

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT DENGAN
TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PASCA
OPERASI DENGAN “GENERAL ANESTHESIA”
DI RUANG PEMULIHAN IBS RSD
dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Riezky Dwi Eriawan
NIM 082310101011**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2013**



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT DENGAN
TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PASCA
OPERASI DENGAN “GENERAL ANESTHESIA”
DI RUANG PEMULIHAN IBS RSD
dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Riezky Dwi Eriawan
NIM 0823101011**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2013**

SKRIPSI

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT DENGAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PASCA OPERASI DENGAN “*GENERAL ANESTHESIA*” DI RUANG PEMULIHAN IBS RSD dr. SOEBANDI JEMBER

oleh

Riezky Dwi Eriawan
NIM 082310101011

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Wantiyah, M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Anisah Ardiana, M.Kep.

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Ibunda Saropah tercinta sebagai sumber kehidupan yang selalu memberikan dukungan doa, materi, kasih sayang, pengorbanan dan motivasi hingga tumbuh dan berdiri tegak sampai saat inidemi tercapainya harapan dan cita-cita masa depan;
2. Almarhum Ayahanda Ach. Choliq teriring do'a untukmu agar engkau bahagia disisiNya, terima kasih atas segalanya, semoga kelak kita bisa berkumpul bersama satu keluarga di surgaNya;
3. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang saya banggakan, serta guru-guru tercinta di TK Dharma Wanita I Banyurip Kedamean Gresik, SDN III Wringinanom Gresik, SMPN I Wringinanom Gresik, SMAN I Krian Sidoarjo, terima kasih telah mengantarkan saya menuju masa depan yang lebih cerah atas dedikasi dan ilmunya, semoga ilmu yang didapat selama ini bisa bermanfaat bagi sesama.

MOTO

“Allah mengangkat orang-orang beriman diantara kamu dan juga orang-orang yang dikaruniai ilmu pengetahuan hingga beberapa derajat”.
(terjemahan *Qs. Al Mujadalah* ayat 11)¹⁾

“Gunakanlah 5 perkara sebelum datang 5 perkara lainnya, “gunakanlah masa mudamusebelum masa tuamu, masa sehatmu sebelum masa sakitmu, masa kayamu sebelum miskinmu, masa lapangmu sebelum datang masasibukmu, dan masa hidupmu sebelum datang matimu”.
(HR. Muslim, Tirmidzidari Amru bin Maimun)

“Ilmu pengetahuan tanpa agama lumpuh, agama tanpa ilmu buta”.
(Albert Einstein)

1. Departemen Agama RI. 2006. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmono Grafindo.

PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

nama : Riezky Dwi Eriawan

NIM : 082310101011

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan *General Aenesthesia* di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2013

Yang menyatakan,

Riezky Dwi Eriawan

NIM 082310101011

PENGESAHAN


Skripsi berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan *General Aenesthesia* di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Senin, 24 Juni 2013

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,



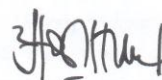
Ns. Wantiyah, M. Kep.
NIP 19810712 200604 2 001

Anggota I,



Ns. Anisah Ardiana, M. Kep.
NIP 19800417 200604 2 002

Anggota II,



Ns. Nurfika Asmaningrum, M. Kep.
NIP 19800112 200912 2 002

Mengesahkan
Ketua Program Studi,



dr. Sujono Kardis, Sp. KJ.
NIP 19490610 198203 1 001

Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan General Aenesthesia di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember (The Correlation between Nurse's Knowledge Level and Nursing Actions of Postoperative Patients with General Anesthesia in the Recovery Room IBS RSD dr. Soebandi Jember)

Riezky Dwi Eriawan

Nursing Science Study Program, Jember University

ABSTRACT

Knowledge comes from education, teaching, training and experience. The higher the education of a person, the knowledge level. Will be the knowledge is influential factor in performing a nursing actions, the better the knowledge of nurses the better the action taken by nurses in managing postoperative patients. The design of this research was study correlation with observational analytic study used cross sectional method. The sampling technique used was total sampling. Research sample in this study were 20 nurses in the recovery room, the the data analysis used chi-square statistical test with 95% CI (α : 0.05) in get (p value : 0.005), these result indicate that p value is lower than the significant level ($p < 0.05$), so there is a correlation between nurse's knowledge level and nursing actions of postoperative patients with general anesthesia in the recovery room IBS RSD dr. Soebandi Jember. The result showed that 18 respondents (90%) nurses have a good knowledge and 18 respondents (90%) nurses have a good nursing action. Hopefully the leader of the room give support to the nurses in the recovery room so that nurses can improve and increase their knowledge and skills of nursing' in managing postoperative patients.

Keywords: *Knowledge level, Nursing Action of Postoperative Patiens, General Anesthesia*

RINGKASAN

Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan *General Aenesthesia* di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember: Riezky Dwi Eriawan, 082310101011; 2013: 116 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Tingkat pengetahuan perawat yang kurang dapat menyebabkan komplikasi dan keluhan yang membahayakan bagi pasien sehingga dapat menyebabkan kematian. Pengetahuan yang kurang akan memberikan dampak yang negatif terhadap pasien maupun terhadap perawat, hal ini dapat menyebabkan pelayanan yang diterima kurang bermutu, memperberat kondisi sakit pasien karena pelayanan yang diperoleh tidak sesuai dengan kebutuhan pasien. Penatalaksanaan pasca-operasi dan pemulihan dari anestesi sangat memerlukan pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang professional. Tingkat pengetahuan perawat dan keterampilan dalam perawatan pasien pasca-operasi sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi yang memperlama perawatan di rumah sakit atau membahayakan diri pasien.

Peran perawat pasca-operasi berperan dalam pencegahan komplikasi pasca-operasi terdiri dari pengkajian pasca-operasi dan perawatan pasien pasca-operasi. Perawatan pasien pasca-operasi yaitu memonitor keadaan pasien pasca dilakukannya anestesi, misalnya keadaan pernapasan, kardiovaskuler, keseimbangan cairan, sistem persarafan, perkemihan, dan gastrointestinal. Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pasca operasi terdiri dari pengelolaan jalan napas, monitor sirkulasi, monitoring cairan dan elektrolit, monitoring suhu tubuh, menilai dengan *aldrete score*, pengelolaan keamanan dan kenyamanan pasien, serah terima dengan petugas ruang operasi dan serah terima dengan petugas ruang perawatan (bangsal).

Hasil studi pendahuluan tanggal 04-05 Desember 2012 peneliti memperoleh data jumlah perawat di ruang pemulihan ada 20 perawat pelaksana, dengan pendidikan terakhir S1 keperawatan ada 2 orang dan D3 keperawatan ada 18 orang. Satu tahun terakhir pada tahun 2011 di IBS RSD dr. Soebandi Jember melakukan yang pembedahan baik regional anesthesia dan general anesthesia sebanyak 2824 pasien. Jumlah pasien pasca-operasi dengan general anesthesia 3 bulan terakhir (September - November 2012) sebanyak 423 pasien, sedangkan pasien pasca-operasi dengan regional anesthesia sebanyak 213 pasien. Rata-rata pasien pasca-operasi dengan general anesthesia per hari sebanyak 10 pasien. Selama tahun 2011 tidak ada pasien meninggal akibat komplikasi pasca-operasi (sumber diolah dari rekam medik IBS RSD dr. Soebandi, 2012). Salah satu komplikasi yang ditemukan pada saat studi pendahuluan ada 1 pasien yang menggigil.

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi dengan *general anesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember. Penelitian ini menggunakan desain studi korelasi, dengan jenis penelitian analitik observasional dengan menggunakan metode pendekatan *cross-sectional*. Teknik sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling* dengan responden 20 perawat yang dinas di ruang pemulihan. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan *Pearson Product Moment* dan uji *Alpha Cronbach*. Alat pengumpul data pada penelitian ini terdiri dari lembar kuesioner dan lembar observasi.

Hasil penelitian terhadap tingkat pengetahuan perawat didapatkan dari 20 responden yang telah diteliti diketahui bahwa pengetahuan dengan kategori baik adalah 18 responden (90%), tingkat pengetahuan dengan kategori cukup adalah 2 responden (10%) dan tidak ada perawat yang mempunyai tingkat pengetahuan dengan kategori kurang. Sedangkan tindakan keperawatan diperoleh hasil dari 20 perawat yang di observasi diketahui bahwa tindakan keperawatan dengan kategori baik adalah 18 responden (90%), tindakan keperawatan dengan kategori cukup adalah 2 responden (10%) dan tidak ada perawat yang melakukan tindakan keperawatan dengan kategori kurang. Data dianalisis dengan menggunakan *chi square test*. Hasil menunjukkan nilai p adalah 0,005 ($p < 0,05$), sehingga dapat

disimpulkan adahubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca operasi dengan *general aenesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.

Saran dari penelitian ini agar perawat di ruang pemulihan setiap minggu melakukan pertemuan untuk membahas masalah yang sering dialami pasien pasca operasi, sehingga pelayanan yang diterima memuaskan bagi pasiendan sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan pasien pasca operasi. Kepala ruang diharapkan memberikan dukungan bagi perawat pemulihan agar perawat dapat mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam menangani pasien pasca operasi.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan *General Aenesthesia* di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. dr. Sujono Kardis, Sp.KJ., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
2. Ns. Wantiyah, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama, Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota, dan Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep., selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan memberikan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa;
4. seluruh dosen, staf, karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan dukungan selama pengerjaan skripsi ini;
5. Direktur RSD dr. Soebandi Jember, Kepala Instalasi Bedah Sentral, Kepala ruang pemulihandan para staf, Lembaga Penelitian Univesitas Jember, Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Jember yang telah membantu dalam hal perijinan penelitian;
6. Direktur RSUD Ibnu Sina Gresik, Kepala Ruang Pemulihan dan para staf, Badan Perencanaan pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Gresik, yang telah membantu dalam hal perijinan uji validitas dan reliabilitas;
7. rekan-rekan perawat *recovery room* IBS dr. Soebandi Jember, yang telah bersedia menjadi responden penelitian dan Rekan-rekan perawat *recovery room*

