

BAB IV

BASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Profil Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul adalah sebuah rumah sakit swasta yang sedang berkembang. Berawal dari sebuah Balai Pengobatan dan Rumah Bersalin (BP/RB) yang didirikan tahun 1966, kemudian pada tanggal 21 Agustus 1995 menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak. Pada tahun 2001 rumah sakit ini telah resmi menjadi rumah sakit umum tipe C dengan jumlah tempat tidur sebanyak 104 TT. Seiring dengan perkembangan RS, saat ini RS PKU Muhammadiyah Bantul telah memiliki sedikitnya 127 TT yang terbagi di 9 ruang perawatan. Berikut adalah gambaran jumlah tempat tidur di RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Tabel 4.1.

Gambaran Jumlah Tempat Tidur di RS PKU Muhammadiyah Bantul 2012

No	Unit	Kelas I	Kelas II	Kelas III	Kelas VIP	Jumlah
1	Al-Insan	0	22	0	0	22
2	Al-Kahfi	4	0	13	2	19
3	Ar-Rahman	4	8	6	1	19
4	An-Nisa	3	6	3	1	13
5	An-Nur	0	0	19	0	19
6	ICU	3	0	0	0	3
7	Al-Fath	0	0	0	5	5
8	Al-Kautsar	0	0	0	5	5
9	Al-A'raf	2	0	20	0	22
Total						127

Sumber : Laporan Intern RS PKU Muhammadiyah Bantul 2012

Falsafah dari RS PKU Muhammadiyah Bantul merupakan perwujudan dari ilmu, iman, amal sholeh. RS PKU Muhammadiyah Bantul mempunyai visi yaitu terwujudnya rumah sakit yang islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global, dan menjadi kebanggaan umat. Adapun misi dari RS PKU Muhammadiyah Bantul adalah berdakwah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan mengutamakan peningkatan kepuasan pelanggan serta peduli pada kaum dhu'afa. Rumah sakit yang mempunyai motto "Layananku - Ibadahku" ini beralamat di Jl. Jendral Sudirman 124 Bantul 55711, telp. (0274) 367437, 368238, 368587.

RS PKU Muhammadiyah Bantul berdiri di atas luas lahan sekitar 5.700 m² termasuk RS Tipe C / Pratama dengan jumlah tempat tidur saat ini mencapai 127 TT. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul berdiri pada tanggal 1 Maret 1966 / 09 Dzulqo'dah 1385 H dengan Nomor Ijin Operasional : SK Ka DINKES Kab. Bantul No. 445/43318/2001 Tanggal : 01 November 2003 - 01 November 2008. Status kepemilikan RS PKU Muhammadiyah Bantul dipegang oleh Pimpinan Pusat Muhammadiyah dengan pendiri yaitu Pimpinan Daerah Muhammadiyah Kabupaten Bantul. Saat ini jumlah karyawan tetap sekitar 278 orang dan karyawan tidak tetap berjumlah 124 orang. Tenaga medis terdiri dari dokter umum sebanyak 14 orang, dokter spesialis 50 orang, dan dokter gigi sebanyak 5 orang.

Jenis pelayanan yang ada di RS PKU Muhammadiyah Bantul antara lain pelayanan 24 jam yang mencakup Instalasi Gawat Darurat, rawat inap, ICU, pelayanan bersalin, pelayanan operasi, pelayanan rukti jenazah, dan

circumsisi (khitan). Selain itu ditunjang oleh adanya pelayanan penunjang medik seperti laboratorium klinik, farmasi, radiologi, ambulance 118 dan PKU DMC, serta pelayanan gizi.

Pelayanan *orthopedi* rawat jalan juga sudah tersedia cukup lengkap, hal ini dilihat dari tersedianya berbagai macam poliklinik antara lain poliklinik anak, poliklinik penyakit dalam, poli kebidanan & penyakit kandungan, poliklinik bedah seperti bedah umum, bedah, bedah anak, bedah *digestive*, bedah *thorax* dan *vascular*, bedah mulut, poliklinik syaraf, poliklinik jiwa, poliklinik kulit kelamin, poliklinik THT, poliklinik gigi, poliklinik mata, poliklinik tumbuh kembang anak, poliklinik umum, poliklinik fisioterapi, poliklinik bidan, poliklinik kosmetik medik serta poliklinik *urologi*.

Pelayanan lain juga disediakan pihak RS PKU Muhammadiyah Bantul dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien. Pelayanan tersebut seperti adanya *club* lansia, *club diabetes*, tes bebas narkoba, senam hamil, pelayanan informasi obat, konsultasi gizi, pelayanan *home care*, pelayanan akte kelahiran dan *General Medical Check up* (GMC). *Performance* RS PKU Muhammadiyah Bantul untuk 3 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2
Performance RS PKU Muhammadiyah Bantul 3 Tahun Terakhir

No	Performance	2009	2010	2011
1	BOR (<i>Bed Occupation Rate</i>)	61,59%	66,44%	64,63%
2	LOS (<i>Length Of Stay</i>)	3,08 /hari	2,94/hari	2,93 hari
3	BTO (<i>Bed Turn Over</i>)	50,41 kali	68,11 kali	78,43 kali
4	TOI (<i>Turn Over Interval</i>)	1,87/hari	1,47/kali	1,7 /hari
5	GDR (<i>Gross Death Rate</i>)	1,7/mil	9,406/mil	11,144/mil
6	NDR (<i>Net Death Rate</i>)	0,92/mil	9,129/mil	10,918/mil

Sumber : Laporan Intern RS PKU Muhammadiyah Bantul

Tabel 4.3
Data Kunjungan Pasien di IGD, Rawat Jalan dan Rawat Inap
RS PKU Muhammadiyah Bantul dalam 3 Tahun Terakhir

No	Unit	2009	2010	2011
1	IGD	B- 15682 L - 9440	B = 9179 L= 14868	B – 8097 L- 15111
2	Rawat Jalan	129032	70523	75796
3	Rawat Inap	8537	10455	10534

Sumber : Laporan Intern RS PKU Muhammadiyah Bantul

Keterangan : B = Pasien Baru L = Pasien Lama

2. Gambaran Umum Tenaga Kerja Keperawatan di Ruang Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul

Data ketenagaan keperawatan di ruang rawat inap dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul pada bulan Maret 2012 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4
Data Ketenagaan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Dewasa RS PKU
Muhammadiyah Bantul

No	Ruang	Karyawan Tetap		Jumlah	Kontrak / Tidak Tetap		Jumlah	Total
		L	P		L	P		
1	Al-Fath		7	7		1	1	8
2	An-Nisa		10	10		4	4	14
3	ICU	2	7	9		3	3	12
4	AI-Kahfi	3	7	10	2	1	3	13
5	Al-A'raf	3	6	9		4	4	13
6	Al-Insan	2	6	8		6	6	14
7	Al-Kautsar	1	3	4			0	4
	Jumlah	11	46	57	2	19	21	78

Sumber : PSDI RS PKU Muhammadiyah Bantul, diperoleh 23 April 2012.

