

# KELENGKAPAN PENGISIAN FORMULIR *BUNDLE PREVENTION* SURVEILANS *SURGICAL SITE INFECTION* (SSI) PASIEN *SECTIO CAESAREA* TAHUN 2016

*Bundle Prevention Form Filling Completeness of Surgical Site Infection (SSI) on Sectio Caesarea Patients in 2016*

Adita Puspitasari Swastya Putri<sup>1</sup>, Kurnia Dwi Artanti<sup>2</sup>, Dwiono Mudjianto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>FKM Universitas Airlangga, aditapuspitasari@gmail.com

<sup>2</sup>Departemen Epidemiologi FKM Universitas Airlangga, kurnia.dwi.z@gmail.com

<sup>3</sup>RSU Haji Surabaya, mdwiono@gmail.com

Alamat Korespondensi: Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

## ABSTRAK

*Hospital Acquired Infections* (HAIs) merupakan infeksi yang didapatkan pasien selama menjalani prosedur perawatan dan tindakan medis di fasilitas pelayanan kesehatan dalam rentang waktu  $\geq 48$  jam sampai dengan  $\leq 30$  hari dan infeksi diamati setelah pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu HAIs yang sering terjadi adalah *Surgical Site Infection* (SSI) sehingga diperlukan adanya surveilans. Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran keberadaan, pengisian dan kelengkapan *bundle prevention* SSI pada pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit X Surabaya. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain studi *cross sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 47 pasien yang diambil secara *simple random sampling* pada pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit X Surabaya pada Bulan Januari – Juni tahun 2016. Pengumpulan data primer menggunakan teknik wawancara, sedangkan data sekunder menggunakan studi dokumen hasil rekapitulasi komite Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan *bundle prevention* SSI. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk grafik disertai narasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar status rekam medik pasien tidak disertai oleh *bundle prevention* SSI dengan pengisian dan kelengkapan data yang masih di bawah standar yang ditentukan (64%). Walaupun pelaksanaan surveilans SSI sudah sesuai dengan pedoman surveilans infeksi, namun masih terdapat beberapa kekurangan dalam hal keakuratan data, sehingga informasi yang diperoleh masih belum dapat dilaporkan secara baik.

**Kata kunci:** surveilans, *surgical site infection*, rumah sakit, *bundle prevention*, *hospital acquired infections*

## ABSTRACT

*Hospital Acquired Infections* (HAIs) are infections obtained by patients during treatment procedures and medical procedures in health care facilities in the range of  $\geq 48$  hours to  $\leq 30$  days and infections are observed after patients leave the health care facility. One of the HAIs that often happens is *Surgical Site Infection* (SSI) so surveillance is needed. This study aims to look at the description of the presence, filling, and completeness of SSI prevention bundles in *sectio-caesarea* patients at X Surabaya Hospital. This research is a descriptive study with a *cross-sectional* study design with a total sample of 47 patients taken by *simple random sampling* in *sectio caesarea* patients at Hospital X Surabaya in January - June 2016. Primary data collection using interview techniques, while secondary data using a study of the results of the recapitulation Committee of The Infection Prevention and Control Program and the SSI prevention bundle. Data analysis was performed descriptively and presented in graphical form with narration. The results showed that the majority of the patient's medical record status was not accompanied by the SSI prevention bundle with filling and completeness of data that was still below the prescribed standard (64%). Although the implementation of SSI surveillance is in accordance with the guidelines for infection surveillance, there are still some shortcomings in terms of data accuracy, so the information obtained is still not well reported.

**Keywords:** surveillance, *surgical site infection*, hospital, *bundle prevention*, *hospital acquired infections*

## PENDAHULUAN

Penyakit infeksi masih menjadi salah satu masalah kesehatan di dunia, termasuk Indonesia. Apabila dilihat dari penyebab terjadinya maka infeksi dapat berasal dari komunitas (*Community acquired infection*) atau dari lingkungan rumah sakit (*Hospital acquired infection*) yang sebelumnya lebih dikenal dengan istilah infeksi nosokomial. Berkembangnya sistem pelayanan kesehatan terutama dalam bidang perawatan pasien, maka pada saat ini perawatan tidak hanya dapat dilakukan di rumah sakit namun dapat pula dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, termasuk perawatan di rumah (*home care*).

Tindakan medis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dilakukan untuk memberikan perawatan atau penyembuhan terhadap pasien. Apabila hal tersebut tidak dilakukan sesuai dengan prosedur maka dapat berpotensi untuk menularkan penyakit infeksi. Infeksi dapat ditularkan pada pasien lainnya ataupun pada petugas kesehatan. Seringkali infeksi yang terjadi tidak dapat ditentukan asalnya secara pasti, maka untuk saat ini istilah infeksi nosokomial (*Hospital acquired infection*) digantikan dengan istilah yang baru yaitu "*Healthcare-associated infections*" (HAIs) dengan pengertian yang lebih luas karena tidak hanya terbatas pada rumah sakit tetapi juga di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. HAIs meliputi Infeksi yang terjadi pada pasien dan juga pada petugas kesehatan yang diperoleh pada saat melakukan perawatan terhadap pasien (Kemenkes, 2011).

Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat sesuai yang tercantum dalam UU No. 44 Tahun 2009. Rumah sakit merupakan *health care system* dengan sistem surveilans sebagai salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mempercepat peningkatan kesehatan masyarakat di Indonesia. Adanya tuntutan masyarakat untuk meningkatkan sarana kesehatan di rumah sakit, secara berkesinambungan memacu rumah sakit untuk dapat melakukan peningkatan pada mutu pelayanan kesehatan yang diberikan (Kemenkes RI, 2012).

Salah satu mutu pelayanan kesehatan yang harus ditingkatkan yaitu mutu terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Infeksi

yang terjadi di rumah sakit dikenal sebagai infeksi nosokomial atau secara khusus disebut sebagai *Hospital Acquired Infections* (HAIs). Menurut WHO (2011) HAIs merupakan infeksi yang didapatkan selama pasien menjalani prosedur perawatan dan tindakan medis di fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu  $\geq 48$  jam sampai waktu  $\leq 30$  hari dan infeksi diamati setelah pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan. HAIs dapat memperpanjang lamanya hari perawatan pasien hingga 4–5 hari dan dapat pula menjadi penyebab kematian pada pasien (IFIC, 2011).

HAIs menjadi masalah yang serius bagi seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di seluruh dunia, baik di negara maju ataupun di negara berkembang. Kejadian HAIs lebih dihubungkan dengan akibat dari pemasangan alat seperti CAUTI (*Catheter Assicoated Urinary Tract Infection*), VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*), CRBSI (*Catheter Related Blood Stream Infection*), dan SSI (*Surgical Site Infection*) karena tindakan operasi (Pandjaitan, 2008). Diantara jenis HAIs yang terjadi di saluran pernafasan, pencernaan, kemih, sistem pembuluh darah, sistem saraf pusat dan kulit, menurut (Kemenkes, 2011) jenis HAIs yang paling sering terjadi yaitu Infeksi Aliran Darah Primer (IADP), Pneumonia, Infeksi Saluran Kemih (ISK), dan *Surgical Site Infection* (SSI).

*Surgical Site Infection* (SSI) merupakan salah satu infeksi yang dapat terjadi di rumah sakit. Infeksi tersebut tergolong HAIs apabila terjadi setelah lebih dari 30 hari pasca operasi jika tidak menggunakan implant, atau setelah 1 tahun jika menggunakan implant. Infeksi yang terjadi berkaitan dengan adanya tindakan pembedahan yang melibatkan bagian anatomi tertentu. Infeksi tersebut terjadi pada sepanjang jalur pembedahan setelah operasi selesai dilakukan (Septiari, 2012).