- IBS Ibnu Sina Gresik, yang telah bersedia menjadi responden uji validitas dan reliabilitas;
8. kakakku Evi Dyah Rahmawati, A.md, AK., Kakak Iparku Nur Cahyadi, S.E adekku Angga Hanif Ciputra, dan nenekku mbah Kaseh yang telah mendoakan dan memberikan dorongan semangat;
 9. keluarga kecilku di Jember ayah Zainul Yakin, ibu' St. Khomsatun, S.Pd., saudara karibku Ichal Karimatic dan adik Arrum Fil Laili, yang telah mendoakan, memberikan dorongan semangat serta mengajariku hidup yang penuh kesederhanaan;
 10. teman seperjuangan dan seperantauan khususnya (Dewi, Uul, Anissa, Ervina, Mifta, Rahma, Fajrin, Ririn, Ayu) dan semua teman *4th generation* : Resti, Dince, Wahyu, Bagus, Diwa, Galib, Pipit, Yerry, Susilo, Alvid, Eka, Ardini, Devy, Ferry, Sisil, Khoirul, Elsa, Pandu, Imelda, Tia, Kicha, Anis, Vanti, Putri, Laili, Nuril, Dian A, Dian Tri, Rizka O, Rina, Tito, Silva, Monica, Rio, Ahdya, Yuyun, Amri, Ditha, Josi, Ika, Kimas, Dwi Indah, Iman, Rizka A, Alfian, Agung, Salman, Wahyi, Rismawan, Tutut, Tony dan Faisol atas segala cerita indah, suka maupun duka yang telah kita lalui bersama, serta Angkatan '05, '06, '07, '09, '10, '11, dan '12 yang selalu memberikan semangat dan motivasi;
 11. teman-temanku satu bimbingan skripsi mas Andi, mbak Fifty, Ririn, Vinda, Ahdya, Ayu, Riska, Eka, Devi, Yogis, Rindy, Febri, Annis, Irul, kalian adalah teman berbagi keluh kesah dan sharing-sharing skripsi yang selalu memberi semangat, *Keep your spirit guys*;
 12. kosan Mangga II/12 Jember yang menjadi tempat berterduh selama aku menuntut ilmu di PSIK Universitas Jember dan di tempat aku menemukan keluarga baru disini (Amrie, Riezal, Ragiell, Abhie, Muzza, dan Agoeng); yang memberi semangat dalam menyelesaikan skripsi ini;
 13. rekanku KKN *Mojogemi Family* Betto, Noppi, Pak Ustad, Ellen, Rierin, Zakky, Liaa serta rekanku *fastabikul khoirot* IMM Unej yang selalu mengajariku arti kehidupan;
 14. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Juni 2013

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xx
DAFTAR GAMBAR	xxi
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.3.1 Tujuan Umum.....	9
1.3.2 Tujuan Khusus	10
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.4.1 Bagi Peneliti	10
1.4.2 Bagi Perawat.....	10
1.4.3 Bagi Pasien	11
1.4.4 Institusi Pendidikan Keperawatan	11
1.4.5 Instansi Rumah Sakit	11
1.5 Keaslian Penelitian	12

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Konsep Pengetahuan	14
2.1.1 Definisi Pengetahuan	14
2.1.2 Tingkat Pengetahuan dalam Domain Kognitif	15
2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	17
2.1.4 Pengukuran Pengetahuan.....	19
2.2 Konsep Tindakan atau Praktik (<i>Practice</i>).....	20
2.2.1 Definisi Tindakan atau Praktik (<i>Practice</i>)	20
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan.....	21
2.2.3 Pengukuran Tindakan atau Praktik (<i>Practice</i>).....	23
2.3 Konsep Pembedahan	24
2.3.1 Definisi Pembedahan	24
2.3.2 Jenis Pembedahan.....	24
2.4 Konsep <i>General Aenesthesia</i>	26
2.4.1 Definisi <i>General Aenesthesia</i>	26
2.4.2 Tahapan <i>General Aenesthesia</i>	27
2.4.3 Teknik <i>General Aenesthesia</i>	29
2.4.4 Pengaruh <i>General Aenesthesia</i> pada Tubuh	33
2.5 Keperawatan Perioperatif	34
2.5.1 Keperawatan Pra Operasi	34
2.5.2 Keperawatan Intra Operasi	35
2.5.3 Keperawatan Pasca Operasi.....	36
2.5.4 Tahapan Pasca Operasi	37
2.5.6 Komplikasi Pasca Operasi	42
2.6 Asuhan Keperawatan Pasien Pasca operasi dengan	
<i>General Aenesthesia</i> di Ruang Pemulihan	45
2.6.1 Pengkajian Keperawatan	45
2.6.2 Diagnosa Keperawatan	47
2.6.3 Intervensi Keperawatan	49
2.6.4 Evaluasi Keperawatan	50

2.7 Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan Pasca Operasi dengan <i>General Aenesthesia</i>	51
2.8 Kerangka Teori.....	54
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	55
3.1 Kerangka Konsep	55
3.2 Hipotesis Penelitian	56
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	57
4.1 Desain Penelitian.....	57
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	58
4.2.1 Populasi Penelitian	58
4.2.2 Sampel Penelitian	58
4.2.3 Teknik Penentuan Sampel	58
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian.....	59
4.3 Lokasi Penelitian.....	59
4.4 Waktu Penelitian	59
4.5 Definisi Operasional	60
4.6 Pengumpulan Data	61
4.6.1 Sumber Data	61
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	61
4.6.3 Alat/Insttrumen Pengumpulan Data	63
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	65
4.7 Pengolahan Data	71
4.7.1 <i>Editing</i>	71
4.7.2 <i>Coding</i>	71
4.7.3 <i>Processing/Entry</i>	72
4.7.4 <i>Cleaning</i>	72
4.8 Teknik Anaisa Data	73
4.9 Etika Penelitian.....	75
4.9.1 <i>Informed concent</i>	75
4.9.2 <i>Confidentiality</i>	76
4.9.3 <i>Anonymity</i>	76

4.9.4 <i>Beneficence</i>	76
4.9.5 <i>Non-Maleficence</i>	77
4.9.6 <i>Justice</i>	77
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	78
5.1 Hasil Penelitian	79
5.2 Pembahasan	83
5.2.1 Karakteristik Responden di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember	83
5.2.2 Tingkat Pengetahuan Perawat di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember	92
5.2.3 Tindakan Keperawatan Pasca Operasi dengan <i>General Aenesthesia</i> di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember	94
5.2.4 Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan <i>General Aenesthesia</i> di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember	102
5.3 Keterbatasan Penelitian	105
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN	107
6.1 Simpulan	107
6.2 Saran	107
DAFTAR PUSTAKA	109
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tabel Tingkat Pengetahuan dalam Domain Kognitif	17
Tabel 2.2 Penilaian <i>Adrete Score</i> (dewasa).....	39
Tabel 2.3 Penilaian <i>Steward Score</i> (anak-anak)	40
Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	60
Tabel 4.2 <i>Blue print favorable</i> dan <i>unfavorable</i> sebelum dan sesudah uji validitas dan reliabilitas tingkat pengetahuan.....	70
Tabel 4.3 <i>Blue print</i> sebelum dan sesudah uji validitas dan reliabilitas tindakan keperawatan	70
Tabel 4.4 Analisis Univariat	73
Tabel 4.5 Analisis Bivariat.....	74
Tabel 5.1 Gambaran Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Lama kerja di Pemulihan dan Lama kerja di Tempat Lain di ruang pemulihan IBSRSD dr. Soebandi Jember	79
table 5.2 Gambaran Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Status Kepegawaian di ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember	79
Tabel 5.3 Gambaran Distribusi Tingkat Pengetahuan Perawat di Ruang Pemulihan IBSRSD dr. Soebandi Jember	80
Tabel 5.4 Gambaran Distribusi Tindakan Keperawatan Pasca Operasi di Ruang Pemulihan IBSRSD dr. Soebandi Jember.....	81
Tabel 5.5 Gambaran Distribusi Indikator Tindakan Keperawatan Pasca Operasi di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.....	81
Tabel 5.6 Gambaran Distribusi Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan Pasca Operasi dengan “ <i>general aenesthesia</i> ” di ruang pemulihan IBSRSD dr. Soebandi Jember.....	82

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	54
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	55

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar <i>Informed</i>	116
Lampiran B. Lembar <i>Concent</i>	117
Lampiran C. Lembar Kuesioner Karakteristik Responden	118
Lampiran D. Lembar Kuesioner Tingkat Pengetahuan (<i>Knowledge</i>).....	119
Lampiran E. Lembar Observasi Tindakan Keperawatan	123
Lampiran F. Rekapitulasi Nilai Tingkat Pengetahuan dan Tindakan	126
Lampiran G. Lembar Pengkajian Pasca Operasi	127
Lampiran H. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	128
Lampiran I. Hasil Analisa Data.....	134
Lampiran J. Dokumentasi Penelitian	136
Lampiran K. Jadwal Kegiatan Penelitian.....	138
Lampiran L. Surat Ijin dan Surat Keterangan Terkait Penelitian.....	139
Lampiran M. Lembar Konsultasi Bimbingan Skripsi	151

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembedahan, baik elektif atau kedaruratan merupakan peristiwa kompleks yang menegangkan. Individu dengan masalah perawatan kesehatan yang memerlukan intervensi pembedahan biasanya menjalani prosedur pembedahan dengan pemberian anestesi lokal, regional atau umum (Smeltzer & Bare, 2001). Pembedahan merupakan suatu tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang akan ditangani terlihat, selanjutnya dilakukan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidajat dan Jong, 2005).

Anestesi dapat diklasifikasikan berdasarkan daerah atau luasan pada tubuh yang dipengaruhinya, meliputi a) anestesi lokal, terbatas pada tempat, penggunaan dengan pemberian secara topikal, spray, salep atau tetes, dan infiltrasi. b) anestesi regional, mempengaruhi pada daerah atau regio tertentu dengan pemberian secara perineural, epidural, dan intratekal atau subaraknoid. c) anestesi *general*, mempengaruhi seluruh sistem tubuh secara umum dengan pemberian secara injeksi, inhalasi, atau gabungan (*balanced anaesthesia*) (Boulton & Blogg, 1994).

Anestesi *general* adalah keadaan hilangnya nyeri di seluruh tubuh dan hilangnya kesadaran yang bersifat sementara yang dihasilkan melalui penekanan sistem syaraf pusat karena adanya induksi secara farmakologi atau penekanan sensori pada syaraf. Agen *General anaesthesia* (GA) bekerja dengan cara

menekan sistem syaraf pusat (SSP) secara reversibel (Adams, 2001). GA merupakan kondisi yang dikendalikan dengan ketidaksadaran reversibel dan diperoleh melalui penggunaan obat-obatan secara injeksi dan atau inhalasi yang ditandai dengan hilangnya respon rasa nyeri (*analgesia*), hilangnya ingatan (*amnesia*), hilangnya respon terhadap rangsangan atau refleks dan hilangnya gerak spontan (*immobility*), serta hilangnya kesadaran (*unconsciousness*) (Boulton & Blogg, 1994). Anestesi umum/*general aenesthesia*, merupakan salah satu bentuk dari pembedahan yang paling sering dilakukan dan banyak menimbulkan komplikasi-komplikasi pasca operasi (Sjamsuhidajat dan Jong, 2005).

