**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN**

**FLEBITIS PADA PEMASANGAN INFUS PASIEN**

**DI RUANGAN RAWAT INAP INTERNE**

**DI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR**

**BUKITTINGGI TAHUN 2016**

**Penelitian Keperawatan Medikal Bedah**

**SKRIPSI**

****

**Oleh :**

**D O N I**

**12103084105012**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**STIKES PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2016**

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN**

**FLEBITIS PADA PEMASANGAN INFUS PASIEN**

**DI RUANGAN RAWAT INAP INTERNE**

**DI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR**

**BUKITTINGGI TAHUN 2016**

**Penelitian Keperawatan Medikal Bedah**

**SKRIPSI**

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh*

*Gelar Sarjana Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan*

*STIKes Perintis Padang*

****

**Oleh :**

**D O N I**

**12103084105012**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**STIKES PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2016**

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul **“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Flebitis pada Pemasangan Infus Pasien di Ruangan Rawat Inap Interne di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”***”* sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan. Dalam penulisan Skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan, pengarahan, bimbingan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga penulisan Skripsi ini dapat di selesaikan :

1. Bapak Yohandes Rafki, S.H, selaku ketua Yayasan Perintis Sumatera Barat, yang telah memberikan fasilitas dan sarana kepada penulis selama perkuliahan.
2. Bapak Yendrizal Jafri S.Kp M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Ns. Yaslina M. Kep, Sp. Kom selaku Ka Prodi Ilmu Keperawatan Perintis Padang
4. Ibu Supiyah, S. Kp, M. Kep selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan pikiran dalam memberikan bimbingan dan saran kepada peneliti sehingga Skripsi ini dapat diselesaikan.
5. Ibu Ns. Vera Sesrianty, S. Kep, selaku pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, bimbingan maupun saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan Skripsi ini.
6. Dosen dan Staff Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama peneliti dalam pendidikan.
7. Kepada ayahanda, ibunda, adik-adik dan keluarga besar tercinta yang telah memberikan dorongan moril maupun materil serta doa yang tulus selama peneliti melaksanakan pendidikan di STIKes Perintis Bukittinggi
8. Kepada semua teman-teman Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Bukittinggi angkatan 2016 yang telah memberi banyak masukan dan bantuan berharga dalam menyelesaikan Skripsi ini, dan semua pihak yang telah membantu peneliti yang tidak dapat peneliti ucapkan satu persatu.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa Skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan Peneliti. Untuk itu Peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Skripsi ini.

Akhir kata kepada-Nya jugalah kita berserah diri, semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang kesehatan. Wassalam

|  |
| --- |
| Bukittingi, Juli 2016Peneliti,D O N I |

**DAFTAR ISI**

**KATA PENGANTAR i**

**DAFTAR ISI iii**

**DAFTAR TABEL v**

**DAFTAR GAMBAR vi**

**DAFTAR LAMPIRAN vii**

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
	2. Rumusan Masalah 6
	3. Tujuan Penelitian 6
	4. Manfaat Penelitian 7
	5. Ruang Lingkup Penelitian 8

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Pemasangan Infus 10
	2. Flebitis 22
	3. Kerangka Teori 33

**BAB III KERANGKA KONSEP**

* 1. Kerangka Konsep 34
	2. Defenisi Operasional 35
	3. Hipotesa 37

**BAB IV METODE PENELITIAN**

* 1. Desain Penelitian 38
	2. Tempat dan Waktu Penelitian 38
	3. Populasi, Sampel, dan Sampling 38
	4. Instrumen Penelitian 40
	5. Etika Penelitian 41
	6. Pengumpulan Data 42
	7. Pengolahan dan Analisa Data 43

**BAB V HASIL PENELITIANN DAN PEMBAHASAN**

* 1. Hasil Penelitian 46
	2. Pembahasan 51

**BAB VI PENUTUP**

* 1. Kesimpulan 68
	2. Saran 69

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

**Nomor Tabel Halaman**

Tabel 3.1 Defenisi Operasional 35

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Lokasi Pemasangan Infus............................. 46

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Lama Pemasangan Infus............................... 47

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Perawatan Infus.............................................. 47

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Kejadian Flebitis Pada Pemasangan Infus...... 48

Tabel 5.5 Hubungan Lokasi Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis........ 48

Tabel 5.6 Hubungan Lama Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis......... 49

Tabel 5.7 Hubungan Perawatan Infus dengan Kejadaian Flebitis................... 50

 **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Teori Kejadian flebitis 33

Gambar 3.1 Kerangka Konsep 34

**DAFTAR LAMPIRAN**

1. Permohonan Menjadi Responden
2. Persetujuan Menjadi Responden
3. Lembar Observasi
4. Surat Izin Pengambilan Data Awal
5. Lembar Konsultasi

**BAB I**

1

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu upaya yang mendorong rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi. Panduan keselamatan pasien pada prinsipnya ditujukan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan terhindarnya pasien dari cidera yang disebabkan oleh proses pelayanan kesehatan. Berbagai Negara maju telah melaksanakan pelayanan kesehatan yang tidak hanya mengutamakan mutu tetapi juga kualitas keselamatan pasien *(quality-patient safety)* Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (Dep. Kes RI,2006).

Rumah sakit merupakan sarana penyedia layanan kesehatan untuk masyarakat. Rumah sakit sebagai institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna memiliki peran yang sangat strategis untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009; Departemen Kesehatan Republik Indonesia [DEPKES RI] 2009). Rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat (Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008).

Pelayanan keperawatan merupakan jenis pelayanan yang terbesar dan merupakan ujung tombak dalam mengukur kualitas pelayanan di Rumah Sakit, karena pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan, untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan keperawatan yang diberikan diperlukan suatu indicator klinik mutu pelayanan keperawatan (Depkes, 2008).

Pemasangan infus atau terapi intravena merupakan salah satu tindakan yang paling sering dilakukan dalam tindakan keperawatan. Pemasangan infus atau terapi intravena merupakan terapi medis yang dilakukan secara infasifdengan menggunakan metode yang efektif untuk mensuplai cairan, elektrolit, nutrisi dan obat melalui pembuluh darah (Intravascular) (Perry & Potter 2005).

Kemampuan pemasangan infus merupakan kompetensi dan tanggung jawab perawat. Kompetensi perawat yang diharapkan adalah memilih tempat vena yang sesuai, jenis kanula yang paling sesuai untuk pasien tertentu, mahir dalam teknik aseptik, dan teknik penusukan vena. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi pemasangan infus antara lain jenis larutan yang akan diberikan, lamanya terapi intravena, keadaan umum pasien dan tempat vena yang digunakan, dan keterampilan orang yang akan melakukan pemasangan infus. Pemasangan infus atau terapi intravena yang dilakukan secara terus menerus dan dalam jangka waktu yang lama, tentunya akan meningkatkan terjadinya komplikasi dari pemasangan infus, salah satunya adalah flebitis (Irawati, 2014).

Flebitis merupakan peradangan pada intima tunika dari vena dangkal yang disebabkan oleh iritasi mekanik, kimia atau sumber bakteri (mikro organisme) yang dapat menyebabkan pembentukan trombus (*Royal College of Nursing*, 2010) Flebitis mekanik disebabkan oleh pergerakan benda asing (kanula) yang menyebabkan gesekan dan peradangan vena (Stokowski et al, 2009), hal ini sering terjadi ketika ukuran kanula terlalu besar untuk vena yang dipilih (Martinho & Rodrigues, 2008). Penempatan kanula terlalu dekat dengan katup, akan meningkatkan risiko flebitis mekanis akibat iritasi pada dinding pembuluh darah dengan ujung kanula, sedangkan Flebitis kimia disebabkan oleh obat atau cairan yang diberikan melalui kanula. Faktor-faktor seperti pH dan osmolalitas dari zat memiliki dampak yang signifikan terhadap kejadian flebitis. Flebitis yang disebabkan oleh bakteri berasal dari tehnik aseptik yang kurang dari keterampilan perawat dalam memasang infus (Kohno et al, 2009).

Angka kejadian flebitis termasuk infeksi nosokomial yang merupakan salah satu indikator mutu dalam standar pelayanan rumah sakit dimana angka standar yang menjadi acuan adalah ≤ 1, 5%. Angka kejadian flebitis adalah perbandingan jumlah kejadian flebitis dengan jumlah pasien yang mendapat terapi infus (Dep.Kes RI,2008).

Survei prevalent yang dilakukan dengan bantuan WHO pada 55 RS di 14 negara mewakili wilayah WHO (Eropa, Mediteranian timur, Asia tenggara dan pasifik barat) menunjukan rata–rata 8,7% pasien dirumah sakit mengalami infeksi nosokomial. Sementara di negara berkembang seperti Asia Tenggara, diperkirakan lebih dari 40% pasien di Rumah Sakit mengalami kejadian infeksi nosokomial (Menkes, 2009).

Menurut Depkes RI (2006), Jumlah kejadian Infeksi Nosokomial berupa flebitis di Indonesia sebanyak (17,11%). Di Indonesia belum ditemukan pencatatan yang pasti tentang kejadian flebitis, namun terdapat rata-rata kejadian infeksi nosokomial sebesar 6,64%. Berdasarkan surveilans pada tahun 2009 di beberapa rumah sakit di Indonesia yang dilakukan di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSUM) Jakarta sebesar 4,60%, di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung sebesar 4,69%, di rumah sakit Bekasi sebesar 5,06%, di Rumah Sakit Dr. Soetomo terdapat sebesar 14,60% dan data dari Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo yang merupakan rumah sakit rujukan di Makasar menyebutkan bahwa kejadian infeksi nosokomial pada trimester III tahun 2009 sebesar 4,4%, cara paling ampuh untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial adalah dengan menjalankan *Universal Precautian* yang salah satunya adalah dengan mencuci tangan pada setiap penanganan pasien di rumah sakit. Penyebaran infeksi nosokomial di rumah sakit umumnya terjadi melalui tiga cara yaitu melalui udara, percikan dan kontak langsung dengan pasien.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Irawati (2014) tentang gambaran pelaksanaan pemasangan infus tidak sesuai SOP terhadap kejadian flebitis di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri ditemukan bahwa angka kejadian flebitis sebesar 15%. Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa pemasangan infus yang tidak sesuai SOP meningkatkan resiko kejadian flebitis pada pasien. Serta penelitian yang telah dilakukan oleh Masdalifa (2011), yang menyatakan rata-rata kejadian flebitis waktu ≥ 24 jam dan ≤ 72 jam setelah pemasangan terapi intravena. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lokasi pemasangan infus terletak pada vena sefalika, yang tidak terjadi flebitis sebanyak 11 responden (91,7%). Sedangkan lokasi pemasangan infus terletak pada vena metakarpal, yang terjadi flebitis sebanyak 20 responden (41,7%). Dari hasil penelitian tersebut dapat diketahui bahwa kejadian flebitis masih jauh di atas standar kejadian flebitis yaitu < 1,5 % sesuai dengan ketetapan Depkes RI (2008).

