ketika diperlukan respon yang cepat dan dapat diperkirakan (Burman, Berkowitz, 1986 dalam Potter & Perry, 2005). Sebuah bolus IV dapat dimasukkan langsung ke dalam sebuah vena, selang IV yang terpasang, melalui tempat injeksi atau melalui *heparin lock*.

Bolus IV adalah metode yang paling berbahaya dalam pemberian obat karena tidak ada waktu untuk mengoreksi kesalahan, selain itu, bolus dapat menyebabkan iritasi langsung pada lapisan pembuluh darah. Pemberian obat melalui IV berisiko mengalami flebitis (Maki DG & Ringer M (1991); Singh R, Bhandary S, Pun KD (2008). Sebelum memberikan bolus, perawat mengkonfirmasi penempatan selang IV. Tindakan ini dilakukan ini dengan mengambil darah yang kembali melalui kateter atau jarum IV. Ketidakmampuan mendapat darah tersebut memberi kesan bahwa jarum atau kateter berada dalam jaringan atau mengenai dinding vena. Obat tidak pernah boleh diberikan secara IV jika tempat insersi tampak bengkak atau edema atau cairan IV tidak dapat mengalir pada kecepatan yang sesuai. Injeksi obat ke dalam jaringan di sekitar vena

secara tidak disengaja dapat menyebabkan timbulnya nyeri, pengelupasan jaringan, dan abses, bergantung kepada komposisi obat.

Kecepatan pemberian obat bolus IV biasanya ditentukan oleh jumlah obat yang dapat diberikan setiap menit. Perawat harus mencari keterangan tentang setiap obat yang akan diberikan untuk menentukan konsentrasi maksimal dan kecepatan pemberian obat yang dianjurkan. Kecepatan yang standar ialah 1 ml/menit, jika tidak ada kecepatan pemberian tertentu yang dianjurkan (Burman, Berkowitz, 1986 dalam Potter & Perry, 2005). Tujuan pemberian obat yang diresepkan dan setiap efek samping merugikan yang berhubungan dengan kecepatan atau rute pemberian obat harus dipertimbangkan ketika seorang perawat memberikan sebuah dorongan IV obat (*drug IV push*).

Prosedur memberi obat melalui bolus IV yaitu (Potter & Perry, 2005, Pedoman SPO Pelayanan Keperawatan RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa, 2009, Saputra, 2013) :

- 1) Periksa program dokter untuk jenis obat yang akan diberikan, dosis dan rute pemberian.
- 2) Kaji adanya tanda infiltrasi atau flebitis pada tempat insersi.
- 3) Jika obat akan di dorong ke dalam selang IV, kaji kepatenan selang dengan memperhatikan kecepatan infus.
- 4) Siapkan peralatan :
 - a) Obat dalam vial /ampul
 - b) Spoit (3 sampai 5 ml)

- c) Jarum steril
 - d) Swab antiseptik/ kapas alkohol
 - e) Jam memiliki jarum detik
 - f) Sarung tangan
- 5) Siapkan obat yang diprogramkan dari vial atau ampul. Baca petunjuk pada kemasan dengan teliti untuk pengenceran obat IV yang tepat.
 - 6) Setelah mengisap obat, hubungkan jarum bernomor kecil pada spoit.
 - 7) Cuci tangan, kenakan sarung tangan.
 - 8) Jelaskan pada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
 - 9) Cek identitas klien dengan menanyakan namanya.
 - 10) Cari tempat penyuntikan obat pada selang intravena.
 - 11) Desinfeksi daerah tersebut dengan kapas alkohol sehingga menembus bagian tengah.
 - 12) Hentikan aliran infus
 - 13) Tusukkan jarum spoit hingga menembus bagian tengah
 - 14) Injeksikan secara perlahan ke dalam selang intravena
 - 15) Setelah selesai, tarik spoit
 - 16) Periksa kecepatan infus dan observasi reaksi obat.
 - 17) Cuci tangan dan lepaskan sarung tangan
 - 18) Catat jenis obat yang diberikan berikut dosisnya.

E. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)

1. Defenisi

a. Standar

Defenisi mengenai standar telah banyak dijelaskan. Donabedian (1980) dalam Azwar (2010) menjelaskan defenisi standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan, sedangkan Reyers (1983) dalam Simamora (2012) menjelaskan bahwa standar adalah suatu pedoman atau model yang disusun dan disepakati bersama serta dapat diterima pada suatu tingkat praktik untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Di dalam pelayanan kesehatan standar digunakan untuk melaksanakan evaluasi terhadap kinerja institusi atau staf, seperti menilai diri sendiri, inspeksi atau akreditasi (Muninjaya, 2012).

