

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan tempat berkumpulnya segala macam penyakit, baik menular maupun tidak menular. Ditinjau dari asal atau didapatnya infeksi dapat berasal dari komunitas (*community acquired infection*) atau berasal dari lingkungan rumah sakit (*Hospital acquired infection*) yang sebelumnya dikenal dengan istilah infeksi nosokomial. Istilah ini seringkali tidak bisa secara pasti ditentukan asal infeksi, maka sekarang istilah infeksi nosokomial (*Hospital Acquired Infections*) diganti dengan istilah baru yaitu “*Health Associated Infections*” (HAIs) dengan pengertian yang lebih luas tidak hanya di rumah sakit tetapi juga di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Infeksi ini tidak terbatas pada pasien saja, tetapi juga infeksi pada petugas kesehatan yang didapat pada saat melakukan tindakan perawatan pasien. Khusus untuk infeksi yang terjadi atau didapat di rumah sakit selanjutnya disebut Infeksi Rumah Sakit (IRS). (Kemenkes, 2011)

HAIs adalah penyakit infeksi yang pertama muncul (penyakit infeksi yang tidak berasal dari pasien itu sendiri) dalam waktu antara 48 jam dan empat hari setelah pasien masuk rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya, atau dalam waktu 30 hari setelah pasien keluar dari rumah sakit. Dalam hal ini termasuk infeksi yang didapat dari rumah sakit tetapi muncul setelah pulang dan infeksi akibat kerja terhadap pekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien merupakan kelompok yang berisiko mendapat HAIs. Infeksi ini dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain, dari pasien kepada pengunjung atau keluarga maupun dari petugas kepada pasien (Kemenkes RI, 2011).

Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu upaya kegiatan untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit. Program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) adalah kegiatan surveilans, disamping adanya kegiatan lain seperti pendidikan dan latihan, kewaspadaan isolasi serta kebijakan penggunaan antimikroba yang rasional. Kegiatan surveilans infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu kegiatan yang penting dan luas dalam program pengendalian infeksi, dan suatu hal yang harus dilakukan untuk mencapai keberhasilan dari program PPI. (Kemenkes, 2011)

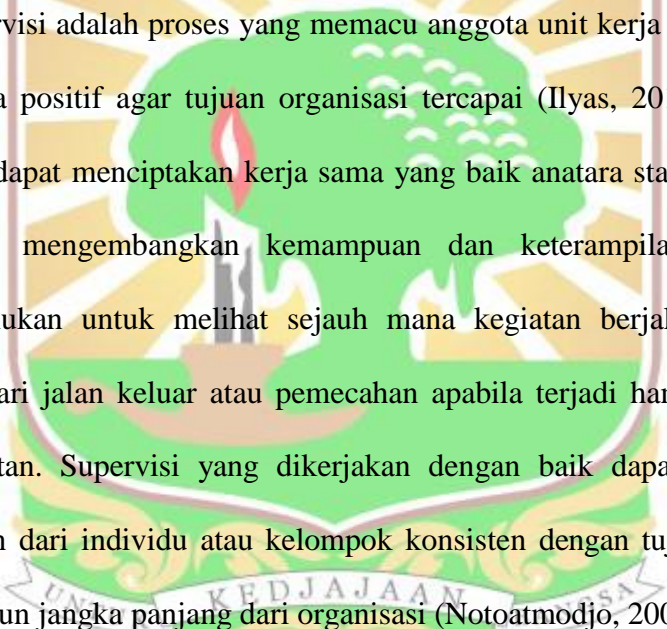
Program pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di rumah sakit penting bagi kesehatan pasien dan keselamatan petugas, pengunjung dan lain- lain di lingkungan rumah sakit (Schenkler, 1998 dalam Molina 2012). Sehingga pada tahun 1976 *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) memasukkan kegiatan pengawasan, organisasi yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian risiko infeksi nosokomial menjadi syarat untuk akreditasi rumah sakit yang

merupakan ukuran kualitas dari pelayanan kesehatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