Hasil survey awal yang telah peneliti lakukan di Ruang Rawat Inap Interne pria dan wanita RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 9 April 2016, berdasarkan hasil wawancara dengan kepala ruangan Interne Pria dan wanita menyatakan bahwa hampir seluruh pasien dilakukan pemasangan infus yaitu dengan rata-rata pemasangan sebanyak 300 orang setiap bulannya, namun rata-rata pasien dengan pemasangan infus lebih dari 3 hari adalah sebanyak 86 pemasangan. Proses penggantian infus dilakukan setiap 3 hari sekali dan perawatan infus yang dilakukan oleh petugas sering dilakukan hanya apabila ditemukan kendala seperti infus macet atau infus berdarah, infus terlepas atau ditemukannya tanda-tanda infeksi pada lokasi pemasangan infus.Perawatan infus bertujuan untuk mempertahankan tehnik steril,mencegah masuknya bakteri kedalam aliran darah,pencegahan timbulnya infeksi. Memeriksa atau mengamati bagian pemasangan intravenadari tanda tanda peradangan infeksi setiap hari,perawat harus cuci tangan dan memakai sarung tangan sertiap kali melakukan perawatan infus dilokasi pemasangan infus, perawat mengganti balutan /plester pada area insersi infus setiap 48 jam sekali. Kemudian peneliti juga melakukan wawancara dan observasi terhadap 10 orang pasien yang sedang terpasang infus, diketahui bahwa seluruh pasien menyatakan rasa nyeri pada lokasi pemasangan infus, 4 orang pasien menyatakan nyeri disertai bengkak dan kemerahan di sekitar lokasi pemasangan infus, serta 3 orang pasien menyatakan nyeri dalam tingkat sedang saat penusukan pada proses pemasangan infus.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka penulis ingin membahas kasus kejadian flebitis dalam sebuah penelitian dengan judul

“Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kejadian Flebitis pada Pemasangan Infus Pasien di Ruangan Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mucthar Bukittinggi Tahun 2016.”

* 1. **Rumusan Masalah**

Penelitian ini membahas tentang kejadian flebitis pada pemasangan infus pasien di RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah” Faktor apa sajakah yang berhubungan dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus pasien di Ruang Interne RSUD. DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016?”

* 1. **Tujuan Penelitian**
1. **Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus pasien di Ruang Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.

1. **Tujuan Khusus**
2. Diketahuinya distribusi frekuensi lokasi pemasangan infus pada pasien di Ruang Interne RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016
3. Diketahuinya distribusi frekuensi lama pemasangan infus pada pasien di Ruang Interne RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016
4. Diketahuinya distribusi frekuensi perawatan infus pada pasien di Ruang Interne RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016
5. Diketahuinya distribusi frekuensi kejadian flebitis pada pemasangan infus pasien di Ruang Interne RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016
6. Diketahuinya hubungan lokasi pemasangan infus dengan kejadian flebitis pada pasien di Ruang Interne RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016
7. Diketahuinya hubungan lama pemasangan infus dengan kejadian flebitis pada pasien di Ruang Interne RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016
8. Diketahuinya hubungan perawatan infus dengan kejadian flebitis pada pasien di Ruang Interne RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.
	1. **Manfaat Penelitian**
9. **Bagi Peneliti**

Penelitian ini merupakan masukan bagi perawat dalam bekerja untuk mengutamakan keselamatan pasien, bekerja sesuai standar operasional prosedur sehingga angka kejadian flebitis bisa diturunkan dan juga menambah informasi atau wawasan ilmu pengetahuan tentang faktor-faktor mempengaruhi flebitis.

1. **Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi management RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

1. **Bagi Pasien**

Diharapkan angka kejadian flebitis bisa menurun sehingga jumlah hari rawat pasien bisa berkurang dan mengurangi biaya pengobatan.

* 1. **Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini membahas tentang faktor-faktor (lokasi pemasangan infus, perawatan infus, lama pemasangan infus) yang berhubungan dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus pasien di ruangan rawat inap interne di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang akan dilaksanakan pada bulan Juli tahun 2016. Populasi pada penelitian adalah seluruh pasien di ruang interne pria dan wanita di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang dilakukan pemasangan infus dengan rata-rata kunjungan setiap bulannya adalah 300 orang pasien dan angka pemasangan infus adalah sebesar 99%, dari 300 orang kunjungan setiap bulannya, rata-rata pasien dengan pemasangan infus > 3 hari adalah sebanyak 86 orang, sehingga populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien dengan lama pemasangan infus > 3 hari yaitu sebanyak 86 orang. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* sehingga didapatkan sampel sebanyak 60 orang pasien. Pengumpulan data penelitian menggunakan lembar observasi lokasi pemasangan infus, perawatan infus, lama pemasangan infus dan kejadian flebitis. Analisis data meliputi analisis univariat dan analisis bivariat dengan uji statistik chi square yang dilakukan secara komputerisasi dengan batas kemaknaan (α) = 0,05.

**BAB II**

10

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Pemasangan Infus**
		1. **Pengertian Pemasangan Infus**

Pemasangan infus atau terapi cairan intravena adalah pemberian sejumlah cairan kedalam tubuh melalui sebuah jarum ke dalam pembuluh darah vena untuk menggantikan kehilangan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh. Pemberian terapi cairan intravena merupakan suatu keharusan untuk diberikan pada pasien yang mengalami kehilangan darah atau kehilangan cairan, gangguan kesadaran, dan dehidrasi (Aryani, 2009).

Terapi intravena adalah menempatkan cairan steril melalui jarum langsung ke vena pasien. Biasanya cairan steril mengandung elektrolit(natrium, kalsium, kalium), nutrient (biasanya glukosa), vitamin atauobat (Sharon, 2009). Infus cairan intravena adalah pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh, melalui sebuah jarum, ke dalam pembuluh venauntuk menggantikan kehilangan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh(Asmadi, 2008).

Terapi intravena digunakan untuk memberikan cairan ketika pasientidak dapat menelan, tidak sadar, dehidrasi atau syok, untuk memberikan garam yang dirperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit ,atau glukosa yang diperlukan untuk metabolisme dan memberikan medikasi (Sharon, 2009).

* + 1. **TujuanPemasangan Infus**

Perry dan Potter (2005), mengatakan bahwa alasan umum pasien mendapatkan terapi infus adalah:

1. Mempertahankan keseimbangan cairan atau koreksi keseimbangan cairan.
2. Mempertahankan elektrolit atau keseimbangan asam basa atau koreksi elektrolit.
3. Pemberian obat termasuk nutrisi.
4. Mengganti darah atau produk darah.
	* 1. **Keuntungan dan Kerugian Intravena**

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

1. Keuntungan

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

1. Kerugian

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

* + 1. **Prosedur Pemasangan Infus**

Karena infeksi dapat menjadi komplikasi utama dari terapi intravena, peralatan intravena harus steril, juga wadah dan selang parenteral. Tempat insersi harus dibersihkan dengan kapas povidoneiodine selama 2-3 menit, mulai dari tengah ke arah tepi. Tindakan ini diikuti dengan alcohol 70%. (Hanya alcohol yang digunakan jika pasien alergi pada iodine). Perawat harus menggunakan sarung tangan sekali pakai tidak steril selama prosedur fungsi vena karena tingginya kemungkinan kontak dengan darah pasien (Asmadi 2008)

1. Memasang infus intravena
2. Peralatan :
3. Seperangkat infus set steril
4. Cairan yang diperlukan
5. Kain kasa steril dalam tempatnya
6. Kapas alkohol dalam tempatnya
7. Plester
8. Gunting verband
9. Bengkok (neirbekken)
10. Infus set lengkap dengan gantungan botol (kolf)
11. Perlak kecil dan alas
12. Tali pembendung (tourniquet)
13. Spalk dalam keadaan siap pakai, bila perlu terutama pada anakanak.

(Asmadi 2008)

1. Persiapan :
2. Pastikan program medis untuk terapi intravena, periksa label larutan, dan identifikasi pasien. Kesalahan yang serius dapat dihindari dengan pemeriksaan yang teliti.
3. Jelaskan prosedur pada pasien. Pengetahuan meningkatkan kenyamanan dan kerjasama pasien.
4. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan sekali pakai. Asepsis penting untuk mencegah infeksi. Mencegah pajanan perawat terhadap darah pasien.
5. Pasang tourniket dan identifikasi vena yang sesuai. Tourniket akan melebarkan vena dan membuatnya terlihat jelas.
6. Pilih letak insersi. Pemilihan tempat yang teliti akan meningkatkan kemungkinan fungsi vena yang berhasil dan pemeliharaan vena.
7. Pilih kanula intravena. Panjang dan diameter kanula harus sesuai baik untuk letak maupun tujuan infus.
8. Hubungkan kantong infus dan selang, dan alirkan larutan sepanjang selang untuk mengeluarkan udara, tutup ujung selang. Mencegah penundaan;peralatan harus dihubungkan dengan segera setelah pungsi vena yang berhasil untuk mencegah pembekuan darah.
9. Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian kerja dan posisi pasien yang nyaman; alur pencahayaan. Posisikan lengan pasien dibawah ketinggian jantung untuk meningkatkan pengisian kapiler. Letakkan bantalan pelindung di atas tempat tidur di bawah lengan pasien. Posisi yang sesuai akan meningkatkan kemungkinan keberhasilan dan memberikan kenyamanan bagi pasien. (Smeltzer & Bare 2002).
10. Prosedur
11. Tergantung pada kebijakan dan prosedur rumah sakit, lidokain 1% (tanpa epinefrin) 0,1-0,2 cc mungkin disuntikkan secara local ke tempat intravena. (Menurunkan nyeri setempat akibat prosedur).
12. Pasang tourniket baru untuk setiap pasien atau manset tekanan darah 15 sampai 20 cm (6-8 inci) di atas tempat penusukan. Palpasi nadi di distal tourniket. Minta pasien untuk membuka dan menutup kepalan tangan beberapa kali atau menggantung lengan pasien untuk melebarkan vena. (Tourniket melebarkan vena dan memudahkan pemasukan; tourniket tidak boleh ketat sehingga menghambat aliran darah arteri. Jika nadi tidak teraba di sebelah distal tourniket, maka tourniket tersebut terlalu ketat. Telapak tangan yang terkepal menyebabkan vena menjadi bulat dan kencang).
13. Pastikan apakah pasien alergi terhadap yodium. Siapkan tempat dengan membersihkan menggunakan tiga swab betadine selama 2-3 menit dalam gerakan memutar, bergerak keluar dari tempat penusukan. Biarkan kering, kemudian bersihkan dengan alcohol 70% untuk melihat dengan jelas vena profunda.
14. Jika tempat yang dipilih sangat berambut, gunting rambut.(periksa kebijakan dan prosedur lembaga tentang hal ini)
15. Jika pasien alergi dengan povidone-yodium, maka dapat digunakan alcohol 70% saja. (Asepsis ketat dan persiapan tempa yang teliti merupakan hal yang penting untuk mencegah infeksi).
16. Dengan tangan yang tidak memegang peralatan akses vena, pegang tangan pasien dan gunakan jari atau ibu jari untuk menegangkan kulit di atas pembuluh darah.(Menerapkan traksi pada vena membantu vena untuk menstabilkannya).
17. Pegang jarum dengan bagian bevel keatas dan pada sudut 25- 45 derajat, tergantung pada kedalaman vena, tusuk kulit tetapi tidak menusuk vena. (Posisi bevel ke atas biasanya menyebabkan trauma yang lebih sedikit ke kulit atau vena).
18. Turunkan sudut jarum menjadi 10-20 derajat atau hampir sejajar dengan kulit, kemudian masuki vena baik langsung dari atas atau dari samping dengan satu gerakan cepat. (Prosedur dua tahap menurunkan kemungkinan menembusnya jarum melalui dinding posterior vena ketika kulit ditusuk).
19. Jika tampak aliran darah balik, luruskan sudut didorong jarum, langkah-langkah tambahan untuk pemasangan kateter yang membungkus jarum.
20. Dorong jarum 0,6 cm setelah pungsi vena yang berhasil.
21. Tahan hub jarum, dan dorong kateter yang membungkus jarum kedalam vena. Jangan pernah memasukkan kembali jarum ke dalam kateter plastic atau menarik kateter kembali ke jarum.
22. Lepaskan jarum, sambil menekan perlahan kulit di atas ujung kateter; tahan hub kateter di tempatnya. (Aliran balik mungkin tidak terjadi jika vena kecil; posisi ini menurukan kemungkinan tembusnya dinding posterior vena).
23. Lepaskan tourniket dan sambungkan selang infus ; buka klem sehingga memungkinkan tetesan. (Infus harus disambungkan dengan cepat untuk mencegah terjadinya bekuan darah dalam kanula. Setelah 2 kali usaha untuk melakukan penusukan vena tidak berhasil dianjurkan meminta bantuan dari perawat lain).
24. Sisipkan bantalan kasa steril berukuran 2x2 inchi dibawah ujung kateter. (Kasa berfungsi sebagai bidang steril).
25. Rekatkan jarum dengan kuat ditempatnya dengan plester. (Jarum yang stabil lebih sedikit kemungkinannya untuk terlepas atau mengiritasi vena).
26. Tempat penusukan kemudian ditutup dengan band-aid atau kasa steril; rekatkan dengan plester non alergenik tetapi jangan melingkari ekstremitas. (Plester yang melingkari ekstremitas dapat berfungsi sebagai tourniket).
27. Plesterkan sedikit lengkungan selang intravena ke atas balutan. (Lengkungan selang menurunkan kemungkinan pergeseran kanul yang tidak sengaja jika selang tertarik).
28. Tutup tempat penusukan dengan balutan sesuai dengan kebijakan dan prosedur rumah sakit. Balutan kasa atau transparan mungkin digunakan.(Balutan yang transparan memungkinkan pengkajian terhadap flebitis, infiltrasi, dan infeksi pada tempat penusukan tanpa melepaskan balutan).
29. Beri label balutan dengan jenis dan panjang kanula, tanggal,dan inisial.(Pemasangan label memfasilitasi pengkajian dan penghentian yang aman).
30. Hitung kecepatan infus dan atur aliran infus. (Infus harus diatur dengan cermat untuk mencegah terjadinya infus yang berlebihan atau kekurangan).
31. Dokumentasikan tempat, jenis dan ukuran kanula, waktu, larutan, kecepatan intravena, dan respons pasien terhadap prosedur. (Pendokumentasian penting untuk memfasilitasi perawatan dan untuk tujuan legal). (Smeltzer & Bare 2002).
	* 1. **Pencegahan Komplikasi Pemasangan terapi Intravena**