Dalam Undang-undang RI nomor 44 pasal 13 ayat 3 tahun 2009 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.

b. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Standar Operasional Prosedur adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator teknis, administratif dan

prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. SPO adalah langkah - langkah sejumlah instruksi logis untuk menuju pada suatu proses yang dikehendaki , hal ini dapat menjamin konsistensi dan proses kerja yang sistematik (Atmoko, 2010).

2. Tujuan SPO (Atmoko, 2010)

SPO bertujuan :

- a. Agar petugas/pegawai menjaga konsistensi dan tingkat kinerja petugas/pegawai atau tim dalam organisasi atau unit kerja.
- b. Agar mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi dalam organisasi
- c. Memperjelas alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas/pegawai terkait.
- d. Melindungi organisasi/unit kerja dan petugas/pegawai dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya.
- e. Untuk menghindari kegagalan/kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi.

3. Fungsi SPO

- a. Memperlancar tugas petugas/pegawai atau tim/unit kerja.
- b. Sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan.
- c. Mengetahui dengan jelas hambatan-hambatannya dan mudah dilacak.

- d. Mengarahkan petugas/pegawai untuk sama-sama disiplin dalam bekerja.
 - e. Sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin.
4. Kapan SPO diperlukan
- a. SPO harus sudah ada sebelum suatu pekerjaan dilakukan
 - b. SPO digunakan untuk menilai apakah pekerjaan tersebut sudah dilakukan dengan baik atau tidak
 - c. Uji SPO sebelum dijalankan, lakukan revisi jika ada perubahan langkah kerja yang dapat mempengaruhi lingkungan kerja.

5. Keuntungan adanya SPO

Keuntungan-keuntungan suatu SPO adalah dapat mengurangi *effort* pekerjaan, juga meningkatkan *comparability*, *credibility*, dan *legal defensibility data*.

Keuntungan lain dari penerapan SPO adalah :

- a. SOP yang baik akan menjadi pedoman bagi pelaksana, menjadi alat komunikasi dan pengawasan dan menjadikan pekerjaan diselesaikan secara konsisten
- b. Para pegawai akan lebih memiliki percaya diri dalam bekerja dan tahu apa yang harus dicapai dalam setiap pekerjaan.
- c. SOP juga bisa dipergunakan sebagai salah satu alat training dan bisa digunakan untuk mengukur kinerja pegawai.

Di RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa, SPO bidang pelayanan keperawatan telah diberlakukan melalui surat keputusan direktur nomor

445.4 /861.a /XI /2009 yang digunakan sebagai pedoman dan tolok ukur mutu seluruh tenaga keperawatan dalam melaksanakan peran dan fungsinya di rumah sakit. Melalui SPO, penilaian kinerja dapat dilakukan. Penilaian terhadap kinerja perawat dapat dijadikan sebagai ukuran keberhasilan suatu unit kerja atau organisasi dalam kurun waktu tertentu. Penilaian tersebut dapat juga dijadikan *input* bagi perbaikan atau peningkatan kinerja unit kerja/organisasi selanjutnya.

F. Penelitian terkait dengan Kejadian Flebitis :

Beberapa penelitian terkait dengan kejadian flebitis dapat dilihat pada tabel. 2.3 berikut ini :

Nama	Judul	Subjek	Metode	Hasil
Maki DG, Ringer M., 1991	<i>Risk factors for infusion related phlebitis with small peripheral venous catheters. A randomized controlled trial.</i>	Pasien rawat dewasa tanpa granulocytopenia yang menerima kateter IV perifer.	Uji coba secara acak dari dua bahan kateter, dengan pertimbangan 21 faktor risiko potensial. Uji statistik menggunakan Kaplan-Meier	Kejadian flebitis melebihi 50% setelah 4 hari kateterisasi. Penggunaan antibiotik IV, jenis kelamin perempuan, pemakaian kateter lebih 48 jam dan bahan kateter (PEU-Vialon: FEP-Teflon) berisiko terjadi flebitis.
Shimandle RB, Johnson D, Baker M, Stotland N, Karrison T, Arnow PM, 1999	Safety of peripheral intravenous catheters in children	525 pasien anak yang rawat inap dengan terapi intravena. University of Chicago Hospital, Illinois	Observasional	Dari 642 kateter Teflon yang diamati > 24 jam (rata-rata, 3,7 hari) pada 525 pasien. Tidak ada kasus infeksi, satu kasus infeksi pada tempat penusukan (0,2%), dan tujuh kasus flebitis (1,1%), Kolonisasi bakteri pada kateter terjadi pada (26%) dari 348 kateter yang dikultur, terjadi peningkatan risiko flebitis pada kateter dengan penempatan >

