

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta yang didirikan atas inisiatif H.M Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H Ahmad Dahlan. RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta ini pada awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemat) yang berupa klinik dan poliklinik didirikan tanggal 15 Februari 1923 dengan lokasi awal di Jagang Notoprajan No. 15 Yogyakarta. Kemudian nama PKO diganti menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat) dan berlokasi di Jalan K.H Ahmad Dahlan 20 Yogyakarta (*www.pkujogja.com*).

RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan rumah sakit terakreditasi 12 bidang pelayanan dengan tipe C +. Unit pelayanannya antara lain meliputi rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan rawat jalan dilayani diklinik dan poliklinik dengan jadwal yang sudah ditentukan dan khusus untuk Instalasi Gawat Darurat (IGD) memberikan pelayanan 24 jam setiap hari. Sedangkan untuk rawat inap, memberikan pelayanan disetiap bangsal yaitu terdapat sembilan bangsal, kamar bayi dan ICU/ICCU.

Penelitian ini dilakukan di bangsal Marwah dan Arafah dimana kedua bangsal tersebut adalah bangsal kelas 2 dan sebagian besar pasien dengan kasus

pembedahan di rawat di bangsal ini. Jumlah tempat tidur kelas 3 pada kedua bangsal ini berjumlah 54 tempat tidur dan setiap bangsal terdapat pasien yang dirawat inap dengan kasus pembedahan setiap harinya.

B. Hasil Penelitian dan Pembahasan

a. Aspek Pengkajian

Aspek pengkajian meliputi : melihat petunjuk perawatan luka sesuai instruksi dokter, mengkaji keadaan luka pasien, mengkaji kemampuan klien secara fisik maupun lingkungan pendukung. Setelah dilakukan pengukuran didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel. 1
Distribusi Frekuensi Aspek Pengkajian Variabel Perawatan Luka
Di RSUD PKU Muhammadiyah
Yogyakarta 2008

No	Pengkajian	f	%
1	Baik	3	10
2	cukup	12	40
3	kurang	0	0
4	tidak baik	15	50
Jumlah		30	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel distribusi frekuensi diatas, tampak bahwa pada aspek pengkajian perawatan luka nilai tertinggi dengan kriteria tidak baik yaitu sebanyak 15 orang (50%) dan terendah dengan kriteria kurang yaitu nol orang (0%). Dari uji statistik Spearman diperoleh signifikansi $p = 0.345$ atau $p > 0.05$

yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara aspek pengkajian dengan kejadian ILO.

Walaupun dari hasil uji statistik tidak ditemukan adanya hubungan antara aspek pengkajian dengan kejadian ILO, tetapi aspek pengkajian tetap merupakan salah satu aspek yang penting dalam perawatan luka. Menurut Foster & Williams (1994), prosedur pengkajian perawatan luka sangat penting selain perencanaan, tindakan, evaluasi dan pendokumentasian. Prosedur pengkajian dilakukan untuk mengetahui sejauh mana perkembangan yang terjadi pada klien terutama untuk mengkaji keadaan luka dan balutan.

Ellis *et al* (1996) menyatakan bahwa mengkaji keadaan luka dan balutan berguna untuk mengetahui ukuran luka, tipe luka dan jumlah balutan yang diperlukan dalam merawat luka. Torrance & Serginson (1997) juga mengatakan bahwa pengkajian luka penting untuk mengetahui anatomi, posisi serta perluasan dari luka. Hal itu harus dilakukan sebelum dilakukan perawatan dalam mengganti balutan.

Potter & Perry (2005) mengatakan bahwa perawat harus mengkaji luka untuk menentukan kemajuan penyembuhan luka yang dialami oleh klien. Jika luka tertutup balutan dan dokter belum meminta untuk mengganti balutan, maka perawat tidak boleh menginspeksi luka secara langsung kecuali jika perawat mencurigai adanya komplikasi serius pada luka. Mengkaji ulang

program dokter tentang prosedur penggantian balutan bertujuan untuk menentukan jenis balutan atau alat-alat yang akan digunakan.

