

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoadmojo, 2005). Menurut KBBI (2003) pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal. Pengetahuan kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overbehavior*).

WHO (*World Health Organization*) yang dikutip oleh Notoadmojo (2007), salah satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan (*Knowledge*) juga diartikan sebagai hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung dan sebagainya), dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan. Hal tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek.

Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya dan berbeda dengan kepercayaan (*beliefs*), takhayul (*superstition*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*) (Soekanto, 2003).

2.1.2 Tingkatan Pengetahuan

Notoatmodjo (2012), menjelaskan bahwa pengetahuan mempunyai enam tingkatan, diantaranya :

1. Tahu (*Know*)

Tahu artinya sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya (*real*).

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu komponen untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan dan menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-

penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.1.3 Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Notoadmojo (2007) adalah :

1. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan yang dimiliki seorang makin mudah untuk menerima informasi. Pendidikan adalah proses untuk mempelajari dan meningkatkan ilmu yang diperoleh, pendidikan yang lebih tinggi secara otomatis akan berbanding lurus dengan pengetahuan yang dimiliki.

Marilayani (2010) memiliki pendapat bahwa baiknya pengetahuan tenaga kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pendidikan tenaga kesehatan, pendidikan sangat mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang karena pendidikan merupakan suatu proses pembelajaran pola pikir seorang dari tidak tahu menjadi tahu, dan dari jenjang pendidikan inilah dapat diketahui pola pikir seseorang, semakin tinggi pendidikan maka ilmu yang diperoleh akan semakin banyak.

2. Media massa/ Informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek, sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan.

Mubarak (2011) dalam Heriati (2013) yang menyatakan jika kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seseorang memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seorang memperoleh pengetahuan pengetahuan yang baru. Informasi yang diperoleh seorang akan dapat merangsang pikiran dan kemampuan seseorang akan merangsang pikiran dan kemampuan seseorang serta menambah pengetahuan. Sehingga semakin mudah dan banyak informasi yang diperoleh seseorang maka pengetahuan seseorang akan suatu hal akan semakin banyak.

Aswa (2009) dalam Puspawati (2013) berpendapat pada dasarnya pesan atau informasi akan lebih efektif apabila disampaikan secara langsung (*face to face*).

3. Sosial budaya dan ekonomi

Tradisi dan kebiasaan dilakukan masyarakat tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Status ekonomi seseorang dapat menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4. Lingkungan

Lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan kedalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut.

5. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan menjadi cara untuk memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam

pemecahan masalah yang dihadapi dimasa lalu. Semakin lama responden bekerja maka pengalaman kerja yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan responden.

6. Umur

Umur mempengaruhi daya tangkap serta pola pikir seseorang. Semakin bertambahnya umur akan menyebabkan meningkatnya daya tangkap dan pola pikir, sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik.

7. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Angka dari luar negeri menunjukkan wanita memiliki angka kesakitan yang lebih tinggi dan pria memiliki angka kematian lebih tinggi juga pada semua golongan umur. Untuk indonesia masih perlu dipelajari lebih lanjut perbedaan angka kematian ini dapat dipengaruhi faktor – faktor intrinstik (Notoadmojo, 2003).

8. Pekerjaan

Pekerjaan juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan dimana pekerjaan merupakan suatu kegiatan atau aktivitas seseorang untuk memperoleh penghasilan agar kebutuhan dapat terpenuhi. Pekerjaan/karyawan adalah mereka yang bekerja pada orang lain atau institusi dengan gaji atau upah (Notoadmojo, 2003).

Menurut Ismail (2013) selain melalui pendidikan formal, pengetahuan seseorang dapat juga dipengaruhi oleh pelatihan-pelatihan atau seminar kesehatan yang pernah diikuti, dengan adanya pelatihan seseorang dapat lebih terampil dalam melakukan suatu pekerjaan karena dengan pelatihan dan tugas – tugas yang

terkait dengan kemampuan kognitif dapat mempengaruhi perilaku dan pola pikir yang lebih positif.

2.1.4 Kategori Pengetahuan

Notoadmojo (2007) menjelaskan, untuk mengetahui tingkat pengetahuan seseorang berdasarkan kualitas yang dimiliki, dapat dibagi menjadi empat tingkat, diantaranya:

- a. Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai mencapai 76-100%
- b. Tingkat pengetahuan cukup bila skor/nilai mencapai 56-75%
- c. Tingkat pengetahuan kurang bila skor <56%.

Arikunto (2006), mengategorikan pengetahuan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

- a. Baik : Bila subyek mampu menjawab dengan benar 76% - 100% dari seluruh pertanyaan.
- b. Cukup : Bila subyek mampu menjawab dengan benar 56% - 75% dari seluruh pertanyaan.
- c. Kurang : Bila subyek mampu menjawab dengan benar 40% - 55% dari seluruh pertanyaan.

2.2 Konsep Sikap

2.2.1 Pengertian Sikap

Mekanisme mental yang mengevaluasi, membentuk pandangan, mewarnai perasaan dan akan ikut menentukan kecenderungan perilaku individu terhadap manusia lainnya atau sesuatu yang sedang dihadapi oleh individu, bahkan terhadap diri individu itu sendiri disebut fenomena sikap. Fenomena sikap yang timbul tidak saja ditentukan oleh keadaan objek yang sedang dihadapi tetapi juga dengan kaitannya dengan pengalaman-pengalaman masa lalu, oleh situasi di saat

sekarang, dan oleh harapan-harapan untuk masa yang akan datang. Sikap manusia, atau untuk singkatnya disebut sikap, telah didefinisikan dalam berbagai versi oleh para ahli. Thurstone mendefinisikan sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu objek psikologis (Azwar S, 2016).