GA yang baik dan ideal harus memenuhi kriteria yang meliputi tiga komponen anestesi atau trias anestesi (sedasi, analgesi, dan relaksasi), adanya penekanan refleks, ketidaksadaran pasca-operasi, aman untuk sistem vital (sirkulasi dan respirasi), mudah diaplikasikan dan ekonomis. Tujuan utama dilakukan GA adalah untuk menciptakan kondisi sedasi, analgesi, relaksasi, dan penekanan refleks yang optimal dan adekuat untuk dilakukan tindakan dan prosedur diagnostik atau pembedahan tanpa menimbulkan gangguan hemodinamik, respiratorik, dan metabolik yang dapat mengancam (Dobson, 1994).

GA dapat dilakukan dengan cara inhalasi, intravena, intramuskular atau rektal. Pasien operasi dengan GA dilakukan anestesi melalui intravena. Tindakan GA dimulai dengan cara intravena kemudian sebagai *maintenance* diberikan anestesi melalui inhalasi. Obat anestesi intravena yang digunakan di ruang pemulihan adalah jenis propofol dan ketamin. Obat anestesi inhalasi yang

digunakan adalah halotan, sevofluran dan isofluran (Latif, 2002). GA juga memiliki efek tersendiri didalam tubuh. Efek samping yang paling sering terjadi adalah mual-muntah, batuk kering, mata kabur, nyeri kepala, nyeri punggung, gatal-gatal, lebam di area injeksi, dan hilang ingatan sementara (Wibowo *et al*, 2001). Pasien yang baru menjalani tindakan pembedahan selanjutnya dibawa ke ruang pemulihan (Rothrock,1999).

Ruang pemulihan mempunyai angka cedera dan tuntutan pengadilan yang tinggi dibanding area lain di rumah sakit (Rothrock,1999). Pasien pasca-operasi dilakukan pemulihan dan perawatan pasca-operasi di ruang pulih sadar atau *recovery room* (RR), yaitu ruangan untuk observasi pasien pasca-operasi atau anestesi yang terletak di dekat kamar bedah, dekat dengan perawat bedah, ahli anestesi dan dokter ahli bedah, sehingga apabila timbul keadaan gawat pasca-operasi, pasien dapat segera diberi pertolongan. Pasien tetap dalam ruang pemulihan sampai pulih sepenuhnya dari pengaruh anestesi, yaitu pasien mempunyai tekanan darah stabil, fungsi pernafasan adekuat, saturasi oksigen (O₂) minimum 95% dan tingkat kesadaran baik. Komplikasi anestesi yang tidak segera ditangani akan berdampak kematian bagi pasien (Smeltzer & Bare, 2001).

Pengkajian yang cermat dan intervensi segera akan membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman. Pengkajian dan penanganan yang cepat dan akurat sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi yang memperlama perawatan di rumah sakit atau membahayakan diri pasien (Smeltzer & Bare, 2001). Pasien di ruang pemulihan dilakukan pengkajian pasca-operasi meliputi enam hal yang harus diperhatikan atau yang lebih dikenal

dengan monitoring B6, yaitu masalah *breathing* (napas), *blood* (darah), *brain* (otak), *bladder* (kandung kemih), *bowel* (usus) dan *bone* (tulang) (Rothrock,1999).

Perawatan pasca-operasi pada setiap pasien tidak selalu sama, bergantung pada kondisi fisik pasien, teknik anestesi, dan jenis operasi. Monitoring lebih ketat dilakukan pada pasien dengan risiko tinggi seperti: kelainan organ, syok yang lama, dehidrasi berat, sepsis, dan gangguan organ penting, seperti otak. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan (Baradero *et al*, 2008). Tindakan keperawatan yang dilakukan pasca-operasi terdiri dari 8 tindakan yang meliputi pengelolaan jalan napas, monitor sirkulasi, monitoring cairan dan elektrolit, monitoring suhu tubuh, menilai dengan *aldrete score*,pengelolaan keamanan dan kenyamanan pasien, serah terima dengan petugas ruang operasi dan serah terima dengan petugas ruang perawatan (bangsal) (Rothrock, 1990).

Satu tahun terakhir pada tahun 2011 di IBS RSD dr. Soebandi Jember melakukan yang pembedahan baik *regional aenesthesia* dan *general aenesthesia* sebanyak 2824 pasien. Jumlah pasien pasca-operasi dengan *general aenesthesia* 3 bulan terakhir (September - November 2012) sebanyak 423 pasien, sedangkan pasien pasca-operasi dengan *regional aenesthesia* sebanyak 213 pasien. Rata-rata pasien pasca-operasi dengan *general aenesthesia* per hari sebanyak 10 pasien. Selama tahun 2011 tidak ada pasien meninggal akibat komplikasi pasca-operasi (sumber diolah dari rekam medik IBS RSD dr. Soebandi, 2012).

Pasien yang mengalami komplikasi pasca operasi dengan *general aenesthesia* yang tidak segera ditangani akan berdampak kematian bagi pasien. Komplikasi yang sering terjadi meliputi komplikasi respirasi (obstruksi jalan nafas, bronkospasme, hipoventilasi, hiperventilasi), komplikasi kardiovaskuler (hipertensi, hipotensi, distritmia jantung, trombosis vena, embolisme paru), hipotermia, hipertermia dan gelisah pasca-operasi (Baradero *et al*, 2008). Komplikasi respirasi adalah penyebab utama dari morbiditas dan mortalitas setelah pembedahan. Faktor risiko yang diketahui bisa menimbulkan komplikasi pernafasan adalah usia > 60 tahun, obesitas, jenis kelamin (laki-laki), pembedahan darurat, lamanya pembedahan (pembedahan > 4 jam), pembedahan thoraks, pembedahan abdomen, pilihan obat anestesi dan teknik pemberian anestesi (Baradero *et al*, 2008).

Salah satu komplikasi yang ditemukan pada saat studi pendahuluan ada 1 pasien yang menggigil. Menggigil merupakan salah satu komplikasi pasca-operasi dengan *general aenesthesia* seperti yang disampaikan oleh Baradero *et al*, (2008). Pasien yang menggigil pasca-operasi bisa memperlambat penyembuhan pasien, sekitar 60% pasien di RR dengan *general aenesthesia* mudah menggigil. Pasien yang menjalani pemajanan lama terhadap dingin di dalam ruang operasi dan menerima cairan intravena yang cukup banyak juga bisa menyebabkan pasien mengalami hipotermia, sehingga pasien harus dipantau terhadap kejadian hipotermia selama 24 jam pertama pasca-operasi (Smeltzer & Bare, 2001). Tindakan yang dilakukan perawat di RR adalah dengan memasang selimut pada pasien tersebut. *Association of Operating Room Nursing* (AORN, 2007) (dalam

Baradero *et al*, 2008) menyarankan ruangan dipertahankan pada suhu yang nyaman dan selimut disediakan untuk mencegah menggigil.

Perawat adalah seorang professional yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan. Pemenuhan kebutuhan kepuasan pasien selama di rumah sakit diperlukan tenaga kesehatan yang harus mempunyai pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*) yang tinggi serta mempunyai sikap professional (*attitude*) dan dapat menunjang pembangunan kesehatan. Pelayanan yang diberikan akan berkualitas dan dapat memberikan kepuasan pada pasien sebagai penerima pelayanan maupun perawat sebagai pemberi pelayanan (Hamid, 2000).

Lindberg (1995); dalam Hamid, (2000) menyatakan bahwa karakteristik keperawatan sebagai profesi antara lain memiliki pengetahuan yang melandasi keterampilan dan pelayanan serta pendidikan yang memenuhi standar. Pelayanan keperawatan yang professional haruslah dilandasi oleh ilmu pengetahuan. Mutu pelayanan perawat antara lain juga ditentukan oleh pendidikan keperawatan (Hamid, 2000). Perawat dengan pendidikan yang cukup baik akan melakukan praktik keperawatan yang efektif dan efisien yang selanjutnya akan menghasilkan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Permata (2002) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin baik pula tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang dan pengetahuan merupakan faktor yang

sangat berpengaruh terhadap pengambilan suatu keputusan serta domain penting dalam melakukan tindakan. Faktor yang mempengaruhi tindakan keperawatan adalah karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, status kerja) dan tingkat pengetahuan (Suliha *et al*, 2001). Faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pendidikan, media, keterpaparan informasi, pengalaman dan lingkungan (Muliono *et al*, 2007).

Notoatmodjo (2003) mengatakan pengetahuan adalah merupakan hasil "tahu" dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu tempat tertentu. Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Hasil studi pendahuluan tanggal 04 - 05 Desember 2012 peneliti memperoleh data jumlah perawat di ruang pemulihan ada 20 perawat pelaksana, dengan pendidikan terahir S1 keperawatan ada 2 orang dan D3 keperawatan ada 18 orang. Kompetensi yang dimiliki oleh setiap perawat antara lain anestesi, pasca-operasi, pertolongan pertama gawat darurat (PPGD) dan *intensif care unit* (ICU). Peran perawat perioperatif yaitu fase pra-operasi, intra-operasi dan pasca-operasi.

Peran perawat pra-operasi adalah untuk mengajarkan pasien bagaimana cara untuk meningkatkan fungsi paru dan oksigenasi darah setelah GA (*general aenesthesia*) (Smeltzer & Bare, 2001). Peran perawat intra-operasi berperan terhadap keselamatan dan kesejahteraan (*well being*) pasien, pemantauan

fisiologis pasien dan mempertahankan lingkungan tetap aseptik dan terkontrol (Effendy, 2002). Peran perawat pasca-operasi berperan dalam pencegahan komplikasi pasca-operasi terdiri dari pengkajian pasca-operasi dan perawatan pasien pasca-operasi. Perawatan pasien pasca-operasi yaitu memonitor keadaan pasien pasca dilakukannya anestesi, misalnya keadaan pernapasan, kardiovaskuler, keseimbangan cairan, sistem persarafan, perkemihan, dan gastrointestinal (Effendy dan Hastuti 2005).

Penanganan pasien pasca-operasi berhubungan terhadap pelayanan yang memuaskan bagi pasien beserta keluarga, sehingga dapat menciptakan suasana yang tenang untuk membantu proses pemulihan dan penyembuhan bagi pasien. Pengetahuan perawat yang baik sangat diperlukan, sehingga komplikasi pasca-operasi tidak terjadi. Tingkat pengetahuan perawat yang kurang dapat menyebabkan komplikasi dan keluhan yang membahayakan bagi pasien sehingga dapat menyebabkan kematian (Nashrulloh, 2009). Pengetahuan yang kurang akan memberikan dampak yang negatif terhadap pasien maupun terhadap perawat, hal ini dapat menyebabkan pelayanan yang diterima kurang bermutu, memperberat kondisi sakit pasien karena pelayanan yang diperoleh tidak sesuai dengan kebutuhan pasien (Hamid, 2000).

Penatalaksanaan pasca-operasi dan pemulihan dari anestesia sangat memerlukan pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang professional. Tingkat pengetahuan perawat dan keterampilan dalam perawatan pasien pasca-operasi sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi yang memperlama perawatan di rumah sakit atau membahayakan diri pasien (Rothrock,1999).