Dari hasil pengamatan peneliti pada pelaksanaan aspek pengkajian dengan kriteria tidak baik, perawat hanya melakukan satu prosedur dari tiga prosedur yang ditetapkan untuk pengkajian. Terhadap 27 orang pasien paska bedah perawat tidak pernah melihat petunjuk perawatan luka sesuai instruksi dokter. Perawat hanya mengkaji keadaan luka dan balutan terhadap tujuh orang pasien dan hanya mengkaji kemampuan delapan orang pasien. Sehingga total terdapat 15 orang (50%) pasien paska bedah yang mendapatkan pengkajian dengan kriteria tidak baik.

Pada pengkajian ini tidak ditemukan adanya kriteria kurang karena rentang nilai kurang menurut Arikunto (2006) yaitu jika prosentasenya 40% - 55%. Sementara pada aspek pengkajian hanya terdapat tiga prosedur atau dengan kata lain satu prosedur prosentasenya adalah 33.3%. Jadi jika perawat hanya melakukan satu prosedur nilainya 33.3% dengan kriteria tidak baik dan jika melakukan dua prosedur nilainya 66.7% dengan kriteria cukup dan jika melakukan tiga prosedur nilainya 100% dengan kriteria baik. Oleh karena itu pada aspek pengkajian tidak terdapat kriteria kurang.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Buhori (2005) tentang perawatan luka di Ruang Arafah dan Marwah RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang menunjukkan aspek pengkajian pada kedua

bangsal tersebut sudah cukup baik yaitu 52 orang (50%). Hal ini mungkin disebabkan karena Buhori memilih observer dari perawat di ruang tersebut sehingga kemungkinan terjadi bias atau ketidaksesuaian data yang didapat. Tetapi dari hasil penelitian Buhori juga masih ada pengkajian dengan kriteria buruk yaitu perawat hanya melakukan satu dari tiga prosedur pengkajian, sebanyak tujuh orang (6.7%). Jadi penulis menyimpulkan bahwa aspek pengkajian di bangsal Arafah dan Marwah RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta memang masih belum baik.

b. Aspek Perencanaan

Aspek perencanaan mencakup : perawat mencuci tangan sebelum bekerja dan memakai sarung tangan, memperhatikan teknik aseptik, persiapan alat steril dan tidak steril, persiapan pasien dengan memberi tahu prosedur tindakan, memperhatikan lingkungan dan privasi pasien dan mengatur posisi tidur pasien. Didapatkan hasil pengukuran sebagai berikut:

Tabel. 2
Distribusi Frekuensi Aspek Perencanaan Variabel Perawatan Luka
Di RSUD PKU Muhammadiyah
Yogyakarta 2008

No	Perencanaan	f	%
1	Baik	3	10
2	cukup	27	90
3	kurang	0	0
4	tidak baik	0	0
	Jumlah	30	100

Dari data diatas tampak bahwa pada aspek perencanaan tindakan perawatan luka nilai tertinggi dengan kriteria cukup baik yaitu sebanyak 27 orang (90%) dan nilai terendah dengan kriteria tidak baik yaitu sebesar nol%. Dari hasil uji statistik Spearmen diperoleh signifikansi $p = 0.003$ atau $p < 0.05$ yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara aspek perencanaan dengan kejadian ILO.

Dari hasil pengamatan peneliti pada 27 orang (90%) pasien paska bedah dengan kriteria perencanaan cukup baik, perawat sudah mempersiapkan sembilan dari 12 peralatan yang dibutuhkan, memperhatikan lingkungan dan privasi pasien dan juga sudah mengatur posisi pasien sebelum dilakukan perawatan luka. Kekurangan perawat dalam aspek perencanaan terletak pada prosedur mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dan memakai sarung tangan. Perawat juga kurang sempurna dalam memperhatikan teknik septik dan aseptik, dimana perawat tidak menggunakan sarung tangan steril dan mengambil alat – alat steril dengan menggunakan sarung tangan bersih.