Terdapat beberapa kategori stadium SSI dalam tindakan pembedahan yang penilaiannya dikelompokkan berdasarkan seberapa jauh organ atau jaringan tersebut dilakukan tindakan pembedahan. Klasifikasi SSI berdasarkan CDC dikenal dengan beberapa istilah, yaitu : 1) SSI Superfisial (*Superficial Incisional SSI*) apabila insisi hanya dilakukan pada kulit dan jaringan bawah kulit (subkutan); 2) SSI Profunda (*Deep Incisional SSI*) apabila insisi sampai pada jaringan lunak yang letaknya lebih dalam seperti pada fascia dan lapisan otot; 3) SSI Organ/rongga (*Organ/Space SSI*) apabila insisi dilakukan pada organ atau telah mencapai rongga bagian dalam tubuh.

Di zaman modern seperti sekarang, SSI menjadi masalah yang cukup rumit bagi para ahli bedah. Hal ini dikarenakan walaupun ada kemajuan antibiotik profilaksis, anestesi yang baik, peralatan yang canggih dan perbaikan teknik kewaspadaan pasca operasi akan tetapi SSI masih saja sering terjadi. Selain itu pada tahap lebih lanjut SSI berdampak pada morbiditas, mortalitas, dan peningkatan biaya perawatan di rumah sakit (CDC, 2015).

Terdapat berbagai faktor risiko penyebab terjadinya SSI, faktor tersebut dapat dikelompokkan menjadi faktor mikroorganisme akibat kontak selama tindakan pembedahan, faktor luka lokal, dan faktor pasien (Beilman *and* Dunn, 2015). Berdasarkan IFIC (2011) kejadian SSI sangat berkaitan dengan pasien, tipe prosedur operasi, dan lingkungan ruang operasi: diabetes, obesitas, merokok, kolonisasi mikroorganisme, lama inap sebelum operasi, mandi aseptik sebelum operasi, pencukuran pra operasi, durasi operasi, pemberian profilaksis, teknik pembedahan, dan kontaminasi dari tim medis yang berasal dari pakaian atau sarung tangan operasi. Sedangkan secara umum Kemenkes (2011) menjelaskan bahwa kejadian SSI dapat berasal dari kondisi pasien sendiri, prosedur operasi, jenis operasi dan perawatan pasca infeksi.

SSI menjadi penyebab dari infeksi nosokomial yang paling sering terjadi, yaitu mencapai 38% dari keseluruhan jumlah pasien bedah yang terinfeksi (Anaya *and* Dellinger, 2008). SSI berada pada urutan ke-3 dengan jumlah angka kejadian yang mencapai 16% dari total kejadian HAIs secara keseluruhan (Beldi *et al*, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Anderson (2011) di Amerika, menunjukkan bahwa 2-5% dari 15 juta pasien yang menjalani tindakan pembedahan setiap tahunnya, yaitu 300.000-500.000 mengalami kejadian SSI. Di Indonesia prevalensi SSI yaitu sekitar 2,3-18,3% (Putra dan Asrizal, 2011).

Perlu dilakukan pencegahan terhadap kejadian SSI. Pencegahan tersebut untuk menghindari adanya peningkatan lama rawat inap pasien di rumah sakit, biaya selama melakukan pengobatan, kecacatan dan kematian sekaligus untuk menghindari apabila muncul tuntutan dari pasien. Pencegahan dilakukan mulai dari pasien, dokter, perawat, dan *nosocomial infection control team* (Hidajat, 2009). Pencegahan terhadap kejadian infeksi pasien bedah elektif merupakan hal penting yang harus diperhatikan agar perawatan yang dilakukan terhadap pasien dapat memiliki kualitas yang baik. Sebagian besar kejadian SSI dikarenakan adanya kontak langsung

dengan flora normal yang berada pada pasien, oleh sebab itu sebelum sangat penting untuk melakukan persiapan kulit yang baik.

Pencegahan dapat dilakukan dengan cara mengurangi waktu tindakan operasi dan penggunaan teknik bedah yang baik. Hal tersebut menunjukkan adanya pengurangan yang signifikan terhadap tingkat kejadian SSI. Lingkungan tempat operasi seperti peralatan, suhu, ventilasi, tenaga ahli, personil operasi, pakaian operasi dan penggunaan teknik aseptik dapat mengurangi sumber kontaminasi (Garrison, N.R. *et al.*, 2013).

Rumah Sakit X Surabaya merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah Provinsi Jawa Timur yang pada saat ini berstatus sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Berdasarkan laporan rutin kejadian HAIs oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Rumah Sakit X Surabaya pada tahun 2012 hingga 2015, yaitu pada tahun 2012 sebesar 0,59%, 2013 sebesar 0,57%, 2014 sebesar 0,33%, dan tahun 2015 sebanyak 0,51%. Kejadian SSI selalu muncul setiap tahunnya namun apabila dilihat terjadi penurunan mulai dari tahun 2012 hingga 2014, namun kembali meningkat pada tahun 2015. Walaupun kejadiannya masih dibawah prevalensi SSI di Indonesia namun secara khusus berdasarkan laporan yang ada diketahui bahwa kejadian SSI merupakan infeksi yang paling banyak terjadi yaitu sebesar 55% dari seluruh kejadian HAIs lainnya di Rumah Sakit X Surabaya pada tahun 2015.

Berdasarkan Laporan bulanan di ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit X Surabaya, diketahui bahwa terdapat beberapa tindakan pembedahan yang menimbulkan kejadian SSI. *Sectio caesarea* menjadi tindakan pembedahan yang paling banyak menimbulkan SSI yaitu sebesar 59,42%. Selanjutnya adalah histerektomi total dan SOD sebesar 14,01% dan appendiktomi akut GA sebesar 8,70%.

Menurut Welsh (2008) kejadian SSI dapat dipengaruhi oleh prosedur tindakan pembedahan dan beberapa faktor risiko lain yang berasal dari pasien. Diperlukan adanya tindakan pencegahan mulai dari fase sebelum operasi hingga sesudah operasi (Bagnall *et al.*, 2009). Rumah Sakit X Surabaya telah melaksanakan program surveilans SSI secara rutin mulai dari tahap *pre* operasi hingga *post* operasi sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi akibat tindakan operasi. Hal ini dilakukan terutama untuk menjaga agar angka kasus kejadian SSI tidak mengalami peningkatan.

Pelaksanaan kegiatan surveilans mengacu pada standar prosedur, panduan, dan alur pelaporan yang melibatkan seluruh perawat, kepala ruangan, IPCLN, IPCN, dan dokter yang merawat.

Pelaporan dengan kualitas yang baik akan meningkatkan keselamatan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit sekaligus dapat pula menurunkan kejadian HAIs terutama kejadian SSI. Untuk itu dilakukanlah surveilans SSI dengan cara melakukan pengisian *bundle prevention* pada catatan status rekam medik setiap pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Pengisian dilakukan mulai dari tahap pasien tersebut persiapan operasi di ruangan hingga tahap perawatan pasien setelah melakukan operasi di ruangan ataupun di poli rawat jalan.

*Bundle prevention* harus terisi dengan lengkap karena data yang terdapat didalamnya sangat berguna bagi keberlangsungan program surveilans SSI yang dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Rumah Sakit X Surabaya. Selain itu data yang ada menjadi dasar untuk mengontrol dan menganalisis risiko pasien yang mengalami SSI di rumah sakit tersebut. Apabila pengisian *bundle prevention* tidak terisi dengan lengkap maka evaluasi tidak dapat dilaksanakan dengan baik dan akurat, sehingga perlu dilakukan analisis yang meliputi keberadaan, pengisian dan kelengkapan *bundle prevention* SSI di Rumah Sakit X Surabaya.