Berdasarkan tabel 4.3 di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar tenaga keperawatan yang bekerja di ruang rawat inap dewasa berstatus sebagai karyawan tetap, yaitu sebanyak 57 orang atau sekitar 73% dari total tenaga keperawatan yang bertugas di ruang rawat inap dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul. Hanya sekitar 21 orang (27%) yang berstatus sebagai tenaga kerja kontrak / tidak tetap.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik responden

Pelaksanaan penelitian pada tanggal 25 Mei 2012 sampai 28 Juli 2012 di Instalasi/Bangsal Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul. Responden didalam penelitian ini adalah perawat yang melakukan perawatan luka pada pasien pasca operasi sebanyak 30 orang. Dari hasil penelitian didapatkan karakteristik perawat sebagai berikut:

Tabel 4.5
Distribusi data karakteristik responden di Instalansi Rawat Inap dewasa RS
PKU Muhammadiyah Bantul 2012 (Mei, N=30)

Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	6	20,00
Perempuan	24	80,00
Total	30	100,00
Pendidikan Terakhir		
D3 keperawatan	26	86,67
S1 Keperawatan	4	13,33
Total	30	100,00

Sumber : data primer, diolah tahun 2012

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perempuan yaitu sebanyak 24 orang (80%). Sebagian besar pendidikan terakhir responden adalah lulusan D3 keperawatan yaitu 26 orang (86,67%).

2. Penilaian SOP perawatan luka sebelum pelatihan perawatan luka pasca operasi.

Tabel 4.6 menunjukkan hasil observasi terhadap responden sebelum pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan SOP perawatan luka. SOP tersebut terdiri dari 16 pertanyaan dengan dua jawaban, yaitu dilakukan dan tidak dilakukan.

Tabel 4.6
Data penilaian responden dalam penerapan SOP perawatan luka sebelum
pelatihan perawatan luka pasca operasi di Instalansi Rawat Inap Dewasa
PKU Muhammadiyah Bantul
2012 (Mei, N-30)

Interval	Tingkat Penilaian	Jumlah	%
0 s/d 0,67	Kurang	0	0
0,68 s/d 1,34	Cukup	8	26,67
1,35 s/d 2	Baik	22	73,33
Jumlah		30	100

Sumber : Data Diolah, Tahun 2012

Berdasarkan tabel 4.6 di atas dapat dilihat bahwa dari 30 perawat sebelum diadakan pelatihan, sebanyak 22 perawat atau sebesar 73,33% dalam kategori baik, 8 perawat atau sebesar 26,67 % masih dalam kategori cukup. Penjelasan deskripsi setiap pertanyaan dari penilaian SOP perawatan luka sebelum pelatihan perawatan luka pasca operasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.7
Data penilaian SOP setiap pertanyaan perawatan luka sebelum pelatihan perawatan luka pasca operasi di Instalansi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul 2012(Mei,N=30)

Pertanyaan	Rata-rata	Kategori
Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan	1,20	Cukup
Menyiapkan alat: (Medikasi set steril dalam bak steril: pinset anatomi, pinset cirurgis, kom steril 2 buah, gunting jaringan, hipavix/Verban transparan, gunting verban, kassa steril secukupnya, Nacl 0,9%, bengkok)	2,00	Baik
Mengkomunikasikan pada pasien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan	1,93	Baik
Menutup korden/sampiran	1,13	Cukup
Menyiapkan pasien pada posisi yang nyaman, posisi perawat disebelah kanan pasien	1,27	Cukup
Membaca bismillah	1,87	Baik
Membuka balutan secara perlahan-lahan perhatikan kenyamanan pasien	1,80	Baik
Memasukkan balutan kotor kedalam bengkok	1,73	Baik
Membersihkan luka dengan NaCl 0,9% sampai bersih	1,27	Cukup
Memperhatikan adanya tanda-tanda infeksi sekunder seperti kemerahan, bengkak, panas, atau adanya pus di sekitar luka	0,67	Kurang
Menutup luka menggunakan sufratul secukupnya, bila tidak ada tanda infeksi sekunder	0,67	Kurang
Membalut luka dengan kasa steril apabila menggunakan verban transparan tidak perlu menutup dengan kassa steril	1,73	Baik
Menutup balutan menggunakan hipavix secara rapat	1,87	Baik
Membereskan alat	1,80	Baik
Merapikan pasien dan	1,80	Baik
Mencuci tangan dan mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan	1,93	Baik
Rata-rata	1.54	Baik

Sumber : Data Diolah, Tahun 2012

Berdasarkan tabel 4.7 terlihat bahwa dari SOP perawatan luka yang terdiri dari 16 item, ada 10 item yang dalam kategori baik, 4 item masih dalam kategori cukup, dan 2 item yang masuk kategori kurang.

2. Penilaian SOP perawatan luka sesudah pelatihan perawatan luka pasca operasi

Berikut tabel 4.8 yang menunjukkan hasil observasi terhadap responden sesudah pelatihan dalam penerapan SOP perawatan luka bersih pada pasien pasca operasi. SOP tersebut terdiri dari 16 pertanyaan dengan dua jawaban, yaitu dilakukan dan tidak dilakukan.

Tabel 4.8
Data penilaian responden dalam penerapan SOP perawatan luka sesudah pelatihan perawatan luka pasca operasi di Instalansi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul 2012 (Juli, N=30)

Interval	Tingkat Penilaian	Jumlah	%
0 s/d 0,67	Kurang	0	0
0,68 s/d 1,34	Cukup	3	10
1,35 s/d 2	Baik	27	90
Jumlah		30	100

Sumber : Data Diolah, Tahun 2012

Berdasarkan tabel 4.8 di atas dapat dilihat bahwa dari 30 perawat sesudah diadakan pelatihan, sebanyak 27 perawat atau sebesar 90% dalam kategori baik, 3 perawat atau sebesar 10 % masih dalam kategori cukup. Penjelasan deskripsi setiap pertanyaan dari penilaian SOP perawatan luka sesudah pelatihan luka pasca operasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.9
Data penilaian SOP perawatan luka setiap pertanyaan sesudah pelatihan perawatan luka pasca operasi di Instalansi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul 2012 (Juli, N=30)

Tabel 4.9
Data penilaian SOP perawatan luka setiap pertanyaan sesudah pelatihan
perawatan luka pasca operasi di Instalasi Rawat Inap Dewasa RS PKU
Muhammadiyah Bantul 2012 (Juli, N=30)

Pertanyaan	Rata-rata	Kategori
Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan	1,20	Cukup
Menyiapkan alat: (<i>Medikasi set sterile</i> dalam bak <i>sterile: pinset anatomi, pinset cirurgis, kom sterile</i> 2 buah, gunting jaringan, <i>hipavix/verban</i> transparan, gunting verban, kassa steril secukupnya, NaCl 0,9%, bengkok)	2,00	Baik
Mengkomunikasikan pada pasien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan	2,00	Baik
Menutup korden/sampiran	1,53	Baik
Menyiapkan pasien pada posisi yang nyaman, posisi perawat disebelah kanan pasien	1,73	Baik
Membaca bismillah	2,00	Baik
Membuka balutan secara perlahan-lahan perhatikan kenyamanan pasien	1,87	Baik
Memasukkan balutan kotor kedalam bengkok	2,00	Baik
Membersihkan luka dengan NaCl 0,9% sampai bersih	1,93	Baik
Memperhatikan adanya tanda-tanda infeksi sekunder seperti kemerahan, bengkak, panas, atau adanya <i>pus</i> di sekitar luka	1,47	Baik
Menutup luka menggunakan <i>sufrotule</i> secukupnya, bila tidak ada tanda infeksi sekunder	1,73	Baik
Membalut luka dengan <i>kassa sterile</i> apabila menggunakan verban transparan tidak perlu menutup dengan <i>kassa sterile</i>	2,00	Baik
Menutup balutan menggunakan <i>hipavix</i> secara rapat	1,87	Baik
Membereskan alat	2,00	Baik
Merapikan pasien dan	1,93	Baik
Mencuci tangan dan mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan	2,00	Baik
Rata-rata	1,83	Baik

Sumber : Data Diolah, Tahun 2012

Berdasarkan tabel 4.9 terlihat bahwa SOP perawatan luka yang terdiri dari 16 item, ada 15 item yang sudah dilakukan dengan baik oleh perawat dan terdapat 1 item SOP yang masih dalam kategori cukup.

