

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Terapi infus merupakan salah satu tindakan yang paling sering diberikan pada pasien yang menjalani rawat inap sebagai jalur terapi intravena (IV), pemberian obat, cairan, dan pemberian produk darah, atau sampling darah (Alexander, Corigan, Gorski, Hankins, & Perucca, 2010). Oleh karena itu, terapi ini umumnya diberikan pada pasien yang dirawat di rumah sakit, dimana pasien-pasien tersebut akan mendapatkan akses vaskuler di beberapa tahap pengobatannya (Peterson 2002 dalam *Royal College of Nursing (RCN)*, 2005).

Saat ini, infus tidak hanya untuk pasien rawat inap, namun sudah dapat diberikan pada *setting* perawatan di rumah. Menurut Perdue dalam Hankins, Lonway, Hedrick, dan Perdue (2001) mengatakan bahwa terapi ini telah berkembang dari suatu tindakan yang dianggap ekstrim, dimana hanya digunakan pada kondisi kritis, menjadi terapi yang digunakan pada hampir 90% pasien yang menjalani rawat inap.

Jumlah pasien yang mendapatkan terapi infus diperkirakan sekitar 25 juta pasien per tahun di Inggris, dan mereka telah dipasang berbagai bentuk alat akses intravena selama perawatannya (Campbell, 1996 dalam Hampton, 2008). Sedangkan Lai (1998) dalam Pujasari dan Sumarwati (2002) memperkirakan sekitar 80% pasien masuk ke rumah sakit mendapatkan terapi infus.

Seiring dengan perkembangan teknologi kesehatan menyebabkan munculnya berbagai perangkat akses vaskular yang dapat memenuhi kebutuhan klinis pasien secara individu (Keyley 1999; Gabriel 2000; Gabriel et al., 2005 dalam RCN 2005). Dengan munculnya berbagai alat akses vena yang beragam, sistem pelayanan yang kompleks, dan pemberian modalitas pengobatan yang sangat

spesifik dengan berbagai kondisi pasien, memiliki implikasi yang besar terhadap praktek keperawatan. Perawat diharuskan memiliki pengetahuan dan kompetensi klinis yang tinggi sehingga pemberian terapi infus akan lebih terjamin (Alexander, et al., 2010).

Peran perawat dalam terapi infus terutama dalam melakukan tugas delegasi, dapat bertindak sebagai *care giver*, dimana mereka harus memiliki pengetahuan tentang bidang praktik keperawatan yang berhubungan dengan pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dalam perawatan terapi infus. Menurut Perry & Potter (2001, dalam Gayatri & Handiyani, 2008) mengatakan bahwa pemberian terapi infus diinstruksikan oleh dokter tetapi perawatlah yang bertanggung jawab pada pemberian serta mempertahankan terapi tersebut pada pasien. Sedangkan Scales (2009) menjelaskan peran perawat dalam terapi infus bukan hanya untuk pemberian agen medikasi, tetapi lebih luas meliputi pemasangan alat akses IV, perawatan, monitoring, dan yang paling penting adalah pencegahan infeksi.

Terapi infus termasuk ke dalam salah satu tindakan invasif, oleh karena itu perawat harus cukup terampil saat melakukan pemasangan infus. Ketika seorang perawat diberi tugas untuk memberikan terapi infus, satu-satunya kemampuan yang diperlukan adalah melakukan pemasangan vena pungsi dengan benar dan terampil. Perawat juga harus memiliki komitmen untuk memberikan terapi infus yang aman, efektif dalam pembiayaan, serta melakukan perawatan infus yang berkualitas (Alexander, et al., 2010).

Terapi infus memberikan banyak manfaat bagi sebagian besar pasien. Namun akibat prosedur pemasangan yang kurang tepat, posisi yang salah, serta kegagalan dalam menembus vena, dapat menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien. Kenyamanan (*comfort*) adalah kondisi terbebas dari distress atau ketidaknyamanan sebagai akibat strategi kuratif dari pihak medis. Meningkatkan kenyamanan pasien merupakan tujuan keperawatan yang harus terpelihara, dan

didalam banyak kasus seharusnya mampu memberikan perbaikan dibanding status atau kondisi sebelumnya. Kenyamanan dihasilkan dari intervensi fisik, salah satunya adalah pemberian terapi infus. Kenyamanan fisik menjadi salah satu dari banyak strategi dalam meningkatkan kesehatan dan sekunder untuk tujuan-tujuan lain, misalnya pencegahan komplikasi (Kolcaba dalam Peterson & Bredow, 2004).

Selain memberikan respon ketidaknyamanan, pemberian terapi infus juga dapat menimbulkan komplikasi, baik komplikasi lokal maupun sistemik. Komplikasi lokal terdiri dari phlebitis, infiltrasi, dan ekstrasvasasi; sementara komplikasi sistemik antara lain emboli udara, kelebihan cairan, reaksi alergi dan sepsis (Gabriel, 2007; Perdue dalam Hankins, et al, 2001).

Phlebitis merupakan komplikasi yang sering terjadi pada pasien yang mendapatkan terapi infus. Phlebitis adalah inflamasi lapisan vena yang disebabkan faktor mekanik, kimia, maupun teknik aseptik yang kurang (Philips, 2005). Phlebitis dikarakteristikkan dengan adanya kemerahan pada area tusukan, nyeri, bengkak, pengerasan atau indurasi, pengerasan sepanjang vena, dan panas (Alexander, et al., 2010; NHS Lanarkshire, 2009).