## METODE

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk melihat gambaran tentang suatu keadaan pada suatu kelompok atau subjek yang diteliti. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*, yaitu melihat *bundle prevention* SSI pada data rekam medik pasien *sectio caesarea* bulan Januari-Juni tahun 2016. Jumlah populasi pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit X Surabaya bulan Januari-Juni tahun 2016 yaitu sebanyak 217 pasien.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *simple random sampling*, yaitu pengambilan sampel secara acak dimana masing-masing subjek dari populasi memiliki peluang yang sama untuk terpilih menjadi sampel (Murti, 2013). Berdasarkan hasil perhitungan besar sampel maka diperoleh jumlah sampel sebanyak 37 pasien *sectio caesarea*. Teknik pengumpulan

data menggunakan data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dengan cara melakukan wawancara terhadap tenaga medis maupun tenaga non medis di rumah sakit terkait dengan surveilans SSI. Data sekunder diperoleh dari studi dokumen hasil rekapitulasi laporan Komite PPI Rumah Sakit X Surabaya serta *bundle prevention* SSI yang telah terlampir pada rekam medik pasien yang melakukan tindakan pembedahan. Analisis data dilakukan secara deskriptif dari hasil data dan informasi yang diperoleh untuk kemudian dilihat persentasenya dalam bentuk grafik dan disajikan beserta narasi sebagai penjelasan.

## HASIL

Angka kejadian *Surgical Site Infection* (SSI) di Rumah Sakit X Surabaya masih sering mengalami peningkatan setiap tahunnya. SSI merupakan infeksi yang paling banyak terjadi apabila dibandingkan dengan jenis infeksi lainnya. Kejadian SSI di Ruang IBS Rumah Sakit X Surabaya pada Semester 1 Tahun 2016 yaitu sebanyak 13 kejadian (0,73%). Tercatat terjadi kenaikan jumlah kasus pada bulan Januari – Februari akan tetapi pada bulan berikutnya cenderung mengalami penurunan secara terus-menerus hingga akhir bulan Juni. Angka kejadian SSI pada Semester 1 tahun 2016 masih sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan yaitu  $< 2\%$ . Namun demikian perlu dilakukan surveilans SSI sebagai upaya pencegahan dan pengendalian terhadap infeksi di rumah sakit. Hal ini sangat diperlukan untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien di Rumah Sakit X Surabaya.

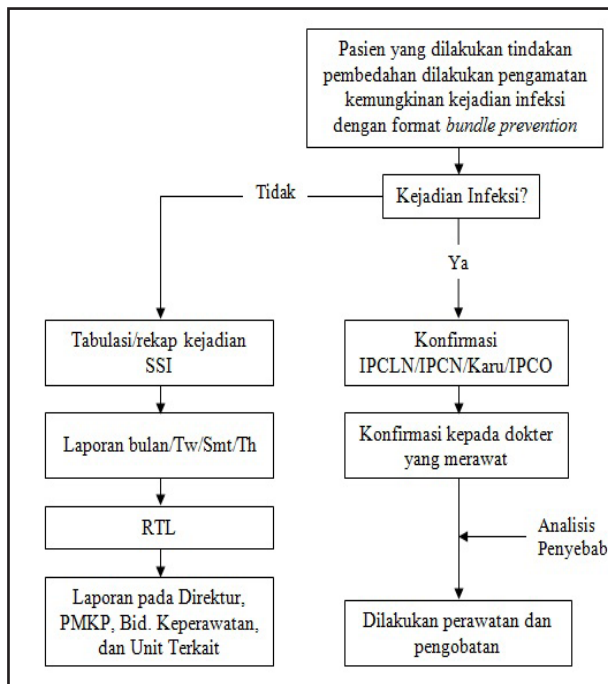
Pelaksanaan surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya dilakukan secara rutin setiap bulan oleh IPCLN di setiap ruangan dengan menggunakan *bundle prevention* SSI yang ada pada status rekam medik pasien mulai dari tahap *pre* operasi, *durante* operasi dan *post* operasi. Dilakukan pengumpulan data dengan studi dokumentasi status rekam medik pasien untuk selanjutnya dilakukan pengolahan data oleh IPCN PPI Rumah Sakit X Surabaya agar dapat menjadi sumber informasi yang bermanfaat. Setiap pasien dengan tindakan pembedahan dilengkapi dengan formulir *bundle prevention* SSI pada status rekam medisnya oleh petugas pendaftaran.

Formulir tersebut harus diisi oleh perawat yang bertanggung jawab pada pasien dimulai dari tahap *pre* operasi hingga *post* operasi. Pada tahap *pre* operasi di ruangan formulir diisi oleh perawat ruangan, *pre* anestesi oleh perawat anestesi, *durante* operasi oleh perawat bedah, *post* operasi



oleh perawat *Recovery Room*, yang nantinya akan dilanjutkan ke ruangan ataupun hingga pasien tersebut rawat jalan.

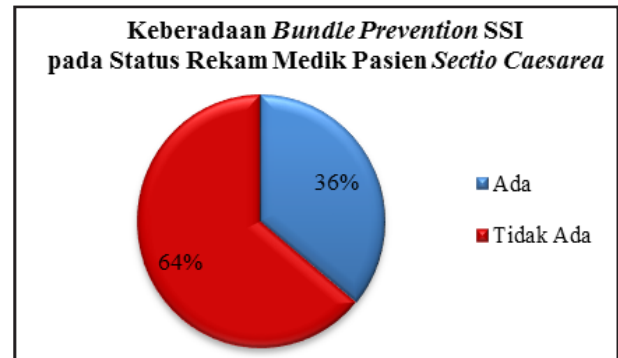
Kegiatan pengamatan terhadap kejadian infeksi meliputi faktor risiko, pencegahan, dan berbagai tanda infeksi yang didapatkan. Seluruh tindakan keperawatan yang dilakukan beserta hasil pengamatan pada pasien didokumentasikan pada formulir *bundle prevention* SSI yang terlampir. Berikut alur pelaporan identifikasi kejadian infeksi di rumah sakit dijelaskan pada bagan di bawah ini.



**Gambar 1.** Alur pelaporan identifikasi kejadian infeksi di rumah sakit

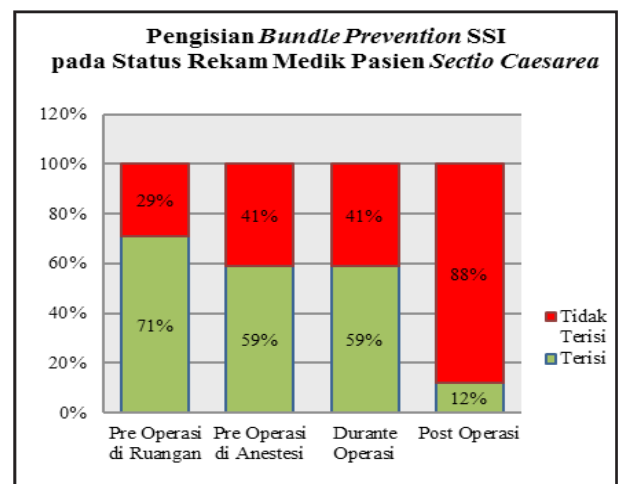
Apabila ditemukan adanya infeksi (HAIs), maka perawat dapat mencatatnya kedalam formulir *bundle prevention* SSI dan kemudian menentukan apakah kejadian tersebut merupakan HAIs atau tidak. Apabila kejadian tersebut merupakan infeksi maka harus segera dilakukan konfirmasi pada IPCLN/PCN/Karu/IPCO serta kepada dokter yang merawat. Dilakukan analisis penyebab terjadinya infeksi serta perawatan dan pengobatan terhadap pasien. Namun apabila kejadian tersebut bukan merupakan HAIs maka tetap dilakukan tabulasi data untuk pembuatan laporan rutin pada pihak terkait. Kegiatan tersebut merupakan salah satu bentuk pelaksanaan surveilans yang di laksanakan di Rumah Sakit X Surabaya.