3. Hasil *pre-test* dan *pos-test* pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan *Stanard Oprational Proceudre* (SOP) perawatan luka

Berikut adalah tabel hasil *pre-test* dan *post-test* pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan SOP perawatan luka. Dari 16 item pertanyaan di Intalasi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Tabel 4.10

Hasil *pre-test* dan *post-test* pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan SOP perawatan luka dari 16 item pertanyaan Di Intalasi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul 2012 (Agustus, N=30)

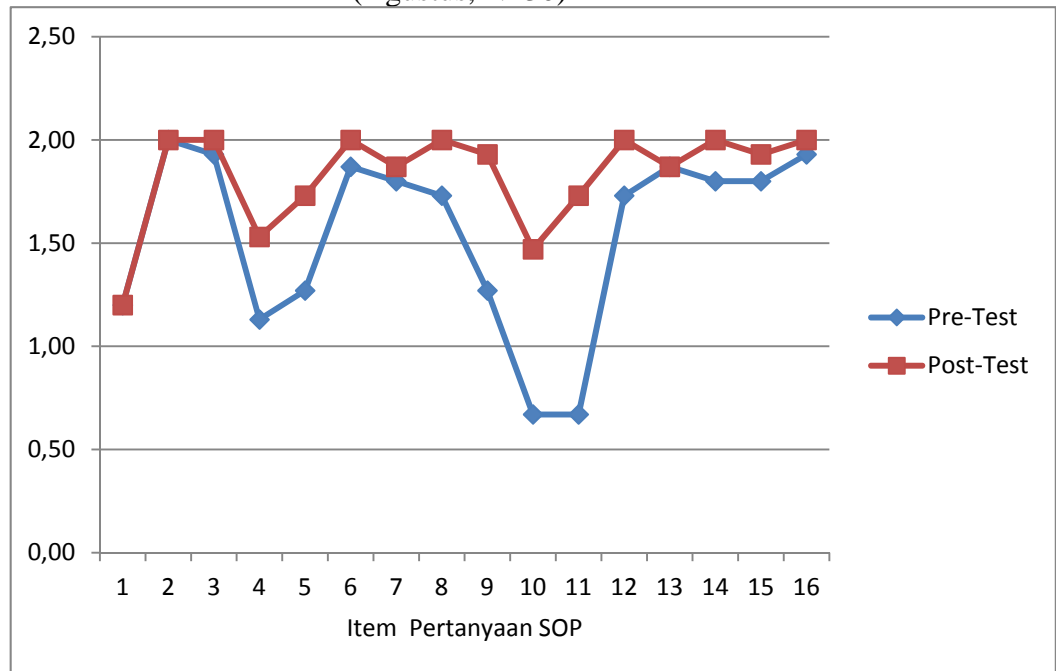
No Item	Pre-Test	Post-Test
1	1.20	1.20
2	2.00	2.00
3	1.93	2.00
4	1.13	1.53
5	1.27	1.73
6	1.87	2.00
7	1.80	1.87
8	1.73	2.00
9	1.27	1.93
10	0.67	1.47
11	0.67	1.73
12	1.73	2.00
13	1.87	1.87
14	1.80	2.00
15	1.80	1.93
16	1.93	2.00
Rata-rata	1.54	1.83

Grafik hasil *pre-post test* pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan SOP perawatan luka di Intalasi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul dapat dilihat sebagai berikut:

Grafik 4.1.

Hasil *pre-post test* pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan SOP perawatan luka

Di Intalasi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul 2012
(Agustus, N=30)



Berdasarkan grafik 4.1 dapat menunjukkan rata-rata penerapan SOP perawatan luka *pre-post* pelatihan perawatan luka pasca operasi di Instalansi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul. Perbedaan pada pertanyaan nomor 9, 10 dan 11 mengalami peningkatan yang signifikan dari pre-test ke post test yaitu membersihkan luka dengan NaCl 0,9% sampai bersih sebelum pelatihan rata-rata 1,27, sesudah pelatihan 1,93. Peningkatan nilai rata-rata pada item ini dikarenakan responden lebih memperhatikan fungsi dari NaCl 0,9%. Selain itu pemahaman responden terhadap perawatan luka terkini selama pelatihan ditunjukkan dengan menerapkan SOP yang sudah ada. Kemudian memperhatikan adanya tanda-tanda infeksi sekunder seperti kemerahan, bengkak, panas, atau adanya pus di sekitar luka sebelum pelatihan rata-rata 0,67, sesudah pelatihan 1,47. Peningkatan nilai rata-rata ini dikarenakan responden selama pelatihan mendapat pengetahuan baru

mengenai pentingnya memperhatikan karakteristik luka salah satunya item SOP ini, sebelum melakukan tindakan. Responden lebih mengetahui pentingnya memperhatikan *point* ini dalam upaya penyembuhan luka pasien dan memberikan pelayanan yang efisien untuk pasien dan pihak rumah sakit.

Selanjutnya menutup luka dengan sufratul secukupnya, bila tidak ada tanda infeksi sekunder sebelum pelatihan nilai rata-rata 0,67 sesudah pelatihan nilai rata-rata 1,73. Peningkatan nilai rata-rata ini dikarenakan pemahaman responden yang bertambah tajam tentang pentingnya ketepatan *primery dressing* dalam tindakan perawatan luka. Sebelum pelatihan responden banyak yang belum mengetahui macam-macam *primery dressing* selain *suftrate* dan bagaimana fungsinya. Responden menerima banyak masukan pada saat pelatihan mengenai materi ini, selain itu pemahaman fungsi item ini juga dapat mengurangi angka pemborosan *primery dressing* yang digunakan, dan akan berdampak pada pengurangan angka pengeluaran pasien. Berdasarkan grafik 4.1 juga terdapat item SOP yang tidak mengalami perubahan nilai rata-rata, baik sebelum maupun sesudah pelatihan. Pertanyaan item no 13 tidak mengalami perubahan, responden baik sebelum maupun sesudah pelatihan

4. Uji normalitas

Uji normalitas digunakan untuk mengetahui apakah dalam sebuah model, variabel bebas dan variabel terikat atau keduanya mempunyai distribusi normal atau tidak. Model yang baik adalah mempunyai distribusi data normal atau mendekati normal. Dalam penelitian ini, uji normalitas dapat digunakan uji *Kolmogorov Smirnov*, kriterianya adalah :

- a. Jika probabilitas $> 0,05$, maka distribusi data normal
- b. Jika probabilitas $< 0,05$, maka distribusi data tidak normal

Berdasarkan perhitungan normalitas sebagaimana terdapat dibawah ini untuk normalitas data variabel :

Tabel 4.11.
Hasil Uji Normalitas

	Signifikan	Keterangan
<i>Pre-Test</i>	0.137	Normal
<i>Post-Test</i>	0.246	Normal

Sumber : Data Primer Diolah

Menurut kaidah SPSS, data penelitian dinyatakan normal bila nilai signifikansinya lebih besar dari 0,05. Dari hasil penelitian nilai signifikansi *pre-test* sebesar 0,137, nilai signifikansi *post-test* 0,246, sehingga dapat disimpulkan bahwa semua data variabel di atas normal.