Perawat harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam semua aspek perawatan perioperatif mencakup fungsi pernapasan yang optimal, meminimalkan nyeri dan ketidaknyamanan pasca-operasi (mual dan muntah, distensi abdomen, cegukan), pemeliharaan suhu tubuh normal, bebas dari cedera, pemeliharaan keseimbangan nutrisi, kembalinya fungsi perkemihan yang normal, dan tidak adanya komplikasi (Baradero *et al*, 2008).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang penanganan pasien pasca-operasi sangat penting untuk perawat sehingga dirumuskan masalah penelitian: “Apakah ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi dengan *general aenesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi dengan *general aenesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. mengidentifikasi karakteristik responden di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember;
2. mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien pasca-operasi di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember;
3. mengidentifikasi tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember;
4. mengidentifikasi hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi dengan *general aenesthesia*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan wawasan peneliti dalam melakukan penelitian yang berkaitan dengan hubungan tingkat pengetahuan perawat pasca operasi dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi dengan *general anesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.

1.4.2 Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar dan bekal bagi perawat untuk mengaplikasikan peran perawat pasca-operasi dalam mencegah komplikasi pasca operasi, juga bermanfaat dalam memberikan gambaran bahwa pentingnya peranan

perawat dalam memberikan pelayanan yang dapat berdampak langsung bagi pasien.

1.4.3 Bagi Pasien

Hasil penelitian ini diharapkan pasien dapat terhindar dari komplikasi-komplikasi pasca operasi, dan perawat dapat memberikan pelayanan yang memuaskan bagi pasien beserta keluarga, sehingga dapat menciptakan suasana yang tenang untuk membantu proses pemulihan dan penyembuhan bagi pasien.

1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk memperkaya bahan ajar untuk terkait tentang perawatan pasien pasca-operasi dengan *general aenesthesia* sebagai dasar bagi penelitian selanjutnya dalam penelitian keperawatan perioperatif.

1.4.5 Bagi Instansi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan yang dapat digunakan untuk merancang kebijakan pelayanan keperawatan khususnya perawatan pada pasien pasca-operasi sehingga dapat memperpendek lama perawatan pasien di rumah sakit dan agar tidak memperbanyak biaya akibat perawatan yang lama di rumah sakit.

1.5 Keaslian Penelitian

Terdapat berbagai penelitian yang mendukung penelitian ini, salah satunya adalah penelitian yang dilakukan Tri subekti *et al*, pada 1 juni 2007 dengan judul “Gambaran penatalaksanaan pasien pascaoperatif dengan anestesi umum di ruang pemulihan Instalasi Bedah Sentral RSUP dr. Sardjito Yogyakarta” Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran penatalaksanaan pasien pasca-operasi. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan *observasional cross-sectional*. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu pasien pasca-operasi dan instrument yang digunakan adalah dengan menggunakan lembar observasi yang dibuat berdasarkan prosedur tetap keperawatan kamar operasi dan anestesi tahun 2004 yang dimodifikasi dengan standart keperawatan perioperatif dari *Journal Association of Operating Room Nursing (AORN,1997)* dan *American Society of Post Anesthesia Nurses (ASPAN,1987)* dan standart perawatan perioperatif menurut Smeltzer dan Bare tahun 2001. Instrumen untuk menentukan lamanya pasien menjalani perawatan di ruang pemulihan menggunakan jam, yang sudah dikalibrasi yang ada di ruang pemulihan. Hasil penelitian yang didapat diperoleh 75 responden dilakukan dengan baik (51%), 68 responden (46,3%) dengan kriteria cukup dan 4 responden (2,7%).

Berdasarkan penelitian tersebut, peneliti ingin melakukan penelitian yang berjudul hubungan tingkat pengetahuan perawat pasca operasi dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi dengan *general aenesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember. Jenis penelitian yang digunakan adalah

analitik observasional dengan menggunakan pendekatan *cross-sectional*. Uji statistik yang digunakan adalah *chi-square*. Cara pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *total sampling*, yaitu pada semua perawat di RR. Subyek dari penelitian ini adalah perawat yang dinas di ruang pemulihan. Cara pengumpulan data dengan melakukan penyebaran kuesioner kepada responden dan melakukan observasi terhadap tindakan keperawatan berdasarkan standart perawatan perioperatif menurut Rothrock tahun 1999.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang yang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendidikan, pengalaman diri sendiri maupun pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan bukan sesuatu yang sudah ada dan tersedia, sementara orang lain tinggal menerimanya. Pengetahuan bukan sesuatu yang dapat dipindahkan dari pikiran seseorang yang telah mempunyai pengetahuan kepada pikiran orang lain yang belum memiliki pengetahuan tersebut dan manusia juga dapat mengetahui sesuatu dengan menggunakan inderanya (Budiningsih, 2005).

Pengetahuan adalah proses kehidupan yang diketahui manusia secara langsung dari kesadarannya sendiri. Pengetahuan adalah merupakan penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya seperti mata, hidung, telinga, dan lain sebagainya (Taufik, 2007). Berdasarkan beberapa definisi diatas bisa diambil kesimpulan bahwa pengetahuan adalah aktivitas manusia berupa pengalaman mendengar dan membaca.

2.1.2 Tingkatan Pengetahuan Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tau setelah seseorang melakukan penginderaan suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, indera penciuman, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmojo, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain dalam melakukan tindakan.

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

a. tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, jadi “tahu” adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur apakah orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. memahami (*comprehension*)

Memahami dapat diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi, harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi atau yang sebenarnya. Aplikasi ini bisa diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

d. analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjalankan materi obyek ke dalam komponen tetapi masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dengan menggunakan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokan dan sebagainya.

e. sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan dan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formula baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori-teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian terhadap suatu evaluasi didasari suatu kinerja yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Tabel 2.1 Tingkat pengetahuan dalam domain kognitif

Tingkat Pengetahuan	Tahu	Memahami	Aplikasi	Analisis	Sintesis	Evaluasi
Kurang	+	+				
Cukup	+	+	+	+		
Baik	+	+	+	+	+	+

Sumber : Notoatmojo (2003)

Tabel 2.1 dapat dilihat bahwa seseorang yang dikatakan memiliki pengetahuan kurang apabila seseorang tersebut baru sekedar tahu dan memahami saja, sedangkan seseorang yang memiliki pengetahuan cukup cenderung memiliki bukan hanya sekedar tahu dan memahami tetapi juga udah bisa mengaplikasi dan menganalisis, dan seseorang dikatakan memiliki pengetahuan yang baik apabila sudah mencapai tingkatan/tahapan sintesis dan evaluasi. Pengetahuan/kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengalaman dan perilaku ternyata didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan informasi dan penemuan yang bersifat kreatif untuk mempertahankan pengetahuan baru, dimana perawat dapat menggunakan kemampuan rasional logis dan pemikiran kritis untuk menganalisis informasi yang diperoleh melalui pembelajaran tradisional, pencarian informasi, belajar dari pengalaman, penelitian ide terhadap disiplin ilmu lain, dan pemecahan masalah untuk menentukan terminologi tindakan keperawatan. Selain itu, perawat dapat

menggunakan kemampuan penyelidikan ilmiah untuk mengidentifikasi dan menyelidiki masalah klinis, profesional atau pendidikan (Potter & Perry, 2005).

Menurut Meliono *et al* (2007), pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

a. pendidikan

Pendidikan adalah sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang dan juga kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan.

b. media

Media yang secara khusus didesain untuk mencapai masyarakat yang sangat luas. Contoh dari media masa kini adalah televisi, radio, koran, dan majalah.

c. keterpaparan informasi

Pengertian informasi adalah sesuatu yang dapat diketahui. Ada pula yang menekankan informasi sebagai transfer pengetahuan. Selain itu arti informasi juga memiliki arti yang lain sebagaimana diartikan oleh RUU teknologi informasi yang mengartikannya sebagai suatu tehnik untuk menyiapkan, mengumpulkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi sendiri mencakup data, teks, image, suara, kode, program computer, *data bases*. Perubahan definisi informasi dikarenakan pada hakekatnya informasi tidak dapat diuraikan (*intangible*), sedangkan informasi itu dijumpai dalam kehidupan sehari-hari, yang diperoleh dari data dan observasi terhadap dunia sekitar kita, serta diteruskan melalui komunikasi.

d. pengalaman

Menurut teori determinan perilaku yang disampaikan oleh *World Health Organization* (WHO) (2005), menganalisa bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu salah satunya disebabkan karena adanya pemikiran dan perasaan dalam diri seseorang yang terbentuk dalam pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek tertentu, seseorang dapat memperoleh pengetahuan baik dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain.

e. lingkungan

Belajar berbagai pengetahuan, keterampilan, sikap atau norma-norma tertentu dari lingkungan sekitar, lingkungan tersebut disebut sebagai sumber-sumber belajar, karena dengan lingkungan tersebut memungkinkan seseorang berubah menjadi tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti, dari tidak terampil menjadi terampil.

2.1.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau lewat angket yang menanyakan tentang suatu materi yang ingin di ukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Arikunto (2006), pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, 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 $\leq 55\%$ dari seluruh pertanyaan.

2.2 Konsep Tindakan atau Praktik (*Practice*)

2.2.1 Definisi Tindakan atau Praktik (*Practice*)

Tindakan atau praktik adalah respon atau reaksi konkret seseorang terhadap stimulus atau objek. Respon ini sudah dalam bentuk tindakan (*action*) yang melibatkan aspek psikomotor atau seseorang telah mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi (Notoatmodjo, 1993). Tindakan atau perilaku kesehatan terjadi setelah seseorang mengetahui stimulus kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui dan memberikan respon batin dalam bentuk sikap. Proses selanjutnya diharapkan subjek akan melaksanakan apa yang diketahui atau disikapinya (Notoatmodjo, 2003).

Seseorang setelah mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*overt behavior*) (Notoatmojo, 2003).

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Keperawatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan keperawatan meliputi:

a. karakteristik perawat

Faktor internal dari perawat yang mempengaruhi dalam tindakan keperawatan adalah :

1) usia

Menurut Verner dan Davison yang dikutip oleh Lunardi dalam Notoatmodjo (2003) dengan bertambahnya usia akan mempengaruhi tingkat penglihatan, persepsi maupun kemampuan seseorang didalam menerima informasi, sehingga akan mempengaruhi pengambilan keputusan. Ahmadi (2002) menyebutkan bahwa usia berhubungan dengan sifat kedewasaan dan akan berdampak pada tanggung jawab. Usia lebih dewasa umumnya lebih bertanggung jawab, lebih tertib lebih teliti, lebih bermoral dan lebih berbakti daripada usia muda.

2) jenis kelamin

Money dan Ehrhardt (1972) dalam Priharjo (2003) menunjukkan kromosom seks diturunkan dari orangtua, perkembangan dari testis maupun ovarium, sekresi dari hormon pria dan wanita. Perkembangan genetalia pria dan wanita semuanya terlibat dalam proses perkembangan yang kompleks yang mengarah pada pembentukan jenis kelamin saat lahir.