Menurut (Hidayat 2008), selama proses pemasangan infus perlu memperhatikan hal-hal untuk mencegah komplikasi yaitu :

1. Ganti lokasi tusukan setiap 48-72 jam dan gunakan set infus baru.
2. Ganti kasa steril penutup luka setiap 24-48 jam dan evaluasi tanda Infeksi.
3. Observasi tanda / reaksi alergi terhadap infus atau komplikasi lain.
4. Jika infus tidak diperlukan lagi, buka fiksasi pada lokasi penusukan.
5. Kencangkan klem infus sehingga tidak mengalir.
6. Tekan lokasi penusukan menggunakan kasa steril, lalu cabut jarum infus perlahan, periksa ujung kateter terhadap adanya embolus.
7. Bersihkan lokasi penusukan dengan antiseptik. Bekas-bekas plester dibersihkan memakai kapas alkohol atau bensin (jika perlu).
8. Gunakan alat-alat yang steril saat pemasangan, dan gunakan tehnik sterilisasi dalam pemasangan infus.
9. Hindarkan memasang infus pada daerah-daerah yang infeksi, vena yang telah rusak, vena pada daerah fleksi dan vena yang tidak stabil.
10. Mengatur ketepatan aliran dan regulasi infus dengan tepat.
11. Penghitungan cairan yang sering digunakan adalah penghitungan milli meter perjam (ml/h) dan penghitungan tetes permenit.
	* 1. **Komplikasi Terapi Cairan Intravena**

Terapi intravena diberikan secara terus-menerus dan dalam jangka waktu yang lama tentunya akan meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi. Komplikasi dari pemasangan infus yaitu flebitis, hematoma, infiltrasi, tromboflebitis, emboli udara (Hindley 2006).

1. Flebitis

Inflamasi vena yang disebabkan oleh iritasi kimia maupun mekanik. Kondisi ini dikarakteristikkan dengan adanya daerah yang memerah dan hangat di sekitar daerah insersi/penusukan atau sepanjang vena, nyeri atau rasa lunak pada area insersi atau sepanjang vena, dan pembengkakan.

1. Infiltrasi

Infiltrasi terjadi ketika cairan IV memasuki ruang subkutan di sekeliling tempat fungsi vena. Infiltrasi ditunjukkan dengan adanya pembengkakan (akibat peningkatan cairan di jaringan), palor (disebabkan oleh sirkulasi yang menurun) di sekitar area insersi, ketidak nyamanan dan penurunan kecepatan aliran secara nyata. Infiltrasi mudah dikenali jika tempat penusukan lebih besar daripada tempat yang sama di ekstremitas yang berlawanan. Suatu cara yang lebih dipercaya untuk memastikan infiltrasi adalah dengan memasang torniket di atas atau di daerah proksimal dari tempat pemasangan infus dan mengencangkan torniket tersebut secukupnya untuk menghentikan aliran vena. Jika infus tetap menetes meskipun ada obstruksi vena,berarti terjadi infiltrasi.

1. Iritasi vena

Kondisi ini ditandai dengan nyeri selama diinfus, kemerahan pada kulit di atas area insersi. Iritasi vena bisa terjadi karena cairan dengan pH tinggi, pH rendah atau osmolaritas yang tinggi (misal: phenytoin, vancomycin, eritromycin, dan nafcillin)

1. Hematoma

Hematoma terjadi sebagai akibat kebocoran darah ke jaringan di sekitar area insersi. Hal ini disebabkan oleh pecahnya dinding vena yang berlawanan selama penusukan vena, jarum keluar vena, dan tekanan yang tidak sesuai yang diberikan ke tempat penusukan setelah jarum atau kateter dilepaskan. Tanda dan gejala hematoma yaitu ekimosis, pembengkakan segera pada tempat penusukan, dan kebocoran darah pada tempat penusukan.

1. Tromboflebitis

Tromboflebitis menggambarkan adanya bekuan ditambah peradangan dalam vena. Karakteristik tromboflebitis adalah adanya nyeri yang terlokalisasi, kemerahan, rasa hangat, dan pembengkakan di sekitar area insersi atau sepanjang vena, imobilisasi ekstremitas karena adanya rasa tidak nyaman dan pembengkakan, kecepatan aliran yang tersendat, demam, malaise, dan leukositosis.

1. Trombosis

Trombosis ditandai dengan nyeri, kemerahan, bengkak pada vena, dan aliran infus berhenti. Trombosis disebabkan oleh injuri sel endotel dinding vena, pelekatan platelet.

1. Occlusion (Kemacetan)

Kemacetan ditandai dengan tidak adanya penambahan aliran ketika botol dinaikkan, aliran balik darah di selang infus, dan tidak nyaman pada area pemasangan/insersi. Kemacetan disebabkan oleh gangguan aliran IV, aliran balik darah ketika pasien berjalan, dan selang diklem terlalu lama.

1. Spasme vena

Kondisi ini ditandai dengan nyeri sepanjang vena, kulit pucat di sekitar vena, aliran berhenti meskipun klem sudah dibuka maksimal. Spasme vena bisa disebabkan oleh pemberian darah atau cairan yang dingin, iritasi vena oleh obat atau cairan yang mudah mengiritasi vena dan aliran yang terlalu cepat.

1. Reaksi vasovagal

Digambarkan dengan klien tiba-tiba terjadi kollaps pada vena, dingin, berkeringat, pingsan, pusing, mual dan penurunan tekanan darah. Reaksi vasovagal bisa disebabkan oleh nyeri atau kecemasan.

1. Kerusakan syaraf, tendon dan ligament.

Kondisi ini ditandai oleh nyeri ekstrem, kebas/mati rasa, dan kontraksi otot. Efek lambat yang bisa muncul adalah paralysis, mati rasa dan deformitas. Kondisi ini disebabkan oleh tehnik pemasangan yang tidak tepat sehingga menimbulkan injuri di sekitar syaraf, tendon dan ligament.

* 1. **Flebitis**
		1. **Pengertian Flebitis**

Flebitis adalah suatu reaksi lokal yang berupa peradangan pada pembuluh darah vena di tunika intima yang di tandai dengan panas, nyeri,bengkak dan kemerahan dengan atau tanpa pus pada daerah penusukanyang timbul 3 x 24 jam atau kurang dari waktu tersebut bila infus masih terpasang (Darmadi, 2008).

Flebitis adalah inflamasi yang terjadi pada pembuluh darah vena yang di tandai dengan nyeri, kemerahan, bengkak, panas, indurasi ( pengerasan) pada daerah tusukan, dan pengerasan sepanjang pembuluh darah vena ( Alexander,et al.,2010 ).

Flebitis adalah inflamasi lapisan vena dimana sel endotelia dinding vena mengalami iritasi dan pemukaaan sel menjadi kasar, sehingga memungkinkan platelet menempel dan kecendungan terjadinya penyebab flebitis (Philips, 2005). Flebitis didefenisikan sebagai inflamasi vena yang disebabkan baik oleh iritasi kimia maupun mekanik. Hal ini dikarakteristikan dengan adanya daerah yang memerah dan hangat di sekitar daerah penusukan atau sepanjang vena, nyeri atau rasa lunak di daerah penusukan dan pembengkakan. Insiden flebitis meningkat sesuai dengan lamanya pemasangan jalur intravena, komposisi cairan atau obat yang di infuskan, ukuran dan tempat kanula yang di masukkan, pemasangan jalur intravena yang tidak sesuai dan masuknya mikroorganisme saat penusukan (Smeltzer & Bare, 2002).

* + 1. **Faktor-faktor Penyebab Flebitis**

Darmawan (2008) menyatakan bahwa secara umum penyebab flebitis sebagai berikut:

1. **Pemasangan**

Pemberian cairan infus merupakan tindakan memasukkan cairan melalui intravena pada pasien dengan bantuan perangkat infus. Tindakan tersebut dilakukan untuk pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit serta sebagai tindakan pengobatan dan pemberian makan. Tindakan penatalaksanaan infus yang buruk, pasien akan terpapar pada resiko terkena infeksi nosokomial berupa flebitis.

1. **Lama Pemasangan**

Kontaminasi infus dapat terjadi selama pemasangan kateter intravena sebagai akibat dari cara kerja yang tidak sesuai prosedur serta pemakaian yang terlalu lama. *The Center for Disease ControlandPrevention* menganjurkan penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi.

Penelitian yang dilakukan oleh Komaling, Kumuaat & Onibala(2014), tentang hubungan lamanya pemasangan infus dengan kejadian flebitis di BLU RSUP Prof. Dr.R.D. Kandau Manado, di dapatkan bahwa rata-rata kejadian flebitis muncul setelah lama pemasangan infus lebih dari 72 jam (≥ 3 hari) dengan persentase 27,6%. Penelitian lain yang dilakukan oleh Ningsih (2013), di RS Monginsidi Manado, didapatkan bahwa lama pemasangan kanula 4-6 x 24 jam meningkatkan resiko terjadinya flebitis. Penelitian yang dilakukan oleh Mardiah (2012), diRSUP H. Adam Malik Medan menemukan hal yang tidak jauh berbeda yaitu lebih dari 50% pasien yang dirawat mendapatkan flebitis pada hari ketiga pemasangan infus.

1. **Lokasi Pemasangan Infus**

Penempatan kanula pada vena proksimal (kubiti atau lengan bawah)sangat dianjurkan untuk larutan infus dengan osmolaritas >500mOsm/L. Misalnya Dextrose 5%, NaCl 0,9%, produk darah, danalbumin. Hindarkan vena pada punggung tangan jika mungkin,terutama pada pasien usia lanjut, karena akan menganggu kemandirian lansia. Lokasi pemasangan infus biasanya pada vena yang terdapat dilengan antara lain:

1. Vena digitalis mengalir sepanjang sisi lateral jari tangan dandihubungkan ke vena dorsalis oleh cabang-cabang penyambung.

Keuntungan : Kadang-kadang hanya vena yang tersedia, yangdengan mudah difiksasi dengan spatel lidah yang dibalut denganperban.

Kerugian : Hanya kateter yang berukuran kecil dapat digunakan, mudah terjadi infiltrasi, tidak cocok untuk terapi jangkapanjang.