LaPierre mendefinisikan sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi, atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan. Definisi Petty & Cacioppo secara lengkap mengatakan sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, objek atau isu-isu.

Azwar (2016), menggolongkan definisi sikap dalam tiga kerangka pemikiran. Pertama, kerangka pemikiran yang diwakili oleh para ahli psikologi seperti Louis Thurstone, Rensis Likert dan Charles Osgood. Menurut mereka sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut. Kedua, kerangka pemikiran ini diwakili oleh ahli seperti Chave, Bogardus, LaPierre, Mead dan Gordon Allport. Menurut kelompok pemikiran ini sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan caracara tertentu. Kesiapan yang dimaksud merupakan kecenderungan yang potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon . Ketiga, kelompok pemikiran ini adalah kelompok yang berorientasi pada skema triadik (*triadic schema*). Menurut pemikiran ini suatu sikap merupakan konstelasi komponen kognitif,

afektif dan konatif yang saling berinteraksi didalam memahami, merasakan dan berperilaku terhadap suatu objek.

Jadi berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa sikap adalah kecenderungan individu untuk memahami, merasakan, bereaksi dan berperilaku terhadap suatu objek yang merupakan hasil dari interaksi komponen kognitif, afektif dan konatif (Azwar S, 2016).

2.2.2 Komponen-Komponen Sikap

Azwar (2016) menyatakan bahwa sikap memiliki 3 komponen yaitu:

a. Kognitif

Komponen kognitif merupakan komponen yang berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.

b. Afektif

Komponen afektif merupakan komponen yang menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu.

c. Perilaku

Komponen perilaku atau komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

2.2.3 Karakteristik Sikap

Menurut (Sax (1980) dalam buku Azwar, 2016), menunjukkan beberapa karakteristik (dimensi) sikap yaitu arah, intensitas, keluasaan, konsistensi, dan spontanitasnya. Berikut akan kita uraikan dimensi-dimensi tersebut, diantaranya:

1. Sikap mempunyai Arah

Sikap terpilah pada dua arah yaitu setuju atau tidak setuju. Orang yang setuju, mendukung atau memihak terhadap suatu objek sikap berarti memiliki sikap yang arahnya positif, sebaliknya mereka yang tidak setuju atau tidak mendukung dikatakan sebagai memiliki sikap yang arahnya negatif.

2. Sikap memiliki Intensitas

Kedalam atau kekuatan sikap terhadap sesuatu belum tentu sama walaupun arahnya mungkin tidak berbeda.

3. Sikap juga memiliki Keluasan

Kesejuatan atau ketidaksetujuan terhadap suatu objek sikap dapat mengenai hanya aspek yang sedikit dan sangat spesifik akan tetapi dapat pula mencakup banyak sekali aspek yang ada pada objek sikap.

4. Sikap juga memiliki Konsistensi

Kesesuaian antara pernyataan sikap yang dikemukakan dengan responnya terhadap objek. Konsistensi sikap diperlihatkan oleh kesesuaian sikap antar waktu.

5. Sikap juga memiliki Spontanitas

Menyangkut sejauhmana kesiapan individu untuk menyatakan sikapnya secara spontan. Sikap dikatakan spontanitas, apabila dapat dinyatakan secara terbuka tanpa harus melakukan pengungkapan atau desakan lebih dahulu agar individu dapat mengemukakannya

(Azwar S, 2016).

2.2.4 Skala Sikap

metode pengungkapan sikap dalam bentuk self-report yang hingga kini dianggap paling dapat diandalkan adalah dengan menggunakan daftar pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab oleh individu yang disebut sebagai skala sikap (attitude scales) berupa kumpulan pernyataan-pernyataan mengenai suatu objek sikap.

Bentuk – bentuk skala sikap, antara lain adalah:

1. Skala Likert

Digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau sekelompok tentang kejadian atau gejala sosial. Dalam penelitian gejala sosial ini telah ditetapkan secara spesifik oleh peneliti, yang selanjutnya disebut sebagai variabel penelitian.

2. Skala Guttman

Merupakan skala kumulatif. Skala Guttman mengukur suatu dimensi saja dari suatu variabel yang multidimensi. Skala Guttman disebut juga skala scalogram yang sangat baik untuk meyakinkan peneliti tentang kesatuan dimensi dan sikap atau sifat yang diteliti, yang sering disebut dengan atribut universal. Skala Guttman ialah skala yang digunakan untuk jawaban yang bersifat jelas (tegas) dan konsisten. Perbedaan dari Skala Likert dengan skala Guttman ialah kalau Skala Likert terdapat jarak (interval): yaitu Sangat Benar (SB) sampai dengan Sangat Tidak Benar (STB), sedangkan pada Skala Guttman hanya dua interval yaitu: Benar (B) dan Salah (S).

3. Skala Diferensial Semantik

Pada skala perbedaan semantik, responden diminta untuk menjawab atau memberikan penilaian terhadap suatu konsep atau objek tertentu. Skala ini menunjukkan suatu keadaan yang saling bertentangan, misalnya ketat-longgar, sering dilakukan-tidak pernah dilakukan, lemah-kuat, positif-negatif, buruk-baik, mendidik-menekan, aktif-pasif, besar-kecil, dan sebagainya.

4. Rating Skala

Rating *scale* yaitu data mentah yang didapat berupa angka kemudian ditafsirkan dalam pengertian kualitatif. Dalam model rating *scale*, responden tidak menjawab data kualitatif yang sudah tersedia tersebut, tetapi menjawab salah satu dari jawaban kuantitatif yang telah disediakan. Dengan demikian bentuk rating scale lebih fleksibel, tidak terbatas untuk pengukuran sikap saja, tetapi untuk mengukur persepsi responden terhadap gejala atau fenomena.