Berdasarkan data pada Gambar 2 diketahui bahwa keberadaan *bundle prevention* SSI pada status rekam medik pasien *sectio caesarea* yaitu sebanyak 64% tidak ada. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien *sectio caesarea* tidak disertai *bundle prevention* pada status rekam mediknya. *Bundle prevention* SSI harus terdapat pada status rekam medik seluruh pasien yang dilakukan tindakan pembedahan.



**Gambar 2.** Keberadaan bundle prevention SSI pada status rekam medik pasien *sectio caesarea*

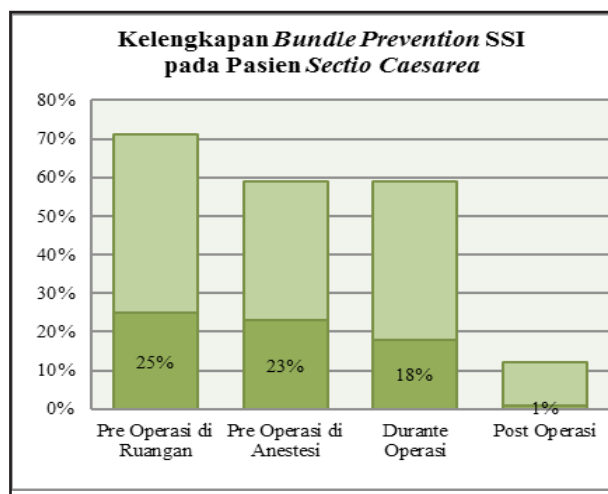
Hal tersebut sebagai upaya pencegahan dan pengendalian terhadap infeksi karena pasien yang memiliki risiko mengalami kejadian SSI. *Bundle prevention* SSI merupakan upaya yang dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit sehingga seharusnya wajib dilakukan pengisian formulir oleh masing-masing petugas yang bertanggungjawab di ruangan.



**Gambar 3.** Pengisian *bundle prevention* SSI pada status rekam medik pasien *sectio caesarea*

Berdasarkan data pada Gambar 3 diketahui bahwa *bundle prevention* SSI yang telah dilakukan pengisian oleh petugas pada status rekam medik pasien *sectio caesarea* yaitu pada *pre* operasi di ruangan sebanyak 71%, *pre* operasi di anestesi sebanyak 59%, *durante* operasi sebanyak 59%, dan *post* operasi sebanyak 12%. Hal ini menunjukkan bahwa adanya ketidakmerataan pengisian berdasarkan alur pengisiannya yang seharusnya dilakukan mulai dari proses *pre* operasi, *durante* operasi dan *post* operasi.

*Bundle prevention* SSI tersebut sudah terdapat di dalam status rekam medik pasien namun tidak dilakukan pengisian oleh petugas. Terlihat bahwa terjadi penurunan persentase pengisian seiring dengan berjalannya proses tindakan pembedahan yang dilakukan pasien. Apabila telah dilakukan pengisian oleh petugas maka biasanya terdapat ketidaklengkapan data yang diisikan pada *Bundle prevention* SSI. Berikut ini hasil evaluasi kelengkapan *bundle prevention* SSI pada status rekam medik pasien *sectio caesarea* :



**Gambar 4.** Kelengkapan *bundle prevention* SSI pada status rekam medik pasien *sectio*

Berdasarkan data pada Gambar 4 diketahui bahwa kelengkapan *bundle prevention* SSI yang telah diisi oleh petugas pada status rekam medik pasien *sectio caesarea* yaitu pada *pre* operasi di ruangan sebanyak 25%, *pre* operasi di anestesi sebanyak 23%, *durante* operasi sebanyak 18%, dan *post* operasi sebanyak 1%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar komponen data yang tercantum didalam *bundle prevention* SSI tidak diisi oleh petugas secara lengkap, bahkan tidak mencapai

setengah dari data yang diperlukan. Data surveilans yang meliputi faktor risiko kejadian infeksi sangat diperlukan untuk proses analisis apabila nantinya pasien yang melakukan tindakan pembedahan mengalami kejadian SSI, sehingga dapat diketahui penyebab untuk terjadinya infeksi dan dilakukan pembuatan rekomendasi berikutnya.

## PEMBAHASAN

Salah satu tugas pokok dan fungsi Komite PPI adalah melakukan kegiatan surveilans. Surveilans merupakan proses pengumpulan data kesehatan yang penting secara terus menerus sistematis, analisis dan interpretasi dan didesiminasikan kepada pihak-pihak yang berkepentingan secara berkala untuk digunakan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi suatu tindakan pelayanan kesehatan.

Tujuan dari kegiatan surveilans adalah menganalisis angka kejadian infeksi, data dasar kejadian infeksi akibat suatu tindakan, menganalisis penyebab kejadian infeksi, memberikan laporan kejadian infeksi rumah sakit, membuat rekomendasi dari hasil laporan surveilans. Salah satu surveilans yang rutin dilakukan oleh Komite PPI yaitu surveilans SSI dengan menggunakan *bundle prevention*.

Identifikasi adalah proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang. Proses identifikasi infeksi digunakan sebagai data surveilans yang berlaku untuk semua dokter dan perawat rumah sakit yang terkait dalam layanan kepada pasien. Ketepatan mengidentifikasi pasien harus dimulai pada saat pasien masuk Rumah sakit (MRS) dan di pantau sampai rawat jalan. Masalah mengenai keselamatan pasien di rumah sakit merupakan masalah yang harus segera ditangani sehingga diperlukan adanya standar keselamatan pasien rumah sakit yang menjadi acuan dalam melaksanakan kegiatannya. Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan pada setiap rumah sakit dan penilaiannya dapat dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit.

Setiap rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien dengan cara melakukan evaluasi serta menjalankan program peningkatan keselamatan pasien. Hal tersebut dilakukan untuk mengurangi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Rumah sakit harus melaporkan insiden yang terjadi, analisis data, rekomendasi serta

solusi untuk setiap kejadian yang tidak diharapkan seperti kejadian infeksi yang dilakukan secara tertulis sesuai dengan format yang telah ditentukan. Selanjutnya dilakukan pengkajian dan pemberian umpan balik (*feedback*) serta solusi atas hasil laporan yang didapatkan. Diperlukan adanya komunikasi serta transfer informasi diantara berbagai profesi kesehatan sehingga proses koordinasi yang aman, efektif serta hambatan dapat tercapai (Kepmenkes, 2008).

Salah satu upaya yang dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian *Surgical Site Infection* (SSI) di Rumah sakit X Surabaya adalah dengan menggunakan *bundle prevention*. *Bundle prevention* merupakan pedoman yang berbasis bukti terhadap setiap pasien yang mempunyai risiko terhadap kejadian HAIs di rumah sakit yang diidentifikasi melalui surveilans harian. Dalam buku pedoman pengendalian infeksi oleh Kemenkes (2011) terdapat beberapa faktor risiko untuk kejadian SSI : 1) Kondisi pasien sendiri seperti usia, obesitas, penyakit berat, ASA Scora, Karier MRSA, lama rawat *pre* operasi, malnutrisi, Diabetes Melitus, Penyakit keganasan; 2) Prosedur operasi seperti cukur rambut sebelum operasi, jenis tindakan, antibiotik profilaksis, lamanya operasi, tindakan lebih dari satu jenis, benda asing, transfusi darah, mandi sebelum operasi, operasi emergensi, drain; 3) Jenis operasi yaitu operasi bersih, operasi bersih terkontaminasi, operasi kotor, operasi kotor terkontaminasi; 4) Perawatan pasca infeksi yaitu tempat perawatan, tindakan keperawatan (pergantian verban) dan lama perawatan. Seluruh faktor risiko tersebut dijadikan landasan bagi Komite PPI dalam membuat format *bundle prevention* SSI di Rumah Sakit X Surabaya.