1. Vena dorsalis superfisialis (metakarpal atau tangan) berasal darigabungan vena digitalis. Keuntungan : memungkinkan pergerakan lengan, mudah dilihat dan di palpasi, tulang-tulang dengan membelat kateter. Kerugian: pasien-pasien yang aktif dapat mengeser kateter, balutan menjadi mudah basah dengan mencuci tangan, tempat penusukan IV akan macet jika penahan pergelangan tangan di pasang.
2. Vena sefalika terletak di lengan bagian bawah pada posisi radiallengan (ibu jari). Vena ini berjalan ke atas sepanjang bagian luar dari lengan bawah dalam region antekubiti. Vena sefalika lebih kecil dan biasanya lebih melengkung dari vena basilika. Keuntungan : dapat menggunakan kateter ukuran besar untuk infus yang cepat, dibelat oleh tulang-tulang lengan, pilihan yang baik untuk infus larutan yang mengiritasi. Kerugian :lebih melengkungdaripada vena basilika; ini biasanya merupakan kerugian hanya bila memasang kateter yang lebih panjang.
3. Vena basilika ditemukan pada sisi ulnaris lengan bawah, berjalan ke atas pada bagian posterior atau belakang lengan dan kemudian melengkung ke arah permukaan anterior atau region antekubiti.Vena ini kemudian berjalan lurus ke atas dan memasuki jaringan yang lebih dalam. Keuntungan: sama seperti vena sefalika,biasanya lebih lurus dari vena sefalika.

Kerugian : Cenderung berputar; posisi pasien mungkin akan kikuk selama pungsi vena.

1. Vena mediana/antekubiti berasal dari vena lengan bawah dan umumnya terbagi dalam dua pembuluh darah, satu berhubungan dengan vena basilika dan yang lainnya berhubungan dengan venasefalika. Vena ini biasanya digunakan untuk pengambilan sampel darah. Keuntungan: mudah dilakukan penusukan, besar, cenderung stabil. Kerugian: dapat membatasi gerakan lengan pasien.
2. **Ukuran Kanula**

Kanula adalah tabung kecil dimasukkan ke dalam tubuh melalui pembuluh darah yang bertujuan untuk menambah atau mengurangi cairan tubuh, tabung ini biasanya berukuran kecil dan halus sesuai dengan ukuran pembuluh darah (Wikipedia bahasa Indonesia).

Flebitis mekanis dikaitkan dengan penempatan kanula. Kanula yang dimasukkan pada daerah lekukan sering menghasilkan flebitis mekanis. Ukuran kanula harus dipilih sesuai dengan ukuran vena dan difiksasi dengan baik. Lakukan pemilihan kanula secara tepat. Gunakan kanula dengan ukuran paling pendek dan diameterpaling kecil. Sesuaikan dengan umur. keperluan dan lamanya terapi.Semakin besar nomor, maka semakin kecil ukuran panjang dan diameter. Ukuran sediaan kanula dan mulai 16. 18, 20. 22, 24. Ukuran 24 digunakan untuk neonatus, bayi dan anak. Untuk ukuran 16. 18, 20 digunakan pada klien dewasa.

1. **Jenis Cairan Infus**

Jenis kateter infus yang terbuat dari silikon dan poliuretan kurang bersifat iritasi dibanding *politetrafluoroetilen* (teflon) karena permukaan lebih halus, lebih termo plastik dan lentur. Risiko tertinggi untuk flebitis dimiliki kateter yang terbuat dari polivinil klorida atau polietilen. pH dan osmolaritas cairan infus yang ekstrem selalu diikuti risiko flebitis tinggi.

pH darah normal terletak antara 7,35-7,45 dan cenderung basa. PH cairan yang diperlukan dalam pemberian terapi adalah yang berarti adalah netral. Ada kalanya suatu larutan diperlukan konsentrasi yanglebih asam untuk mencegah terjadinya karamelisasi dekstrosa dalam proses sterilisasi autoclaf, jadi larutan yang mengandung glukosa,asam amino, dan lipid yang biasa digunakan dalam nutrisi parenteral lebih bersifat flebitogenik.

Larutan sering dikategorikan sebagai larutan isotonik, hipotonik atau hipertonik, sesuai dengan osmolalitas total larutan tersebut dibanding dengan osmolalitas plasma. Larutan isotonik adalah larutan yang memiliki osmolalitas total sebesar 280 –310 mOsm/L, larutan yang

memiliki osmolalitas kurang dari itu disebut hipotonik, sedangkan yang melebihi disebut larutan hipertonik. Tonisitas suatu larutan tidak hanya berpengaruh terhadap status fisik klien akaan tetapi juga berpengaruh terhadap tunika intima pembuluh darah. Dinding tunika intima akan mengalami trauma pada pemberian larutan hipomoler yang mempunyai osmolalitas lebih dari 600 mOsm/L. Terlebih lagi pada saat pemberian dengan tetesan cepat pada pembuluh vena yang kecil.

Cairan isototonik akan menjadi lebih hiperosmoler apabila ditambah dengan obat, elektrolit maupun nutrisi (INS, 2006). Vena perifer dapat menerima osmolalitas larutan sampai dengan 900 mOsm/L. Semakin tinggi osmolalitas (makin hipertonis) makin mudah terjadi kerusakan pada dinding vena perifer seperti flebitis, trombophebitis, dan tromboemboli. Pada pemberian jangka lama harus diberikan melalui vena sentral, karena larutan yang bersifat hipertonis dengan osmolalitas > 900 mOsm/L, melalui vena sentral aliran darah menjadi cepat sehingga tidak merusak dinding.

1. **Perawatan Infus**

Perawatan infus bertujuan untuk mempertahankan tehnik steril, mencegah masuknya bakteri ke dalam aliran darah, pencegahan /meminimalkan timbulnya infeksi, dan memantau area insersi sehingga dapat mengurangi kejadian flebitis.

William & Wilkins (2006) menyatakan bahwa setelah infus IVterpasang, fokus pada mempertahankan terapi dan mencegah komplikasi. Pelaksanaan tindakan perawatan rutin dan khusus serta menghentikan infus ketika terapi selesai. Tindakan perawatan rutin membantu mencegah komplikasi.

William & Wilkins (2006) menyatakan bahwa perawatan infus dilakukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur di rumah sakit,meliputi:

1. Memeriksa atau mengamati bagian pemasangan intravena daritanda-tanda peradangan infeksi setiap hari.
2. Perawat harus mencuci tangan dan memakai sarung tangan setiapkali melakukan perawatan infus terutama di lokasi *venipuncture*.
3. Mengganti balutan/ plester pada area insersi infus setiap 48 jamsekali.

Peralatan yang dibutuhkan yaitu:

1. Alkohol swab
2. Plester, kasa steril 2x2, plester transparan
3. Sarung tangan steril

Cara mengganti balutan plester yaitu

1. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan steril
2. Pegang jarum atau kateter di tempat dengan tangan yang tidakdominan untuk mencegah gerakan yang dapat menyebab kaninfiltrasi, kemudian dengan lembut lepaskan pita
3. Menilai bagian venipuncture dari tanda-tanda infeksi(kemerahan dan nyeri)
4. Jika perawat mendeteksi adanya tanda-tanda ini, lakukantekanan pada daerah tersebut dengan pada kain kasa steril dan mengganti kateter atau jarum. Mempertahankan tekanan padaunit area pendarahan berhenti, dan kemudian menerapkan perban perekat. Gunakan peralatan, masukkan I.V di bagian yang lain.
5. Jika perawat tidak mendeteksi komplikasi, pegang jarum ataukateter pada hub dengan hati-hati dan bersihkan di sekitarbagian insersi dengan usap alkohol. Biarkan mengering.
6. Melepas balutan dan mengganti dengan kasa yang bersih
7. Periksa botol infus yang menggantung pada label dan tidakdiijinkan lebih dari 24 jam. Periksa botol infus dari keretakan,kebocoran dan kerusakan lainnya. Periksa perubahan warna dan kekeruhan.
	* 1. **Tanda dan Gejala Flebitis**

Menurut Mustofa (2007), tanda dan gejala kejadian flebitisadalah :

1. Rubor (Hyperemia)

Kemerahan atau rubor biasanya merupakan kejadian pertama yang ditemukan didaerah yang mengalami peradangan. Pada reaksi peradangan arteriola yang mensuplai darah tersebut mengalami pelebaran sehingga darah yang mengalir ke mikrosirkulasi lokal lebih banyak.

1. Kalor (Hipertermi)

Kalor terjadi bersamaan dengan kemerahan pada reaksi peradangan. Daerah sekitar peradangan menjadi lebih panas, karena darah yang disalurkan ke daerah tersebut lebih besar dibandingkan daerah lainnya yang normal.

1. Tumor (Oedem)

Pembengkakan lokal terjadi karena pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi kejaringan intrerstitiel, campuran antara sel yang tertimbun didaerah peradangan disebut eksudat. Pada keadaan ini reaksi peradangan eksudatnya adalah cairan.

1. Nyeri (Dolor)

Rasa nyeri pada daerah peradangan dapat disebabkan oleh perubahan pH lokal ataupun konsentrasi ion-ion tertentu yang merangsang ujung saraf selain itu juga pembengkakan yang terjadi dapat juga menyebabkan peningkatan tekanan lokal yang dapat merangsang sakit.

* + 1. **Pencegahan Flebitis**

Flebitis dapat di cegah dengan menggunakan teknik aseptik selamapemasangan, menggunakan ukuran kateter dan jarum yang sesuai untukvena, mempertimbangkan komposisi cairan dan medikasi ketika memilih tempat penusukan, merawat dan mengobservasi tempat penusukan akan adanya komplikasi apapun setiap hari dan menempatkan kateter dan jarum dengan baik (Darmadi, 2008).

* + 1. **Skala Flebitis**

Ada beberapa standar yang bisa digunakan untuk mengukur tingkat keparahan flebitis:

1. Skala menurut (*Intgravenous Nurses Society* dalam Mustofa 2007), keparahan flebitis di identifikasi sebagai berikut :

Skala 0 : Tidak nyeri, tidak kemerahan, tidak edema, tidak hangat dan tidak terjadi pembengkakan lokal

Skala 1 : Terasa nyeri, kemerahan, tidak hangat, tidak terjadi pembengkakan lokal dan mungkin bisa terjadi edema atau tidak terjadi edema.

Skala 2 : Terasa nyeri, kemerahan, hangat, tidak terjadi pembengkakan lokal dan mungkin bisa terjadi edema atau tidak terjadi edema.

Skala 3 : Terasa nyeri, kemerahan, hangat, terjadi pembengkakan lokal dan mungkin bisa terjadi edema atau tidak edema.