Dalam hal persiapan pada 27 pasien paska bedah, perawat juga kurang sempurna dalam memberitahu pasien tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan. Padahal menjelaskan prosedur pada klien berguna untuk menurunkan kecemasan. Gerakan yang tiba – tiba dan tidak diharapkan oleh klien dapat menyebabkan kontaminasi luka dan perlekapan balutan (Ellis et

Dalam aspek perencanaan ini nilai terendah adalah kriteria tidak baik yaitu sebesar 0%. Dari hasil pengamatan peneliti terhadap perawatan luka pada 30 pasien paska bedah, semua perawat sudah mempersiapkan sembilan dari 12 peralatan yang dibutuhkan yang artinya prosentasenya adalah 53%. Sementara kriteria perencanaan tidak baik jika prosentasenya kurang dari 40%. Oleh karena itu dalam aspek perencanaan ini tidak ditemukan adanya kriteria tidak baik.

Berdasarkan uji statistik yang dilakukan didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara ILO dengan perencanaan, kriteria cukup menunjukkan hasil mayoritas. Dari hasil pengamatan yang dilakukan, perawat tidak cuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril sebelum melakukan tindakan. Padahal menurut Scaffer *et al* (2000), dalam lingkungan perawatan kesehatan, tangan merupakan salah satu media penularan yang paling efisien untuk timbulnya infeksi nosokomial. Hal ini dikarenakan ada beberapa mikroorganisme – mikroorganisme penyebab infeksi yang tidak mudah disingkirkan hanya dengan mencuci tangan. Oleh karena itu penggunaan sarung tangan steril bisa dikatakan sebagai hal yang prinsip dalam penerapan teknik aseptik pada perawatan luka paska bedah.

CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) menyatakan untuk mencegah ILO perawat diharuskan menggunakan sarung tangan ketika menyentuh darah, cairan tubuh, membran mukosa atau ketika merawat luka

Selain itu perawat juga harus mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. Salah satu penyebab infeksi luka operasi adalah teknik mencuci tangan yang tidak tepat. Mencuci tangan paling sedikit 10 – 15 detik akan memusnahkan mikroorganisme transien paling banyak dari kulit (Brunner & suddarth, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian Buhori (2005), pada aspek perencanaan di bangsal Arafah dan Marwah sudah baik yaitu sebanyak 75 orang (72.1%). Hal ini berarti perawat sudah melaksanakan semua prosedur didalam aspek perencanaan terhadap 75 pasien paska bedah. Akan tetapi masih ada kriteria kurang baik yaitu jika perawat melaksanakan kurang dari tujuh poin dari tujuh belas poin prosedur perencanaan yang ditetapkan, yaitu sebanyak tujuh orang (6.7%). Hal tersebut berbeda dengan hasil penelitian ini dimana tidak ada kriteria kurang baik ataupun buruk yang artinya ada peningkatan yang baik dalam aspek perencanaan perawatan luka paska bedah di kedua bangsal tersebut.

Penulis menyimpulkan untuk aspek perencanaan perawatan luka paska bedah di bangsal Arafah dan Marwah sudah cukup baik walaupun ada beberapa prosedur yang belum dilaksanakan seperti mencuci tangan sebelum bekerja dan memakai sarung tangan. Perencanaan untuk persiapan alat belum bisa maksimal dilakukan karena penggunaan alat steril dari pihak rumah sakit disediakan terbatas yang seharusnya setiap klien disediakan satu set alat steril

c. Aspek Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan meliputi : membuka balutan, memasukkan balutan kotor ke bengkok atau kantong plastik, mendekatkan bengkok kedekat pasien, membersihkan daerah sekitar luka dengan alkohol, memberi obat pada luka, menutup luka dengan kasa steril menggunakan pinset steril, fiksasi dengan plester, merapikan pasien dengan posisi yang nyaman, membereskan alat – alat, membuang kotoran dan mencuci tangan. Setelah dilakukan pengukuran didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel. 3
Distribusi Frekuensi Aspek Pelaksanaan Variabel Perawatan Luka
Di RSUD PKU Muhammadiyah
Yogyakarta 2008