5. Hasil uji perbedaan efektivitas pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan SOP perawatan luka

Untuk mengetahui efektivitas pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan SOP perawatan luka di Ruang Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul maka digunakan uji *Paired T-Test* dengan hasil uji statistik berikut:

Tabel 4.12

Hasil uji perbedaan efektivitas pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan SOP perawatan luka di Intalasi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul 2012

Tabel 4.12
 Hasil uji perbedaan efektivitas pelatihan perawatan luka pasca operasi
 dalam penerapan SOP perawatan luka di Intalasi Rawat Inap Dewasa
 RS PKU Muhammadiyah Bantul 2012

Variabel Pelatihan Perawatan Luka Pasca Operasi Dalam Penerapan SOP perawatan luka	N	Mean	Standar Deviasi	Standar error	<i>P Value</i>
Pre-test	16	1.5419	0.44361	0.11090	0.002
Post-test	16	1.8288	0.23972	0.05993	

Berdasarkan tabel 4.12 di atas dapat diketahui bahwa hasil uji statistik menunjukkan $p\ value = 0,002$ dengan nilai $p < 0,05$. Maka dapat disimpulkan bahwa pelatihan perawatan luka pasca operasi efektif dalam penerapan SOP perawatan luka di Intalasi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul.

C. Pembahasan

Dari hasil penelitian mengenai efektivitas pelatihan perawatan luka pasca operasi dalam penerapan SOP perawatan luka di Instalansi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul didapatkan data bahwa karakteristik responden, diantaranya jenis kelamin, dan tingkat pendidikan. Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa responden berjenis kelamin perempuan sebesar 80%. Menurut sejarah perkembangan dunia keperawatan ketenagaan mayoritas perawat adalah perempuan. Namun dalam perkembangan dengan adanya peralatan canggih, perkembangan spesialisasi serta kebijaksanaan manajemen

dan perkembangan pelayanan rumah sakit mempengaruhi kebutuhan perawat pria (Agustinar, 2000).

Mayoritas perawat adalah wanita, perawat wanita secara terus menerus menyampaikan persamaan hak-hak sebagai manusia, sebagai pekerja, dan pemberi perawatan profesional (Perry & Potter, 2005). Asuhan keperawatan bermutu yang diberikan oleh perawat dapat tercapai apabila perawat dapat memperlihatkan sikap “*caring*” kepada klien. Memberikan asuhan keperawatan, perawat menggunakan keahlian kata-kata yang lemah lembut, sentuhan, memberikan harapan, selalu berada disamping klien, dan bersikap “*caring*” sebagai media pemberi asuhan (Tyo, 2008)

Pada tabel 4.5 terlihat bahwa sebagian besar tingkat pendidikan perawat di Instalansi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul adalah D-III Keperawatan dengan peresentase 86,67% sedangkan S1 Keperawatan dengan persentase 13,33%. Perawat profesional pemula adalah perawat yang mempunyai tingkat pendidikan minimal D-III Keperawatan (Widiastuti, 2002). Tingkat pendidikan adalah level atau tingkat suatu proses yang berkaitan dalam mengembangkan semua aspek kepribadian manusia, yang mencakup pengetahuannya, nilai dan sikapnya serta keterampilannya. Makin tinggi pendidikan seseorang makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2003)..

Berdasarkan hasil penelitian sebelum diadakan pelatihan menunjukkan bahwa dari 30 perawat, sebanyak 22 perawat atau sebesar 73,33% dalam

kategori baik, artinya sudah menerapkan SOP perawatan luka pada pasien pasca operasi. Data table 4.6 juga menunjukkan bahwa sebelum diberi pelatihan perawatan luka pasca operasi masih ada 8 orang yang belum sepenuhnya menerapkan SOP perawatan luka pada pasien pasca operasi. Dapat disimpulkan bahwa perawat di RS PKU Muhammadiyah Bantul sebagian besar sudah melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan menerapkan SOP dalam melakukan perawatan luka. Adapun SOP yang sudah dilakukan antara lain:

1. Menyiapkan alat: (Medikasi set steril dalam bak *sterile*: *pinset anatomi*, *pinset chirurgis*, kom *sterile* 2 buah, gunting jaringan, *hipavix*/verban transparan, gunting verban, *kassa sterile* secukupnya, Nacl 0,9%, bengkok)

Perawatan luka bertujuan untuk meningkatkan proses penyembuhan jaringan juga untuk mencegah infeksi. Luka yang sering ditemui oleh perawat di klinik a/tau rumah sakit, biasanya luka yang bersih tanpa kontaminasi misal luka *secsio caesaria*, dan atau luka operasi lainnya. Perawatan luka harus memperhatikan teknik *sterile*, karena luka menjadi *port de entre* nya mikroorganisme yang dapat menginfeksi luka. Adapun langkah yang ditempuh perawat dalam melakukan *sterile* luka setelah operasi yaitu perlunya persiapan yang terdiri dari 1) Mencuci tangan, 2) Menyiapkan alat-alat dalam baki/*trolley*. Alat *Sterile* dalam bak instrumen ukuran sedang tertutup terdiri dari; *Pinset anatomis* (2 buah), *Pinset chirurgis* (2 buah), *Handscoon sterile*, *Kom sterile* (2 buah), *Kassa* dan kapas *sterile* secukupnya, *Gunting jaringan/ Gunting Up Hecting* (jika diperlukan).

Sedangkan alat lain yang digunakan adalah gunting *Verband*, *plester*, *Nierbekken* (Bengkok), lidi kapas, alas/*Perlak*, Selimut Mandi, Kapas Alkohol dalam tempatnya, *Betadine* dalam tempatnya, Larutan *normal saline* dalam botolnya (NaCL 0,9%), Lembar catatan klien. 3) Setelah lengkap bawa peralatan ke dekat klien (Perry & Potter, 2005) .

Pada standar SIKP 5, rumah sakit dituntut untuk mampu mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan / infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi luka dekubitus, *phlebitis*, sepsis, dan infeksi luka operasi (Depkes, 2007). Pada sebagian besar lokasi perawatan kesehatan, pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan masalah. Semakin meningkatnya angka infeksi karena perawatan kesehatan membuat pasien dan praktisi kesehatan prihatin (Depkes RI, 2003)

2. Mengkomunikasikan pada pasien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan

Salah satu isi SOP perawatan luka adalah melakukan *informe consent* lisan pada klien/keluarga dan intruksikan klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril. *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations* (2002) menyebutkan tujuh standar *Hospital patient safety* dan dijadikan sebagai acuan RS untuk melaksanakan program *Patient Safety* dalam pencegahan dan pengendalian infeki antara lain:

- a. Hak pasien dan keluarganya untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan KTD.