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (BPPSDM) Depkes (2007) menyatakan bahwa pengaruh jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan. Ada

pekerjaan yang secara umum lebih baik dikerjakan oleh laki-laki akan tetapi pemberian ketrampilan yang cukup memadai pada perempuan juga mendapatkan hasil pekerjaan yang cukup memuaskan. Ada sisi lain yang positif dalam karakter wanita yaitu ketaatan dan kepatuhan dalam bekerja sehingga mempengaruhi kerja personal.

3) tingkat pendidikan

Pendidikan tinggi keperawatan diharapkan menghasilkan tenaga keperawatan profesional yang mampu mengadakan pembaharuan dan perbaikan mutu pelayanan atau asuhan keperawatan serta penataan perkembangan kehidupan profesi keperawatan (Gartinah *et al*, 2006).

4) lama kerja

Lama kerja seseorang mempengaruhi kualitas pekerjaan seseorang karena adanya kejenuhan. Keberadaan orang baru lebih mudah untuk mengadakan pembaharuan dalam keterampilan tindakan keperawatan. Semangat yang dimiliki dapat meningkatkan keterampilan dan pengetahuan. Motivasi yang kuat akan berdampak pada perubahan yang lebih baik (Hidayat, 2000).

5) status kerja

Perbedaan status kepegawaian antara pegawai negeri sipil dengan bukan pegawai negeri sipil menyebabkan kesenjangan antar tenaga perawat yang bekerja pada satu sarana pelayanan kesehatan dengan status dan penggajian yang berbeda. Selain itu bagi perawat yang tidak honorer peluang ini makin terasa dengan pemberlakuan angka kredit bagi perawat

akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat (BPPSDM Depkes, 2002).

b. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang. Mubarak *et al* (2007), menyatakan perilaku yang didasari pengetahuan akan menjadi langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Faktor terpenting pembentuk perilaku adalah pengetahuan.

Teori dari Lawrence Green (1980); dalam Notoatmojo (2003), Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

- a. faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.
- b. faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat.
- c. faktor pendorong (*reinforcing factors*) yaitu meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama dan perilaku petugas termasuk petugas kesehatan.

2.2.4 Pengukuran Tindakan atau Praktik (*Practice*)

Untuk memperoleh data praktik atau perilaku yang paling akurat adalah melalui pengamatan (observasi). (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Arikunto (2006), tingkatan praktik dapat dikategorikan berdasarkan nilai sebagai berikut:

- a. praktik tindakan baik, bila tindakan dilakukan $> 75\%$
- b. praktik tindakan cukup, bila tindakan dilakukan 60-75%
- c. praktik tindakan kurang, bila tindakan dilakukan $<60\%$.

2.3 Konsep Pembedahan

2.3.1 Definisi Pembedahan

Pembedahan adalah penyembuhan penyakit dengan jalan memotong, mengiris anggota tubuh yang sakit. Pembedahan dilakukan dengan anestesi, individu dengan masalah kesehatan yang memerlukan intervensi pembedahan mencakup pula pemberian anestesia atau pembiusan yang meliputi anestesi lokal, regional atau umum (Smeltzer & Bare, 2001). Proses pembedahan memerlukan perawatan perioperatif yang terdiri dari pra-operasi, intra-operasi, pasca-operasi sehingga dapat memberi kenyamanan pada pasien setelah operasi dan tidak terjadi infeksi nosokomial. Pembedahan juga memerlukan tindakan anestesi untuk menghilangkan kesadaran dan nyeri untuk sementara (Hidayat, 2008).

2.3.2 Jenis Pembedahan

Menurut Smeltzer & Bare (2001), pembedahan dibagi menjadi 3 macam yaitu pembedahan menurut faktor resiko yang ditimbulkan, pembedahan menurut tujuannya dan berdasarkan urgensinya.

a. Klasifikasi pembedahan menurut faktor resiko yang ditimbulkan adalah sebagai berikut:

1) minor

Merupakan pembedahan yang menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minimal. Contoh dari pembedahan minor adalah insisi dan drainase kandung kemih atau sirkumsisi.

2) mayor

Merupakan pembedahan yang dapat menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian yang sangat serius. Contoh dari pembedahan mayor adalah laparotomi total, bedah caesar, mastektomi, bedah torak, bedah otak.

b. Pembedahan menurut tujuannya dibagi menjadi:

1) diagnostik

Digunakan untuk mengetahui penyakit yang diderita seperti ketika dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi.

2) kuratif

Dilakukan sebagai pengobatan untuk menyembuhkan penyakit seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang mengalami inflamasi.

3) reparatif

Digunakan untuk memperbaiki deformitas atau menyambung daerah yang terpisah.

4) paliatif

Digunakan untuk mengurangi gejala tetapi tidak menyembuhkan seperti ketika menghilangkan nyeri.

5) rekonstruksi atau kosmetik

Untuk memperbaiki bentuk tubuh seperti ketika melakukan perbaikan wajah.

c. Klasifikasi pembedahan berdasarkan waktunya menurut Baradero *et al* (2008) yaitu:

1) kedaruratan

Prosedur bedah yang harus segera dilakukan untuk menyelamatkan nyawa atau bagian tubuh.

2) urgen

Prosedur bedah yang tidak direncanakan dan memerlukan intervensi tepat waktu, tetapi tidak segera membahayakan nyawa pasien.

3) elektif

Prosedur bedah yang bisa direncanakan dan tidak terlalu penting.

2.4 Konsep *General Aenesthesia*

2.4.1 Definisi *General Aenesthesia*

Kata anestesi ditemukan oleh Oliver Wendell Holmes yang artinya menggambarkan keadaan tidak sadar sementara karena obat yang dimasukkan ke dalam tubuh yang bertujuan untuk menghilangkan rasa nyeri selama pembedahan (Latief, 2002). *General Aenesthesia* adalah anestesi yang dilakukan dengan memblok pusat kesadaran otak untuk menghilangkan kesadaran, menimbulkan relaksasi dan hilangnya rasa. Metode pemberian anestesia umum adalah dengan inhalasi dan intravena.

Semua zat *general aenesthesia* menghambat susunan saraf secara bertahap, mula-mula fungsi yang kompleks akan dihambat dan yang paling akhir adalah medula oblongata yang mengandung pusat vasomotor dan pusat pernapasan yang vital. *General aenesthesia* dapat menekan pernapasan yang pada anestesi dalam terutama ditimbulkan oleh halotan, enfluran dan isofluran. Efek ini paling ringan pada N₂O dan eter (Dobson, 1994). Antikolinergik untuk menghindari hipersekresi bronkus dan kelenjar liur terutama pada anestesia inhalasi. Obat yang dapat digunakan misalnya sulfas atropin dan skopolamin.

2.4.2 Tahapan *General Aenesthesia*

Guedel (dalam Smeltzer & Bare 2001) membagi stadium *general aenesthesia* menjadi 4 tahap yaitu:

- a. stadium I (analgesi), kesadaran belum hilang.
- b. stadium II (eksitasi), pasien sudah tidak sadar tetapi menunjukkan kegelisahan, pernapasan menjadi kurang teratur dan irregular. Bola mata bergerak ke kiri dan ke kanan secara tidak teratur sedangkan pupil melebar seperti orang yang sangat ketakutan, reaksi pupil terhadap cahaya jelas ada, reflex kelopak mata, konjungtiva dan kornea ada. Ada hipersekresi ludah, lendir dan mukosa mata, mungkin pasien dapat muntah.
- c. stadium III (pembedahan), pada tahap ini pembedahan bisa dilakukan, otot lurik sudah lemas. Kelemasan otot mulai dari kaudal di otot dinding perut, naik melalui otot interkostal hingga ke diafragma. Reflex kelopak mata, konjungtiva, pupil, kornea, refleks pupil terhadap cahaya berturut-turut hilang, pada kondisi ini pupil melebar sampai maksimal. Berdasarkan tandatandanya stadium III dibagi menjadi 4 tingkat, yaitu:
 - 1) tingkat 1: pernapasan teratur, spontan, terjadi gerakan bola mata yang tidak menurutkehendak, miosis, pernapasan dada dan perut seimbang, belum tercapai relaksasi otot lurik yang sempurna.
 - 2) tingkat 2: pernapasan teratur tapi kurang dalam dibandingkan dengan tingkat 1, bola mata tidak bergerak, pupil mulai melebar relaksasi otot sedang, refleks laring hilang sehinggadapat dikerjakan intubasi.

- 3) tingkat 3: pernapasan perut lebih nyata dari pada pernapasan dada karena otot intercostal mulai mengalami paralisis, relaksasi otot lurik sempurna, pupil lebih lebar tapi belum maksimal.
- 4) tingkat 4: pernapasan perut sempurna karena kelumpuhan otot interkostal sempurna, tekanan darah mulai menurun, pupil sangat lebar dan refleks cahaya hilang.

Apabila stadium III tingkat 4 sudah tercapai, hendaknya harus berhati-hati jangan sampai pasien masuk dalam stadium IV. Untuk dapat mengenali keadaan ini harus diperhatikan sifat dan dalamnya pernapasan, lebar pupil dibandingkan dengan keadaan normal dan mulai menurunnya tekanan darah;

- d. stadium IV (paralisis medulla oblongata), dimulai dengan melemahnya pernapasan perut dibanding stadium III tingkat 4. Pada stadium ini tekanan darah tidak dapat diukur, denyut jantung berhenti dan akhirnya terjadi kematian, kelumpuhan pernapasan pada stadium ini tidak dapat teratasi dengan pernapasan buatan.

2.4.3 Teknik *General Aenesthesia*

Teknik *general aenesthesia* di dunia kedokteran dapat dilakukan dengan 2 cara menurut Boulton & Blogg (1994), yaitu:

- a. parenteral

Obat anestesi masuk ke dalam darah dengan cara suntikan IV atau IM. Untuk selanjutnya dibawa darah ke otak dan menimbulkan keadaan narkose.

Obat anestesi yang sering digunakan adalah:

1) tiopental

Tiopental (pentothal, tiopenton) dikemas dalam bentuk tepung atau bubuk berwarna kuning, berbau belerang, biasanya dalam ampul 500 mg atau 1000 mg. Sebelum digunakan dilarutkan dalam akuades steril sampai kepekatan 2,5% (1 ml=25 mg). Tiopental hanya boleh digunakan untuk intravena dengan dosis 3-7 mg/kg dan disuntikkan perlahan-lahan dihabiskan dalam 30-60 detik. Penggunaannya untuk induksi, selanjutnya diteruskan dengan inhalasi.