				3 hari.
Karada A, Görgülü S, 2000	<i>Effect of two different short peripheral catheter materials on phlebitis development</i>	255 pasien di unit perawatan koroner RS Ankara Turki.	Observasional study	Terdapat hubungan yang signifikan antara flebitis dengan variabel jenis kelamin, materi kateter, dan lamanya pemasangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kateter Vialon kurang berisiko mengalami flebitis daripada kateter teflon.
Malach T, Jerassy Z, Rudensky B, Schlesinger Y, Broide E, Olsha O, Yinnon AM, Raveh D, 2003	<i>Prospective surveillance of phlebitis associated with peripheral intravenous catheters</i>	578 pasien dengan IV line	Metode survey, analisis t test or Mann-Whitney test were used for comparison between the groups for quantitative variables. Fisher exact test	Terdapat 27 pasien yang mengalami flebitis. Factor yang signifikan berpengaruh pada flebitis adalah nyeri, pemasangan kateter lebih dari 3 hari dan kebersihan pakaian.
Asrin, Endang Triyanto, Arif Setyo Upoyo, 2006	Analisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian flebitis di RSUD Purbalingga	74 pasien rawat inap	Metode survey, uji chi square dan regresi logistic	Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya flebitis adalah jenis, ukuran dan bahan kateter; lama waktu pemasangan; pemilihan tempat insersi; jenis penutup tempat penusukan (dressing); teknik insersi/penusukan; sterilitas perawatan terapi intravena; cairan intravena; obat parenteral; dan frekuensi perawatan terapi intravena. Sedangkan faktor paling dominan adalah lama pemasangan kateter.
Nassaji-Zavareh M, Ghorbani R, 2007,	Peripheral intravenous catheter related phlebitis and related risk factors	300 pasien dirawat di bangsal medis dan bedah rumah sakit di Semnan, Iran	Metode survey	Tidak ada hubungan yang signifikan antara umur, ukuran kateter, trauma dengan flebitis. Faktor risiko yang terkait adalah jenis kelamin (odds ratio-

				[OR] 1,50, 95 persen CI 1,01-2,22), tempat insersi (OR 3,25, 95 persen CI 2,26-4,67) dan jenis kateter (OR 2,04, 95 persen CI 1,36-3,05), diabetes mellitus (OR 7,78, 95 persen CI 4,59-13,21), penyakit menular (OR 6,21, 95 persen CI 4,27-9,03) dan luka bakar (OR 3,96, 95 persen CI 3,26-4,82).
Triyanto, Handoyo, Pramana, 2007	Upaya Menurunkan Skala Flebitis dengan Pemberian Kompres Hangat di RSUD Prof.Margono Soekardjo Purwokerto	30 pasien rawat inap	quasi experimental with one group pre tes and post test design. Uji statistik menggunakan paired t – test	Mayoritas phlebitis dialami oleh pasien dengan rentang usia tua (61 s/d 80 tahun). Terdapat penurunan skala phlebitis dengan menggunakan tehnik kompres hangat. Ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan skala phlebitis dengan kompres hangat.
Bady AM, Kusnanto H, Handono D, 2007	Analisis Kinerja Perawat Dalam Pengendalian Infeksi Nosokomial di IRNA I RSUP Dr. Sardjito	81 perawat ruang rawat inap.	Observasional, Cross Sectional chi square dan regresi	Tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kinerja SDM Perawat dalam pengendalian Inos , Ada hubungan yang antara pelatihan dengan kinerja SDM dalam pengendalian Inos, tidak ada hubungan yang signifikan antara fasilitas RS dengan kinerja SDM dalam pengendalian Inos.
Ari E, Triastuti L, Heni S, 2008	Perbedaan Tehnik mendesinfeksi Alkohol 70% Antara cara spray dengan oles saat pemasangan infus	30 pasien, 15 klien diberi desinfeksi alkohol 70% cara spray serta 15 klien	Quasy Eksperimen, Uji t-dependent Non Parametrik –Wilxocon	Tidak terdapat perbedaan antara pemberian desinfeksi alkohol 70% cara spray dengan cara oles.