Rumah Sakit X Surabaya melaksanakan kegiatan surveilans. Seluruh kegiatan tersebut didokumentasikan oleh IPCLN masing-masing ruangan pada *bundle prevention* yang terdapat di catatan status rekam medik pasien. Setiap pasien yang menjalani tindakan pembedahan harus diidentifikasi dan didokumentasikan pada formulir *bundle prevention* mulai dari *pre* operasi, *durante* operasi dan *post* operasi. Hal tersebut dilakukan karena seluruh pasien yang tersebut memiliki risiko untuk mengalami SSI setelah mendapatkan tindakan pembedahan di rumah sakit. Apabila terjadi SSI maka harus dilakukan pelaporan menggunakan lembar konfirmasi sesuai dengan alur pelaporan dan juga kepada IPCN PPI Rumah Sakit X Surabaya untuk dilakukan rekapitulasi jumlah kejadian SSI

sebagai dasar untuk melakukan analisis penyebab kejadian SSI berdasarkan faktor risiko masing-masing pasien dan juga sebagai bahan untuk pembuatan laporan rutin berupa laporan Triwulan, Semester dan Tahunan.

Berdasarkan buku pedoman pengendalian infeksi oleh kemenkes (2011) pada dasarnya data surveilans tersebut digunakan untuk mengukur laju angka dasar (*baseline rate*) dari infeksi yang terjadi di rumah sakit. Dengan demikian maka dapat diketahui besar risiko yang dihadapi oleh setiap pasien yang dirawat di rumah sakit. Sebagian besar yaitu sebanyak 90-95% dari infeksi yang terjadi di rumah sakit adalah endemik dan hal tersebut berada diluar KLB yang telah dikenal. Oleh karena itu kegiatan pada surveilans di rumah sakit ditujukan untuk menurunkan laju angka endemik tersebut. Namun demikian, pengumpulan data saja tidak akan dapat mempengaruhi risiko infeksi.

Diperlukan adanya upaya pencegahan infeksi yang memadai sehingga surveilans yang dilakukan tidak akan sia-sia karena dapat memuaskan berbagai pihak. Dalam standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien dijelaskan bahwa setiap Rumah sakit harus membuat suatu proses yang baru ataupun memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden yang terjadi secara intensif serta melakukan perubahan yang dapat meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien yang dirawat di Rumah Sakit. Salah satunya adalah dengan menerapkan sistem Surveilans.

Tujuan dilakukannya surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya Tahun 2015 sesuai yang telah di tetapkan oleh Tim Komite PPI adalah untuk mencegah terjadinya infeksi terutama adalah HAIs yang berasal dari adanya tindakan pembedahan yang dilakukan terhadap pasien di Rumah Sakit X Surabaya. Hal tersebut untuk meningkatkan kualitas mutu pelayanan rumah sakit. Sedangkan tujuan khususnya antara lain: 1) Memberikan gambaran angka kejadian HAIs di Rumah Sakit X Surabaya; 2) Melakukan strategi perbaikan dalam pencegahan dan pengendalian kejadian HAIs di Rumah Sakit X Surabaya; 3) Meningkatkan kualitas dan ketepatan pelaporan data surveilans.

Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan bagi masyarakat berupaya untuk mencegah risiko terjadinya infeksi bagi pasien dan petugas rumah sakit. Salah satu indikator

keberhasilan dalam pelayanan rumah sakit adalah rendahnya angka infeksi nosokomial atau HAIs. Angka kejadian infeksi dijadikan sebagai tolak ukur mutu pelayanan di rumah sakit. Untuk mencapai keberhasilan tersebut maka perlu dilakukan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit salah satunya melalui program surveilans HAIs.

Surveilans HAIs merupakan suatu sistem yang aktif dan berkesinambungan dalam mengamati peningkatan atau penurunan kejadian dan penyebaran penyakit pada suatu populasi dan selanjutnya dilakukan analisis dan diseminasi secara periodik kepada pihak-pihak yang terkait atau stakeholder. Seluruh data dan informasi yang dimiliki oleh Rumah Sakit dapat digunakan sebagai bahan untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, hal tersebut dibutuhkan agar kinerja dan keselamatan pasien dapat terjamin.

Angka kejadian HAIs pada tahun 2015 di Rumah Sakit X Surabaya mencapai 0,23% atau 32 kejadian dengan standar capaian 2% (Kemenkes RI, 2010). Faktor yang mempengaruhi kejadian HAIs ada 3 yaitu *host* (*imunocompromise*), *agent* (infeksi yang masuk melalui prosedur pemasangan) dan *environment* (lingkungan yang terkontaminasi dari transmisi kontak, droplet maupun *airborne*. Surveilans diharapkan mampu menurunkan angka kejadian HAIs dengan melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang ada di rumah sakit terutama untuk pendeteksian wabah atau KLB sehingga tidak menimbulkan kematian yang tinggi.

Upaya pencegahan dan pengendalian dapat dimulai dengan prosedur pemasangan yang aseptik, perawatan yang komprehensif selama pemasangan alat, serta pemantauan kemungkinan infeksi dengan melakukan identifikasi risiko melalui *bundle prevention*. Dalam melaksanakan kegiatan surveilans mengacu pada standar prosedur, panduan, dan alur pelaporan yang melibatkan semua perawat, kepala ruangan, IPCLN, IPCO, dan dokter yang merawat. Pelaporan yang berkualitas akan meningkatkan validitas dan reliabilitas data yang dikumpulkan sehingga hasil pelaporan akurat. Hal tersebut akan meningkatkan ketepatan dalam strategi perbaikan dan intervensi yang akan dilakukan, sehingga mampu meningkatkan keselamatan pasien selama dirawat di Rumah Sakit X Surabaya dengan menurunkan angka kejadian HAIs.

Berdasarkan Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit X Surabaya (2012) yang masih dijadikan pedoman hingga saat

ini, diketahui bahwa kegiatan surveilans SSI meliputi aktivitas sebagai berikut: 1) Identifikasi kejadian infeksi nosokomial; 2) melakukan perencanaan pengumpulan data untuk sebagai dasar untuk memilih jenis surveilans yang akan digunakan; 3) Menetapkan definisi atau penetapan kriteria SSI yang akan digunakan sekaligus numerator serta denominator yang sesuai dengan ketentuan CDC; 4) Memilih metode pelaksanaan surveilans yang akan digunakan apakah dengan metode komprehensif atau selektif; 5) menentukan waktu dan cara pengumpulan data yang dimulai dari saat pasien menjalani perawatan di rumah sakit hingga pasien selesai perawatan dan pulang; 6) Menentukan Tim Pelaksana pengumpulan data surveilans; 7) Melakukan perhitungan dan pengolahan data untuk dapat memperoleh angka kejadian infeksi; 8) menyajikannya data yang diperoleh kedalam bentuk grafik agar dapat lebih mudah memperlihatkan pola kejadian infeksi serta perubahan atau *trend* dari kejadian infeksi; 9) Melakukan analisis data serta interpretasi terhadap kejadian infeksi yang dapat menjadi informasi saran serta rekomendasi bagi perbaikan dan pencegahan kejadian infeksi di rumah sakit; 10) Membuat laporan hasil surveilans berupa laporan rutin yang dilakukan secara tertulis sehingga dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi tenaga medis di rumah sakit sekaligus sebagai umpan balik bagi pihak manajemen rumah sakit X Surabaya.