- b. Mendidik pasien dan keluarga mengenai kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.
- c. Rumah sakit menjamin keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan antar tenaga dan unit pelayanan.
- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Adanya peran pimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien dengan menjamin implementasi program *patient safety*.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien melalui pendidikan dan latihan serta *in service training*.
- g. Menerapkan komunikasi sebagai kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Komunikasi dalam praktik keperawatan profesional merupakan unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal. Kegiatan keperawatan yang memerlukan komunikasi meliputi timbang terima, *interview*/anamnesis, komunikasi melalui komputer, komunikasi rahasia klien, komunikasi melalui sentuhan, komunikasi dalam pendokumentasian, komunikasi antara perawat dengan profesi lainnya, dan komunikasi antara perawat dengan pasien (Bahtiar Yanyan & Suarli S, 2002).

3. Membaca bismillah

Salah satu isi dari SOP perawatan luka lainnya adalah setiap akan melakukan tindakan perawatan diwajibkan membaca bismillah. Kita ketahui bahwasannya Allah SWT mempunyai 3000 nama, kemudian ma'na daripada

3000 nama tersebut berada dalam tiga nama yakni *Allah, Arrahman* dan *Arrahim*, dan dikumpulkan dalam kalimat '*Bismillahirrahmanirrahim*'. Maka barang siapa yang mempelajari dan membacanya senantiasa seolah-olah dia berdzikir kepada Allah SWT dengan semua nama-nama-Nya.

Obat dan perawatan yang maksimal adalah hanya sarana untuk berusaha, sedangkan yang menentukan kesembuhan adalah Allah SWT. Pencegahan dan pengendalian infeksi dapat dihubungkan dengan hadist berikut: Diriwayatkan oleh Ibnu Abbas r.a, Rasulullah SAW bersabda:

"Barang siapa yang membaca 'Bismillahirrahmanir rahim wala hawla wala quwata illa billahil 'aliyil azhim'" maka Allah akan singkirkan daripadanya 70 pintu bala', musibah, kebingungan, dan kesedihan.

4. Membuka balutan secara perlahan-lahan perhatikan kenyamanan pasien

Bagian terpenting lainnya dalam perawatan luka salah satunya adalah balutan. Menurut Perry & Potter, (2005) apabila balutan tidak sesuai dengan karakteristik luka maka balutan tersebut akan memperlambat penyembuhan luka. Pada luka operasi dengan penyembuhan *primer*, umumnya balutan dibuka segera setelah *drainase* berhenti. Cara membuka balutan yang memperhatikan kenyamanan pasien adalah (Perry&Potter, 2005).

- a. Basahi plester yang melekat dengan was bensi dengan lidi kapas.
- b. Lepaskan plester menggunakan *pinset anatomis* ke 1 dengan melepaskan ujungnya dan menarik secara perlahan, sejajar dengan kulit ke arah balutan.
- c. Kemudian buang balutan ke *nierbekken*.

- d. Simpan *pinset on sterile* ke *nierbekken* yang sudah terisi larutan chlorin 0,5%

Menurut Perry & Potter (2005) merekomendasikan prosedur pergantian balutan sebagai berikut:

- a. Perawat harus mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka
- b. Perawat tidak boleh menyentuh luka terbuka atau luka baru secara langsung tanpa menggunakan sarung tangan *sterile*
- c. Apabila luka ditutup balutan dapat diganti tanpa menggunakan sarung tangan
- d. Balutan pada luka tertutup harus diangkat atau diganti jika sudah terlihat basah atau jika klien menunjukkan tanda dan gejala infeksi.

Mengganti balutan merupakan salah satu penerapan SOP perawatan luka dalam upaya program pencegahan dan pengendalian infeksi. Hal ini juga di sampaikan dalam tujuan dibuatnya SOP perawatan luka oleh RS PKU Muhammadiyah Bantul yaitu agar tidak terjadinya infeksi maupun tempat masuknya segala mikroorganisme. Selain itu adanya SOP juga berfungsi menjaga kompetensi dan tingkat kinerja *staff* atau *operator* dalam suatu organisasi atau unit (Stup, 2001).

5. Memasukkan balutan kotor kedalam bengkok

Dalam manajemen perawatan luka ada beberapa tahap yang dilakukan yaitu evaluasi luka, tindakan antiseptik, pembersihan luka, penjahitan luka, penutupan luka, pembalutan, pemberian antibiotik dan pengangkatan jahitan. Langkah setelah pembalutan dibuka, maka tindakan

kebersihan untuk membuah bekas balutan harus tepat. Bengkok merupakan tempat yang telah disediakan rumah sakit untuk membuah sampah khususnya bekas balutan. Bekas balutan luka yang mengandung bakteri, jika dibuang sebarangan maka akan mengganggu pasien yang lain dan akan mengakibatkan berkembangnya bakteri tersebut serta dapat memicu timbulnya infeksi nosokomial yang akan mempengaruhi kelamatan pasien (Darmadi, 2008).

6. Membalut luka dengan kassa *sterile* apabila menggunakan verban transparan tidak perlu menutup dengan kassa steril

Pertimbangan dalam menutup dan membalut luka sangat tergantung pada penilaian kondisi luka. Pembalutan berfungsi sebagai pelindung terhadap penguapan, infeksi, mengupayakan lingkungan yang baik bagi luka dalam proses penyembuhan, sebagai fiksasi dan efek penekanan yang mencegah berkumpulnya rembesan darah yang menyebabkan *hematom*.

Dokter bedah menutup luka dengan cara menyatukan tepi-tepi luka serapat mungkin untuk mengurangi terbentuknya jaringan parut. Penutupan luka yang tepat dengan meminimalkan truma dan ketegangan jaringan dengan cara mengontrol perdarahan (Perry & Potter, 2005).. Apabila balutan tidak sesuai dengan karakteristik luka maka balutan tersebut akan memperhambat penyembuhan luka. Pada luka operasi dengan penyembuhan *primer*, umumnya balutan dibuka segera setelah *drainase* berhenti. Berikut tujuan pembalutan luka (Morison J. Moya, 2003).

- a. Melindungi luka dari *kontaminasi mikroorganisme*
- b. Membantu *hemostasis*

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

Menurut Perdanakusuma (2011) agar seyogyanya menggunakan berbagai macam *wound dressing modern* sesuai dengan jenis luka yang saat ini sudah tersedia di Indonesia. Penanganan luka yang tepat dijelaskan dalam algoritma perawatan luka, dapat meningkatkan keselamatan pasien dan pengendalian pencegahan infeksi. Selain itu, dalam penanganan luka, sudah umum diketahui bahwa salah satu yang harus dilakukan adalah tindakan *debridement*. *Debridement* bertujuan untuk membuat luka menjadi bersih sehingga mengurangi kontaminasi pada luka dan mencegah terjadinya infeksi. *Debridement* bisa dilakukan dengan beberapa cara, dari yang kurang *invasif* hingga *invasif*, yaitu *debridement* secara biologik, mekanik, *otolitik*, *enzimatik*, dan *surgical*.