Petugas kesehatan termasuk petugas pendukung seperti petugas laboratorium, rumah tangga, CSSD, pembuang sampah dan lainnya juga terpajan pada risiko besar terhadap infeksi. Petugas kesehatan harus memahami, mematuhi dan menerapkan kewaspadaan isolasi yaitu kewaspadaan standar, kewaspadaan berdasarkan transmisi agar tidak terinfeksi. Kewaspadaan yang terpenting, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien dalam rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik terdiagnosis infeksi, diduga terinfeksi atau kolonisasi. (Depkes, 2011)

Pencegahan tranmisi silang sebelum diagnosis ditegakkan atau hasil pemeriksaan laboratorium belum ada. Strategi utama untuk PPI, menyatukan *Universal Precautions* dan *Body Substance Isolation* adalah kewaspadaan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rutin dan harus diterapkan terhadap semua pasien di semua fasilitas kesehatan. Seluruh petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit seharusnya mengetahui pentingnya pencegahan infeksi silang (nosokomial). Infeksi sebagian besar dapat dicegah dengan strategi yaitu dengan cuci tangan infeksi nosokomial merupakan persoalan serius yang menjadi penyebab langsung maupun tidak langsung kematian pasien. Hal ini dapat dicegah melalui perilaku cuci tangan petugas kesehatan di Rumah Sakit (Musadad, Lubis & Kasnodiharjo, 1993).

Kebiasaan cuci tangan petugas merupakan perilaku yang mendasar sekali dalam upaya mencegah *cross infection* (infeksi silang). Kebersihan tangan (cuci tangan) merupakan suatu prosedur tindakan membersihkan tangan dengan menggunakan sabun atau *antiseptic* dibawah air mengalir atau dengan menggunakan *handrub* yang bertujuan untuk menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara. Hal ini mengingat rumah sakit sebagai tempat berkumpulnya segala macam penyakit, baik menular maupun tidak menular (Tietjen, 2004).



Supervisi adalah proses yang memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi tercapai (Ilyas, 2012). Supervisi yang baik dapat menciptakan kerja sama yang baik antara staff dan manejer, dan dapat mengembangkan kemampuan dan keterampilan staff. Supervisi diperlukan untuk melihat sejauh mana kegiatan berjalan sesuai rencana, mencari jalan keluar atau pemecahan apabila terjadi hambatan pelaksanaan kegiatan. Supervisi yang dikerjakan dengan baik dapat menjamin semua tujuan dari individu atau kelompok konsisten dengan tujuan jangka pendek maupun jangka panjang dari organisasi (Notoatmodjo, 2009).

Supervisi secara langsung memungkinkan manager keperawatan menemukan berbagai hambatan/ permasalahan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruangan dengan mengkaji secara menyeluruh faktor- faktor yang mempengaruhinya dan bersama dengan staf keperawatan untuk mencari jalan pemecahannya (Suarli, 2010). Pelaksanaan supervisi dilakukan oleh seorang supervisor dalam hal ini adalah kepala ruangan supervisor adalah manager

tingkat bawah yang langsung membawahi perawat pelaksana. Dalam pelaksanaan pencegahan risiko infeksi, supervisi telah dilakukan oleh kepala ruangan terhadap perawat pelaksana, dilihat dari angka supervisi pelaksanaan upaya pencegahan risiko infeksi, masih belum mencapai standar pencegahan risiko infeksi.

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial menjadi tantangan di seluruh dunia karena infeksi nosokomial dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan biaya kesehatan disebabkan terjadi penambahan waktu pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Prevalensi infeksi nosokomial di negara berkembang dengan sumber daya terbatas lebih dari 40% (Raka, 2008 dalam Alp dkk, 2011). Survei yang dilakukan *World Health Organization* (WHO) terhadap 55 rumah sakit di 14 negara menunjukkan 8,7% dari rumah sakit tersebut terdapat pasien dengan infeksi nosokomial. Selain itu, survei mengatakan bahwa 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi akibat perawatan di rumah sakit. Menurut Soeroso (2000) di negara berkembang termasuk Indonesia, rata-rata prevalensi infeksi nosokomial adalah sekitar 9,1% dengan variasi 6,1%- 16,0%. Kejadian infeksi nosokomial pada jenis atau tipe Rumah Sakit sangat beragam.