Dosis dan kecepatan suntikan tiopental akan menyebabkan pasien berada dalam keadaan sedasi, hipnosis, anestesia atau depresi napas. Tiopental menurunkan aliran aliran darah otak, tekanan likuor, tekanan intrakranial dan diduga dapat melindungi otak akibat kekurangan oksigen. Tiopental di dalam darah 70% diikat oleh albumin, sisanya 30% dalam bentuk bebas, sehingga pada pasien dengan albumin rendah dosis harus dikurangi. Tiopental dapat di berikan secara kontinyu pada kasus tertentu di unit perawatan intensif, tetapi jarang digunakan untuk anestesia intravena lokal. Cara pemberian larutan thiopental 2,5% dimasukkan IV pelan-pelan 4-8 CC sampai penderita tidur, pernapasan lambat dan dalam. Apabila penderita dicubit tidak bereaksi, operasi dapat dimulai. Selanjutnya suntikan dapat ditambah secukupnya apabila perlu sampai 1 gram.

2) propofol

Propofol (diprivan, refofol) dikemas dalam cairan emulsi lemak berwarna putih susu bersifat isotonik dengan kepekatan 1% (1ml = 10mg). Suntikan intravena sering menyebabkan nyeri, sehingga beberapa detik sebelumnya dapat diberikan lidokain 1-2 mg /kg intravena.

Dosis bolus untuk induksi 2-2.5 mg/kg, dosis rumatan untuk anesthesia intravena total 4-13 mg/kg per jam, atau 100-200 mcg/kgbb/menit dengan syringe pump dan dosis sedasi untuk perawatan intensif 0.2mg / kg atau 25 - 50 mcg/kgbb/menit syringe pump.

3) opioid

Opioid (morfin, petidin, fentanil, sufentanil) untuk induksi diberikan dosis tinggi. Opioid tidak mengganggu kardiovaskuler, sehingga banyak digunakan untuk induksi pasien dengan kelainan jantung. Untuk anestesi opioid digunakan fentanil dosis induksi 20-50 mg/kg dilanjutkan dengan dosis rumatan 0,3-1 mg/kg/menit.

b. inhalasi

Anestesi dengan menggunakan gas atau cairan anestesi yang mudah menguap sebagai zat anestesi melalui udara pernapasan. Obat anestesi dihirup bersama udara pernapasan ke dalam paru-paru, masuk ke darah dan sampai di jaringan otak mengakibatkan narkose. Hampir semua anestesi mengakibatkan sejumlah efek samping misalnya, menekan pernapasan, paling kecil pada N₂O, eter dan trikloretikan, mengurangi kontraksi jantung, merusak hati, merusak ginjal (Boulton & Blogg, 1994).

Menurut Majid *et al*, (2011) Obat-obat yang dipakai dalam anestesi inhalasi adalah:

a. nitrogen Monoksida (N_2O)

Nitrogen monoksida merupakan gas yang tidak berwarna, tidak berbau, tidak berasa, dan lebih berat daripada udara. Gas ini tidak mudah terbakar, tetapi bila dikombinasi dengan zat anestetik yang mudah terbakar akan memudahkan terjadinya ledakan misalnya campuran eter dan N_2O . Nitrogen monoksida sukar larut dalam darah. Relaksasi otot kurang baik sehingga untuk mendapatkn relaksasi yang cukup, sering ditambahkan obat pelumpuh otot.

b. eter (dietileter)

Eter merupakan cairan tidak berwarna yang mudah menguap, berbau tidak enak, mengiritasi saluran napas, mudah terbakar, dan mudah meledak. Di udara terbuka eter teroksidasi menjadi peroksida dan bereaksi dengan alkohol membentuk asetaldehid, maka eter yang sudah terbuka beberapa hari sebaiknya tidak digunakan lagi. Eter merupakan anestetik yang sangat kuat. Kadar 10-15 mg% dalam darah arteri sudah terjadi analgesia tetapi pasien masih sadar.

Eter pada kadar tinggi dan sedang menimbulkan relaksasi otot dan hambatan neuromuscular yang tidak dapat dilawan oleh neostigmin. Zat ini meningkatkan hambatan neuromuskular oleh antibiotik seperti neomisin, streptomisin, polikmiksin, dan kanalmisin. Eter menyebabkan iritasi saluran

napas dan merangsang sekresi kelenjar bronkus. Eter menekan kontraktilitas jantung.

c. induksi halotan

Induksi halotan memerlukan gas pendorong O_2 atau campuran N_2O dan O_2 . Induksi dimulai dengan aliran $O_2 > 4$ ltr/mnt atau campuran $N_2O:O_2 = 3:1$. Aliran > 4 ltr/mnt. Kalau pasien batuk konsentrasi halotan diturunkan, untuk kemudian kalau sudah tenang dinaikan lagi sampai konsentrasi yang diperlukan.

d. induksi sevofluran

Induksi dengan sevofluran lebih disenangi karena pasien jarang batuk walaupun langsung diberikan dengan konsentrasi tinggi sampai 8 vol %. Seperti dengan halotan konsentrasi dipertahankan sesuai kebutuhan.

2.4.4 Pengaruh *General Anesthesia* pada tubuh

Pengaruh *General Anesthesia* pada tubuh menurut Katzung & Berkowitz (2001) antara lain:

a. pernapasan

Pasien dengan keadaan tidak sadar dapat terjadi gangguan pernapasan dan peredaran darah. Bila hal ini terjadi pada waktu anestesi maka pertolongan resusitasi harus segera diberikan untuk mencegah kematian. Obat anestesi inhalasi menekan fungsi mukosilia saluran pernapasan menyebabkan hipersekresi ludah dan lendir sehingga terjadi penimbunan mukus di jalan napas.

b. kardiovaskuler

Keadaan anestesi, jantung dapat berhenti secara tiba-tiba. Jantung dapat berhenti disebabkan oleh karena pemberian obat yang berlebihan, mekanisme reflek nervus yang terganggu, perubahan keseimbangan elektrolit dalam darah, hipoksia dan anoksia, katekolamin darah berlebihan, keracunan obat, emboli udara dan penyakit jantung. Perubahan tahanan vaskuler sistemik (misalnya peningkatan aliran darah serebral) menyebabkan penurunan curah jantung.

c. gastrointestinal

Dapat terjadi regurgitasi yaitu suatu keadaan keluarnya isi lambung ke faring tanpa adanya tanda-tanda. Hal ini disebabkan oleh adanya cairan atau makanan dalam lambung, tingginya tekanan darah ke lambung dan letak lambung yang lebih tinggi dari letak faring. *General Anesthesia* juga menyebabkan gerakan peristaltik usus akan menghilang.

d. ginjal

Anestesi menyebabkan penurunan aliran darah ke ginjal yang dapat menurunkan filtrasi glomerulus sehingga diuresis juga menurun.

e. perdarahan

Selama pembedahan pasien dapat mengalami perdarahan, perdarahan dapat menyebabkan menurunnya tekanan darah, meningkatnya kecepatan denyut jantung dan pernapasan, denyut nadi melemah, kulit dingin, lembab, pucat serta gelisah.

2.5 Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah peran keperawatan yang berkaitan dengan pembedahan pasien yang mencakup 3 fase yaitu pra-operasi, intra-operasi dan pasca-operasi (Potter & Perry, 2005).

2.5.1 Keperawatan Praoperasi

Menurut Potter & Perry (2005), keperawatan pra-operasi dimulai ketika keputusan tindakan pembedahan diambil, dan berakhir ketika klien dipindahkan ke kamar operasi. Fase pra-operasi dilakukan pengkajian operasi awal, merencanakan penyuluhan dengan metode yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga atau orang terdekat dalam wawancara, memastikan kelengkapan pemeriksaan pra-operasi, mengkaji kebutuhan pasien dalam rangka perawatan pasca-operasi.

Tanggung jawab perawat yang berkaitan dengan *informed consent* sebelum tindakan pembedahan adalah memastikan bahwa *informed consent* yang diberikan dokter didapat dengan sukarela dari pasien yang sebelumnya diberikan penjelasan secara jelas mengenai pembedahan dan kemungkinan risiko. Sebelum dilakukan pembedahan, perawat harus mengkaji faktor psikologi dan fisik pasien. Pendidikan pasien pra-operasi sangat penting dilakukan perawat kepada pasien untuk mencegah komplikasi pasca-operasi.

Pengkajian fisik yang dilakukan sebelum pembedahan menurut Potter & Perry (2005): nutrisi, radioterapi, keseimbangan cairan dan elektrolit dan skrining diagnostik yang meliputi pemeriksaan hitung darah lengkap, elektrolit serum,

pemeriksaan koagulasi, kreatinin serum, urinalisis. Menurut Hegner (2003), persiapan fisik yang akan dilakukan sebelum tindakan pembedahan antara lain: mandi atau keramas dengan sabun khusus bedah, enema atau diberi suppositoria untuk mengeluarkan feses dan flatus 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum dan mencukur daerah yang dioperasi.

2.5.2 Keperawatan Intraoperasi

Tahap intra-operasi dimulai dengan pemindahan pasien ke tempat tidur di kamar operasi sampai pasien dipindahkan ke unit pasca-anestesia. Pembedahan harus dilakukan dengan teknik aseptik di kamar operasi karena pembedahan rentan untuk terjadinya infeksi nosokomial. Koordinasi di antara tim bedah sangat perlu agar asuhan pasien intra-operasi dapat diberikan dengan aman dan efektif. Sebelum pembedahan, diberikan obat anestesi untuk menghilangkan nyeri sementara (Baradero *et al*, 2008).

2.5.3 Keperawatan Pascaoperasi

Tahap pasca-operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca-operasi dan berakhir saat pasien pulang. Pada tahap ini perawat berusaha untuk memulihkan fungsi pasien seoptimal dan secepat mungkin (Baradero *et al*, 2008). Pasca-operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya (Wibowo, 2001).

Pada perawatan pasca-operasi diperlukan dukungan untuk pasien, menghilangkan rasa sakit, antisipasi dan mengatasi segera komplikasi, memelihara komunikasi yang baik dengan tim, rencana perawatan disesuaikan dengan kebutuhan pasien (Lestari, 2008). Sebelum pasien dipindahkan ke ruangan (bangsal) setelah dilakukan operasi terutama yang menggunakan *general aenesthesia*, maka kita perlu melakukan penilaian terlebih dahulu untuk menentukan apakah pasien sudah dapat dipindahkan ke ruangan atau masih perlu di observasi di ruang pemulihan (*recovery room*).

2.5.4 Tahapan Keperawatan Pascaoperasi

Majid *et al*, (2011) membagi perawatan pasca-operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah:

- a. pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan atau unit perawatan pasca-operasi (RR: *Recovery Room*) memerlukan pertimbangan-pertimbangan khusus. Pertimbangan itu diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak insisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operatif dipindahkan. Selain itu pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase.

Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya. Posisi litotomi ke posisi horizontal atau dari posisi lateral ke posisi terlentang. Pemindahan pasien yang telah dianastesi ke brankard dapat

menimbulkan masalah gangguan vaskuler. Pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera setelah pasien dipindahkan ke barankard atau tempat tidur, gaun pasien yang basah (karena darah atau cairan lainnya) harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi.

Selama perjalanan transportasi tersebut pasien diselimuti dan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta *side-rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injuri, untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien. Selang dan peralatan drainase harus ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi dengan optimal. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anastesia dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

b. perawatan pasca-operasi di ruang pemulihan

Pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room*: RR) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). Perbandingan perawat-pasien saat pasien dimasukkan ke RR adalah 1:1 (Baradero *et al*, 2008) Alat monitoring yang terdapat di ruang ini digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya adalah alat bantu pernafasan : oksigen, laringoskop, set trakheostomi, peralatan bronkhial, kateter nasal, ventilator mekanik dan peralatan *suction*. Selain itu, di ruang ini juga harus terdapat alat yang digunakan untuk memantau status hemodinamika dan alat-alat untuk mengatasi permasalahan hemodinamika, seperti: apparatus tekanan darah, peralatan parenteral, plasma ekspander, set intravena, set pembuka jahitan,

defibrilator, kateter vena, tourniquet. Bahan-bahan balutan bedah, narkotika dan medikasi kegawatdaruratan, set kateterisasi dan peralatan drainase.

Pasien pasca-operasi juga harus ditempatkan pada tempat tidur khusus yang nyaman dan aman serta memudahkan akses bagi pasien, seperti: pemindahan darurat. Kelengkapan yang digunakan untuk mempermudah perawatan, seperti tiang infus, *side rail*, tempat tidur beroda, dan rak penyimpanan catatan medis dan perawatan. Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dikeluarkan dari RR adalah: fungsi pulmonal yang tidak terganggu, hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat, tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah, orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang, haluaran urine tidak kurang dari 30 ml/jam, mual dan muntah dalam kontrol, nyeri minimal (majid *et al*, 2011). Penilaian saat di ruang pemulihan menggunakan penilaian *Aldrete Score* dapat di lihat di tabel 2.2

Tabel 2.2 Penilaian *Aldrete Score* (dewasa)

Penilaian	Kriteria	Skor
Pergerakan anggota badan	Gerak bertujuan	2
	Gerak tak bertujuan	1
	Diam	0
Pernafasan	Napas baik, adekuat, menangis	2
	Napas depresi ringan	1
	Napas perlu dibantu	0
Sirkulasi	TD berubah dibawah 20% pre operasi	2
	TD berubah 20%-50% pre operasi	1
	TD berubah diataas 50% pre operasi	0
Warna kulit	Merah jambu	2
	Pucat	1
	Sianosis	0
Kesadaran	Sadar penuh	2
	Bereaksi	1
	Tak bereaksi	0

Sumber : KEPMENKES RI NOMOR: 779/Menkes/SK/VIII/2008, tentang standar pelayanan anesthesiologi dan reanimasi di rumah sakit.

Catatan:

- 1) nilai 9 atau lebih boleh dibawa ke rumah dengan kondisi pembedahan/tindakan mungkin;
- 2) nilai 7 ke ruang perawatan bila nilai pernapasan 2.
- 3) nilai 5 ke ICU.

Pasien tetap berada dalam RR sampai pulih sepenuhnya dari pengaruh anestesi, yaitu pasien telah mempunyai tekanan darah yang stabil, fungsi pernapasan adekuat, saturasi O₂ minimum 95%, dan tingkat kesadaran yang baik. Beberapa petunjuk tentang keadaan yang memungkinkan terjadinya situasi krisis antara lain: TD : tekanan sistolik < 90 –100 mmHg atau > 150 - 160 mmHg, diastolik < 50 mmHg atau > dari 90 mmHg; heart rate (HR) : < 60 x /menit atau > 10 x/menit; suhu : suhu > 38,3 ° C atau kurang < 35 °C; meningkatnya kegelisahan pasien dan pasien tidak BAK lebih dari 8 jam pasca-operasi (Gruendemann & Billie, 2005). Penilaian saat di ruang pemulihan menggunakan penilaian *Steward Score* (anak-anak) dapat dilihat di tabel 2.3

Tabel 2.3 Penilaian *Steward Score* (anak-anak)

Penilaian	Kriteria	Skor
Pergerakan	Gerak bertujuan	2
	Gerak tak bertujuan	1
	Tidak bergerak	0
Pernafasan	Batuk, menengis	2
	Pertahankan jalan nafas	1
	Perlu bantuan	0
Kesadaran	Menangis	2
	Bereaksi terhadap rangsangan	1
	Tidak bereaksi	0

Sumber : Rothrock (1990)

Jika jumlah > 5, pasien dapat dipindahkan ke bangsal

c. transportasi pasien ke ruang rawat (bangsal)

Transportasi pasien bertujuan untuk mentransfer pasien menuju ruang rawat dengan mempertahankan kondisi tetap stabil. Jika anda dapat tugas mentransfer pasien, pastikan score pasca-operasi 7 atau 8 yang menunjukkan kondisi pasien sudah cukup stabil. Waspadai adanya henti nafas, vomitus, aspirasi selama transportasi.

Faktor-faktor yang harus diperhatikan pada saat transportasi klien:

1) perencanaan

Pemindahan klien merupakan prosedur yang dipersiapkan semuanya dari sumber daya manusia sampai dengan peralatannya.

2) sumber daya manusia (ketenagaan)

Bukan sembarang orang yang bisa melakukan prosedur ini. Orang yang boleh melakukan proses transfer pasien adalah orang yang bisa menangani keadaan kegawat-daruratan yang mungkin terjadi selama transportasi.

3) *equipment* (peralatan)

Peralatan yang dipersipkan untuk keadaan darurat, misal: tabung oksigen, sampai selimut tambahan untuk mencegah hipotermi harus dipersiapkan dengan lengkap dan dalam kondisi siap pakai.

4) prosedur

Untuk beberapa pasien setelah operasi harus ke bagian radiologi dulu dan sebagainya. Prosedur-prosedur pemindahan pasien dan posisi pasien harus benar-benar diperhatikan demi keamanan dan kenyamanan pasien.

5) *passage* (jalur lintasan)

Hendaknya memilih jalan yang aman, nyaman dan yang paling singkat.

Ekstra waspada terhadap kejadian lift yang macet dan sebagainya.

d. perawatan di ruang rawat (bangsal)

Ketika pasien sudah mencapai bangsal, maka hal yang harus perawat lakukan, yaitu (Majid et al, 2011):

1) monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, drainage, tube/selang, dan komplikasi.

2) manajemen luka

Amati kondisi luka operasi dan jahitannya, pastikan luka tidak mengalami perdarahan abnormal.

3) mobilisasi dini

Mobilisasi dini yang dapat dilakukan meliputi ROM (*range of motion*), nafas dalam dan juga batuk efektif yang penting untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret dan lendir.

4) rehabilitasi

Rehabilitasi diperlukan oleh pasien untuk memulihkan kondisi pasien kembali. Rehabilitasi dapat berupa berbagai macam latihan spesifik yang diperlukan untuk memaksimalkan kondisi pasien seperti sedia kala.

5) *discharge planning*

Merencanakan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi/penyakitnya pasca-operasi.

2.5.5 Komplikasi yang muncul pada pasien pasca-operasi

Menurut Rothrock (1999), Komplikasi yang akan muncul saat pasca-operasi diantaranya :

a. pernapasan

Komplikasi pernapasan yang mungkin timbul termasuk hipoksemia yang tidak terdeteksi, atelektasis, bronkhitis, bronkhopneumonia, pneumonia lobaris, kongesti pulmonal hipostatik, plurisi, dan superinfeksi (Smeltzer & Bare, 2001). Gagal pernapasan merupakan fenomena pasca-operasi, biasanya karena kombinasi kejadian. Kelemahan otot setelah pemulihan dari relaksan yang tidak adekuat, depresi sentral dengan opioid dan zat anestesi, hambatan batuk dan ventilasi alveolus yang tak adekuat sekunder terhadap nyeri luka bergabung untuk menimbulkan gagal pernapasan restriktif dengan retensi CO₂ serta kemudian narkosis CO₂, terutama jika PO₂ dipertahankan dengan pemberian oksigen.

b. kardiovaskuler

Komplikasi kardiovaskuler yang dapat terjadi antara lain hipotensi, hipertensi, aritmia jantung, dan payah jantung (Baradero *et al*, 2008). Hipotensi didefinisikan sebagai tekanan darah systole kurang dari 70 mmHg atau turun lebih dari 25% dari nilai sebelumnya. Hipotensi dapat disebabkan oleh hipovolemia yang diakibatkan oleh perdarahan, overdosis obat anestetika, penyakit kardiovaskuler seperti infark miokard, aritmia, hipertensi, dan reaksi hipersensivitas obat induksi, obat pelumpuh otot, dan reaksi transfusi. Hipertensi dapat meningkat pada periode induksi dan pemulihan anestesia.

Komplikasi hipertensi disebabkan oleh analgesik dan hipnosis yang tidak adekuat, batuk, penyakit hipertensi yang tidak diterapi, dan ventilasi yang tidak adekuat (Baradero *et al*, 2008).

c. perdarahan

Penatalaksanaan perdarahan seperti halnya pada pasien syok. Pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus di jaga tetap lurus. Penyebab perdarahan harus dikaji dan diatasi. Luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan. Jika perdarahan terjadi, kassa steril dan balutan yang kuat dipasangkan dan tempat perdarahan ditinggikan pada posisi ketinggian jantung. Pergantian cairan koloid disesuaikan dengan kondisi pasien (Majid *et al*, 2011). Manifestasi klinis meliputi gelisah, gundah, terus bergerak, merasa haus, kulit dingin-basah-pucat, nadi meningkat, suhu turun, pernafasan cepat dan dalam, bibir dan konjungtiva pucat dan pasien melemah. Penatalaksanaan pasien dibaringkan seperti pada posisi pasien syok, sedatif atau analgetik diberikan sesuai indikasi, inspeksi luka bedah, balut kuat jika terjadi perdarahan pada luka operasi dan transfusi darah atau produk darah lainnya.

d. hipertermia maligna

Hipertermi malignan sering kali terjadi pada pasien yang dioperasi. Angka mortalitasnya sangat tinggi lebih dari 50%, sehingga diperlukan penatalaksanaan yang adekuat. Hipertermi malignan terjadi akibat gangguan otot yang disebabkan oleh agen anestetik. Selama anastesi, agen anastesi

inhalasi (halotan, enfluran) dan relaksan otot (suksinilkolin) dapat memicu terjadinya hipertermi malignan.

e. Hipotermia

Hipotermia adalah keadaan suhu tubuh dibawah 36,6 °C (normotermi : 36,6 °C-37,5°C). Hipotermi yang tidak diinginkan mungkin saja dialami pasien sebagai akibat suhu rendah di kamar operasi (25 °C-26,6°C), infus dengan cairan yang dingin, inhalasi gas-gas dingin, aktivitas otot yang menurun, usia lanjut atau obat-obatan yang digunakan (vasodilator, anestetik umum, dan lain-lain). Pencegahan yang dapat dilakukan untuk menghindari hipotermi yang tidak diinginkan adalah atur suhu ruangan kamar operasi pada suhu ideal (25°C-26,6°C), jangan lebih rendah dari suhu tersebut, cairan intravena dan irigasi dibuat pada suhu 37°C, gaun operasi pasien dan selimut yang basah harus segera diganti dengan gaun dan selimut yang kering.