5. Skala Thurstone

Perbedaan antara skala Thurstone dan skala Likert ialah pada skala Thurstone interval yang panjangnya sama memiliki intensitas kekuatan yang sama, sedangkan pada skala Likert tidak perlu sama.

2.2.5 Faktor – faktor yang mempengaruhi Sikap

Faktor –faktor yang mempengaruhi sikap (Azwar,S, 2016) antara lain :

a. Pengalaman Pribadi

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan terhadap stimulus sosial. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang

berkaitan dengan objek psikologis. Penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atautkah sikap negatif, akan tergantung pada berbagai faktor lain. Bahwa tidak adanya pengalaman sama sekali dengan objek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karen aitu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pribadi tersebut terjadi dalam situasiyang melibatkan faktor emosional. Dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan akan pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas. Individu sebagai orang yang menerima pengalaman, orang yang melakukan tanggapan atau penghayatan, biasanya tidak melepaskan pengalaman yang sedang dialaminya dari pengalaman-pengalaman lain yang terdahulu, yang relevan.

b. Pengaruh Orang Lain Yang Dianggap Penting

Orang lain disekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewa, atau seseorang yang berarti bagi kita (*significant others*), akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu. Diantaranya adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja,istri atau suami, dan lain-lain.

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting.

Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting.

c. Pengaruh Kebudayaan

Kebudayaan dimana hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Seorang ahli psikologi, **Burrhus Frederic Skinner** sangat menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk pribadi seseorang. Kepribadian, katanya tidak lain dari pada pola pola perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah *reinforcement* yang kita alami.

Tanpa sadar, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat. Hanya kepribadian individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudarkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual.

d. Media Massa

Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Walaupun pengaruh media massa tidaklah sebesar pengaruh interaksi individual secara langsung, namun dalam proses pembentukan dan perubahan sikap, peran media massa tidak kecil.

Dalam pemberitaan disurat kabar maupun diradio atau media komunikasi lainnya, berita-berita faktual yang seharusnya disampaikan secara objektif seringkali dimasuki unsur subjektivitas penulis berita, baik secara sengaja

atau tidak. Hal ini sering sekali dengan hanya menerima berita-berita yang sudah dimasuki unsur subjektif itu, terbentuklah sikap tertentu.

e. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Lembaga pendidikan dan agama sbagai suatu sistem yang mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya. Dikarenakan konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan maka tidaklah mengherankan kalau pada gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal.

Apabila terdapat suatu hal yang bersifat kontroversial, pada umumnya orang akan mencari informasi lain untuk memperkuat posisi sikapnya atau mungkin juga orang tersebut tidak mengambil sikap memihak

f. Pengaruh Faktor Emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Terkadang, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap yang didasari oleh faktor emosional adalah prasangka (*prejudice*), dimana prasangka merupakan sikap yang tidak “*fair*”, atau unfavorabel terhadap sekelompok orang (Harding, Prosbansky, Kutner, & Chein, 1969; dalam Wrightsman & Deaux 1981).

Prasangka merupakan bentuk sikap negatif yang didasari oleh kelainan kepribadian pada orang-orang yang sangat frustrasi. Lepas dari prasangka yang didasari emosi, sebenarnya tidak banyak alasan untuk bersikap negatif, dikarenakan berbagai bentuk perbuatan individual yang baik ataupun buruk, semuanya juga dapat ditemui sehari-hari dalam perilaku orang.

2.3 Konsep Keperawatan

2.3.1 Pengertian Perawat

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan biologi, psikologi, sosial, spiritual dan kultural secara komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia.

2.3.2 Peran Perawat

Perawat kontemporer menuntut perawat harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan dalam berbagai bidang. Peran perawat inti adalah memberikan perawatan dan kenyamanan, karena mereka menjalankan fungsi perawat yang spesifik, peran perawat menjadi lebih luas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, juga memandang klien secara komprehensif. Perawat kontemporer menjalankan perannya dengan berbagai peran, diantaranya pemberi perawatan, pembuat keputusan klinis, pelindung dan advokat klien, manajer kasus, rehabilitator, pemberi kenyamanan, komunikator, dan pendidik (Potter & Perry, 2005).

Peran perawat sebagai pemberi perawatan asuhan keperawatan, perawat juga dapat membantu klien kembali pulih kesehatannya melalui proses penyembuhan. Proses penyembuhan lebih dari sekedar sembuh dari penyakit

tertentu, sekalipun ketrampilan tindakan yang meningkatkan kesehatan fisik merupakan hal yang penting bagi pemberi asuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien secara holistik, meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual, dan sosial. Peran perawat sebagai pembuat keputusan klinis yaitu untuk memberikan perawatan yang efektif, perawat juga menggunakan keahliannya berfikir kritis sebelum melalui proses keperawatan. Sebelum mengambil tindakan keperawatan, baik dalam pengkajian kondisi klien, pemberian perawatan, dan mengevaluasi hasil, perawat menyusun rencana tindakan dengan pendekatan terbaik bagi tiap klien. Dalam setiap situasi ini seperti ini, perawat bekerja sama, dan berkonsultasi dengan pemberi perawatan kesehatan profesional lainnya (Kelling dan Ramos, 1995).