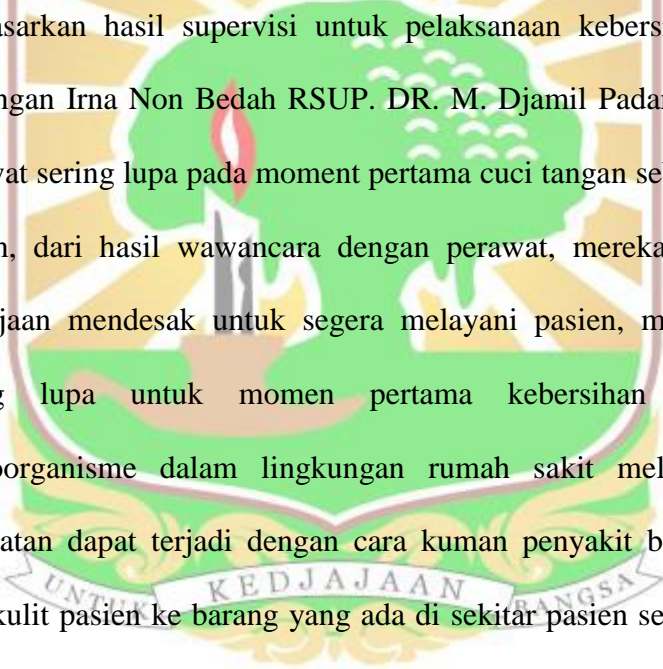
Tingkat infeksi nosokomial yang terjadi di beberapa Negara Eropa dan Amerika rendah yaitu sekitar 1% dibandingkan dengan kejadian di Negara-Negara Asia, Amerika Latin dan Sub Sahara Afrika yang tinggi hingga mencapai lebih dari 40% (Lynch, dkk 2002). Di Indonesia, angka kejadian infeksi nosokomial pasien rawat inap bangsal bedah adalah 5,8% - 6% dan

angka infeksi nosokomial pasien pada luka bedah 2,3% - 18,3% (Hermawan, 2011). Hasil penelitian yang dilakukan di 11 rumah sakit DKI Jakarta pada tahun 2010, menunjukkan bahwa 9,8% pasien rawat inap mendapat infeksi yang baru selama dirawat.

Berdasarkan laporan rumah sakit, RSUP DR. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit tipe B plus pendidikan yang memiliki kapasitas tempat tidur 800 buah, dan merupakan rumah sakit rujukan untuk provinsi Sumatra Barat dengan visi menjadi rumah sakit pendidikan dan rujukan nasional yang terkemuka di Indonesia tahun 2019. RSUP DR. M. Djamil memiliki sumber daya kesehatan sekitar 2440 orang dengan beragam kualifikasi pendidikan dan profesi, dengan jumlah tenaga keperawatan sebanyak 840 orang. Rumah sakit DR. M. Djamil Padang memiliki 24 instalasi dan terdapat 14 unit pelayanan medis (Profil Rumah Sakit DR. M. Djamil Padang, 2013). Sesuai dengan data dari RSUP. DR. M. Djamil Padang BOR pada tahun 2011 (66,7%), tahun 2012 (66,7%), dan mengalami peningkatan pada tahun 2013 (64,28%), dan tahun 2014 (68,70%), untuk ALOS tahun 2011 (7,21 hari), tahun 2012 (7,21 hari) dan meningkat tahun 2014 (8,24 hari), TOI tahun 2011 (4,02 hari), dan pada tahun 2014 mengalami penurunan yaitu (3,78 hari). (Laporan tahunan RSUP. DR. M. Djamil Padang).