No	Pelaksanaan	f	%
1	Baik	8	26.7
2	cukup	20	66.7
3	kurang	2	6.67
4	tidak baik	0	0
Jumlah		30	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi diatas dapat dilihat bahwa nilai tertinggi dari aspek pelaksanaan adalah dengan kriteria cukup baik yaitu 20 orang (66.7%) dan nilai terendah dengan kriteria tidak baik yaitu sebesar 0%. Setelah dilakukan uji korelasi Spearman diperoleh signifikansi $p = 0.049$ atau $p < 0.05$ yang artinya ada hubungan yang bermakna antara aspek pelaksanaan

Dari hasil pengamatan peneliti terhadap 20 perawatan luka pasien paska bedah dengan kriteria cukup baik, semua perawat tidak melakukan tiga prosedur dari pelaksanaan perawatan luka dengan sempurna yaitu membuang balutan kotor kedalam bengkok lalu dimasukkan ke kantong plastik, mendekatkan bengkok ke luka yang akan dibersihkan dan menutup luka dengan kasa steril dengan menggunakan pinset steril. Peneliti mengatakan tidak sempurna karena perawat tidak menyiapkan bengkok sehingga balutan kotor langsung dibuang ke kantong plastik. Selain itu perawat menutup luka dengan kasa steril menggunakan pinset yang sudah terkontaminasi oleh tangan perawat yang tidak menggunakan sarung tangan steril. Namun untuk prosedur pelaksanaan perawatan luka yang lain, semua perawat sudah melakukannya dengan sempurna.

Kriteria tidak baik untuk aspek pelaksanaan diperoleh jika prosentase kurang dari 40% atau jika perawat melaksanakan kurang dari empat prosedur dari 10 prosedur yang ditetapkan. Dalam penelitian ini aspek pelaksanaan dengan kriteria tidak baik adalah sebesar 0% atau tidak ditemukan adanya pelaksanaan perawatan luka yang tidak baik. Hal ini disebabkan karena semua perawat sudah melaksanakan lima prosedur dengan sempurna yaitu membuka balutan dengan kapas yang dibasahi alkohol, memberi obat antiseptik pada luka, fiksasi kasa dengan menggunakan plester, merapikan klien dengan posisi yang nyaman dan membersihkan alat-alat dan membuang kotoran

Dari 20 orang pasien paska bedah dengan pelaksanaan perawatan luka yang cukup baik, perawat tidak membersihkan daerah sekitar luka dengan alkohol pada 16 pasien. Padahal menurut Potter & Perry (2005), infeksi luka operasi dapat disebabkan oleh perawat yang tidak membersihkan permukaan kulit dengan tepat dan juga tidak tepat menggunakan teknik aseptik selama mengganti balutan.

Dari hasil observasi peneliti belum maksimalnya aspek pelaksanaan perawatan luka juga disebabkan oleh perawat yang sering mencampurkan alat yang tidak steril kedalam alat yang masih steril. Potter & Perry (2005) mengemukakan teorinya bahwa mencampur alat yang steril ke alat yang tidak steril dapat menyebabkan kontaminasi. Dari hasil uji statistik diketahui adanya hubungan antara ILO dengan aspek pelaksanaan, sehingga perlu perhatian pada aspek ini untuk memperkecil angka kejadian ILO.

Hasil penelitian Buhori (2005) menunjukkan aspek pelaksanaan perawatan luka di bangsal Arafah dan Marwah secara mayoritas sudah baik yaitu sebesar 78 orang (75%). Hasil tersebut berbeda dengan penelitian ini karena Buhori memilih perawat di kedua bangsal tersebut sebagai observer sehingga terjadi bias pada hasil yang didapatkan. Walaupun demikian masih ada juga kriteria kurang baik seperti halnya pada penelitian ini. Kriteria kurang baik diperoleh jika prosentasenya 41% - 55% atau jika perawat hanya melakukan empat lima poin dari 10 prosedur yang ditetapkan. Namun secara

garis besar penulis menyimpulkan bahwa aspek pelaksanaan perawatan luka di bangsal Arafah dan Marwah sudah cukup baik.

d. Aspek Evaluasi

Pada aspek evaluasi perawatan luka mencakup : menggunakan teknik aseptik, merawat luka dengan benar, teliti dan sabar serta memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien. Didapatkan hasil pengukuran sebagai berikut :