Peran perawat sebagai pelindung dan advokat klien membantu mempertahankan lingkungan yang aman dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan serta melindungi klien dari efek yang tidak diinginkan. Suatu tindakan diagnostik atau pengobatan. Dalam menjalankan perannya sebagai advokat, perawat melindungi hak klien sebagai manusia dan secara hukum. Perawat juga melindungi hak-hak klien melalui cara-cara yang umum dengan menolak aturan atau tindakan yang mungkin membahayakan kesehatan klien atau menentang hak-hak klien. Peran perawat sebagai pendidik, perawat mengemban tanggung jawab sosial dan profesional untuk membagi pengetahuan dan keahlian kepada klien, keluarga dan rekan kerja dalam upaya memenuhi kebutuhan individu. Tantangan yang dihadapi keperawatan dan rumah sakit pada tahun 1990 sangat besar karena saat itu merupakan pergantian paradigma. Rumah sakit menaruh perhatian dan kepentingan pada pendidikan

untuk mempertahankan staf yang kompeten dan produktif. Perawat perioperatif yang terlibat dalam pengembangan staf bertanggung jawab dalam orientasi dan pelatihan kepemimpinan serta pelatihan silang anggota. *American Nurses Association (ANA)* dalam standarnya mendefinisikan orientasi sebagai “cara anggota staf yang baru untuk mengenal filosofi, tujuan, kebijakan, dan prosedur, peran yang diharapkan, fasilitas fisik, dan pelayanan tertentu dalam lingkungan kerja yang spesifik”. Pelayanan langsung, didefinisikan dalam standar ANA adalah “pengalaman pembelajaran yang diberikan dalam situasi kerja bertujuan membantu staf dalam melaksanakan fungsi yang ditugaskan di institusi”. Pendidik perlu dipersiapkan untuk mengajar sesuai dengan latar belakang pendidikannya. Pendidik perioperatif harus mempunyai pengetahuan mengenai asuhan keperawatan klien bedah dan harus dihargai oleh orang lain (Potter & Perry, 2005).

Nelson (1992) merasakan bahwa pendidik perawat harus mendapatkan pendidikan formal dan membuat keyakinan yang kuat untuk mengembangkan staf pedidik sebagai perawat dengan kualifikasi master. (Gruendemann, J, B, 2006).

2.3.2 Fungsi Perawat

2.3.2.1 Fungsi Independen

Dalam fungsi ini, tindakan perawat tidak memerlukan perintah dokter. Tindakan perawat bersifat mandiri, berdasarkan pada ilmu keperawatan. Oleh karena itu, perawat bertanggung jawab terhadap akibat yang timbul dari tindakan yang diambil. Contoh tindakan perawat dalam menjalankan fungsi independen adalah:

- 1) Pengkajian seluruh sejarah kesehatan pasien/keluarganya dan menguji secara fisik untuk menentukan status kesehatan.
- 2) Mengidentifikasi tindakan keperawatan yang mungkin dilakukan untuk memelihara atau memperbaiki kesehatan.
- 3) Membantu pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari.
- 4) Mendorong untuk berperilaku secara wajar.

2.3.2.2 Fungsi Interdependen

Tindakan perawat berdasarkan pada kerjasama dengan tim perawatan atau tim kesehatan. Fungsi ini tampak ketika perawat bersama tenaga kesehatan lainnya berkolaborasi mengupayakan kesembuhan pasien. Mereka biasanya tergabung dalam sebuah tim yang dipimpin oleh seorang dokter. Sebagai sesama tenaga kesehatan, masing-masing tenaga kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien sesuai dengan bidang ilmunya. Dalam kolaborasi ini, pasien menjadi fokus upaya pelayanan kesehatan. Contohnya, untuk menangani ibu hamil yang menderita diabetes, perawat bersama tenaga gizi berkolaborasi membuat rencana untuk menentukan kebutuhan makanan yang diperlukan bagi ibu dan perkembangan janin. Ahli gizi memberikan kontribusi dalam perencanaan makanan dan perawat mengajarkan pasien memilih makan sehari-hari. Dalam fungsi ini, perawat bertanggung jawab secara bersama-sama dengan tenaga kesehatan lain terhadap kegagalan pelayanan kesehatan terutama untuk bidang keperawatannya.

2.3.2.3 Fungsi Dependen

Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi wewenang dokter dan seharusnya dilakukan

dokter, seperti pemasangan infus, pemberian obat, dan melakukan suntikan. Oleh karena itu, setiap kegagalan tindakan medis menjadi tanggung jawab dokter. Setiap tindakan yang berdasarkan perintah dokter, dengan menghormati hak pasien tidak termasuk dalam tanggung jawab perawat.

2.3.3 Keperawatan Sebagai Profesi

Keperawatan bukan hanya sejumlah keterampilan khusus dan seorang perawat bukan hanya seorang yang dilatih untuk melakukan tugas – tugas tertentu. Keperawatan adalah suatu profesi. Tidak ada satu faktor pun yang secara pasti memisahkan pekerjaan dan profesi., tetapi perbedaan menjadi penting dalam hal bagaimana perawat bekerja.

Dalam keperawatan sebagai profesi memiliki beberapa karakteristik utama sebagai berikut :

1. Suatu profesi memerlukan pendidikan lanjut dari anggotanya, demikian juga landasan dasarnya.
2. Suatu profesi memiliki kerangka pengetahuan teoritis yang mengarah pada ketrampilan, kemampuan, dan norma – norma tertentu.
3. Suatu profesi memberikan pelayanan tertentu.
4. Anggota dari suatu profesi memiliki otonomi untuk membuat keputusan dan melakukan tindakan.
5. Profesi sebagai satu kesatuan memiliki kode etik untuk melakukan praktik keperawatan.

Keperawatan secara jelas menggambarkan setiap karakteristik tersebut diatas. Akan tetapi keperawatan masih berkembang sebagai suatu profesi, dan menghadapi isu-isu kontroversial karena perawat bekerja keras untuk

profesionalisme yang lebih tinggi. Professional merupakan suatu proses yang dinamis untuk memenuhi atau mengubah karakteristik kearah suatu profesi.

Kelly dan Joel, 1995 menjelaskan professional sebagai suatu karakter, spirit atau metode professional yang mencakup pendidikan dan kegiatan diberbagai kelompok okupasi yang angotanya berkeinginan menjadi professional.