Pelaksanaan kegiatan surveilans SSI yang dilakukan oleh Tim PPI Rumah Sakit X Surabaya dimulai dari pengumpulan data, pengolahan data hingga pembuatan laporan rutin. Prosedur pelaksanaan surveilans SSI berdasarkan pedoman teknis pencegahan dan pengendalian infeksi (2013) adalah sebagai berikut: 1) Setiap pasien yang akan melakukan tindakan pembedahan dilengkapi *bundle prevention* SSI pada status rekam medik; 2) Lengkapi data identitas pasien yang meliputi nama, umur, register, alamat dan diagnosa MRS; 3) Dilakukan pemantauan pasien yang dilakukan setiap hari untuk dapat menilai faktor risiko, pencegahan, dan tanda-tanda adanya infeksi; 4) Formulir *bundle prevention* SSI diisi oleh perawat ruangan pada saat pasien *pre* operasi, perawat anestesi pada saat pasien *pre* sedasi, perawat bedah pada saat pasien menjalani operasi atau tindakan pembedahan; 5) Pasien yang dilakukan operasi atau tindakan pembedahan diikuti perkembangannya hingga *post* operasi di ruangan rawat inap ataupun di rawat jalan; 6) Apabila ditemukan adanya tanda-tanda infeksi



meliputi jahitan yang terbuka, pus purulen, demam, kemerahan di sekitar insisi, dan juga didukung oleh hasil kultur pus yang positif, maka lakukan konfirmasi pada *Infection Prevention and Control Link Nurse* (IPCLN) atau *Infection Prevention and Control Nurse* (IPCN) yang dilanjutkan konfirmasi pada dokter yang merawat dengan melengkapi serta memberi tanda tangan lembar konfirmasi.

Pengumpulan data surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya tahun 2016 telah sesuai apabila dibandingkan dengan Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit berdasarkan Kemenkes RI (2010) yang menjelaskan bahwa tim PPI menjadi penanggung jawab utama dalam hal pengumpulan data surveilans. Karena dianggap telah memiliki keterampilan dalam mengidentifikasi kejadian SSI sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Sebagai pelaksana dalam pengumpulan data surveilans SSI yaitu IPCN yang dibantu oleh para IPCLN. Proses pengumpulan data dilakukan pada awal bulan paling lambat tanggal 10, formulir rekapitulasi kejadian infeksi diserahkan dari IPCLN kepada IPCN dengan diketahui dan ditandatangani oleh kepala ruangan.

Tim PPI Rumah Sakit X Surabaya tidak memiliki tenaga khusus dalam pelaksanaan pengumpulan data surveilans SSI tahun 2016. Petugas yang mendapatkan tugas untuk melakukan pengumpulan data surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya tahun 2016 merupakan perawat di masing-masing ruangan yang terdiri dari 12 orang IPCLN dan 2 orang IPCN yang dibantu oleh seorang tenaga khusus untuk melakukan proses pengolahan data. Peran utama dari IPCN adalah melakukan pengumpulan data dari keseluruhan data yang diperoleh dari IPCN di masing-masing ruangan sekaligus melengkapi kekurangan agar data yang dikumpulkan lebih berkualitas. Pendidikan terakhir IPCN di Rumah Sakit X Surabaya adalah D3 dan S1. IPCN di Rumah Sakit X Surabaya mendapatkan pelatihan mengenai surveilans SSI mulai dari tingkat *basic* hingga pada tingkat *advance*. sedangkan para IPCLN memiliki pendidikan terakhir sebagai diploma yang sebagian besar telah mengikuti pelatihan surveilans SSI tingkat *basic* yang dilaksanakan rutin secara berkala oleh Tim PPI Rumah Sakit X Surabaya.

Diperlukan data epidemiologi yang tepat dan jelas serta berhubungan dengan infeksi yang terjadi dengan tujuan untuk dapat menentukan kelompok yang memiliki risiko dan juga kelompok reservoir infeksi, dan perlu dipaastikan keadaan yang dapat menyebabkan terjadinya transmisi infeksi (Achmadi, 2009). Sehingga pasien yang mengalami

infeksi akibat tindakan pembedahan diberikan perawatan serta didokumentasikan pada formulir surveilans harian dan bulanan. Dibuat rekapan atau tabulasi hasil surveilans SSI dengan menggunakan numerator yaitu jumlah kasus SSI dan denominator yaitu jumlah pasien yang dilakukan infeksi.

Teknik untuk melakukan perhitungan angka infeksi adalah dengan cara membagi angka numerator dengan angka denominator yang kemudian hasilnya dikalikan 100 sehingga akan diperoleh angka kejadian infeksi dalam persentase. Hasil tersebut dilakukan analisa dan interpretasi dengan menggunakan lembar konfirmasi untuk mencari penyebab terjadinya infeksi sehingga dapat dirumuskan strategi untuk perbaikan dan juga digunakan sebagai bahan evaluasi tiap bulan. Evaluasi dibuat dalam format laporan hasil surveilans untuk diserahkan kepada seluruh tim PPI, Kepala Ruangan, kepala instalasi dan dewan direksi.

Pengumpulan data kejadian infeksi menggunakan *bundle prevention* SSI sangat penting dilakukan untuk mengetahui tindakan perawat ataupun petugas kesehatan dalam upaya untuk mencegah terjadinya infeksi. Karena pada umumnya kejadian SSI akan terlihat setelah pasien menjalani perawatan di ruangan pasca operasi ataupun saat berobat rawat jalan. Sehingga perlu dilakukan indentifikasi sejak awal agar lebih mudah menentukan faktor penyebab terjadinya infeksi tersebut. Selain itu, *bundle prevention* yang terdapat dalam status rekam medik pasien dapat menjadi pedoman sekaligus pengingat bagi perawat ataupun petugas kesehatan untuk dapat selalu menjalankan prinsip pencegahan sebagai upaya perlindungan bagi pasien terhadap kejadian infeksi.

Secara klinis SSI diklasifikasikan berdasarkan seberapa jauh organ atau jaringan yang dilakukan tindakan pembedahan. Sehingga penilaian adanya infeksi dapat dikenal dengan istilah: 1) SSI Superfisial (*Superficial Incisional SSI*), bila insisi hanya pada kulit dan jaringan bawah kulit (subkutan); 2) SSI Profunda (*Deep Incisional SSI*), bila insisi mengenai jaringan lunak yang lebih dalam (fascia dan lapisan otot); 3) SSI Organ/rongga (*Organ/Space SSI*), bila insisi dilakukan pada organ atau mencapai rongga dalam tubuh (CDC, 2012).

Hal ini penting dilakukan agar dapat membedakan stadium atau jenis pada tiap infeksi yang terjadi sehingga dapat ditentukan kriteria diagnosa yang sesuai. Selain itu penentuan tersebut dapat digunakan sebagai dasar untuk pengobatan dan tindak lanjut

untuk penyembuhan yang lebih tepat. Sumber data pada surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya tahun 2015 dikumpulkan secara aktif oleh tim PPI melalui lembaran formulir yang terdapat pada status rekam medik pasien. Berdasarkan Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit yang diterbitkan oleh Kemenkes RI (2010), data surveilans dapat diperoleh dari: (1) Status rekam medik (2) Catatan keperawatan (3) Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi) (4) Farmasi (5) keterangan pasien dan/atau keluarga pasien.