* 1. **Kerangka Teori**

Faktor resiko kejadian flebitis

1. Pemasangan
2. Lama pemasangan
3. Lokasi pemasangan
4. Ukuran kanula vena kateter
5. Jenis cairan infus
6. Perawatan infus

Pasien Rawat Inap

Terapi intravena

Kejadian Flebitis

1. Usia
2. Nutrisi
3. Jenis kelamin

*Sumber :Darmadi (2008) dan Darmawan (2008)*

**Gambar 2.1**

**Kerangka Teori Kejadian Flebitis**

**BAB III**

34

**KERANGKA KONSEP**

1. **Kerangka Konsep**

Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang diberikan dan memberi landasan yang kuat terhadap judul yang dipilih sesuai dengan identifikasi masalah (Alimul, 2003). Rancangan penelitian yang akan dilaksanakan oleh peneliti adalah *deskriptif analitik* yaitu penelitian yang diarahkan untuk menjelaskan hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dengan variabel terikat (Notoatmodjo, 2005) dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus pasien di Ruangan Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

Variabel Independen Variabel Dependen

Kejadian Flebitis

Lama Pemasangan Infus

Lokasi Pemasangan Infus

Perawatan Infus

**Gambar 3.1**

**Kerangka Konsep**

1. **Defenisi Operasional**

Defenisi operasional adalah mendefenisikan variable secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek dan fenomena (Alimul, 2008)

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimilki atau didapat oleh satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu (Notoadmodjo,2005).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Defenisi Operasional** | **Alat Ukur** | **Cara Ukur** | **Hasil Ukur** | **Skala Ukur** |
| **Variabel Independen**Lokasi Pemasangan infuse | Penempatan kanula pada vena proksimal sebagai suatu tindakan terapi intravena | Lembar observasi | Observasi | 1. Vena dorsalis superfisialis
2. Vena sefalika
3. Vena basilika
4. Vena mediana/antekubiti
 | Nominal  |
| Lama pemasangan infuse | Rentang waktu di mulai dari awal pemasangan infus sampai dengan penelitian atau sampai sekarang | Catatan | Dokumentasi | < 3 hari> 3 hari  | Ordinal |
| Perawatan Infus | 1. Tindakan yang diberikan perawat kepada pasien yang telah dilakukan pemasangan infus sesuai prosedur Memeriksa atau mengamati bagian pemasangan infus dari tanda-tanda infeksi
2. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan sebelum tindakan
3. Mengganti balutan/ pelster setiap 48 jam
4. Menggunakan antiseptic
5. Melakukan pemeriksaan cairan dan botol infus
 | Kuesioner | Kuesioner | Baik jika perawatan infus sesuai standar teoriKurang baik jika perawatan infus tidak sesuai standar teori | Ordinal  |
| **Variabel Dependen**Kejadian Flebitis | Peradangan pada pembuluh darah vena di tunika intima yang di tandai dengan panas, nyeri,bengkak dan kemerahan dengan atau tanpa pus pada daerah penusukan yang timbul 3 x 24 jam atau kurang dari waktu tersebut bila infus masih terpasang | Lembar Observasi  | Observasi  | Ya, jika ditemukan tanda dan gejala FlebitisTidak, jika tidak ditemukan tanda dan gejala Flebitis | Nominal  |

1. **Hipotesa**

Hipotesa merupakan jawaban atau dalil semnetara yang kebenarannya akandibuktikan melalui penelitian. Hipotesa ditarik dari serangkaian fakta yang muncul sehubungan dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Berdasarkan kerangka pemikiran diatas, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

Ha :

1. Ada hubunganlama pemasangan infus dengan kejadian flebitis
2. Ada hubungan perawatan infus dengan kejadian flebitis

Ho :

1. Tidak ada hubungan lokasi pemasangan infus dengan kejadian flebitis

**BAB IV**

38

**METODE PENELITIAN**

* 1. **Desain Penelitian**

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengidentifikasi kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian metode deskriptif analitik yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian flebitis pada pemasangan infus pasien di ruangan rawat inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016. Pendekatan desain penelitian dengan *cross sectional*. Rancangan ini merupakan penelitian dimana variabel-variabel yang termasuk faktor resiko dan variabel-variabel yang termasuk efek diobservasi sekaligus pada waktu yang sama (Notoadmojo, 2005).

* 1. **Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini telah dilaksanakan di ruangan rawat inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dan pengumpulan data dilakukan dari tanggal 10 juli sampai dengan 25 Juli 2016.

* 1. **Populasi, Sampel, dan Sampling**
		1. **Populasi**

Populasi menurut Notoatmodjo (2005) adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang mendapat terapi intravena/ infus di ruangan Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016 dengan rata-rata pemasangan 300 orang setiap bulan.

* + 1. **Sampel**

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Notoatmodjo,2005). Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu yang dianggap mendukung tujuan penelitian (Sugiyono, 2012).

Menurut Arikunto (2010), sampel adalah sebagian atau wakil populasi.Untuk menentukan besarnya sampel apabila subjek kurang dari 100, lebih baik diambil semua sehingga penelitiannya penelitian populasi.Jika subjeknya lebih besar dapat diambil antara 20-25 % (Arikunto, 2002).

Pada penelitian ini besaran sampel ditetapkan sebesar 20% dari total populasi, sehingga besaran sampel ditentukan dengan rumus sebagai berikut:

$$n= \frac{20}{100} x N$$

Keterangan :

n  = besar sampel

N = besar populasi

$$n= \frac{20}{100} x 300= 60$$

Sehingga didapatkan sampel pada penelitian ini adalah sebanyak 60 orang.

Pada penelitian ini pengambilan sampel pada penelitian ini berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi.
2. Bersedia menjadi responden
3. Pasien yang dapat berkomunikasi dengan baik
4. Kriteria Ekslusi
5. Pasien dengan riwayat alergi kulit atau komplikasi diabetes mellitus
6. Pasien dalam keadaan kritis
	1. **Instrumen Penelitian**

Instrumen digunakan dalam pengumpulan data berupa lembaran observasi dan kuesioner untuk variabel yaitu variabel lokasi pemasangan infus,lama pemasangandan kejadian flebitis yang diobservasi langsung oleh peneliti. Sedangkan untuk variabel perawatan infus pengumpulan data menggunakan kuisioner yang ditanyakan langsung kepada responden.

Menurut Arikunto (2010) observasi adalah memperhatikan sesuatu dengan menggunakan mata. Didalam pengertian psikologik, observasi atau yang disebut pula dengan pengamatan, meliputi kegiatan pemuatan perhatian terhadap sesuatu objek dengan menggunakan seluruh alat indra.

* 1. **Etika Penelitian**

Sebagaipertimbangan, maka etika penelitian diawali dengan pemberian *informed consent* terlebih dahulu kepada responden dan menjelaskan tujuan yang dilakukannya penelitian.Kemudian responden yangakan dijadikan subjek penelitian menandatangani *informed consent* sebagai pernyataan bersedia menjadi responden dengan suka rela tanpa mendapat paksaan apapun. Setelah itu juga dijelaskan bahwa data yang terkumpul akan dijaga kerahasiannya. Setelah mendapatkan surat izin, peneliti mulai melakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etika yang meliputi :

* + 1. **Lembaran Persetujuan Menjadi Responden *( Inform Consent)***

Sebelum lembaran persetujuan diberikan kepada subjek penelitian .Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data .Setelah diberikan penjelasan,lembaran persetujuan diberikan kepada subjek penelitian. Jika subjek penelitian bersedia diteliti maka mereka akanmendatangani lembar persetujuan,namun jika subjek penelitian menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

* + 1. **Tanpa nama**

Untuk menjaga kerahasiaan subjek peneliti, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data , cukup dengan member nomor kode masing- masing tersebut.

* + 1. **Kerahasiaan *( Confidentiality)***

Kerahasiaan semua informasi yang diperoleh dari subjek penelitian dijamin oleh peneliti

* 1. **Pengumpulan Data**
		1. **Prosedur Penelitian**

Setelah peneliti mendapatkan persetujuan penelitian, peneliti menemui calon responden dan memberikan *inform concent.* Bagi calon responden yang bersedia menjadi responden, peneliti melakukan pengambilan data dengan dengan menggunakan angket berupa lembar observasi, dan membagikan lembar kuesioner ke pasien.Selanjutnya peneliti akan melakukan penelitian dengan mengobservasi kejadian flebitis sesuai dengan variabel-variabel yang diangkat dalam penelitian yaitu lokasi pemasangan infus, lama pemasangan infus dan proses perawatan infus.Setelah selesai melakukan observasi, penulis akan memeriksa kembali kelengakapan pengisian.Bila ada data yang belum lengkap penulis kembali melakukan tindakan observasi untuk melengkapi datanya yang dibutuhkan.

* + 1. **Teknik Pengumpulan Data**
	1. Peneliti meminta data seluruh pasien yang terpasang infus dirawat di ruang inap interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016
	2. Penelitilangsung observasi,dan membagikan lembaran kuesioner kepada pasien yang terpasang infus ke ruangan rawat inap interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
	3. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan
	4. Jika pasien setuju dijadikan sampel dalam penelitian ini, peneliti mengajukan lembar persetujuan (informed consent) untuk ditanda tangani.
	5. Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisis.
	6. **Pengolahan dan Analisa Data**
		1. **Pengolahan Data**

Sebelum data dianalisa terlebih dahulu dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut :

* + - * 1. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan lembar observasi.

* + - * 1. *Coding*

Merupakan kegiatan merubah data dalam bentuk huruf menjadi angka.

* + - * 1. *Entry*

Setelah lembar observasi terisi penuh dan benar, data diproses dengan memasukkan data dari lembar observasi ke paket komputer yaitu dengan program komputerisasi.

* + - * 1. *Cleaning*

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak, apakah pengkodeannya sudah tepat atau belum

* + - * 1. *Processing*

Kemudian selanjutnya data diproses dengan mengelompokkan data ke dalam variabel yang sesuai dengan menggunakan program komputerisasi.

* + 1. **Analisa Data**
1. **Analisa Univariat**

Analisa univariat adalah suatu metode untuk menganalisa data dari variabel yang bertujuan untuk mendeskripsikan suatu hasil penelitian (Notoatmodjo, 2005). Pada penelitian ini peneliti akan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian flebitis di ruangan interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016 yang meliputi variabel lokasi pemasangan infus, lama pemasangan infus dan perawatan infus.

Dari masing-masing variabel tersebut menggunakan rumus sebagai berikut:



Keterangan :

P = Nilai persentase responden

f = Frekuensi atau jumlah yang benar

N = Jumlah responden

(Sugiono, 2009).

1. **Analisa Bivariat**

Statistik bivariat adalah suatu metode analisa data untuk menganalisa pengaruh antara dua variabel (Nugroho, 2005). Pengujian hipotesis untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesis yang diajukan cukup menyakinkan untuk ditolak atau diterima, dengan menggunakan uji statistik. Dalam penelitian ini uji statistik yang digunakan adalah uji *chi square* dengan batasan kemaknaan 0,05 sehingga nilai p < 0,05 maka statistik disebut “ bermakna “ atau Ha diterima dan Ho ditolak.

**DAFTAR PUSTAKA**

Alimul, A. (2003). *Riset Keperawatan &Teknik Penulisan Ilmiah*.Jakarta: SalembaMedika.

Aryani,dkk, R. (2009). *Prosedur klinik keperawatan pada mata ajar kebutuhandasar manusia.* Jakarta: Trans Info Media.

Asmadi ( 2008 ), *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta : EGC.

Darmadi (2008). *Infeksi Nosokomial Problematika dan Pengendalianya*. Jakarta:Salemba.

Darmadi. (2008). *Infeksi nosokomial problematika dan pengendaliannya.* Jakarta:Salemba Medika.

Darmawan, I. (30 Agustus 2008). *Flebitis, apapenyebabnya dan bagaimana caramengatasinya?* Diakses tanggal 1 April 2016, dari<http://www.otsuka.co.id/>?content=article\_detail&id=68&lang=id.

Depkes RI (2008) *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*.

Depkes RI 2006. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit* (*Patient Safety)* , Jakarta.

Hidayat, A. Aziz Alimul (2008), *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*,Jakarta:Salemba Medika.

Hindley, G. (2006). *Infection control in peripheral cannulae*. Nursing Standard,

INS. (2006). *Setting the standard for infusioncare.* Diperoleh tanggal 2 April 2016,dari http://www.ins1.org.

Irawati.2014. *Gambaran Pelaksanaan Pemasangan Infus yang Tidak Sesuai SOP Terhadap Kejadian Flebitis di RSUD Dr. SoedrimanMangunSumarso Kabupaten Wonogiri.*Skripsi STIKesKusumaHusada Surakarta.

Kohno, E,. et al. (2009)*. Effects of corticostreroids on flebitis induced by Intravenous infusion of antineoplastic agents in rabbits*. *International journal of medical.*

Macklin, D. (2003). *Flebitis, a painful complication of peripheral IV catheterization that may be prevented*. *American journal of nursing*.

Martinho, RFS,. & Rodrigues, A.B. (2008). *Occurrence of flebitis on intravenious Amiodarione*, Einstein.