7. Menutup balutan menggunakan *hipavix* secara rapat

Menutup balutan luka dengan *hipavix* secara rapat merupakan salah satu cara untuk mencegah terjadinya infeksi atau penyebaran mikroorganisme lainnya. Adapun langkah-langkah menutup balutan yang

tepat dalam upaya pencegahan terjadinya infeksi, sebagai berikut (Perry&Potter, 2005):

1. Bila sudah bersih, luka dikeringkan dengan kassa *sterile* kering yang diambil dengan pinset anatomis kemudian dipindahkan ke pinset chirurgis di tangan kanan.
 2. Beri *topical therapy* bila diperlukan/sesuai indikasi
 3. Kompres dengan kassa lembab (bila kondisi luka basah) atau langsung ditutup dengan kassa kering (kurang lebih 2 lapis)
 4. Kemudian pasang bantalan kassa yang lebih tebal
 5. Luka diberi *plester* secukupnya atau dibalut dengan pembalut dengan balutan yang tidak terlalu ketat.
8. Membereskan alat

Alat yang digunakan untuk perawatan luka harus *sterile*, supaya alat terjaga dan selalu *sterile*, maka diperlukan perhatian setelah alat-alat yang digunakan untuk perawatan luka harus dibereskan atau rapikan sesuai dengan standar yang ada. Aspek ini perlu dilakukan perawat dalam melakukan perawatan luka untuk menerapkan Kewaspadaan Universal dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Merapikan alat merupakan bagian dari Dasar Kewaspadaan universal ini meliputi, pengelolaan alat kesehatan, cuci tangan guna mencegah infeksi silang, pemakaian alat pelindung diantaranya sarung tangan untuk mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksius yang lain, pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan, pengelolaan limbah (Depkes RI, 2003).

9. Merapikan Pasien

Salah satu tugas perawat dalam merawat dan melayani pasien secara benar adalah merapikan pasien. Ketepatan posisi pasien akan menjadikan pasien nyaman yang pada akhirnya akan membantu mempercepat penyembuhan luka setelah operasi yang diderita pasien (Morison J. Moya, 2012).

10. Mencuci tangan dan mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan

Sebagian besar perawat mempunyai kebiasaan melakukan cuci tangan setelah selesai melakukan seluruh tindakan pada banyak pasien, karena sebagian besar perawat menggunakan sarung tangan saat melakukan tindakan. Penggunaan sarung tangan sudah dianggap perawat sebagai alat pelindung diri, padahal cuci tangan harus dilakukan sebelum dan setelah tindakan keperawatan untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial.

Cuci tangan harus dilakukan setelah melakukan tindakan yang dimungkinkan terjadi pencemaran, misalnya setelah memeriksa pasien, setelah memegang alat-alat bekas pakai, setelah menyentuh selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya, setelah membuka sarung tangan (Depkes, 2003). Cuci tangan sesudah membuka sarung tangan perlu dilakukan karena ada kemungkinan sarung tangan berlubang atau robek (Deoartemen Kesehatan RI, 2003). Tidak mencuci tangan sesudah melakukan tindakan keperawatan menempatkan perawat pada resiko terinfeksi penyakit dari pasien atau alat-alat yang terkontaminasi, yang mengakibatkan meningkatnya angka kejadian infeksi nosokomial.

Tingkat kontaminasi pada luka bersih terkait materi pelatihan yang diberikan oleh narasumber dibagi menjadi dua yaitu: 1) Luka bedah yang tidak terinfeksi tidak akan terdapat inflamasi dan biasanya dijahit tertutup. Kemungkinan untuk terjadinya infeksi *relative* antara 1% sampai 5% . 2) Luka bedah saluran pernafasan, pencernaan, genital atau perkemihan. Kemungkinan terjadinya infeksi *relative* antara 3% sampai 11 %.

Menurut Ibrahim, K (2007) cuci tangan yang dilakukan secara benar dapat menghilangkan mikroorganisme yang menempel ditangan. Cuci tangan harus selalu dilakukan sebelum dan setelah melakukan tindakan perawatan ke pasien, memakai sarung tangan, menyentuh darah, cairan tubuh, atau eksresi pasien. Mencuci tangan yang kurang tepat dapat menimbulkan perpindahan organisme *pathogen* dari pasien ke petugas atau sebaliknya. Organisme inilah yang nantinya akan menyebabkan infeksi nosokomial pada pasien.

Diperkirakan bahwa lebih dari 1,4 juta penduduk di seluruh dunia menderita akibat infeksi nosokomial. Hal ini terjadi di negara – negara berkembang dengan hasil anatara 5% – 10% pasien terkena satu atau lebih infeksi dan 15% – 40% pasien yang terkena infeksi nosokomial dialami saat pelayanan kritis (Daud, 2008).

Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk mencegah infeksi nosokomial dalam penerapan *patient safety*. Hal yang direkomendasikan adalah mendorong implementasi penggunaan cairan *alcohol – based hand – rubs* yang tersedia pada titik – titik pelayanan,

tersedianya sumber air / kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar, mengingatkan penggunaan tangan bersih di tempat kerja dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan / observasi dan teknik-teknik yang lain.

Setelah semua langkah kegiatan perawatan luka dilaksanakan maka yang perlu diperhatikan dalam pendokumentasian setiap tindakan. Menurut (Perry&Potter, 2005), adapun hal-hal yang perlu didokumentasikan adalah:

- a. Hasil observasi luka
- b. Balutan dan atau drainase
- c. Waktu melakukan penggantian balutan
- d. Respon klien

Untuk deskripsi setiap pertanyaan dari penilaian SOP perawatan luka bersih sebelum pelatihan, menunjukkan bahwa ada 4 item SOP, yang masih dalam kategori cukup, artinya perawat belum sepenuhnya melakukan perawatan secara menyeluruh sesuai dengan SOP yang sudah ditentukan. Adapun item tersebut adalah:

1. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan

Perilaku perawat dalam perawatan luka pasca operasi akan terwujud dalam tindakan salah satunya adalah perawat harus melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan jarang dilakukan, kadang-kadang membersihkan tangan dengan menggunakan *alcohol*. Cuci tangan adalah suatu tindakan membersihkan tangan yang secara rutin dilakukan jika kotor, sedangkan tujuan dari cuci

tangan itu sendiri adalah : Pertama, menekan atau mengurangi jumlah dan pertumbuhan bakteri pada tangan. Kedua, menurunkan jumlah kuman yang tumbuh dibawah sarung tangan. Ketiga, mengurangi resiko transmisi mikroorganisme ke petugas kesehatan maupun pasien serta kontaminasi silang kepada pasien lain dan juga anggota keluarga pasien (Brunner,2002).

Pertanyaan item SOP mencuci tangan sebelum tindakan, setelah dilakukan pelatihan tidak mengalami perubahan nilai rata-rata. Hal ini dikarenakan kelalaian dari setiap responden secara pribadi, kebanyakan dari responden sudah memahami pentingnya mencuci tangan baik sebelum maupun sesudah tindakan. Akan tetapi responden masih mengabaikan dalam aplikasi di lapangan, sikap ini didukung dengan budaya yang sudah menjadi kebiasaan sehari-hari, upaya yang harus dilakukan lagi oleh pihak manajemen adalah merubah kebiasaan ini dengan metode memperingati bahaya dari infeksi nosokomial. Salah satu caranya dengan membuat poster mencuci tangan berikut dengan bahaya kelalaian serta memberikan pembaharuan metode. Agar responden mempunyai rasa bertanggung jawab atas keselamatan diri dan pasien.

2. Menutup korden/sampiran

Perilaku perawat di Instalansi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul, yang masih sering tidak dilakukan termasuk dalam SOP perawat luka RS PKU Muhammadiyah Bantul adalah melakukan penutupan korden/sampiran jika membersihkan luka, perlu diperbaiki atau perlu dilakukan agar pasien terlindungi atau untuk menjaga keselamatan

pasien. Perawat merupakan salah satu profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dimanapun mereka bekerja. Bentuk pelayanan yang diberikan senantiasa merupakan pelayanan; paripurna, manusiawi, dan diberikan kepada sistem klien yang menghadapi masalah kesehatan melalui upaya pemenuhan kebutuhan dasarnya (Nurachmah, 2005).

