**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang Masalah**

Bedah merupakan salah satu bentuk terapi medis. Tindakan bedah adalah ancaman potensial atau aktual kepada integritas orang, dapat membangkitkan reaksi stres baik fisiologi maupun psikologis (Barbara C Long, 1996). Pembedahan dilakukan terhadap berbagai bagian tubuh manusia. Hal ini mengharuskan tubuh diletakkan dalam berbagai konfigurasi sehingga prosedur yang diperlukan dapat dilakukan dengan akurat dan efisien. Pemberian posisi pada pasien operasi secara tepat merupakan salah satu penentu keberhasilan dalam usatu pembedahan. Menurut AORN (*Assosiacion of Operating Room Nurse),* bebas cidera yang berkaitan dengan posisi adalah bagian dari hasil pembedahan yang diharapkan. AORN *Standard and Recommended Practicis (1994)* menetapkan pemberian posisi klien sebagai aktifitas keperawatan perioperatif dalam praktek keperawatan perioperatif. Adapun tujuan diberikan posisi bedah pada pasien adalah agar pasien terbebas dari tekanan, gesekan dan geseran. ketiga hal tersebut merupakan gaya eksternal yang dapat menimbulkan efek samping (Barbara J, 2006).

 Pada dasarnya prosedur operasi dilakukan lima posisi dasar dan modifkasinya yaitu posisi supine, duduk, lateral, litotomi, prone. Kesalahan serius pada saat pemberian posisi dapat menimbulkan masalah yang berkepanjangan atau bahkan permanen . Posisi terlentang(supine), yang mungkin merupakan posisi tersering bagi klien bedah, diperkirakan lebih sering menimbulkan ulkus dibandingkan posisi lain (Foster et al., 1979).

Komplikasi dari posisi prone salah satunya pada mata. Pada beberapa tahun terakhir, penyebab kehilangan penglihatan postoperatif yang paling sering dilaporkan adalah *ischemic Optik Neuropaty (ION).* Selain mata komplikasi lain posisi prone yaitu cidera syaraf pada pasien pediatri terjadi pada 1% dari semua klaim pasien pediatrik. Cidera saraf berjumlah 16% dari seluruh klaim anestesi. (<http://rezaanestesi.blogspot.com/2013/04/a>nestesi) tanggal 1 april 2010. Diakses tanggal 15 0ktober 2015.

Beberapa komlikasi posisi litotomi telah dilaporkan , termasuk rasa terbakar pada jari, *low back pain* (14%) pada pasien postoperasi , rhabdomiolisis, dan peningkatan kreatinin kinase akibat kompresi otot betis dan iskemia. Neuropati persisten dilaporkan terjadi pada 1 populasi pada pasien-pasien bedah yang teranastesi. Prosedur yang lama (lebih dari 4 jam) menunjukkan hubungan yang definitif. Setiap jam posisi litotomi meningkatkan resiko neuropati motorik 100 kali. 40% neuropati sciatik yang diisolasi berhubungan dengan operasi yang menggunakan posisi litotomi, selain itu juga neuropati femoral dilaporkan dan diduga merupakan hasil dari abduksi berlebihan dari paha dengan rotasi eksternal pada panggul sehingga menyebabkan iskemik pada nervus femoralis karena terlipat pada ligamentum inguinal. ([http://rezaanestesi.blogspot.com/2013/04/anestesi)tanggal](http://rezaanestesi.blogspot.com/2013/04/anestesi%29tanggal),

1 april 2010.Diakses tgl,15 oktober 2015.

 Perawat perioperatif adalah manajer utama dalam pemberian posisi klien. Diperlukan waktu dan pemikirian sebelum melakukan pemberian posisi, perawat perioperatif harus mengetahui kemungkinan adanya masalah, sekalipun posisi klien sederhana. Persoalan kunci dalam pemberian posisi klien bedah adalah pencegahan cedera, terutama yang disebabkan oleh tekanan. Pencegahan mencakup pengenalan potensi masalah dan kemudian perencanaan serta intervensi untuk memastikan bahwa situasi masalah tidak terjadi (Barbara J, 2006).