Tabel. 4
Distribusi Frekuensi Aspek Evaluasi Variabel Perawatan Luka
Di RSUD PKU Muhammadiyah
Yogyakarta 2008

No	Evaluasi	f	%
1	Baik	4	13.3
2	cukup	14	46.7
3	kurang	11	36.7
4	tidak baik	1	3.3
Jumlah		30	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa nilai tertinggi adalah evaluasi dengan kriteria cukup yaitu sebanyak 14 orang (46.7%) dan nilai terendah dengan kriteria tidak baik yaitu satu orang (3.3%). Dari hasil uji korelasi Spearman diperoleh signifikansi $p = 0.068$ atau $p > 0.05$ yang artinya tidak adanya hubungan yang bermakna antara aspek evaluasi dengan kejadian ILO.

Dari hasil pengamatan peneliti terhadap 14 perawatan luka pasien paska bedah, perawat sudah melakukan prosedur evaluasi dengan sempurna untuk bisa memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien. Namun perawat

belum sempurna melakukan prosedur evaluasi yang lain yaitu menggunakan teknik steril dan perawatan luka dengan benar, teliti dan sabar. Hal ini disebabkan karena perawat dalam menggunakan teknik tidak steril masih sering dilakukan.

Aspek evaluasi dengan kriteria tidak baik dalam penelitian ini berjumlah satu orang (3.3%). Dari hasil pengamatan peneliti hal ini disebabkan karena perawat tidak melakukan dua dari tiga prosedur evaluasi yaitu perawatan luka dengan benar dan teliti dan memberikan rasa aman dan nyaman pada klien. Perawat langsung pergi meninggalkan klien setelah selesai melakukan tindakan. Ellis *et al* (1996) menyatakan bahwa dalam tindakan perawatan luka perawat hendaknya mengevaluasi kesesuaian teknik perawatan yang digunakan, balutannya dan kenyamanan klien setelah dilakukan tindakan.

Dari hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan antara aspek evaluasi dengan kejadian ILO. Menurut Potter & Perry (2005), mengkaji klien kembali setelah melakukan tindakan bertujuan untuk menentukan respon terhadap penggantian balutan dan juga untuk menentukan tingkat kenyamanan klien. Evaluasi dilakukan pada saat perawat mengakhiri tugas atau pada akhir tindakan yang telah dilakukan. Klien dan perawat bersama – sama meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan

e. Aspek Dokumentasi

Pada tahap ini perawat melakukan pencatatan waktu pelaksanaan, kondisi luka, reaksi pasien, obat atau desinfektan yang digunakan serta menulis nama serta tanda tangan perawat di catatan asuhan keperawatan. Dari pengamatan didapatkan hasil pengukuran sebagai berikut :

Tabel. 5
Distribusi Frekuensi Aspek Dokumentasi Variabel Perawatan Luka
Di RSUD PKU Muhammadiyah
Yogyakarta 2008

No	Dokumentasi	f	%
1	Baik	0	0
2	cukup	11	36.7
3	kurang	10	33.3
4	tidak baik	9	30
Jumlah		30	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi diatas tampak masih ada kelalaian dalam pendokumentasian, dengan kriteria cukup yaitu 11 orang (36.7%) sebagai nilai tertinggi dan kriteria baik sebagai nilai terendah yaitu nol%. Setelah dilakukan uji korelasi Spearman diperoleh signifikansi $p = 0.905$ atau $p > 0.05$ yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara aspek dokumentasi dengan kejadian ILO.

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pendokumentasian perawatan luka pada penelitian ini menunjukkan hasil yang tidak memuaskan, dengan tidak adanya kriteria baik (0%). Hal ini disebabkan karena semua perawat

tidak ada yang melaksanakan semua prosedur dokumentasi dengan sempurna pada 30 orang pasien paska bedah.

Dokumentasi yang cukup baik pada penelitian ini sebesar 11 orang (36.7%). Dari hasil pengamatan peneliti semua perawat hanya menuliskan waktu pelaksanaan perawatan luka tanpa menuliskan kondisi luka, reaksi pasien ataupun obat yang diberikan. Namun semua perawat sudah menulis nama dan tanda tangan perawat dicatat asuhan keperawatan untuk 11 pasien paska bedah ini. Sehingga hasil yang diperoleh adalah aspek dokumentasi dengan kriteria cukup baik.