Menkes RI. 2008. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Mustofa (2007). “*Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap PerawatMengenaiKontrol Infeksi Terhadap Perilaku Pencegahan Kejadian Flebitis Di RuangRawat Inap RSD Sunan Kalijaga Demak*”, Skripsi, Universitas Diponegoro Semarang.

Notoadmojdo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta:Rineka Cipta.

Nugroho, Agung. 2005. *Strategi Jitu memilih Metode statistic Penelitian dengan SPSS*, Andi Jogyakarta.

Nursalam. 2008. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan.*Jakarta.

Philips, L.D. (2005). *Manual of iv therapeutics*. Fourth Edition. Philadelphiaa: FADavis Company.

Potter dan Perry (2005). *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, danPraktik*.Jakarta: EGC.

Sharon, W. M. (2009). *Terapi intravena.* Jakarta: EGC.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). *Buku ajar medikal bedah volume 3.*Jakarta:EGC.

Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G (2002), *Buku Ajar KeperawatanMedikal Bedah Brunner dan Suddarth* (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa olehAgung Waluyo…(dkk), EGC, Jakarta.

Stokowski, G,. et all. (2009). *The use of ultrasound to improve practice and reducecomplication rates in peripherally inserted central catheter insertions*: final repot of investigation*. Journal of infusion nursing.*

Sugiyono. (2009). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D.* Bandung:Alfabeta.

Wayunah. (2011). *Hubungan pengetahuan perawat tentang terapi infus dengankejadian flebitis dan kenyamanan pasien di ruang rawat inap RSUDkabupaten Indramayu*. *Jakarta : Thesis Universitas Indonesia, 82*, diakses tanggal 2April 2016 http://digilib.ump.ac.id/files/isk1/20/jhptump-umpgdl-lintasfebr-995-2-babii.pdf.

Williams Lippincott & Wilkins, 2008: Collins J, Stern EJ. Upper Lung Disease, *Infection and Immunity*, In : Chest Radiology The Essentials, 2nd edition. Wisconsin.

**LEMBAR OBSERVASI**

1. **Identitas Responden**

Nama :

Jenis kelamin :

Umur :

Lama Pemasangan :

1. **Lokasi Pemasangan Infus :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vena dorsalis superfisialis(Metakorpal/ tangan) | Vena sefalika(Ibu Jari) | Vena basilika(Lengan Bawah) | Vena mediana/antekubiti(Lengan Bawah) |
|  |  |  |  |

1. **Lama Pemasangan Infus=...........hari**
2. **Kejadian Flebitis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Tanda dan Gejala** | **Ya** | **Tidak** |
|  | Rubor (Hyperemia)/ warna di sekitar daerah insersiinfus |  |  |
|  | Kalor (Hipertermi)/ panas |  |  |
|  | Tumor (Oedem)/ pembengkakan di sekitar insersiinfus |  |  |
|  | Nyeri (Dolor)  |  |  |

**LEMBAR KUESIONER PERAWATAN INFUS**

1. **Perawatan Infus**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Perawatan Infus** | **Ya** | **Tidak** |
|  | Perawat memeriksa atau mengamati bagian pemasangan intravena dari tanda-tanda perladangan infeksi setiap hari |  |  |
|  | Perawat Mencuci dan memakai sarung tangan setiap melakukan perawatan infus |  |  |
|  | Perawat mengganti balutan/ plester pada area insersiinfus setiap 48 jam sekali |  |  |
|  | Perawat melakukan perawatan pada pemasangan infus dengan melepas balutan dan mengganti dengan mengguna kasa yang bersih secara teratur |  |  |
|  | Perawat menggunakan alkohol/ cairan antiseptic setiap perawatan infus |  |  |
|  | Perawat melakukan pemeriksaan Pemeriksaan botol infus dari kerusakan (ketertakan, kebocoran dan kerusakan lainnya serta memeriksa warna dan kekeruhan cairan infus dengan teratur |  |  |

 **BAB V**

46

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Hasil Penelitian**
		1. **Analisis Univariat**

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel penelitian. Pada penelitian analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan variabel lokasi pemasangan infus, lama pemasangan infus, perawatan infus dan kejadian flebitis di ruang rawat inap interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

1. **Lokasi Pemasangan Infus**

**Tabel 5.1**

**Distribusi Frekuensi Lokasi Pemasangan Infus di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No  | Lokasi Pemasangan Infus | F | % |
|  | Vena Dorsalis | 32 | 53,3 |
|  | Vena Sefalika | 13 | 21,7 |
|  | Vena Basilika | 9 | 15,0 |
|  | Vena Mediana | 6 | 10,0 |
|  | Jumlah | 60 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa dari 60 orang responden, lokasi pemasangan infus pasien terdapat lebih dari separoh adalah pada vena dorsalis yaitu sebanyak 32 orang ( 53,3%).

1. **Lama Pemasangan Infus**

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi Lama Pemasangan Infus di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Lama Pemasangan | f | % |
|  | ≤ 3 hari | 39 | 65 |
|  | >3 hari | 21 | 35 |
|  | Jumlah | 60 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa dari 60 orang responden, terdapat lebih dari separoh yaitu sebanyak 39 orang (65%) responden dengan lama pemasangan infus < 3 hari.

1. **Perawatan Infus**

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Perawatan Infus di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No  | Perawatan Infus  | f | % |
|  | Baik  | 22 | 36,7 |
|  | Kurang baik | 38 | 63,3 |
|  | Jumlah | 60 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa dari 60 orang responden, terdapat lebih dari separoh yaitu sebanyak 38 orang (63,3%) responden kategori perawatan infus kurang baik.

1. **Kejadian Flebitis Pada Pemasangan Infus**

**Tabel 5.4**

**Distribusi Frekuensi Kejadian Flebitis pada Pemasangan Infus**

**di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar**

**Bukittinggi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No  | Kejadian Flebitis | f | % |
|  | Tidak Flebitis | 33 | 55,0 |
|  | Flebitis | 27 | 45,0 |
|  | Jumlah | 60 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa dari 60 orang responden, terdapat 27 orang (45%) responden mengalami kejadian flebitis pada pemasangan infus.

* + 1. **Analisis Bivariat**

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara satu variabel atau lebih yang diduga memiliki hubungan.Pada penelitian ini analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara lokasi pemasangan infus, lama pemasangan infus,dan perawatan infus dengan kejadian flebitis dilakukan secara komputerisasi uji *chi square*

1. **Hubungan Lokasi Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis**

**Tabel 5.5**

**Hubungan Lokasi Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis Pada Pemasangan Infus Di Ruang Rawat Inap Interne**

**RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Lokasi Pemasangan Infus | Kejadian Flebitis | *p-value* |
| Tidak Flebitis | Flebitis | Total |
| F | % | f | % | f | % |
|  | Vena Dorsalis | 17 | 53,1 | 15 | 46,9 | 32 | 100 | 0,593 |
|  | Vena Sefalika | 8 | 61,5 | 5 | 38,5 | 13 | 100 |
|  | Vena Basilika | 6 | 66,7 | 3 | 33,3 | 9 | 100 |
|  | Vena Mediana | 2 | 33,3 | 4 | 66,7 | 6 | 100 |
| Jumlah | 33 | 55 | 27 | 45 | 60 | 100 |  |

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa dari 32 orang responden dengan lokasi pemasangan infus pada vena dorsalis, terdapat 15 orang (46,9%) responden mengalami kejadian flebitis, dari 13 orang responden dengan lokasi pemasangan infus pada vena sefalika, terdapat 5 orang (38,5%) responden mengalami kejadian flebitis, dari 9 orang responden dengan lokasi pemasangan infus pada vena basilica, terdapat 3 orang (33,3%) responden mengalami kejadian flebitis dan dari 6 orang responden dengan lokasi pemasangan infus pada vena mediana, terdapat 4 orang (66,7%) responden mengalami kejadian flebitis. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara lokasi pemasangan infus dengan kejadian flebitis dengan nilai p = 0,593.

1. **Hubungan Lama Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis**

**Tabel 5.6**

**Hubungan Lama Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis Pada Pemasangan Infus Di Ruang Rawat Inap Interne**

**RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Lama Pemasangan Infus | Kejadian Flebitis | pvalue | OR(95% CI) |
| Tidak Flebitis | Flebitis | Total |
| F | % | f | % | f | % |
|  | ≤ 3 hari | 28 | 71,8 | 11 | 28,2 | 39 | 100 | 0,001 | 8,145 (2,398-27,663) |
|  | >3 hari | 5 | 23,8 | 16 | 76,2 | 21 | 100 |
| Jumlah | 33 | 55 | 27 | 45 | 60 | 100 |  |  |

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa dari 39 orang responden dengan lama pemasangan infus < 3 hari, terdapat 71 orang (71,8%) responden tidak mengalami kejadian flebitis. Sedangkan dari 21 orang responden dengan lama pemasangan infus > 3 hari, terdapat 16 orang (76,2%) responden mengalami kejadian flebitis.

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara lama pemasangan infus dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus, dengan nilai p = 0,001 dan OR = 8,145 artinya pasien dengan lama pemasangan infus > 3 hari berpeluang 8,145 kali untuk mengalami kejadian flebitis dibandingkan pasien dengan lama pemasangan infus < 3 hari .

1. **Hubungan Perawatan Infus dngan Kejadian Flebitis**

**Tabel 5.7**

**Hubungan Perawatan Infus dengan Kejadian Flebitis Pada Pemasangan Infus Di Ruang Rawat Inap Interne RSUD**

**Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Perawatan Infus | Kejadian Flebitis | Pvalue | OR(95% CI) |
| Tidak Flebitis | Flebitis | Total |
| F | % | f | % | f | % | 0,001 | 10,857 (2,719-43,355) |
|  | Baik | 19 | 86,4 | 3 | 13,6 | 22 | 100 |
|  | Kurang Baik | 14 | 36,8 | 24 | 63,2 | 38 | 100 |
| Jumlah | 33 | 55 | 27 | 45 | 60 | 100 |  |  |

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa dari 22 orang responden dengan perawatan infus baik, terdapat 19 orang (86,4%) responden tidak mengalami kejadian flebitis dan dari 38 orang responden dengan perawatan infus kurang baik, terdapat 24 orang (63,2%) responden mengalami kejadian flebitis.

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara perawatan infus dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus dengan nilai p = 0,001 dan OR = 10,857 artinya pasien dengan perawatan infus kurang baik, berpeluang 10,857 kali lebih banyak mengalami kejadian flebitis dibandingkan pasien dengan perawatan infus baik.

* 1. **Pembahasan**
		1. **Analisis Univariat**
1. **Lokasi Pemasangan Infus**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari sebahagian (53,3%) responden dengan lokasi pemasangan infus pada vena dorsalis, 21,7% responden dengan lokasi pemasangan infus pada vena sefalika, 15% responden dengan lokasi pemasangan infus pada vena basilica dan 10% responden dengan lokasi pemasangan infus pada vena mediana.

Pemasangan infus atau terapi cairan intravena adalah pemberian sejumlah cairan kedalam tubuh melalui sebuah jarum ke dalam pembuluh darah vena untuk menggantikan kehilangan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh. Pemberian terapi cairan intravena merupakan suatu keharusan untuk diberikan pada pasien yang mengalami kehilangan darah atau kehilangan cairan, gangguan kesadaran, dan dehidrasi (Aryani, 2009).

Terapi intravena digunakan untuk memberikan cairan ketika pasien tidak dapat menelan, tidak sadar, dehidrasi atau syok, untuk memberikan garam yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit, atau glukosa yang diperlukan untuk metabolisme dan memberikan medikasi (Sharon, 2009).

Menurut Perry dan Potter (2005), tempat atau lokasi vena perifer yang sering digunakan pada pemasangan infus adalah vena supervisial atau perifer kutan terletak di dalam fasia subcutan dan merupakan akses paling mudah untuk terapi intaravena. Daerah tempat infus yang memungkinkan adalah permukaan dorsal tangan (*Vena supervisial dorsalis, vena basalika, vena sefalika),* lengan bagian dalam (*vena basalika, vena sefalika, vena kubital median,* vena median lengan bawah, *dan vena radialis*), permukaan dorsal (*Vena safena magna, ramus dorsalis*).