	dalam menurunkan jumlah bakteri pada site infuse di RS Santo Yusup Bandung	cara oles saat pemasangan infus.		
Singh R, Bhandary S, Pun KD, 2008	<i>Peripheral intravenous catheter related phlebitis and its contributing factors among adult population at KU Teaching Hospital</i>	230 Pasien yang mendapat infuse	Observasional study prospektif, cross sectional study, t- test, chi square dan regresi logistik ganda, ROC Kurva	Terdapat 136 (59,1 % Kejadian Flebitis dari 230 klien yang menjadi sampel. Peningkatan insiden flebitis akibat terapi infus terkait dengan jenis kelamin laki-laki, ukuran kateter kecil (20 gauge), pemasangan di daerah lengan, penggunaan obat IV dan transfusi darah. Tingkat kejadian flebitis meningkat tajam setelah 36 jam pemasangan kateter.
Masdalifa Pasaribu (2008)	Analisis Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur Pemasangan Infus Terhadap Kejadian Plebitis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Medan	100 sampel diruang rawat inap	Survey analitik observasional, uji chi square dan regresi logistic	Ada hubungan antara perawat yang melaksanakan persiapan pemasangan infus sesuai SOP dengan kejadian plebitis pada pasien, hal ini terlihat dari p value 0,001.
Nihi, 2010	Gambaran penderita Infeksi nosokomial pada pasien rawat inap di RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo.	236 pasien rawat inap.	Observasional, Metode Exhsautive sampling	lebih banyak penderita yang mengalami kasus flebitis yakni 81,8 % dengan penyakit dasar berupa gangguan system neurologi, dimana prosentase laki-laki lebih banyak mengalami flebitis yaitu 51,3 % dengan Lama rawat 3-18 hari yaitu 63,6 % dan menempati ruang perawat kls III terbanyak yaitu 69,1 %.
Wahyunah, 2011	Hubungan pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kejadian flebitis dan	65 pasien rawat inap yang dipasang infus oleh 65 perawat	Analitik korelasi, cross sectional Uji statistik chi square dan regresi logistik	Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kejadian infus

	kenyamanan pasien diruang rawat inap RSUD Kab. Indramayu	pelaksana.	ganda	& kenyamanan pasien
Nurjannah, 2011	Hubungan Antara Lokasi Penusukan Infus dan Tingkat Usia dengan Kejadian Flebitis di Ruang Rawat Inap Dewasa RSUD Tugurejo Semarang	70 responden ruang rawat inap	Deskriptif korelasi, Cross sectional	Ada hubungan lokasi penusukan dengan kejadian flebitis, tidak ada hubungan dengan tingkat usia dengan kejadian flebitis.
Made sumarwati	Angka kejadian flebitis di ruang rawat penyakit dalam	109 pasien yang mendapat terapi intravena	Deskripsi sederhana	11 kasus flebitis ditemukan, dengan rata-rata kejadian 2 hari setelah pemasangan, area pemasangan di vena metakarpal, dan jenis cairan yang digunakan adalah kombinasi antara Ringer Laktat dan Dekstrosa 5%.
Wilkinson Yoong Jian Tan, Jo Wearn Yeap, Sharifah Sulaiha Syed Aznal, 2011	Risk factors of peripheral venous catheterization thrombophlebitis.	428 pasien dewasa yang dirawat di rumah sakit tersier di Negeri Sembilan Malaysia	Observasional Uji statistik Chi Square	dari 35,2% Di antaranya mengalami tromboflebitis, 65% tromboflebitis ringan, 19% sedang dan 8% yang thrombophlebitis berat. Hasil penelitian menunjukkan pasien perempuan memiliki risiko tinggi mengalami thrombophlebitis. Juga risiko meningkat secara signifikan dengan peningkatan durasi kateterisasi dan penggunaan kateter untuk infus. Usia pasien, jenis infus, ukuran kateter dan lokasi penusukan kateter tidak berpengaruh

				secara signifikan terhadap kejadian thrombophlebitis.
Prastika DF, Susilaningsih S, A.Amir A, 2012	Kejadian Flebitis Di Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya	90 responden	Deskriptif korelasi	Tindakan pemasangan infus, status gizi dan usia pasien mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian flebitis.
Nurul Hidayati dan Sri Paryati , 2012	Gambaran pelaksanaan prosedur perawatan infus dan kejadian flebitis di RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan	134 pasien rawat inap yang terpasang infuse.	Desain penelitian deskriptif, pendekatan observasional prospektif. Quota sampling	Hasil penelitian diketahui 86,6% dari 134 perawat yang diobservasi melakukan prosedur perawatan infus dengan benar, 88,1% dari 134 pasien rawat inap yang terpasang infus tidak mengalami flebitis.
Gunarto, 2013	Hubungan kepatuhan perawat dalam melaksanakan prosedur pemasangan infus dengan kejadian flebitis di ruang Mawar, Anggrek, Amarelys, dan Dahlia RSU Tugurejo	48 perawat dan 33 pasien rawat inap	Rancangan retrospektif, uji chi square	Ada hubungan kepatuhan perawat dalam melaksanakan prosedur pemasangan infus dengan kejadian flebitis di ruang mawar, anggrek, amarelyis, dan dahlia RSUD Tugurejo Semarang

G. Kerangka Teori