Salah satu peran perawat menurut Perry & Potter (2005) adalah memberi perawatan yaitu dalam bentuk asuhan keperawatan untuk mendapatkan kembali kesehatan pasien dalam proses penyembuhan. Perawat memberikan asuhan keperawatan berfokus pada kebutuhan *holistic* pasien meliputi upaya pengembalian kesehatan emosi, spiritual dan sosial.

Pernyataan ini mendukung dalam pemahaman responden pentingnya privasi pasien demi menciptakan kenyamanan pasien dan menunjukkan profesionalitas kerja perawat terhadap pasien. Setelah dilakukan pelatihan responden lebih mengerto bagaimana pentingnya kenyamanan dari tindakan yang dilakukan. Bagaimana responden akan dapat menilai profesionalitas kerja perawat serta perasaan nyaman ini merupakan sebuah bentuk kepuasan dari kualitas pelayanan rumah sakit.

3. Menyiapkan pasien pada posisi yang nyaman, posisi perawat disebelah kanan pasien

Mengkondisikan pasien pada posisi yang nyaman merupakan hal penting yang perlu diperhatikan perawat dalam melakukan perawatan luka pasca operasi, hal ini berkaitan dengan keselamatan pasien. Berdasarkan data

penilaian pertanyaan dalam SOP perawatan luka, point ini masih kurang diperhatikan. Keselamatan pasien merupakan prioritas utama yang harus dijalankan dalam suatu gerakan pengendalian infeksi secara menyeluruh.

Berkaitan dengan peran perawat sebagai tenaga yang professional sebagaimana di jelaskan oleh *America Nurse Association (ANA)* dalam Perry & Potter (2005) bahwa perawat professional bertanggung jawab atas kualitas dan kondisi dari keseluruhan asuhan keperawatan yang diterima oleh klien. Maka dari itu keselamatan pasien dalam suatu tindakan keperawatan akan memberikan beberapa dampak kepada pasien dan perawat baik *positif* maupun *negative*.

Keuntungan atau dampak *positif* dilaksanakannya program *patient safety* oleh perawat adalah meminimalkan kejadian yang tidak diinginkan (KTD) atau *nursing error* terhadap pasien agar tercipta suatu asuhan keperawatan yang professional. Paradigma pelayanan kesehatan di rumah sakit sekarang sudah bergeser dari *quality* kearah *quality-safety* yang artinya tidak hanya mutu pelayanan kesehtan saja yang ditingkatkan melainkan lebih penting lagi menjaga keselamatan pasien secara terus-menerus (Depkes, 2006). Kerugian dari dilaksanakannya program *patient safety* secara bagi perawat sendiri tidaklah menjadi suatu kerugian, dikarenakan program *patient safety* merupakan program yangmeningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan. *Patient safety* harus dijadikan budaya dalam sutu rumah sakit sehingga membudayakannya dan merubah *mindset personal* memerlukan waktu yang lama (Tardif et al, 2008).

4. Membersihkan luka dengan NaCl 0,9% sampai bersih.

Perawatan luka yang benar dapat mencegah terjadinya penyebaran mikroorganisme *patogen* yang terdapat dalam cairan tubuh atau darah. Dalam penelitian ini ditemukan masih kurangnya perhatian perawat dalam membersihkan luka dengan NaCl 0,9% sampai bersih. Masih perlunya pengawasan pada perawat mengenai perilaku membersihkan luka dengan NaCl 0,9%. Dalam algoritma perawatan luka, tercantum bahwa semua jenis luka dibersihkan dengan larutan NaCl 0,9% (Perdanakusuma, 2011).

Proses pencucian/pembersihan luka yang perlu diperhatikan adalah pemilihan cairan pencuci dan teknik pencucian luka. Penggunaan cairan pencuci yang tidak tepat akan menghambat pertumbuhan jaringan sehingga memperlama waktu rawat dan meningkatkan biaya perawatan. Pemilihan cairan dalam pencucian luka harus cairan yang efektif dan aman terhadap luka. Larutan yang sering digunakan saat ini adalah Normal Saline. Normal saline atau disebut juga NaCl 0,9% merupakan cairan yang bersifat fisiologis, non toksik dan tidak mahal. NaCl dalam setiap liternya mempunyai komposisi natrium klorida 9,0 g dengan osmolaritas 308 mOsm/l setara dengan ion-ion Na⁺ 154 mEq/l dan Cl⁻ 154 mEq/l (InETNA,2004:16 ; ISO Indonesia,2000:18).

Adapun cara membersihkan luka menggunakan NaCl (Perry&Potter, 2005):

- a. Larutan NaCl/normal salin (NS) di tuang ke kom kecil ke 1

- b. Ambil pinset, tangan kanan memegang pinset chirurgis dan tangan kiri memegang pinset anatomis ke-2
- c. Membuat kassa lembab secukupnya untuk membersihkan luka (dengan cara memasukkan kapas/kassa ke dalam kom berisi NaCL 0,9% dan memerasnya dengan menggunakan pinset)
- d. Lalu mengambil kapas basah dengan pinset anatomis dan dipindahkan ke pinset chirurgis
- e. Luka dibersihkan menggunakan kassa lembab dengan kassa terpisah untuk sekali usapan. Gunakan teknik dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi.

Berkaitan dengan ini, pada pelatihan perawatan luka yang telah diberikan dijelaskan bahwa konsep baru dalam penyembuhan luka yaitu dengan menggunakan metode perawatan berbasis suasana lembab. Proses penyembuhan akan lebih terangsang baik pada suasana lembab dikarenakan infeksi lebih rendah terjadi dibandingkan suasana kering yaitu, 2,6% : 7,1 %. Pembentukan sel aktif *invasi netrofi* yang diikuti *makrophag*, *monosit* dan *limfosit* ke daerah luka akan berfungsi lebih dini.

Perdanakusuma menjelaskan dalam “Jurnal Kedokteran Indonesia Medika” (2009, vol xxxv) bahwa prinsip penanganan luka sebaiknya janganlah seragam”. Selain itu, beliau juga menerapkan bahwa sebaiknya apabila luka terlihat basah maka luka tersebut dikeringkan. Begitu pun sebaliknya, luka yang terlihat kering harus dibasahi atau dibikin lembab. Jurnal ini mendukung peningkatan pemahaman responden ketika pelatihan

bahwa, pentingnya menerapkan item SOP ini akan membantu proses penyembuhan luka yang optimal. Sebelum pelatihan responden lebih menunjukkan kebiasaan yang sudah ada, dengan menerapkan SOP pada item ini, tetapi tidak didukung dengan pengetahuan yang optimal mengenai fungsi dari NaCl 0,9% dalam penyembuhan luka dan sebagai cairan antiseptik yang aman bagi luka. Berdasarkan hasil tabel 4.7 terdapat 2 item penerapan SOP yang masuk dalam kategori kurang dilakukan yaitu :

1. Memperhatikan adanya tanda-tanda infeksi sekunder seperti kemerahan, bengkak, panas, atau adanya pus di sekitar luka

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial tidak akan lepas dari upaya mengeliminasi mikroba patogen. Pasien yang sedang dalam proses asuhan keperawatan di ruang perawatan berada dalam posisi rentan dan mudah terinfeksi oleh berbagai mikroba patogen yang ada di sekitarnya. Pasien akan selalu terancam oleh adanya mikroba patogen yang bersarang pada benda-benda di sekitarnya, sebut saja berbagai peralatan medis dan nonmedis yang ada di ruangan/ruang perawatan. Bahkan udara dalam ruangan pun dapat memberi kontribusi terjadinya infeksi nosokomial, termasuk pula halnya dengan para petugas (Depkes, 2003).