Pelaksanaan upaya pencegahan risiko infeksi di RSUP DR. M. Djamil Padang dari hasil laporan dari komite mutu dan manajemen risiko rumah sakit pada tahun 2015 bahwa untuk penerapan kepatuhan petugas dalam penerapan kebersihan tangan untuk pencegahan risiko infeksi pada bulan Mei (45%),

Juni (54,71%), Juli (54%), Agustus (68%), dan September (92,7 %), dimana setiap bulannya sudah menunjukkan angka yang baik, tetapi belum mencapai standar (90%), serta pelaksanaan penerapan kebersihan tangan pada bulan September mengalami peningkatan yang bagus karna sudah mencapai standar, dan ini juga didukung oleh adanya pelaksanaan akreditasi rumah sakit, dimana keselamatan pasien terutama untuk kebersihan tangan merupakan indicator yang sangat penting untuk mencegah penyebaran kuman pathogen dan kuman resisten antibiotik ditatanan pelayanan.



Berdasarkan hasil supervisi untuk pelaksanaan kebersihan tangan perawat diruangan Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang didapatkan bahwa perawat sering lupa pada moment pertama cuci tangan sebelum kontak dengan pasien, dari hasil wawancara dengan perawat, mereka menyatakan bahwa pekerjaan mendesak untuk segera melayani pasien, maka dari itu mereka sering lupa untuk momen pertama kebersihan tangan. Penularan mikroorganismе dalam lingkungan rumah sakit melalui tangan pekerja kesehatan dapat terjadi dengan cara kuman penyakit berpindah dari tangan atau kulit pasien ke barang yang ada di sekitar pasien seperti pakaian, tempat tidur, dan lain- lain.

Hasil observasi untuk pelaksanaan pencegahan Alat pelindung diri yang digunakan petugas sangatlah penting untuk perlindungan diri petugas kesehatan dari penularan yang bisa didapat dari pasien. Observasi diruangan rawat inap penyakit dalam menunjukkan bahwa pemakaian alat pelindung diri diruangan didapatkan 3 orang perawat yang tidak menggunakan handscone pada saat melakukan tindakan yang berkontaminasi dengan cairan tubuh

pasien, seperti dalam pemberian obat melalui infus, serta pemasangan infus. Hasil observasi untuk pengelolaan limbah, masih banyaknya sampah infeksius yang digabungkan dengan sampah non infeksius.

Pelaksanaan pencegahan risiko infeksi oleh perawat tidak dapat berjalan dengan baik, apabila tidak ada pengawasan dan evaluasi dari kepala ruangan. Hal ini dapat dilakukan dengan adanya supervisi pencegahan penyakit infeksi oleh kepala ruangan. Hasil study awal yang dilakukan di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang, untuk supervisi kepala ruangan terhadap pelaksanaan pencegahan risiko infeksi didapatkan bahwa empat dari enam perawat pelaksana yang diwawancarai mengatakan bahwa belum optimalnya supervisi kepala ruangan terhadap pencegahan risiko infeksi dengan kepatuhan petugas dalam penerapan kebersihan tangan.

Dua dari enam perawat juga mengatakan bahwa delegasi tugas masih belum optimal, serta komunikasi yang dilakukan masih ada dalam bentuk lisan saja. Penanganan konflik dimasing-masing ruangan rawat masih ada yang melakukan kolaborasi, strategi ini asertif dan menghasilkan *win-win solution*. Perawat juga mengatakan kepala ruangan masih jarang memberikan pujian atas keberhasilan melakukan asuhan keperawatan pada pasien. Hal tersebut merupakan fungsi pengarahan dari kepala ruangan dengan melakukan supervisi pada setiap pelaksanaan yang dilakukan perawat pelaksana dilapangan.