Menurut Dougherty, dkk, (2010), Pemilihan lokasi pemasangan terapi intravena mempertimbangkan beberapa factor, yaitu: umur pasien, prosedur yang diantisipasi, aktivitas pasien, Jenis intravena: , Durasi terapi intravena, Ketersediaan vena perifer bila sangan sedikit vena yang ada, terapi intravena sebelumnya, pembedahan sebelumnya, sakit sebelumnya: jangan gunakan ekstremitas yang sakit pada pasien dengan stroke dan kesukaan pasien.

Dari hasil penelitian di lapangan, peneliti menemukan bahwa lokasi pemasangan infus yang paling sering dilakukan adalah pada vena dorsalis, karena pada jenis pembuluh darah ini adalah mudah dilihat dan di palpasi oleh petugas. Vena dorsalis ini juga memiliki ukuran lebih besar dari vena digitalis sehingga dapat digunakan IV kateter dengan ukuran lebih besar dan tidak terlalu membatasi aktifitas pergerakan tangan pasien. Menurut potter (2005), keuntungan pemilihan vena dorsalis adalah memungkinkan pergerakan lengan, mudah dilihat dan dipalpasi oleh petugas.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Lindayati & Priyanto (2013) didapatkan hasil bahwa 66,7% pasien dengan lokasi pemasangan infus pada vena dorsalis.

Menurut asumsi peneliti, di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar pemberian terapi intravena paling sering dilakukan pada pembuluh darah vena dorsalis karena pada pembuluh darah ini berukuran lebih besar mudah dilihat dan dipalpasi oleh petugas serta memudahkan pergerakan pada pasien, sehingga jenis pembuluh darah dorsalis merupakan pembuluh darah yang sering digunakan untuk pemasangan infus atau terapi intravena.

Pada penelitian ini juga ditemukan sebahagian pasien dengan lokasi pemasangan infus pada vena sefalika, basilica dan mediana. Pemilihan jenis vena ini sering didasari oleh faktor usia dan faktor kejadian infeksi pada pemasangan infus sebelumnya yang tidak memungkinkan untuk dilakukan insisi pada vena dorsalis.

1. **Lama Pemasangan Infus**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari sebahagian (65%) responden dengan lama pemasangan infus tidak beresiko yaitu < 3 hari dan kurang dari sebahagian (35%) responden dengan lama pemasangan infus > 3 hari.

Lama pemasangan infus adalah hitungan hari sejak hari pertama insisi pembuluh darah untuk pemberian terapi cairan intravena, lama hari pemasangan infus tergantung pada kebutuhan dan kondisi kesehatan pasien, karena pemasangan infus atau terapi cairan intravena dilakukan ketika pemenuhan kebutuhan nutrisi tidak mungkin dilakukan secara oral. Menurut Sharon (2009) terapi intravena digunakan untuk memberikan cairan ketika pasien tidak dapat menelan, tidak sadar, dehidrasi dan syok, untuk memberikan garam yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit, atau glukosa yang diperlukan untuk metabolisme dan memberikan medikasi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Putri (2016) dengan judul Pengaruh Lama Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis pada Pasien Rawat Inap di Bangsal Penyakit Dalam dan Syaraf Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul diketahui bahwa lebih dari sebahagian (67,2%) responden dengan lama pemasangan infus < 2 hari.

Menurut analisis peneliti lama hari pemasangan infus didasari atas kondisi dan kebutuhan pasien, dimana pemasangan infus dilakukan apabila pemenuhan nutrisi tidak dapat dilakukan secara oral yang disebabkan oleh berbagai kondisi pasien, seperti syok, tidak sadar, kesulitan untuk menelan atau berbagai kondisi lainnya yang tidak memungkinkan untuk melakukan pemenuhan nutrisi secara oral. Di ruang rawat interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada umumnya setiap pasien yang mendapat perawatan diberikan terapi cairan intravena atau pemasangan infus, kemudian penghentian pemasangan infus dapat dilakukan apabila kondisi pasien sudah membaik dan memungkinkan untuk melakukan pemenuhan nutrisi secara oral.

1. **Perawatan Infus**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari sebahagian (63,3%) responden dengan perawatan infus kurang baik, dan kurang dari sebahagian (36,7%) responden dengan perawatan infus baik.

Perawatan infus bertujuan untuk mempertahankan teknik steril, mencegah masuknya bakteri ke dalam aliran darah, pencegahan/ meminimalkan timbulnya infeksi, dan memantau area insersi sehingga dapat mengurangi kejadian flebitis (William & Wilkins, 2006).

William & Wilkins (2006), menyatakan bahwa perawatan infus dilakukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur di rumah sakit, meliputi memeriksa atau mengamati bagian pemasangan intravena dari tanda-tanda perladangan, perawat harus mencuci tangan dan memakai sarung tangan setiap kali melakukan perawatan infus dan mengganti balutan/ plester pada area insersi infus setiap 48 jam sekali.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Aprillin (2011) didapatkan hasil bahwa 60% pasien tidak dilakukan perawatan infus sesuai SOP.

Menurut analisis peneliti banyaknya tindakan perawatan infus yang kurang baik didasari oleh sikap dan pola kerja petugas dalam melakukan perawatan pada pemasangan infus. Sebelum melakukan tindakan pemasangan atau perawatan infus, banyaknya ditemukan petugas yang tidak mencuci tangan yaitu sebanyak 29 orang (48,3%) dan tindakan cuci tangan hanya dilakukan setelah melakukan tindakan. Selain itu, penggantian balutan/ plester pada area insersi juga tidak dilakukan secara teratur sesuai dengan standar perawatan infus yaitu setiap 48 jam sekali, dimana penggantian balutan/ plester hanya dilakukan apabila telah terjadi keluhan seperti balutan basah, terlihat kotor atau ditemukan tanda-tanda infksi pada area insersi pemasangan infus.

1. **Kejadian Flebitis**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kurang dari sebahagian (45%) pasien mengalami kejadian flebitis dan lebih dari sebahagian (55%) pasien tidak mengalami kejadian flebitis.

Flebitis adalah suatu reaksi lokal yang berupa peradangan pada pembuluh darah vena di tunika intima yang ditandai dengan panas, nyeri,bengkak dan kemerahan dengan atau tanpa pus pada daerah penusukan yang timbul 3 x 24 jam atau kurang dari waktu tersebut bila infus masih terpasang (Darmadi, 2008).

Flebitis adalah inflamasi yang terjadi pada pembuluh darah vena yang di tandai dengan nyeri, kemerahan, bengkak, panas, indurasi ( pengerasan) pada daerah tusukan, dan pengerasan sepanjang pembuluh darah vena (Alexander,et al.,2010).

Flebitis merupakan peradangan pada intima tunika dari vena dangkal yang disebabkan oleh iritasi mekanik, kimia atau sumber bakteri (mikro organisme) yang dapat menyebabkan pembentukan trombus (*Royal College of Nursing*, 2010) Flebitis mekanik disebabkan oleh pergerakan benda asing (kanula) yang menyebabkan gesekan dan peradangan vena (Stokowski et al, 2009), hal ini sering terjadi ketika ukuran kanula terlalu besar untuk vena yang dipilih (Martinho & Rodrigues, 2008). Penempatan kanula terlalu dekat dengan katup, akan meningkatkan risiko flebitis mekanis akibat iritasi pada dinding pembuluh darah dengan ujung kanula, sedangkan Flebitis kimia disebabkan oleh obat atau cairan yang diberikan melalui kanula. Faktor-faktor seperti pH dan osmolalitas dari zat memiliki dampak yang signifikan terhadap kejadian flebitis. Flebitis yang disebabkan oleh bakteri berasal dari tehnik aseptik yang kurang dari keterampilan perawat dalam memasang infus (Kohno et al, 2009).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Komaling (2014) dengan judul Hubungan Lamanya Pemasangan Infus (Intravena) Dengan Kejadian Flebitis Pada Pasien di Irina FBLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado diketahui bahwa 36,4% pasien mengalami kejadian flebitis pada pemasangan infus

Menurut analisis peneliti, di rung rawat inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi masih banyak ditemukan pasien dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus. Berdasarkan hasil observasi peneliti selama melakukan penelitian masih banyak ditemukan tanda dan gejala infeksi pada area pemasangan infus pasien salah satunya adalah kejadian flebitis, dimana terlihat adanya kemerahan pada bekas area insisi kateter intravena, adanya pembengkakan, rasa nyeri sepanjang kateterisasi dan terjadi peningkatan suhu (demam) pada pasien yang mendapat terapi intravena atau pemasangan infus.

* + 1. **Analisis Bivariat**
1. **Hubungan Lokasi Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis pada Pemasangan Infus**

Kejadian flebitis pada pemasangan infus bila dilihat dari segi lokasi pemasangan infus, pada penelitian ini angka kejadian flebitis terlihat tinggi pada lokasi pemasangan infus pada vena mediana yaitu sebesar 66,7%. Angka ini tidak begitu berbeda dengan kejadian flebitis pada lokasi pemasangan di vena dorsalit yaitu sebesar 46,9%. Sedangkan angka kejadian flebitis juga terlihat hampir sama pada pasien dengan lokasi pemasangan infus pada vena sefalikadan vena basilica, dimana pada lokasi pemasangan infus di vena sefalika kejadian flebitis ditemukan sebesar 38,5% dan pada vena basilica sebesar 33,3%. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lokasi pemasangan infus dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus denga nilai p = 0,593 ( p > 0,05).

Menurut Dougherty, dkk, (2010), Pemilihan lokasi pemasangan terapi intravena mempertimbangkan beberapa factor, yaitu: umur pasien, prosedur yang diantisipasi, aktivitas pasien, Jenis intravena: , Durasi terapi intravena, Ketersediaan vena perifer bila sangan sedikit vena yang ada, terapi intravena sebelumnya, pembedahan sebelumnya, sakit sebelumnya: jangan gunakan ekstremitas yang sakit pada pasien dengan stroke dan kesukaan pasien.

Lokasi pemasangan infus yang paling sering dilakukan adalah pada vena dorsalis, karena pada jenis pembuluh darah ini adalah mudah dilihat dan di palpasi oleh petugas. Vena dorsalis ini juga memiliki ukuran lebih besar dari vena digitalis sehingga dapat digunakan IV kateter dengan ukuran lebih besar dan tidak terlalu membatasi aktifitas pergerakan tangan pasien. Menurut Potter (2005), keuntungan pemilihan vena dorsalis adalah memungkinkan pergerakan lengan, mudah dilihat dan dipalpasi oleh petugas.

Kejadian flebitis pada umumnya disebabkan oleh faktor kebersihan dan perawatan infus yang kurang baik dan keterampilan dalam memasang infus. Menurut Irawati (2014) faktor yang dapat meningkatkan kejadian flebitis adalah larutan yang diberikan, lamanya terapi intravena, perawatan yang kurang baik, keadaan umum dan keterampilan orang yang akan melakukan pemasangan infus.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Lindayati & Priyanto (2013) dengan judul Hubungan Antara Tehnik Insersi Dan Lokasi Pemasangan Kateter Intravena Dengan Kejadian flebitis Di Rsud Ambarawa diketahui bahwa tidak ada hubungan lokasi pemasangan infus dengan kejadian flebitis dengan nilai p-value = 0,341.

Menurut analisis peneliti, tidak terdapat hubungan antara lokasi pemasangan infus dengan kejadian flebitis, karena setiap lokasi pemasangan infus memiliki kelebihan dan kekurangan tersendiri dan kejadian infeksi lebih didasari oleh kondisi pasien, jenis cairan, perawatan, dan keterampilan orang yang melakukan pemasangan infus. Setiap pemasangan infus membutuhkan perawatan yang sama walaupun tempat pemasangan infus dilakukan pada tempat yang berbeda, karena pada setiap lokasi pemasangan infus petugas atau pasien harus memperhatikan tingkat kebersihan dan hygiene lokasi pemasangan infus demi menghindarkan dari kejadian flebitis bacterial yang diakibatkan oleh masuknya bakteri ke pembuluh darah melalui area insersi pemasangan infus.