Menyadari akan pentingnya suatu kondisi yang bebas *microba pathogen*, maka diperlukan suatu upaya mengeliminasi mikroba patogen pada berbagai sarana/peralatan, terutama sarana/ peralatan yang langsung digunakan pada prosedur atau tindakan medis serta *microba pathogen* yang melekat dengan para petugas. Untuk setiap prosedur atau tindakan

medis/perawatan yang ditujukan kepada penderita, akan berisiko masuknya *microba pathogen* ke tubuh penderita. Artinya, hal tersebut diatas memajukan adanya upaya pencegahan dalam bentuk kewaspadaan universal dalam pengendalian pencegahan terjadinya infeksi.

2. Menutup luka menggunakan sufratul secukupnya, bila tidak ada tanda infeksi sekunder.

Bagian terpenting dalam perawatan luka salah satunya adalah menutup luka dengan *primery dressing*. Apabila *primery dressing* tidak sesuai dengan karakteristik luka maka akan memperlambat penyembuhan luka. Konsep penanganan luka secara tepat dan merawat luka sesuai dengan tampilan luka tersebut (Perdanakusuma, 2009, vol. xxxv).

Berdasarkan tabel 4.9, penilaian SOP perawatan luka sesudah dilakukannya pelatihan perawatan luka pasca operasi ada peningkatan penerapan SOP, secara keseluruhan perawat sudah menerapkan SOP perawatan luka pada pasien pasca operasi. Namun, masih terdapat satu item pertanyaan yang masih dalam kategori cukup, yaitu mencuci tangan sebelum melakukan tindakan. Pengendalian infeksi hendaklah dimulai dari diri sendiri. Salah satunya dengan memperhatikan dengan benar fungsi dari penggunaan *primery dressing*, dalam item SOP terdapat penggunaan *primery dressing* salah satunya dengan *suftratule*.

Penggunaan sufratule yang tepat dapat menekan angka pemborosan *primery dressing* baik berguna bagi pihak manajemen RS juga berguna bagi pasien. Penelitian Searle Richard et al (2009) mengenai “A survey of

postoperative wound dressing practice before and after implementing national guidelines” menjelaskan bahwa ketepatan dalam penggunaan primary dressing akan membantu menurunkan biaya perawatan pasien. Pasien akan mendapatkan tindakan yang efisien dan dalam penelitiannya di jelaskan menggunakan primary dressing yang terbaru dan diterapkan kepada pasien dengan efek *cost-saving* menurun 3 euro perpasien.

Kebanyak dari perawat mengabaikan *hygiene* ini, dikarenakan mereka langsung menggukun sarung tangan dan memulai tindakan perawatan. Hal ini merupakan salah satu resiko bisa terjadinya infeksi silang dari penyebaran mikroba pathogen melalui telapak tangan. Mikroorganisme pada telapak tangan manusia dapat diklasifikasikan dalam dua kelompok, yaitu flora dan transien yang juga disebut flora transit atau flora kontaminasi, normalnya didapat dari kegiatan hidup sehari-hari, dan jenisnya tergantung dari lingkungan tempat beraktivitas. Mikroorganisme ini, yang pathogen maupun yang tidak pathogen dengan sabun atau detergen (Sidemen et al., 2000).

Berdasarkan hasil dari tabel 4.12, uji perbedaan *pre-post test* menunjukkan *p-value*= 0,002 yang artinya kurang dari *p* 0,05 dan dinyatakan signifikan. Dengan demikian dapat diasumsikan bahwa pelatihan perawatan luka pasca operasi efektif dalam penerapan SOP perawatan luka di instalansi Rawat Inap Dewasa RS PKU Muhammadiyah Bantul. Tingkat efektivitas kerja sangat tergantung pada baik buruknya pelatihan yang dilakukan. Perawat baru membutuhkan latihan-latihan sebelum mereka dapat

menjalankan tugas-tugas yang menjadi kewajibannya. Sedangkan bagi perawat lain mereka membutuhkan latihan-latihan karena adanya tuntutan dari tugas-tugasnya yang sekarang ataupun untuk mempersiapkan dirinya berhubungan akan ditransfer atau akan dipromosikan pada jabatan yang lain.

Perkembangan teknologi baru, berupa peralatan rumah sakit yang baru atau alih teknologi, maka diperlukan pelatihan perawat, dalam hal ini adalah pelatihan tentang pemahaman dan pelaksanaan perawatan luka pasca operasi. Adanya pelatihan-pelatihan rumah sakit yang menyesuaikan dengan perkembangan teknologi maupun informasi. Latihan-latihan yang diberikan kepada para perawat juga sering mendorong para perawat bekerja lebih keras. Hal ini disebabkan karena perawat yang telah tahu pekerjaannya dengan baik akan mencapai tingkat moral kerja yang lebih tinggi dan pada akhirnya tercapaian tujuan.

Pelaksanaan program-program pelatihan dan pengembangan yang efektif, diperlukan suatu metode, model pelatihan serta pengembangan yang sesuai dengan tuntutan kebutuhan pekerjaan, organisasi dan lingkungan (Handoko (1998), Menurut Simarnora (2004) mengemukakan bahwa dalam kegiatan pelatihan dan pengembangan manajemen terdapat dua metode, yaitu: 1) metode praktis (*on the job training*) dan 2) metode presentasi informasi serta simulasi (*off the job training*). Untuk melihat efektifitas dari pelatihan maka, pelatihan merupakan suatu solusi yang tepat bagi permasalahan organisasi, yakni bahwa pelatihan tersebut harus dimaksudkan untuk memperbaiki kekurangan ketrampilan.

Tujuan dari evaluasi efektivitas program pelatihan adalah untuk menguji apakah pelatihan tersebut efektif dalam mencapai sasaran-sasaran yang telah ditetapkan sesuai yang dikemukakan oleh Robert L Mathis dan John H. Jackson (2002) bahwa pelatihan bias dievaluasi berdasarkan informasi yang bias diperoleh pada empat tingkatan diantaranya:

1. *Reaction*: Seberapa baik para peserta menyenangi pelatihan?
2. *Learning*, seberapa jauh para peserta mempelajari fakta-fakta, prinsip-prinsip dan pendekatan yang terlibat di dalam pelatihan?
3. *Behavior*, seberapa jauh perilaku kerja para pekerja berubah karena pelatihan?
4. *Organizational result*, apakah peningkatan produktivitas atau penurunan biaya telah dicapai?

Program pelatihan tidak hanya penting bagi individu tetapi juga penting bagi organisasi dan hubungan manusia dalam kelompok; Milkovic & Boudreau (2000) menerangkan bahwa program pelatihan harus dikaitkan dengan masalah pembelajaran untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Pada pelatihan aspek pembelajaran yang harus diperhatikan antara lain materi, metode, pengajar dan evaluasi.