Sarana dan prasarana yang digunakan dalam pengumpulan data surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya tahun 2016 yaitu *bundle prevention* berupa lembaran kertas berbentuk formulir berisikan beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya SSI. Pengumpulan data dilakukan secara manual dengan mengisi lembaran dengan bantuan alat tulis, namun kedepannya akan dipergunakan sistem surveilans secara komputerisasi. *Bundle prevention* tersebut disediakan oleh bagian *Material Management Department* (MMD) rumah sakit sehingga tidak pernah terjadi kekurangan formulir pengumpulan data. Akan tetapi berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa keberadaan *bundle prevention* SSI pada status rekam medik pasien *sectio caesarea* hanya sebesar 36%, angka tersebut masih sangat jauh dari ketentuan yang telah ditetapkan dalam Standart Operasional Prosedur (SOP) di Rumah Sakit X Surabaya yaitu sebesar 100%. Dengan demikian maka diharuskan seluruh pasien yang menjalani tindakan pembedahan selalu disertai dengan formulir surveilans SSI. Upaya yang mungkin dapat dilakukan adalah melakukan sosialisasi *bundle prevention* SSI pada seluruh ruangan yang terkait, mulai dari ruangan persiapan pasien pra operasi hingga ruangan *post* operasi ataupun poli rawat jalan saat pasien menjalani pengobatan dan proses penyembuhan.

Berdasarkan Permenkes 1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit dijelaskan bahwa untuk dapat memenuhi sararan dalam hal mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan mak diperlukan beberapa kriteria yang meliputi adanya tim yang disiplin, program proaktif, mekanisme kerja dan prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, mekanisme pelaporan internal dan eksternal, mekanisme penanganan berbagai jenis insiden, kolaborasi dan komunikasi yang terbuka, sumber daya dan sistem informasi sesuai kebutuhan, sasaran yang terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan dengan menggunakan kriteria objektif

untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya. Berdasarkan standar SKP V dalam tentang pengembangan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan di rumah sakit dijelaskan bahwa pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya yang diperlukan untuk mengatasi infeksi yang disebabkan oleh pelayanan kesehatan merupakan masalah besar bagi pasien ataupun para petugas pelayanan kesehatan. Sehingga perlu dilakukan berbagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi sejak dini.

Apabila dilihat dari pengisian *bundle prevention* SSI pada status rekam medik pasien *sectio caesarea* diketahui bahwa *bundle prevention* SSI yang telah dilakukan pengisian oleh petugas pada status rekam medik pasien *sectio caesarea* yaitu pada *pre* operasi di ruangan sebanyak 71%, *pre* operasi di anestesi sebanyak 59%, *durante* operasi sebanyak 59%, dan *post* operasi sebanyak 12%. *Bundle prevention* SSI tersebut sudah terdapat di dalam status rekam medik pasien namun tidak dilakukan pengisian oleh petugas. Terlihat bahwa terjadi penurunan persentase pengisian seiring dengan berjalannya proses tindakan pembedahan yang dilakukan pasien. Rendahnya angka tersebut disebabkan oleh adanya petugas yang tidak mengetahui keberadaan *bundle prevention* SSI pada status rekam medik, kurang memahami alur pengisian *bundle prevention* SSI, dan bahan *bundle prevention* SSI yang kurang menarik sehingga tidak terlihat saat petugas membuka catatan status rekam medik pasien. Upaya yang dapat dilakukan yaitu mengadakan pelatihan PPI dasar secara rutin, terutama kepada petugas baru di ruangan terkait. Mengganti bahan *bundle prevention* SSI menggunakan kertas berwarna sehingga *bundle prevention* SSI dapat mudah terlihat, serta memberi tanda peringatan wajib untuk mengisi *bundle prevention* SSI, sehingga hal tersebut dapat menjadi pengingat bagi petugas untuk dapat melakukan pengisian.

Apabila telah dilakukan pengisian oleh petugas maka biasanya terdapat ketidaklengkapan data yang diisikan pada *Bundle prevention* SSI. Hal tersebut dapat terlihat dari banyaknya jumlah item yang terisi dalam *bundle prevention* SSI. Kelengkapan *bundle prevention* SSI pada pasien *sectio caesarea* diketahui bahwa kelengkapan *bundle prevention* SSI yang telah diisi oleh petugas pada status rekam

medik pasien *sectio caesarea* yaitu pada *pre* operasi di ruangan sebanyak 25%, *pre* operasi di anestesi sebanyak 23%, *durante* operasi sebanyak 18%, dan *post* operasi sebanyak 1%.

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar komponen data yang tercantum didalam *bundle prevention* SSI tidak diisi oleh petugas secara lengkap, bahkan tidak mencapai setengah dari data yang diperlukan. Data-data tersebut sangat diperlukan untuk proses analisis apabila nantinya pasien yang melakukan tindakan pembedahan mengalami kejadian SSI sehingga dapat diketahui faktor risiko penyebabnya untuk pembuatan rekomendasi berikutnya. Angka tersebut masih belum memenuhi standar minimal yang telah ditentukan oleh Kemenkes RI (2003) yaitu sebesar 80%. Padahal informasi yang terdapat di dalamnya sangat diperlukan bagi proses analisis untuk mencari faktor penyebab terjadinya infeksi. Hal tersebut disebabkan kurangnya kesadaran akan tanggung jawab mengisi *bundle prevention* SSI. Perlu dilakukan upaya atau program khusus untuk dapat meningkatkan motivasi IPCLN agar memiliki keinginan dan kesadaran yang tinggi untuk dapat meluangkan waktunya melakukan mengisi *bundle prevention* SSI secara lengkap ditengah kesibukan dan tugas utama mereka sebagai seorang perawat.

Data dikumpulkan secara sistematis kemudian dilakukan analisis agar dapat menjadi informasi yang bermanfaat. Analisis data harus dilakukan secara sistematis, periodik, terencana, dan berkesinambungan. Hal tersebut menjadi bagian yang tidak dapat diipisahkan dari manajemen kesehatan pada suatu wilayah (Achmadi, 2009). Data-data surveilans Rumah Sakit X Surabaya yang terkumpul diolah dan dianalisis setiap bulan oleh 2 orang IPCN dengan bantuan tambahan petugas khusus dalam pengolahan data. Data tersebut dianalisis secara komputerisasi dengan menggunakan *software* *epi info*. Hasil analisis data kemudian disajikan dalam bentuk tabel, diagram, dan grafik agar dapat lebih mudah dipahami dan informatif. Terdapat dua macam variabel yang digunakan dalam proses analisis data, yaitu analisis satu variabel dengan prosedur operasi dan klasifikasi luka operasi, sedangkan analisis dua variabel yaitu dengan klasifikasi luka operasi yang kemudian dihubungkan dengan kejadian SSI di Rumah Sakit X Surabaya.

Setelah dilakukannya analisis dan interpretasi data, maka tingkat organisasi kesehatan melakukan pengolahan data dan informasi untuk disebarluaskan

kepada orang ataupun organisasi yang dianggap berkepentingan, termasuk untuk kepentingan manajemen pelayanan atau program kesehatan. Prinsip yang harus dipenuhi dalam pelaporan surveilans infeksi rumah sakit (Kemenkes RI, 2010) yaitu : (1) Laporan diolah secara singkat dan sistematis, tepat waktu serta bersifat informatif; (2) Laporan disajikan dalam bentuk grafik atau tabel; (3) Laporan dilakukan setiap bulan, triwulan, semester dan tahunan; (4) Laporan disertai dengan analisis masalah dan juga rekomendasi untuk menyelesaikan masalah; (5) Laporan dipaparkan dalam rapat koordinasi dengan pimpinan rumah sakit.