1. **Hubungan Lama Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis**

Kejadian flebitis pada pemasangan infus bila dilihat dari segi lama pemasangan infus, pada penelitian ini angka kejadian flebitis terlihat tinggi pada pasien dengan lama pemasangan infus > 3 hari yaitu sebesar 76,2%. Sedangkan pada pasien dengan lama pemasangan infus < 3 hari kejadian flebitis hanya ditemukan sebesar 28,2%. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara lama pemasangan infus dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus dengan nilai p = 0,001 dan OR = 8,145 artinya pasien dengan lama pemasangan infus > 3 hari berpeluang 8,145 kali lebih banyak untuk mengalami kejadian flebitis dibandingkan pasien dengan lama pemasangan infus < 3 hari.

Lamanya pemasangan infus dapat meningkatkan resiko infeksi nosokomial salah satunya adalah kejadian felebitis karena salah satu infeksi nosokomial yang timbul akibat dari pemasangan infus yaitu flebitis. Menurut Rohani dan Setio (2010), flebitis adalah peradangan pada dinding pembuluh darah balik/vena. Flebitis dapat timbul secara spontan ataupun merupakan akibat dari prosedur medis. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya flebitis yaitu: jenis kateter intra vena (IV), ukuran kateter IV, pemasangan melalui vena seksi, kateter yang terpasang lebih dari 72 jam, kateter yang terpasang pada tungkai bawah, tidak mengindahkan prinsip anti septik, cairan infus yang hipertonik, dan darah transfusi karena merupakan media pertumbuhan mikroorganisme (Saryono dan Anggriyana, 2011).

Menurut Perry dan Potter (2005), infeksi yang terkait dengan pemberian infus dapat dihindari dengan empat intervensi yaitu: perawat melakukan teknik cuci tangan yang aktif untuk menghilangkan organisme gram negatif sebelum mengenakan sarung tangan saat melakukan prosedur pungsi vena, mengganti larutan intravena sekurangkurangnya 24 jam, menggganti semua kateter venaperifer termasuk lok heparin sekurang-kurangnya 72 jam, selain mempertahankan sterilitas sistem intravena saat mengganti selang, larutan, dan balutan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Putri (2016) dengan judul Pengaruh Lama Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis pada Pasien Rawat Inap di Bangsal Penyakit Dalam dan Syaraf Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul diketahui bahwa ada hubungan antara lama pemasangan infus dengan kejadian flebitis pada pasien dengan nilai p value sebesar 0,000.

Menurut asumsi peneliti, lama pemasangan infus dapat mempengaruhi terjadinya infeksi salah satunya adalah flebitis, hal ini dikarenakan pada saat pasien terpasang infus berarti kita seperti memasukan benda asing kedalam tubuh pasien, semakin lama terpasang infus maka dapat menimbulkan infeksi. Karena pada saat terpasang infus akan menyebabkan trauma sehingga mikroorganisme yang menyebabkan flebitis dapat dengan mudah masuk, terlebih pada saat pemasangan infus tidak dilakukan sesuai SOP, begitupula dengan perawatan infus yang tidak sesuai SOP akan menjadi salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya flebitis.

Pasien dengan tindakan infus lebih dari 3 hari berisiko terkena infeksi nosokomial bila dibandingkan dengan pasien yang menggunakan infus kurang dari 3 hari, hal tersebut dikarenakan lokasi penusukan/ insersi infus yang lebih dari 3 hari akan menyebabkan organisme flora normal tumbuh secara berlebih sehingga menyebabkan infeksi, karena pada saat terpasang infus tubuh beresiko terkontaminasi dengan mikroorganisme, terlebih penggunaan keteter intravena dalam jangka waktu yang lama, tanpa dilakukan rotasi penusukan setiap 72 jam, hal ini dapat menyebabkan terjadinya flebitis.

Hasil penelitian ini juga terdapat data yang menunjukkan bahwa ada 6 pasien yang sudah mengalami flebitis sebelum lama pemasangan infus tiga hari. Berdasarkan hasil observasi peneliti yang dilakukan ditempat penelitian, hal tersebut dapat terjadi dikarenakan bahwa kejadian flebitis pada pasien rawat inap di interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tidak hanya dipengaruhi oleh lamanya terpasang infus pada pasien, akan tetapi kejadian flebitis juga di pengaruhi oleh perawatan infus, jenis terapi injeksi dan terapi cairan yang diberikan.

1. **Hubungan Perawatan Infus dengan Kejadian Flebitis pada Pemasangan Infus**

Kejadian flebitis pada pemasangan infus bila dilihat dari segi perawatan infus, pada penelitian ini kejadian flebitis pada pemasangan infus cenderung lebih tinggi pada pasien dengan perawatan infus kurang baik yaitu sebesar 63,2%. Sedangkan pada pasien dengan perawatan infus baik kejadian flebitis hanya sebesar 13,6%. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara perawatan infus dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus dengan nilai p = 0,001 dan OR = 10,857, artinya pasien dengan perawatan infus kurang baik berpeluang 10,857 kali mengalami kejadian flebitis dibandingkan pasien dengan perawatan infus baik.

Keterlibatan perawat dalam pemberian terapi infus memiliki implikasi tanggung jawab dalam mencegah terjadinya komplikasi plebitis dan ketidaknyamanan pada pasien, terutama dalam hal keterampilan pemasangan kanula secara aseptik dan tepat, sehingga mengurangi risiko terjadinya kegagalan pemasangan. Oleh karena itu, perawat harus memiliki kompetensi klinik dari semua aspek terapi infus. Selain itu, perawat harus memiliki pengetahuan yang tinggi tentang terapi infus. Royal College of Nursing atau RCN (2005) memberikan standar tentang teori dan praktek terapi infus yang harus dikuasai oleh perawat meliputi konsep dasar, komplikasi, prosedur, dan perawatan infus.

Meskipun setiap ruangan mempunyai protap cara pemasangan dan perawatan infus, namun dalam pelaksanaannya perawatan infus seperti memeriksa tempat penusukan setiap hari, mengganti balutan pada pasien yang terpasang infus, dan lain-lain, dalam kenyataannya masih ada yang tidak melakukannya. perawatan infus merupakan tindakan yang tepat untuk mencegah terjadinya flebitis. Pencegahan flebitis tidak hanya berfokus pada saat pemasangan infus saja, akan tetapi sesudah pemasangan infus harus di lindungi sepenuhnya dari terjadinya komplikasi. Mencegah dan minimalkan efek dari terapi intravena terutama terjadinya flebitis maka perawatan infus harus di upayakan secara optimal. Perawat harus memperhatikan prinsip aseptik, dapat mengurangi kejadian flebitis (Brunner & Suddarths, 2001)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Aprillin (2011) dengan judul Hubungan Perawatan Infus Dengan Terjadinya Flebitis Pada Pasien Yang Terpasang Infus Di Puskesmas Krian Sidoarjo diketahui bahwa ada hubungan perawatan infus dengan kejadian flebitis dengan nilai p-value = 0,000

Menurut analisis peneliti, tindakan perawatan pada pemasangan infus merupakan faktor penting yang berhubungan dengan kejadian flebitis. Setiap perawat harus melakukan perawatan infus secara tepat yaitu dengan memakai sarung tangan, membasahi plaster dengan alkohol dan buka balutan dengan menggunakan pinset, Mebersikan bekas plaster, Perawat memeriksa tempat penusukan IV setiap hari, Perawat mengganti seluruh infus set sedikitnya setiap 3 hari, Membersihkan daerah tusukan dan sekitarnya dengan NaCL atau cairan antiseptik, mengolesi tempat tusukan dengan iodin, dan Menutup dengan kasa steril dengan rapi.. Sementara itu perawatan pada tempat penusukan juga harus dilakukan, antara lain : Balutan steril diperlukan untuk menutup tempat masuk kanula IV periver. Balutan harus di ganti jika balutan menjadi basah, kotor, atau lepas. Beberapa jenis balutan, meliputi balutan trasparan, perban steril, kasa, dan plaster, dapat digunakan sepanjang sterilisasi dapat di pertahankan.

Berdasarkan hasil observasi peneliti selama penelitian sering ditemukan perawat yang tidak melakukan perawatan infus dengan baik, dimana ditemukan perawat yang tidak mencuci tangan sebelum melakukan pemasangan dan perawatan infus, tidak melakukan penggantian plaster atau balutan infus secara teratur, pemeriksaan dan pengamatan bagian pemasangan infus juga tidak dilakukan setiap hari, sehingga meningkatkan resiko kejadian flebitis pada pemasangan infus pasien.

* + 1. **Keterbatasan Penelitian**
1. Pada penelitian ini, peneliti melakukan observasi secara langsung terhadap pasien yang terpasang infus mengalami sedikit kesulitan karena sebagian pasien tidak mau langsung di observasi karena tidur dan dalam keadaan meringis.
2. Adanya faktor yang memperlambat waktu penelitian karena adanya responden usia lanjut yang harus di bimbing untuk mengisi kuesioner.

**BAB VI**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus pasien di ruangan rawat inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dapat disimpulkan bahwa :

* + 1. Lebih dari separoh (53,3%) pasien dengan lokasi pemasangan infus pada vena dorsalis.
		2. Lebih dari separoh (65%) pasien dengan lama pemasangan infus < 3 hari.
		3. Lebih dari separoh (63,3%) pasien dengan kategori perawatan infus kurang baik.
		4. Lebih dari separoh (55%) pasien tidak mengalami kejadian flebitis pada pemasangan infus.
		5. Tidak ada hubungan lokasi pemasangan infus dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus dengan nilai p = 0,593.
		6. Ada hubungan antara lama pemasangan infus dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus dengan nilai p = 0,001 dan OR = 8,145.
		7. Ada hubungan perawatan infus dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus, secara statistik didapatkan nilai p = 0,001 dan OR = 10,857.

68

* 1. **Saran**
		1. **Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan kepada pihak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk dapat selalu meningkatkan pelayanan kepada pasien demi menjaga kualitas dan mutu pelayanan di rumah sakit. Salah satunya adalah dengan melakukan supervisi secara berkala dan berkelanjutan demi menjaga kinerja dan memotivasi petugas dalam melakukan tindakan perawatan sesuai dengan standar operasional prosedur kerja, salah satunya adalah pelaksanaan SOP pemasangan dan perawatan infus demi meminimalisasi kejadian infeksi pada pemasangan infus.

* + 1. **Bagi Pasien**

Diharapkan kepada pasien dan keluarga pasien, khususnya yang diberikan tindakan terapi intravena untuk dapat menghindarkan diri dari kejadian infeksi pada pemasangan infus dengan cara memperhatikan kebersihan dan personal hygiene pada pasien, terutama pada area pemasangan infus.

* + 1. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan kepada peneliti berikutnya untuk dapat melakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian flebitis pada pemasangan infus dengan variabel yang tidak dibahas pada penelitian ini.

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama : Doni

NIM : 12103084105012

Judul Proposal : Faktor-faktor yang Berhubungan Kejadian Flebitis pada Pemasangan Infus Pasien di Ruangan Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016

Pembimbing I : Supiyah, S. Kp., M. Kep.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/Tanggal** | **MateriBimbingan** | **TandaTangan** |
| 1. | Senin, 25 juli 2016 | Perbaiki cara penulisan tabel dan analisanya |  |
| 2. | Rabu, 27 juli 2016 | -Uraikan cara pengumpulan data pelaksanaan - Hitung point penilaian pada master tabel |  |
| 3. | Kamis, 28 juli 2016 | Acc diseminarkan |  |
| 4. |  | Perbaiki cara penulisan tabelPerbaiki keterbatasan penelitian |  |
| 5. |  | Acc Skripsi |  |