Phlebitis disebabkan oleh banyak faktor. Penyebab phlebitis yang paling sering adalah ketidaksesuaian ukuran kateter dan pemilihan vena, jenis cairan (pH dan osmolalitas), kurangnya teknik aseptik saat pemasangan, dan waktu kanulasi yang lama (Hanskins, et al., 2001; Richardson dan Bruso 1993, dalam Gabriel, 2008; Alexander, et al., 2010).

Akibat yang ditimbulkan dari komplikasi phlebitis pada pasien adalah meningkatkan lama rawat di rumah sakit atau *length of stay* (LOS), menambah lama terapi, dan meningkatkan tanggung jawab perawat, serta dapat menyebabkan pasien mendapatkan risiko masalah kesehatan lain (Alexander, et al., 2010). Seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Campbell (1998) menyatakan bahwa melalui uji

chi square terdapat hubungan yang signifikan antara komplikasi flebitis dengan lama rawat, yang meningkatkan pembiayaan pasien.

Angka kejadian flebitis merupakan salah satu indikator mutu asuhan keperawatan yang diperoleh dari perbandingan jumlah kejadian flebitis dengan jumlah pasien yang mendapat terapi infus (Direktorat Pelayanan Keperawatan & Medik Depkes, 2002; Depkes RI & PERDALIN, 2007). *Infusion Nursing Standards of Practice* (2006a) merekomendasikan bahwa level flebitis yang harus dilaporkan adalah level 2 atau lebih. Sedangkan angka kejadian yang direkomendasikan oleh *Infusion Nurses Society* (INS) adalah 5% atau kurang. Dan jika ditemukan angka kejadian flebitis lebih dari 5%, maka data harus dianalisis kembali terhadap derajat flebitis dan kemungkinan penyebabnya untuk menyusun pengembangan rencana peningkatan kinerja perawat (Alexander, et al., 2010).

Berdasarkan tinjauan literatur menyatakan bahwa 5 % sampai 70 % pasien yang mendapat terapi intravena mengalami flebitis (Gallant, et al., 2006 & Campbell, et al., 2005 dalam Zarate, 2008). Sedangkan studi yang dilakukan Campbell (1998) menemukan bahwa angka kejadian flebitis berkisar antara 20 sampai 80%.

Angka kejadian flebitis di Indonesia sendiri belum ada angka yang pasti, hal ini kemungkinan disebabkan karena penelitian yang berkaitan dengan insiden kejadian flebitis dan publikasinya masih jarang. Penelitian tentang flebitis yang dipublikasikan di Indonesia antara lain penelitian yang dilakukan Susiyanti (2002) yang meneliti angka kejadian flebitis di sebuah Rumah Sakit Tk. II Udayana didapatkan kejadian flebitis sebanyak 33,3 %. Sementara Retno Sumara (2017) yang melakukan penelitian Rumah Sakit Husada Utama Surabaya mendapatkan data insiden kejadian flebitis yang cukup tinggi, yaitu 56,25 % karena pada penelitian ini flebitis level I sudah dinyatakan sebagai flebitis.

Kejadian phlebitis meningkat sejalan dengan lamanya kanulasi atau waktu pemasangan. Seperti yang dikemukakan oleh Gabriel, et al., (2005) yang mengatakan bahwa angka kejadian phlebitis meningkat dari 12 % menjadi 34 % pada 24 jam pertama setelah hari pertama pemasangan, diikuti oleh peningkatan angka dari 35 % menjadi 65 % setelah 48 jam pemasangan kateter. Untuk itu pemindahan lokasi pemasangan harus dilakukan sebelum terjadi phlebitis.

Infusion Nursing Standards of Practice (2006a) merekomendasikan bahwa kanula perifer harus diganti setiap 72 jam dan segera mungkin jika diduga terkontaminasi, adanya komplikasi, atau ketika terapi telah dihentikan (Perucca dalam Hankins, et al., 2001; Alexander, et al., 2010). Sementara penelitian yang dilakukan oleh Barker et al. (2004), membuktikan bahwa pemindahan lokasi penusukan dengan terencana setiap 48 jam secara signifikan mengurangi insiden phlebitis infus. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Pujasari dan Sumarwati (2002) mendapati waktu kejadian phlebitis mulai dari satu hari sampai tiga hari, dengan rata-rata kejadian adalah dua hari. Hal ini menunjukkan bahwa waktu terjadinya phlebitis dapat terjadi sebelum 72 jam. Oleh karena itu perlu dipertimbangkan untuk pemindahan lokasi pemasangan yang tepat sehingga angka kejadian phlebitis dapat dikurangi.

Perkembangan tentang *evidence based* terapi infus yang pesat, terutama perkembangan alat akses vaskular dan prosedur pemberian obat atau cairan melalui akses intravena, menuntut perawat menguasai teori tentang penatalaksanaan terapi infus. Dengan kata lain, perawat harus mempunyai pengetahuan yang tinggi, terutama tentang prosedur pemberian obat atau cairan secara terapeutik dalam pemberian, pembacaan dosis, efek samping, perlindungan diri dan kontraindikasi (RCN, 2005).

Keterlibatan perawat dalam pemberian terapi infus memiliki implikasi tanggung jawab dalam mencegah terjadinya komplikasi phlebitis dan ketidaknyamanan pada pasien, terutama dalam hal keterampilan pemasangan kanula secara aseptik dan tepat, sehingga mengurangi risiko terjadinya kegagalan