Gary dan Pratt (1991), Kiozer Erb dan Wilkinson (1995) mengemukakan karakteristik professional sebagai berikut :a) Konsep misi yang terbuka terhadap perubahan, b) Penguasaan dan penggunaan pengetahuan teoritis, c) Kemampuan menyelesaikan masalah, d) Pengembangan diri secara berkesinambungan, e) Pendidikan formal, f) System pengesahan terhadap kompetensi, g) Penguatan secara legal terhadap standart professional, h) Praktik berdasarkan etik, i) Hukum terhadap malpraktik, j) Penerimaan dan pelayanan pada masyarakat, k) Perbedaan peran antara pekerja professional dengan pekerjaan lain dan membolehkan praktik yang otonom.

Menurut Lindberg, Hunter dan Kruszewski (1993), Leddy dan Pepper (1993) serta Berger dan Williams (1992), keperawatan sebagai suatu profesi memiliki karakteristik sebagai berikut :

a. Kelompok pengetahuan yang melandasi keterampilan untuk menyelesaikan masalah dalam tatanan praktik keperawatan.

Pada awalnya praktik keperawatan dilandasi oleh ketrampilan yang bersifat intuitif. Sebagai suatu disiplin, sekarang keperawatan disebut sebagai suatu ilmu dimana keperawatan banyak sekali menerapkan ilmu-ilmu dasar seperti ilmu perilaku, social, fisika, biomedik dan lain-lain. Selain itu keperawatan juga mempelajari pengetahuan inti yang menunjang praktik keperawatan yaitu fungsi

tubuh manusia yang berkaitan dengan sehat dan sakit serta pokok bahasan pemberian asuhan keperawatan secara langsung kepada klien.

b. Kemampuan memberikan pelayanan yang unik kepada masyarakat. Fungsi unik perawat adalah memberikan bantuan kepada seseorang dalam melakukan kegiatan untuk menunjang kesehatan dan penyembuhan serta membantu kemandirian klien.

c. Pendidikan yang memenuhi standart dan diselenggarakan di perguruan tinggi atau universitas. Beralihnya pendidikan keperawatan kepada institusi pendidikan tinggi memberikan kesempatan kepada perawat untuk mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan intelektual, interpersonal dan tehnikal yang memungkinkan mereka menjalankan peran dengan lebih terpadu dalam pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan berkesinambungan. Disamping itu perawat dituntut untuk mengembangkan Iptek keperawatan.

d. Pengendalian terhadap standart praktik.

Standart adalah pernyataan atau criteria tentang kualitas praktik. Standart praktik keperawatan menekankan kepada tanggung jawab dan tanggung gugat perawat untuk memenuhi standart yang telah ditetapkan yang bertujuan melindungi masyarakat maupun perawat. Perawat bekerja tidak dibawah pengawasan dan pengendalian profesi lain.

e. Bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap tindakan yang dilakukan.

Tanggung gugat accountable berarti perawat bertanggung jawab pelayanan yang diberikan kepada klien. Tanggung gugat mengandung aspek legal terhadap kelompok sejawat, atasan dan konsumen. Konsep tanggung gugat mempunyai dua

implikasi yaitu bertanggung jawab terhadap konsekuensi dari tindakan yang dilakukan dan juga menerima tanggung jawab dengan tidak melakukan tindakan pada situasi tertentu.

f. Karir seumur hidup

Dibedakan dengan tugas/job yang merupakan bagian dari pekerjaan rutin. Perawat bekerja sebagai tenaga penuh yang dibekali dengan pendidikan dan ketrampilan yang menjadi pilihannya sendiri sepanjang hayat.

g. Fungsi mandiri

Perawat memiliki kewenangan penuh melakukan asuhan keperawatan walaupun kegiatan kolaborasi dengan profesi lain kadang kala dilakukan dimana itu semua didasarkan kepada kebutuhan klien bukan sebagai ekstensi intervensi profesi lain.

C. Perkembangan Profesionalisme Keperawatan

Melihat catatan tentang awal mula keberadaan perawat di Indonesia, yang diperkirakan baru bermula pada awal abad ke 19, dimana disebutkan adanya perawat saat itu adalah dikarenakan adanya upaya tenaga medis untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik sehingga diperlukan tenaga yang dapat membantu atau tenaga pembantu. Tenaga tersebut dididik menjadi seorang perawat melalui pendidikan magang yang berorientasi pada penyakit dan cara pengobatannya. Sampai dengan perkembangan di Indonesia pada tahun 1983 PPNI melakukan Lokakarya Nasional Keperawatan di Jakarta, melalui lokakarya tersebut perawat bertekad dan bersepakat menyatakan diri bahwa keperawatan adalah suatu bidang keprofesian.

2.4 Konsep Keperawatan Perioperatif

2.4.1 Pengertian Keperawatan Perioperatif

Perawatan perioperatif adalah periode sebelum, selama dan sesudah operasi berlangsung. Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Keperawatan perioperatif adalah fase penatalaksanaan pembedahan yang merupakan pengalaman yang unik bagi pasien.

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (Brunner, 2001).

Keperawatan perioperatif adalah merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga dalam suatu proses pembedahan yaitu tahap pra operasi, tahap intra operasi, tahap pasca operasi. Masing-masing tahap mencakup aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan (Majid, 2011).

Keperawatan perioperatif adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan dikamar bedah yang langsung diberikan pasien, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan. Keperawatan perioperatif berpedoman pada standart keperawatan dilandasi oleh etika keperawatan dalam lingkup tanggung jawab keperawatan. Perawat yang bekerja dikamar operasi harus memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan perioperatif (HIPKABI, 2012).