Dari studi pendahulan yang dilakukan pada bulan Desember 2015 di kamar operasi Rumah Sakit lavalette, didapatkan data rata-rata jumlah operasi 210 per bulan kasus tindakan pembedahan yang menggunakan posisi bedah terlentang (*supine*) 187 pasien, posisi telungkup (*prone)* 2 pasien, posisi litotomi 15 pasien, posisi menyamping (*lateral*) 6 pasien, posisi duduk tidak ada. Dari hasil wawancara pada beberapa pasien postoperasi, pasien A herniotomy (posisi *supine*) 2 jam post operasi pasien mengeluhkan tengkuknya terasa nyeri hal ini kemungkinan bantal yang digunakan terlalu tinggi saat operasi sehingga kepala dan leher tidak ditopang dalam satu garis. Pasien B haemorhoidectomy (posisi litotomi) post operasi 1 hari mengatakan nyeri pada selakangan, karena kemungkinan juga ini dapat disebabkan karena postur yang tidak alami atau abduksi yang berlebihan saat operasi. Pasien C pyelolithotomy (posisi *lateral*) post operasi 1 hari mengatakan lengannya terasa nyeri ini kemungkinan juga disebabkan karena lengan pada posisi tidak fisiologis dan tidak mendapat topangan yang adekuat saat pembedahan. Demikian juga dari hasil kuesioner 10 pertanyaan yang dibagikan pada 8 perawat kamar operasi lavalette, didapatkan pada 5 dari 8 perawat dapat menjawab 6 pertanyaan benar tentang posisi bedah ini kemungkinan karena kurangnya pengetahuan perawat tentang pemberian posisi bedah dan hanya 3 dari 8 perawat dapat menjawab 9 pertanyaan dengan baik, dan tidak ada satupun perawat yang dapat menjawab benar semua dari pertanyaan tentang pemberian posisi bedah.

 Perawat perioperatif harus memiliki pengetahuan tentang ketrampilan pemberian posisi, cara pencegahan cidera dan perlu mengkaji serta memikirkan kembali berbagai prinsip, prosedur, dan dampak pemberian posisi klien bedah dengan menggunakan proses keperawatan dalam perencanaan asuhan klien bedah. Posisi bedah merupakan seni dan ilmu khusus dalam keperawatan perioperatif. Dalam pemberian posisi bedah harus melakukan pemikiran rasional karena pemberian posisi bedah merupakan suatu ilmu khusus dalam keperawatan perioperatif ( Barbara J, 2006).

Berdasarkan masalah tersebut diatas maka penting untuk dilakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan perawat tentang pemberian posisi bedah dengan ketepatan pelaksanaan *Standard Operating Procedure (SOP)* pemberian posisi bedah di kamar operasi Rumah Sakit Lavalette Malang.

**1.2 Rumusan Masalah**

Dalam skripsi ini peneliti merumuskan masalah terhadap penelitian yaitu adakah hubungan pengetahuan perawat tentang pemberian posisi bedah dengan ketepatan pelaksanaan *Standard Operating Procedure (SOP)* pemberian posisi bedah di kamar operasi Rumah Sakit lavalette Malang.

**1.3 Tujuan Penelitian**

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat tentang pemberian posisi bedah dengan ketepatan pelaksanaan *Standard Operating Procedure (SOP)* pemberian posisi bedah di kamar operasi Rumah Sakit lavalette Malang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang pemberian posisi bedah di kamar operasi Rumah Lavalette Malang.

1. Mengidentifikasi ketepatan pelaksanaan *Standard Operating* *Procedure (SOP)* pemberian posisi bedah di kamar operasi Rumah Sakit Lavalette Malang.
2. Menganalisis hubungan pengetahuan perawat dengan ketepatan pelaksanaan *Standard Operating Procedure (SOP)* pemberian posisi bedah di kamar operasi Rumah Sakit Lavalette Malang .
	1. **Manfaat Penelitian**

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan pertimbangan atau dasar untuk memberikan masukan bagi perawat dalam pelaksanaan *Standard Operating Procedure (SOP)* pemberian posisi bedah dapat dimanfaatkan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan klien dirumah sakit.

* + 1. Bagi Perawat

Sebagai bahan masukan perawat dalam meningkatkan mutu pelayanan dikamar operasi terhadap pemberian posisi bedah yang sesuai dengan *Standard Operating Prosedure (SOP).*

* + 1. Bagi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan *Standard Operating Procedure (SOP)* pemberian posisi bedah.

* + 1. Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman dalam melaksanakan aplikasi riset keperawatan ditatanan pelayanan keperawatan, khususnya penelitian tentang hubungan pengetahuan perawat dengan ketepatan pelaksanan *Standard Operating Procedure (SOP)* pemberian posisi bedah.