Kegiatan analisis data surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya tahun 2016 telah sesuai dengan Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit yang diterbitkan oleh Kemenkes RI (2010). Angka kejadian SSI yang didapatkan berdasarkan hasil surveilans kemudian dianalisis untuk kemudian dilihat apakah terdapat perubahan yang signifikan baik itu penurunan maupun peningkatan angka kejadian SSI. Selanjutnya hasil tersebut dibandingkan dengan jumlah kasus yang terjadi dalam waktu yang sama pada berdasarkan hasil tahun lalu. Apabila terjadi perubahan yang signifikan maka harus faktor penyebabnya untuk dapat menentukan alternatif pemecahannya.

Setelah ditemukan beberapa alternatif solusi, maka dapat dipilih pemecahan masalah yang paling sesuai untuk dapat diterapkan di rumah sakit tersebut. Adanya surveilans maka dapat ditemukan faktor risiko terjadinya infeksi yang akan diintervensi sehingga dapat dilakukan upaya untuk menurunkan laju angka infeksi di rumah sakit, untuk mencapai tujuan tersebut maka surveilans harus dilakukan berdasarkan cara penggunaan data, sumber daya manusia dan juga berdasarkan dana yang tersedia. Apabila laju angka dasar telah diketahui, maka akan segera dapat dikenali apabila terjadi suatu penyimpangan dari laju angka dasar tersebut yang menggambarkan suatu peningkatan kasus atau kejadian luar biasa (*outbreak*).

Data surveilans yang dilakukan pengolahan dengan baik dan disajikan secara rutin dapat meyakinkan kepada seluruh tenaga kesehatan lainnya untuk dapat menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi. Data yang diperoleh dapat digunakan untuk melengkapi pengetahuan yang didapatkan dari teori karena sifatnya lebih spesifik, nyata dan terpercaya. Umpan balik mengenai informasi tersebut biasanya sangat efektif

untuk mengarahkan tenaga kesehatan untuk dapat mengendalikan kejadian infeksi di rumah sakit (Kemenkes, 2011).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya tahun 2016 telah sesuai dengan pedoman surveilans infeksi Kemenkes (2011). Telah dilakukan proses pengumpulan, analisis dan pengolahan data hingga interpretasi dan penyebaran informasi secara berkala. Namun masih terdapat beberapa kekurangan dalam hal keberadaan, pengisian dan kelengkapan *Bundle Prevention* SSI yang masih belum mencapai standar yang telah ditetapkan yaitu sebesar 80%. Kerepresentatifan data sehingga informasi yang diperoleh masih belum dapat dilaporkan secara baik.

Permasalahan yang didapatkan dalam Surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya tahun 2016 yaitu ketidakmerataan pengisian berdasarkan alur pengisiannya yang seharusnya dilakukan mulai dari proses *pre* operasi, *durante* operasi dan *post* operasi. Hal tersebut dikarenakan keberadaan *bundle prevention* SSI pada status rekam medik, petugas kurang memahami alur pengisian *bundle prevention* SSI, dan bahan *bundle prevention* SSI yang kurang menarik sehingga tidak terlihat saat petugas membuka catatan status rekam medik pasien.

Upaya yang dapat dilakukan yaitu mengadakan pelatihan PPI dasar secara rutin, terutama kepada petugas baru di ruangan terkait. Mengganti bahan *bundle prevention* SSI menggunakan kertas berwarna sehingga *bundle prevention* SSI dapat mudah terlihat, serta memberi tanda peringatan wajib untuk mengisi *bundle prevention* SSI oleh petugas, sehingga hal tersebut dapat menjadi pengingat dalam melakukan pengisian.

### Saran

Saran untuk Surveilans SSI di Rumah Sakit X Surabaya Melakukan sosialisasi *bundle prevention* SSI dan pelatihan dasar PPI secara rutin, terutama kepada petugas baru di ruangan terkait. IPCN melakukan evaluasi secara rutin untuk memantau keberadaan, pengisian serta kelengkapan *bundle prevention* SSI pada rekam medik pasien yang melakukan tindakan pembedahan. Serta pembuatan media sosialisasi berupa *banner* dan rambu-rambu

pengingat di setiap ruangan yang mudah dilihat oleh petugas untuk meningkatkan pemahaman serta kesadaran petugas untuk mengisi *bundle prevention* SSI sehingga diharapkan dapat mencegah dan mengendalikan infeksi yang diakibatkan oleh tindakan pembedahan atau *Surgical Site Infection* (SSI) di Rumah Sakit X Surabaya.

## REFERENSI

- Achmadi, U.F., 2009. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol. 3, No. 4; 147–152.
- Anaya, D.A., Dellinger, P.E., 2008. Surgical complications. Dalam: Townsend, C.M., Beauchamp, R.D., Evers, B.M., Mattox, K.L. 2008. Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 18th ed. Philadelphia: Saunders, pp. 328-334.
- Beilman, G.J., Dunn, D.L., 2015. Surgical Infection. Dalam: Brunicki, F. C. 2015. Schwartz's Principles of Surgery. 10th ed. USA: McGraw-Hill Education, pp. 135-150.
- Beldi, G., Knaden, S.B., Banz, V., Muhlemann, K. & Candinas, D. (2009) Impact of Intraoperative on Surgical Site Infections. *The American Journal of Surgery* 198, 157-162.
- Bagnall, N.M., Vig, S. & Trivedi, P, 2009. Surgical-Site Infection. *Surgery* 27: 10 published by Elsevier.
- CDC. 2012. *Procedure Associated Infection – SSI*. Tersedia di <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/training/2015/ssi-2015.pdf> Diakses tanggal 05 Januari 2016
- CDC. 2015. *Surgical Site Infection (SSI) Event*. Tersedia di: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSICurrent.pdf>. Diakses tanggal 05 Januari 2016
- Garrison, N.R., Franklin, A.G., Guillaumondegui, O., Kaplan, L.J., Spain, D.A. 2013. Surgical Infections. Dalam: Lawrence, P.F. 2013. Essentials of General Surgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, pp. 145-150.
- Hidajat, N.N., 2009. Pencegahan Infeksi Luka Operasi. Bandung: Universitas Padjajaran.
- International Federation of Infection Control (IFIC). 2011. *Basic Concept of Infection Control*. 2nd Edition. Malta : Bonavia Offset Printers.
- Kementerian Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi* Jakarta : Kemenkes RI



- Kementerian Kesehatan RI. 2009. *Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Petunjuk Praktis Surveilans Infeksi Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. PERDALIN : Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. <http://www.depkes.go.id>.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta : Kemenkes RI
- Murti, Bhisma. 2013. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Panjaitan, R. S., 2008. *Karakteristik Penderita Diabetes Mellitus Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Tahun 2007*. Skripsi Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit X Surabaya. 2012. *Standar Prosedur Operasional Pelaksanaan Surveilans Kejadian Infeksi di Rumah Sakit X Surabaya*. Peraturan Kementrian Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 tentang *Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Kemenkes RI: Jakarta.
- Putra, A.R., Asrizal. 2011. *Tindakan Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Luka Post Bedah*. Fakultas Keperawatan. Universitas Sumatra Utara.
- Rumah Sakit X Surabaya. 2012-2015. *Laporan Infeksi Nosokomial Rumah Sakit X Surabaya Tahun 2015*. Surabaya : Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).Rumah Sakit X Surabaya. 2013. *Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi*. Surabaya: Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- Rumah Sakit X Surabaya. 2014. *Profil Pelayanan RSU X Surabaya*. Surabaya : Rumah Sakit X Surabaya.
- Septiari, B. B. 2012. *Infeksi Nosokomial*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Welsh, A. 2008. *Surgical Site Infection Prevention and Treatment of Surgical Site Infection*. The National Institute for Health and Vlinical Excellence.
- WHO. 2011. *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Geneva. <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/10/11-088179/en/> diakses tanggal 11 Oktober 2016