Menurut *Standards, Guidelines, and Policy Statements* ACORN (1990), perawat perioperatif adalah anggota integral dan setelah prosedur operasi. Perawat perioperatif, yaitu perawat terdaftar dengan pendidikan pascasarjana dan/ pengalaman yang sesuai, harus menjadi bagian dari divisi keperawatan fasilitas pelayanan kesehatan.

Adapun tahap – tahap keperawatan perioperatif adalah (Hamlin, 2009) :

a. Tahap pra operasi

Tahap ini merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada tahap ini, kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Bagi perawat perioperatif tahap ini dimulai pada saat pasien diserahkan dikamar operasi dan berakhir pada saat pasien dipindahkan ke meja operasi.

b. Tahap intra operasi

Tahap ini dimulai setelah pasien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Aktivitas di ruang operasi difokuskan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah – masalah fisik yang mengganggu pasien tanpa mengenyampingkan psikologis pasien. Diperlukan kerjasama yang sinergis antar anggota tim operasi yang disesuaikan dengan peran dan tanggung jawab masing – masing. Salah satu peran dan tanggung jawab perawat adalah dalam hal posisi yang aman untuk aktifitas pembedahan dan anestesi.

c. Tahap pasca operasi

Keperawatan pasca operasi adalah tahap akhir dari keperawatan perioperatif. Selama tahap ini proses keperawatan diarahkan pada upaya untuk menstabilkan kondisi pasien. Bagi perawat perioperatif perawatan pasca operasi dimulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pemulihan sampai disrah terimakan kembali kepada perawat ruang rawat inap atau ruang intensif.

2.4.2 Peran Perawat Di Kamar Operasi

Perawat perioperatif sebagai anggota tim operasi, mempunyai peran dari tahap pra operasi sampai pasca operasi. Secara garis besar maka peran perawat perioperatif adalah :

a. Perawat Administratif

Perawat administratif berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Tanggung jawab dari perawat administratif dalam kamar operasi diantaranya adalah perencanaan dan pengaturan staf, manajemen penjadwalan pasien, manajemen perencanaan material dan manajemen kinerja. Oleh karena tanggung jawab perawat administratif lebih besar maka diperlukan perawat yang mempunyai pengalaman yang cukup dibidang perawatan perioperatif. Kemampuan manajemen, perencanaan dan kepemimpinan diperlukan oleh seorang perawat administratif dikamar operasi (Muttaqin, 2009).

b. Perawat instrumen

Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberikan wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan alat atau instrumen pembedahan selama tindakan dilakukan. Optimalisasi dari hasil pembedahan akan sangat didukung oleh peran perawat instrumen. Beberapa modalitas dan konsep

pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen adalah cara persiapan instrumen berdasarkan tindakan operasi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan (HIPKABI, 2012).

c. Perawat Sirkuler

Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat dalam hal ini adalah penghubung antara area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler (Majid, 2011).

2.5 Konsep Pemberian Posisi Bedah

2.5.1 Pengertian Pemberian Posisi Bedah

Pemberian posisi bedah adalah seni halus memindahkan dan menempatkan anatomi manusia pada posisinya agar terpajan ditempat pembedahan semaksimal mungkin dan mengurangi seminimal mungkin gangguan pada fungsi dan stres mekanis pada sendi dan bagian tubuh lain. Pemberian posisi pada klien untuk prosedur pembedahan adalah aspek terpenting pada keperawatan perioperatif (Barbara J, 2006).

2.5.2 Tujuan Pemberian Posisi Bedah

Tujuan dari pemberian posisi bedah adalah menghasilkan area pembedahan yang optimal, meningkatkan keamanan, menurunkan resiko cedera, serta memudahkan akses dalam pemberian cairan intra vena, obat dan bahan anastesi.

Dalam tujuan tujuan pemberian posisi bedah terdapat beberapa kriteria dalam pemberian posisi bedah, diantaranya:

- a. kepatenan jalan nafas yang optimal
- b. status sirkulasi dan akses vaskular adekuat
- c. tidak ada penekanan berlebihan pada area superfisial dan tonjolan tulang
- d. kepala mendapat songkonga yang adekuat, mata terlindung dari abrasi, tekanan dan cairan iritatif.
- e. Ekstermitas terlindung , mendapat sokongan dan terhindar dari keadaan fleksi, ekstensi, atau rotasi bagian tubuh yang berlebihan.

2.5.3 Lima Posisi Dasar Dalam Pembedahan

Pada dasarnya, prosedur operasi dilakukan dengan klien yang berbaring dengan posisi punggung dengan tungkai yang diletakkan disanggurdi (penyangga tungkai), perut, atau menyamping. Dengan demikian ada lima posisi dasar diantaranya : *Supine, Lateral, Lithotomi, Telungkup, dan Duduk* (Barbara J, 2006).

Menurut (Barbara J, 2006) kelima posisi dasar dan modifikasinya dibahas karena pertimbangan terhadap kebutuhan dan keinginan individual yang bervariasi.

1. *Supine* (Terlentang)

Posisi terlentang, atau berbaring dorsal, memposisikan vertebra servikalis, thorakalis, dan lumbalis klien pada satu garis lurus secara horizontal. Posisi terlentang dengan variasinya adalah postur yang paling sering digunakan untuk prosedur pembedahan.

Penyulit pascaoperatif pada tulang yang sering terjadi akibat posisi terlentang adalah nyeri punggung, yang menyertai anestesi umum maupun spinal

dan pemakaian pelemas otot. Relaksasi otot paraspinal selama anestesi (terutama pada posisi terlentang) mengubah cekungan normal lumbal menjadi datar. Hal ini menimbulkan ketegangan dan rasa tidak nyaman diligamentum interlumbalis dan lumbosakralis. Pada posisi telentang, tungkai sejajar dan tidak bersilangan untuk mencegah cedera pada saraf peroneus dan tibialis, gesekan, dan terhambatnya sirkulasi. Apabila prosedur pembedahan lebih dari 1 jam atau klien sangat rentan terhadap tekanan, bantalan atau pelindung dapat diletakkan dibawah siku dan tumit.