Hasil wawancara dengan 5 orang perawat ruangan 3 orang diantaranya mengatakan bahwa kepala ruangan belum optimal melakukan supervisi karena banyaknya tuntutan pekerjaan yang lain, 2 orang perawat lainnya

mengatakan bahwa supervisi hanya dilakukan oleh kepala ruangan pada saat-saat tertentu, seperti saat overan antara dinas malam dengan dinas pagi. Berdasarkan hasil wawancara dengan salah seorang kepala ruangan telah dilakukan sosialisasi hand hygiene oleh para manajer kepada semua perawat yang dinas di ruangan tersebut. Akan tetapi pelaksanaannya kurang maksimal.

Pelaksanaan pencegahan risiko infeksi tersebut dilakukan dengan optimal, apabila ada supervisi yang dilakukan oleh para manajer dan jika ada manajer di ruangan. Apabila tidak ada supervisi dan tidak ada manajer di tempat, maka perawat tidak melakukan pelaksanaan pencegahan risiko infeksi dengan benar. Hal ini sangat dipengaruhi oleh supervisi dari kepala ruangan. Supervisi merupakan bagian pengarahan dan evaluasi dari kepala ruangan. Supervisi untuk kebersihan tangan dari hasil wawancara kepada 4 orang perawat dari dua ruangan yang berbeda belum dilakukan secara optimal oleh kepala ruangan, dengan alasan kegiatan ruangan yang banyak, serta jumlah pasien yang banyak harus ditangani dalam waktu bersamaan.

Supervisi harus dilakukan dengan frekuensi yang berkala. Supervisi yang dilakukan hanya sekali, bisa dikatakan bukan supervisi yang baik, karena organisasi atau lingkungan selalu berkembang. Agar organisasi selalu dapat mengikuti berbagai perkembangan dan perubahan, perlu dilakukan berbagai penyesuaian. Supervisi dapat membantu penyesuaian tersebut yaitu melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan (Suarli dan Bachtiar, 2009).

## 1.2 Rumusan Masalah

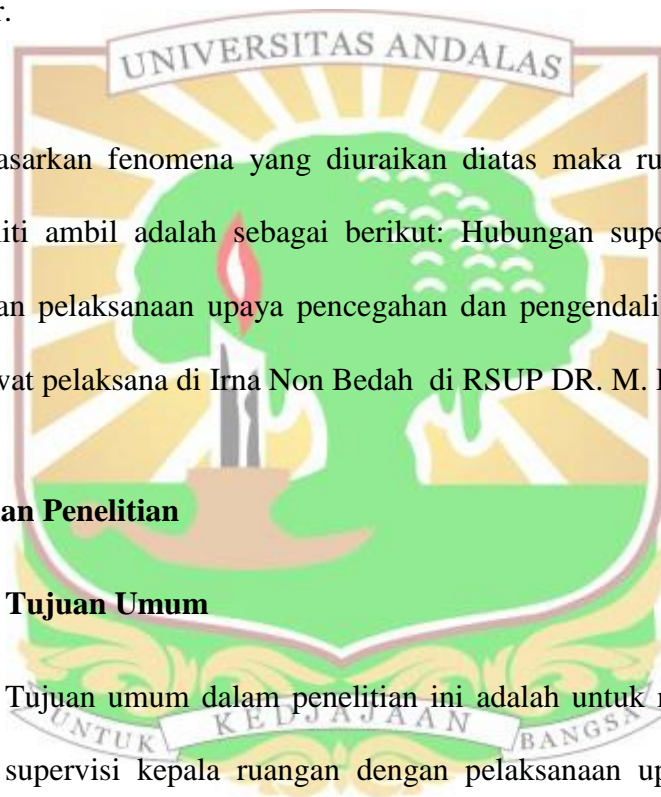
Fenomena yang terjadi di lapangan yaitu para manager telah melakukan sosialisasi *hand hygiene* kepada semua perawat yang dinas di ruangan tersebut. Akan tetapi masih ada perawat yang belum melakukannya dengan baik. Kebanyakan dari perawat melakukan *hand hygiene* dengan benar jika ada supervisi dan jika ada manager di ruangan. Dan jika tidak ada supervisi dan tidak ada manager maka perawat tidak melakukan *hand hygiene* dengan benar.