Hasil penelitian ini tidak berbeda dengan hasil penelitian Buhori (2005) yang juga menunjukkan adanya kriteria buruk pada aspek pendokumentasian di bangsal Arafah dan Marwah yaitu sebesar 35 orang (33.7%). Hal ini berarti pendokumentasian di kedua bangsal tersebut memang belum baik bahkan cenderung kurang. Padahal menurut Fishcbach (1991), dokumentasi merupakan upaya untuk dapat memberikan pelayanan dengan penuh tanggung jawab dan tanggung gugat, salah satu langkah yang bisa ditempuh adalah dengan terselenggaranya kegiatan pencatatan dan pelaporan yang baik dan benar. Hambatan dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan antara lain kurangnya pengetahuan dan keterampilan penulisan laporan dan

pengetahuan perawat sangat penting untuk mencapai profesionalisme kerja terutama dalam pembuatan dokumentasi proses keperawatan.

Dari hasil uji statistik tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara aspek dokumentasi dengan kejadian ILO. Dokumentasi dilakukan untuk mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan tindakan keperawatan yang telah diberikan dan sebagai bukti tertulis jika klien menuntut ketidakpuasan akan pelayanan keperawatan, yang mana jika tidak dilakukan dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan (Nursalam, 2002).

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pelayanan keperawatan yang profesional. Melalui dokumentasi, semua aspek baik pengobatan dan perawatan yang dilakukan oleh tim kesehatan tertulis dengan teratur sehingga dapat memberikan gambaran kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan (Setyowati & Kemala, 2005).

f. Perawatan Luka Paska Bedah

Perawatan luka secara menyeluruh terdiri dari aspek pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi. Setelah dilakukan pengukuran diperoleh hasil seperti pada tabel berikutnya :

Tabel. 6
Hubungan Pelaksanaan Perawatan Luka Paska Bedah dengan Kejadian Infeksi Luka Operasi di bangsal Marwah dan Arafah RSUD Muhammadiyah Yogyakarta 2008

No	Perawatan Luka	ILO				Total	
		Tidak Infeksi		Infeksi		f	%
		f	%	f	%		
1	Baik	3	10.0%	0	0	3	10.0%
2	Cukup Baik	26	86.7%	0	0	26	86.7%
3	Kurang Baik	0	0	1	3.3%	1	3.3%
4	Tidak Baik	0	0	0	0	0	0
Total		29	96.7%	1	3.3%	30	100%

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 6 diatas dapat dilihat bahwa nilai tertinggi adalah perawatan luka dengan kriteria cukup baik yaitu sebesar 26 orang (86.7%) tanpa ada infeksi luka operasi dan terdapat satu orang (3.3%) dengan kriteria perawatan luka yang kurang baik dan terjadi infeksi luka operasi. Nilai terendah adalah kriteria tidak baik yaitu sebesar 0%. Dari hasil uji korelasi Spearman diperoleh signifikansi $p = 0.003$ atau $p < 0.05$ yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara perawatan luka pasien paska bedah dengan kejadian ILO.

Dari 26 pasien paska bedah dengan kriteria cukup pada perawatan luka, semua perawat sudah melaksanakan aspek perencanaan dan pelaksanaan dengan cukup baik. Perawat hanya kurang baik dalam aspek evaluasi dan dokumentasi dan tidak baik dalam melakukan pengkajian. Didalam penelitian ini tidak ditemukan perawatan luka dengan kriteria tidak baik (0%) karena

kriteria tidak baik jika prosentasenya kurang dari 40% atau jika perawat melaksanakan kurang dari 14 dari 35 prosedur yang ditetapkan untuk perawatan luka. Sementara dari hasil pengamatan peneliti terhadap 30 orang pasien paska bedah, semua perawat sudah melakukan lebih dari 14 prosedur yang ditetapkan.