Posisi Trendelenburg adalah modifikasi posisi telentang dengan kepala diturunkan dan kaki diangkat. Posisi ini kadang – kadang diubah dengan menekukkan lutut dan mematahkan bagian bawah tempat tidur. Penyangga bahu sebaiknya tidak digunakan pada posisi ini, karena dapat menimbulkan kerusakan pada pleksus brakialis. Namun, apabila mendesak, penyangga tersebut harus diberi bantalan yang cukup dan diletakkan diatas prosesus akromialis skapula, dan bukan jaringan lunak diatas pleksus brankialis.

Posisi Trendelenburg terbalik (kepala diatas, kaki dibawah). Disarankan agar kak ditunjang oleh penyangga kaki berbantalan. Upaya ini penting terutama untuk mencegah fleksi plantar (*footdrop*), selain menjaga agar klien tidak merosot dari meja (Gruendemann J, 2006).

2. *Litotomi*

Posisi *litotomi*, dengan tungkai dipijakan tungkai (sanggurdi), adalah postur yang tidak alami dan dapat menimbulkan bahaya serta ketidaknyamanan bagi klien. Pada posisi litotomi standart, klien terlentang dan bokong berada diujung tempat tidur operasi (setelah bawah ujung tempat tidur diturunkan),

pinggul dan lutut ditekuk dan paha klien diabduksikan serta dirotasikan kearah eksternal.

Menurut Paschal dan Strzelecki (1992), menganjurkan sanggurdi "*Boot*", yaitu suatu alat yang mendistribusikan beban antara tumit dan betis.

Posisi litotomi cenderung mendatarkan cekungan lumbal, sehingga risiko nyeri dan regangan punggung meningkat. Karena bokong harus diletakkan ditepi kasur, paha akan hiperfleksi. Elevasi yang berlebihan dari sanggurdi dapat menimbulkan gejala skiatika dan rasa tidak enak didaerah sakroiliaka. Posisi litotomi dapat menimbulkan cedera saraf, otot, dan fasia serta penyulit sirkulasi. Posisi litotomi dapat menimbulkan tekanan-tekanan yang berbahaya, terutama pada tungkai.

3. *Prone* (Telungkup)

Posisi telungkup dengan wajah kebawah, untuk pembedahan dipermukaan dorsal tubuh. Pembalikan harus dilakukan dengan halus dan mulus serta dibantu oleh empat orang dan dilakukan pelan-pelan, sehingga tubuh dapat mengkompensasi perubahan hemodinamik fisiologik.

Pada posisi telungkup, kepala disangga dengan bantal kecil atau busa sehingga leher tetap sejajar dengan kolumna spinalis, disertai perlindungan terhadap mata dan telinga. Tekanan pada vena jugularis harus dihindari untuk mencegah peningkatan tekanan intrakranium (TIK) dan distensi vena servikalis, yang dapat meningkatkan perdarahan selama pembedahan. Gulungan dada atau tubuh, atau guling, ditempatkan memanjang dikedua sisi thoraks, berjalan dari sendi akromioklavikularis sampai krista iliaka.

Modifikasi posisi telungkup ada 3 posisi, diantaranya :

1. Posisi *pisau lipat (jackknife)*, atau *kraske*, terutama digunakan untuk prosedur proktologik. Tempat tidur operasi ditekuk dibagian tengah sehingga paha meninggi, sedangkan kepala dan tungkai turun. Lengan dan tungkai harus dilindungi, ditunjang, dan diberi bantal.

2. Posisi *lutut-dada (knee-chest)* memudahkan akses keruang antar vertebra, menghilangkan tekanan pada vena kava seta vena lumbal dan epidural sehingga perdarahan berkurang dan memungkinkan pengembangan paru yang lebih optimum. Stabilitas dan topangan diberikan oleh bantal dibokong. Bagian lateral dari lutut, dan kaki harus diberi bantal yang memadai.

3. Posisi *telungkup duduk*, kadang digunakan untuk bedah spinal dan diskus lumbal, dan dapat dilakukan dengan rangka bedah spinal atau perangkat serupa lainnya. Posisi ini menghilangkan tekanan pada vena kava, memperkecil perdarahan vena epidural, dan mempermudah visualiasi tempat operasi.

Menurut Anderton (1991) menganjurkan posisi "*seated prone*" (telungkup didudukkan) dari Tarklov dibandingkan dengan posisi lutut-dada untuk pembedahan punggung, karena keunggulan fisiologik dan tanpa efek samping. Pada posisi ini biasanya diruang operasi tempat tidurnya dimiringkan secara tajam sampai 45 derajat, tetapi punggung klien lebih kurang horizontal. Posisi ini sangat stabil, dapat diterapkan untuk berbagai ukuran dan bentuk tubuh, dan paling jarang menimbulkan tekanan balik vena ditempat operasi.

Beberapa potensi bahaya pada klien yang diposikan menghadap kebawah adalah abrasi kornea, edema konjungtiva, hiperekstensi dan nyeri leher, peregangan pleksus brakialis, tekanan berlebihan pada tonjolan – tonjolan tulang

yang berada dibawah, tekanan pada vena femoralis atau abdomen, cedera otot tungkai, dan yang berkaitan dengan kurangnya ekspansi paru.

4. *Lateral*

Posisi *lateral*, klien diletakkan menyamping. Pada posisi lateral, kepala ditopang agar sejajar dengan kolumna spinalis dan agar tidak terjadi penekanan pada lengan yang berada dibawah. Torso distabilkan dan ditunjang oleh sabuk atau alat lain yang mencegah gerakan atau perubahan posisi selama prosedur.