Berdasarkan fenomena yang diuraikan diatas maka rumusan masalah yang peneliti ambil adalah sebagai berikut: Hubungan supervisi kepala ruangan dengan pelaksanaan upaya pencegahan dan pengendalian risiko infeksi oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah di RSUP DR. M. Djamil Padang.

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

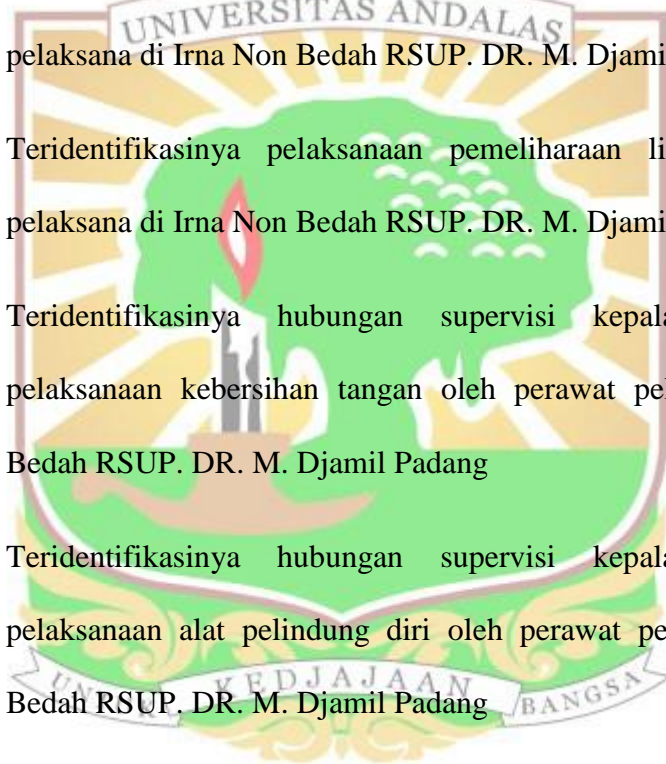
Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan supervisi kepala ruangan dengan pelaksanaan upaya pencegahan dan pengendalian risiko infeksi oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang Tahun 2016.



### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah untuk mengetahui:

- a. Teridentifikasinya supervisi kepala ruangan oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang
- b. Teridentifikasinya pelaksanaan kebersihan tangan oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang
- c. Teridentifikasinya pelaksanaan alat pelindung diri oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang
- d. Teridentifikasinya pelaksanaan pemeliharaan limbah oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang
- e. Teridentifikasinya hubungan supervisi kepala ruangan dengan pelaksanaan kebersihan tangan oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang
- f. Teridentifikasinya hubungan supervisi kepala ruangan dengan pelaksanaan alat pelindung diri oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang
- g. Teridentifikasinya hubungan supervisi kepala ruangan dengan pelaksanaan pengelolaan limbah oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang
- h. Teridentifikasinya hubungan supervisi kepala ruangan dengan pelaksanaan upaya pencegahan risiko infeksi oleh perawat pelaksana di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang



## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Aplikatif**

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan dan bahan pertimbangan bagi pimpinan rumah sakit dalam melihat supervisi dengan upaya pencegahan dan pengendalian risiko infeksi oleh perawat di Irna Non Bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang.

### **1.4.2 Manfaat keilmuan**

Penelitian ini dapat dipergunakan sebagai bahan penunjang dalam pengembangan ilmu pengetahuan manajemen keperawatan khususnya yang berhubungan dengan supervisi dengan pelaksanaan upaya pencegahan dan pengendalian risiko infeksi. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya.

### **1.4.3 Manfaat metodologi**

Dapat dijadikan sebagai referensi penunjang tentang metode penelitian, yang membahas tentang supervisi dan pelaksanaan upaya pencegahan dan pengendalian risiko infeksi.