Perawatan luka paska bedah secara menyeluruh meliputi aspek pengkajian, aspek perencanaan, aspek pelaksanaan, aspek evaluasi dan pendokumentasian dari penelitian ada 86.7% dalam kriteria cukup dan 3.3% dalam kriteria kurang. Angka tersebut menimbulkan perbedaan dengan teori yang ada dimana aspek – aspek pada prosedur perawatan luka hendaknya dilakukan secara lengkap dan berkesinambungan agar luka tetap aman (Norton & Miller, 1986). Hal tersebut tidak bisa dilakukan secara sempurna karena di ruang rawat inap selalu menyesuaikan dengan keterbatasan tenaga perawat, fasilitas, situasi lingkungan RS, kondisi klien baik fisik maupun finansial. Sebagai contoh adalah keterbatasan alat – alat steril dari rumah sakit dan juga penggunaan sarung tangan steril. Padahal perawatan luka merupakan upaya untuk membersihkan luka, mengobati, menutupi kembali luka dengan memperhatikan teknik steril (Depkes RI, 1997).

Menurut Foster & Williams (1994) luka yang tidak dilakukan perawatan dengan baik, besar kemungkinan luka akan sembuh dengan lama serta akan dapat berlanjut ke infeksi. Hal ini terbukti dari hasil pengamatan

yang dilakukan pada 30 pasien paska bedah terdapat satu orang yang mengalami infeksi dengan kriteria perawatan luka yang kurang baik. Hal ini sejalan dengan pendapat Potter & Perry (1993) yang menyatakan bahwa salah satu tujuan perawatan luka adalah untuk mencegah terjadinya infeksi khususnya infeksi luka operasi. Dari hasil uji korelasi antara ILO dengan perawatan luka di ruang rawat inap secara menyeluruh terdapat hubungan yang bermakna, berarti kualitas perawatan yang baik akan menurunkan angka kejadian ILO.

g. Kejadian Infeksi Luka Operasi

Setelah dilakukan pengamatan terhadap kondisi luka 30 pasien paska bedah dibulan April di bangsal Arafah dan Marwah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta diperoleh hasil pengukuran sebagai berikut :

Tabel. 7
Distribusi Frekuensi Kejadian Infeksi Luka Operasi di Bangsal Marwah dan Arafah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta 2008

No	Infeksi Luka Operasi	f	%
1	Infeksi (ILO +)	1	3.3
2	Tidak Infeksi (ILO -)	29	96.7
	Jumlah	30	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi diatas dapat dilihat bahwa dari 30 klien paska bedah terdapat satu klien (3.3%) yang mengalami infeksi luka operasi (ILO). Pada luka klien tampak berwarna merah, bengkak dan terdapat

... Klien juga menyatakan adanya nyeri tekan pada luka operasi. Menurut

WHO, ILO adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RS dan ditandai oleh suhu yang meningkat, bengkak dan keluar nanah dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam. Sehingga jelas klien tersebut memang mengalami infeksi luka operasi.

Sumber bakteri yang potensial menyebabkan terjadinya ILO dapat berasal dari : 1) Pasien yaitu berasal dari kulit, organ tubuh yang berongga atau adanya infeksi di tempat lain misalnya abses. 2) kamar operasi yaitu akibat kontak langsung atau tidak langsung dengan tim operasi, instrumen atau partikel udara. 3) Ruangan yaitu berasal dari personel ruangan, partikel udara atau terjadi pada waktu pembersihan luka atau *dressing* (Wilson, 1996). Pada penelitian ini, klien yang mengalami infeksi tidak mengalami infeksi di tempat lain seperti abses yang dapat menjadi sumber bakteri penyebab ILO.

Menurut Potter & Perry (2005), penyebab infeksi luka operasi adalah : persiapan kulit yang tidak tepat sebelum pembedahan, teknik mencuci tangan yang tidak tepat, tidak membersihkan permukaan kulit dengan tepat, tidak tepat menggunakan teknik aseptik selama ganti balutan dan menggunakan larutan aseptik yang sudah terkontaminasi. Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa perawat tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan, tidak membersihkan permukaan kulit dengan tepat dan juga tidak tepat menggunakan teknik aseptik selama ganti balutan sehingga beresiko terhadap