Posisi *lateral*, saraf peroneus, yang meninggalkan bagian posterior lutut dan berjalan kelateral mengelilingi kabus fibula, sangat rentan terhadap cedera. Gesekan atau tekanan ke daerah lutut lateral dapat menyebabkan cedera sehingga lutut dan tungkai bagian atas (fibula proksimal) harus mendapat bantalan.

Modifikasi posisi *lateral* terutama pada derajat fleksi tubuh dalam penempatan lengan dan tungkai. Bagian tubuh yan rentan pada posisi lateral adalah telinga, prosesus akromialis, krista iliaka, trokanter mayor, saraf peroneus/lutut lateral, dan maleolus.

5. Duduk

Pada posisi duduk, distribusi berat badan tidak merata. Pada posisi ini, fleksi paha dan sedikit elevasi tungkai cenderung dapat mencegah perubahan tekanan darah yang tidak diinginkan. Sewaktu duduk, tekanan vena dikepala dan leher klien mungkin negatif, sehinga terdapat prediposisi emboli udara.

Pada posisi setengah duduk, ditempat tidur kamar operasi dan panggul serta lutut klien ditekuk.posisi ini biasanya digunakan untuk bedah tiroid dan leher, dengan sebuah gulungan yang ditempatkan diawah bahu untuk

hiperekstensi dan kemudahan visualisasi daerah operasi. Pada posisi duduk banyak yang mengalami rentan. Diantaranya: oksiput, skapula, olekranon/saraf ulnaris, sakrum, tuberositas iskii, dan kalkaneus(Gruendemann J, 2006).

2.4.4 Faktor-Faktor Yang Dipertimbangkan Dalam Pemberian Posisi Bedah

Smeltzer Suzane (2002) ada 7 faktor yang dipertimbangkan dalam pemberian posisi bedah yaitu :

- a) Pasien harus dalam posisi nyaman mungkin, dan apakah klien tertidur atau masih sadar.
- b) Area operatif harus terpajan secara adekuat.
- c) Pasokan vaskuler tidak boleh terbungkus akibat posisi yang salah
- d) Pernafasan pasien harus terbebas dari gangguan tekanan lengan pada dada atau konstruksi pada leher, dan dada yang disebabkan oleh gaun.
- e) Saraf harus terlindungi dari tekanan yang tidak perlu. Pengaturan posisi lengan, siku, dan kaki tidak tepat dapat menyebabkan cedera atau paresis.
- f) Kewaspadaan terhadap keselamatan pasien harus diobservasi, terutama pada pasien kurus, lansia, atau obesitas.
- g) Pasien membutuhkan restrain tidak keras sebelum induksi, untuk berjaga – jaga bila pasien melawan (Smeltzer Suzane , 2002).

2.5.5 Titik Tonjolan Tulang Yang Harus Diperhatikan Dalam Pemberian Posisi

Bedah

Dalam pemberian posisi bedah sudah menjadi suatu ilmu dasar dalam melakukan suatu pembedahan oleh perawat perioperatif didalam ruang operasi.

Dalam kamar operasi, khususnya perawat perioperatif wajib memperhatikan dan mengetahui titik-titik tonjolan tulang yang rentan terhadap tekanan, diantaranya :1) Tulang Oksiput , 2) Tulang Skapula, 3)Tulang Epikondilus humeri (siku), 4) Tulang Sakrum / koksigis, 5) Tulang Krista iliaka, 6) Tulang Tuberositas iskii, 7) Tulang Trokanter mayor, 8) Tulang Patela, 9) Tulang Kaput fibula, 10) Tulang Maleolus / kalkaneus (Gruendemann J, 2006).

2.5.6 Alat Bantu Pemberian Posisi Bedah

Barbara J, (2006),mengklarifikasi bahwa ada 4 alat bantu pemberian posisi bedah yaitu :

1. Meja operasi atau tempat tidur operasi

Sebagian besar prosedur bedah pada klien dilakukan ditempat tidur atau meja operasi yang dioperasikan secara elektri, hidraulik, atau bantalan. Tempat tidur dikamar operasi dilengkapi dengan beberapa sambungan atau sendi dan dapat digerakkan kehampiran semua posisi.

2. bantalan

Semua bantalan yang digunakan dalam pemberian posisi harus mampu memenuhi 3 hal : a) Menyerap tekanan dan menjaga tekanan kapiler rata – rata didalam yang memadai, b) Mendistribusikan tekanan., c) Mencegah peregangan berlebihan.

3. Sabuk pengaman

Sabuk pengaman dipasang pas pada klien, handuk atau selimut (bantalan) diletakkan diantara sabuk dan tubuh untuk mencegah iritasi pada kulit.

4. Sabuk pengikat lainnya

Sabuk atau alat pengikat lainnya dipasang hanya pada bagian tubuh yang sudah diberi bantalan (pergelangan kaki dan kaki diberi bantalan atau bungkus sebelum sabuk sanggurdi dipasangkan) (Barbara J, 2006).

Dan banyak juga alat bantu, produk busa, sabuk, gulungan dan penahan dapat ditemukan dipasaran saat ini. semua alat dirancang untuk mengoptimalkan pemberian posisi klien tetapi kwalitas dan bahan sangat bervariasi. Alat bantu posisi bedah yang memenuhi kriteria sebagai berikut :a) Terbuat dari bahan yang dapat menyesuaikan diri dengan berbagai ukuran dan bentuk klien, b) Memiliki berbagai ukuran untuk mengakomodasik dengan tubuh tertentu, c) Menghilangkan tekanan dan mendistribusikan beban pada semua klien, d) Dapat dibersihkan dan didesinfeksi dengan adekuat, atau bersifat sekali pakai, e) Tersedia disuatu wadah atau kereta lemari diseiap kamar operasi (Barbara J, 2006).