2.6 Asuhan Keperawatan Pasien Pascaoperasi dengan *General Aenesthesia* di *Recovery Room*

2.6.1 Pengkajian Keperawatan pasca-operasi

Pengkajian adalah usaha untuk mengumpulkan data-data sesuai dengan respon klien baik dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, wawancara, observasi dan dokumentasi secara bio-psiko-sosio-spiritual (Doenges, 2001).

Pada saat melakukan pengkajian di ruang pulih, agar lebih sistematis dan lebih mudah dapat dilakukan monitoring B6 yaitu :

a. *breath* (nafas): sistem respirasi

Pasien yang belum sadar dilakukan evaluasi seperti pola nafas, tanda-tanda obstruksi, pernafasan cuping hidung, frekuensi nafas, pergerakan rongga dada: apakah simetris atau tidak, suara nafas tambahan: apakah tidak ada obstruksi total, udara nafas yang keluar dari hidung, sianosis pada ekstremitas, auskultasi: adanya wheezing atau ronki, saat pasien sadar: tanyakan adakah keluhan pernafasan, jika tidak ada keluhan: cukup diberikan O₂, jika terdapat tanda-tanda obstruksi: diberikan terapi sesuai kondisi (aminofilin, kortikosteroid, tindakan *triple maneuver airway*).

b. *blood* (darah): sistem kardiovaskuler

Pada sistem kardiovaskuler dinilai tekanan darah, nadi, perfusi perifer, status hidrasi (hipotermi ± syok) dan kadar Hb.

c. *brain* (otak): sistem SSP

Pada sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (*Glasgow Coma Scale*) dan perhatikan gejala kenaikan TIK 4.

d. *bladder* (kandung kemih): sistem urogenitalis

Pada sistem urogenitalis diperiksa kualitas, kuantitas, warna, kepekatan urine, untuk menilai: apakah pasien masih dehidrasi, apakah ada kerusakan ginjal saat operasi, gagal ginjal akut (GGA).

e. *bowel* (usus): sistem gastrointestinalis

Pada sistem gastrointestinalis diperiksa: adanya dilatasi lambung, tanda-tanda cairan bebas, distensi abdomen, perdarahan lambung pasca-operasi, obstruksi atau hipoperistaltik, gangguan organ lain, misalnya: hepar, lien, pancreas,

dilatasi usus halus. Pada pasien operasi mayor sering mengalami kembung yang mengganggu pernafasan, karena pasien bernafas dengan diafragma.

f. *bone* (tulang): sistem musculoskeletal

Pada sistem musculoskeletal dinilai adanya tanda-tanda sianosis, warna kuku, perdarahan post operasi, gangguan neurologis: gerakan ekstremitas.

Data pengkajian pasien pasca-operasi menurut *American Society of Post Anesthesia Nurses* (ASPAN) dalam Baradero *et al*, (2008): jalan nafas, pernafasan, sirkulasi, kardiovaskular (kecepatan dan irama EKG, tekanan darah, suhu, dan keadaan kulit) pernafasan (kecepatan, irama, bunyi nafas (auskultasi paru), oksimetri nadi, jalan nafas, dan sistem pemberian oksigen), neurologis (respon terhadap stimulus, bisa mengikuti perintah dan gerakan ekstermitas), ginjal (asupan dan haluaran, jalur intravena dan infuse, irigasi dan drain dan kateter).

2.6.2 Diagnosa Keperawatan Pasca-operasi

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post operasi meliputi (Baradero, 2008; Carpenitto, 2006; Nanda, 2010 dalam Majid *et al* 2011):

- a. bersihan jalan nafas tidak efektif yang berhubungan dengan banyak sekresi, penyumbatan jalan nafas, posisi yang tidak benar;
- b. gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan nyeri luka bedah, balutan yang kejang, efek dari obat;
- c. aspirasi (risiko) yang berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, supresi reflek batuk, dan menelan;

- d. penurunan curah jantung yang berhubungan dengan adanya masalah jantung sebelum pembedahannya, hipotesis;
- e. trauma (risiko) yang berhubungan dengan defisit sensorimotor, statis vena, disorientasi;
- f. kekurangan/kelebihan volume cairan (risiko) yang berhubungan dengan cairan intravena, gangguan ginjal, gangguan endokrin;
- g. ketidakfektifan termoregulasi (hipotermia/hipertermia) yang berhubungan dengan lingkungan yang dingin, pemajanan ketika pembedahan, infeksi, hipertermia malignan;
- h. nyeri akut berhubungan dengan luka insisi, posisi;
- i. gangguan integritas kulit (risiko) yang berhubungan dengan posisi yang tidak benar, imobilitas, tekanan pada bagian tubuh tertentu;
- j. retensi urin yang berhubungan dengan pembedahan, anestesia, efek obat, imobilitas;
- k. ketidaknyamanan (mual, muntah, cegukan) yang berhubungan dengan anestesi, nyeri, distensi abdomen;
- l. infeksi (risiko) yang berhubungan dengan pelanggaran teknik aseptik, faktor-faktor intrinsik pasien;
- m. cemas berhubungan dengan pembedahan, prognosis pembedahan, nyeri, perubahan citra tubuh, perubahan pola hidup;
- n. intoleransi aktivitas berhubungan dengan pembedahan dan lamanya bed rest;
- o. *selfcare deficit* berhubungan dengan luka operasi, nyeri dan regimen terapi;
- p. kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi tentang regimen terapi;

q. masalah kolaboratif (PK):

- 1) perubahan perkusi jaringan sekunder terhadap hipovolemia dan vasokonstriksi;
- 2) hipovolemia;
- 3) PK: infeksi.

2.6.3 Intervensi keperawatan pasca-operasi dengan *General Aenesthesia*

Banyaknya asuhan keperawatan yang dilaksanakan segera setelah periode pasca-operasi tergantung kepada prosedur bedah yang dilakukan (Baradero *et al*, 2008; Majid *et al*, 2011; Rothrock, 1999; Smeltzer & Bare, 2001):

a. mempertahankan fungsi pernafasan

Pemeliharaan kepatenan jalan nafas, pemeliharaan pertukaran gas, pemosisian pasien untuk ventilasi, pemberian medikasi dan peningkatan batuk. Hasil yang diharapkan pasien dapat mempertahankan fungsi pernafasan yang optimal.

b. mempertahankan sirkulasi

Hasil yang diharapkan pasien dapat mempertahankan nadi dan tekanan darah pada nilai dasar sebelum pembedahan.

c. mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

Hasil yang diharapkan pasien memiliki cairan normal; tidak memiliki tanda-tanda dehidrasi maupun kelebihan cairan.

d. mempertahankan suhu tubuh normal

Hasil yang diharapkan pasien memiliki suhu tubuh dalam batas normal.

- e. menghilangkan ketidaknyamanan pasca-operasi (nyeri, kegelisahan, mual-muntah, distensi abdomen dan cegukan). Hasil yang diharapkan pasien mengalami peredaan nyeri dan ketidaknyamanan pasca-operasi (kegelisahan, mual-muntah, distensi abdomen dan cegukan).
- f. menghindari cedera
Hasil yang diharapkan pasien terhindar dari cedera.
- g. mempertahankan status nutrisi yang normal
Hasil yang diharapkan pasien mempertahankan keseimbangan nutrisi.
- h. meningkatkan fungsi urinarius yang normal
Hasil yang diharapkan fungsi perkemihan normal kembali.
- i. memulihkan mobilitas (pengaturan posisi, ambulasi dan latihan ditempat tidur). Hasil yang diharapkan pasien dapat melakukan ambulasi dan keterbatasan pasca-operasi dan rencana rehabilitatif.
- j. mengurangi ansietas dan mencapai kesejahteraan psikososial
Hasil yang diharapkan pasien mencapai dan mempertahankan kesejahteraan psikososial.

2.6.4 Evaluasi pasca-operasi dengan *General Aenesthesia*

Untuk mengevaluasi berhasilnya intervensi keperawatan, perlu dibandingkan antara perilaku pasien dan hasil yang diharapkan (Baradero *et al*, 2008). Intervensi keperawatan dikatakan berhasil apabila pasien dapat:

- a. mempertahankan jalan nafas yang paten, dan auskultasi paru yang tidak menunjukkan *rales*;

- b. mempertahankan nilai gas darah dalam batas normal dan saturasi oksigen pada kadar 96% atau lebih;
- c. bisa batuk secara efektif;
- d. mempertahankan frekuensi nadi dan tekanan darah pada tahap pra-operasi;
- e. orientasi yang baik terhadap waktu, orang, tempat dan bisa menggerakkan semua ekstermitas;
- f. memiliki haluaran urin lebih dari 30 ml/jam dan tidak ada edema;
- g. mengungkapkan bahwa nyeri dapat ditoleransi, ekspansi wajah relaks, dan tidak ada nyeri;
- h. suhu tubuh dalam batas normal;
- i. berkemih secara spontan 8-10 jam pasca pembedahan;
- j. memiliki kulit utuh, tanpa lecet, kemerahan;
- k. tidak ada mual-muntah, dapat minum sedikit-sedikit tanpa muntah;
- l. menunjukkan tanda penyembuhan luka tanpa infeksi.

2.7 Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan Pasca-operasi dengan *General Aenesthesia*

Perawat sebagai bagian penting dari rumah sakit dituntut memberikan perilaku yang baik dalam rangka membantu pasien dalam mencapai kesembuhan. Pendidikan seorang perawat yang tinggi akan memberikan pelayanan kesehatan yang optimal. Seorang perawat yang menjalankan profesinya sebagai perawat, saat menjalankan profesinya harus memiliki pengetahuan dan pendidikan dalam bidang-bidang tertentu, untuk itu dibutuhkan

pendidikan yang sesuai agar dapat berjalan dengan baik dan profesional (Hamid, 2000). Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan diantaranya adalah pendidikan, keterpaparan informasi, pengalaman dan lingkungan (Muliono *et al*, 2011)

Pengetahuan perawat yang baik sangat diperlukan, sehingga komplikasi pasca operasi tidak terjadi. Tingkat pengetahuan perawat yang kurang dapat menyebabkan komplikasi dan keluhan yang membahayakan bagi pasien sehingga dapat menyebabkan kematian (Nashrulloh, 2009). Tingkat pengetahuan perawat dan keterampilan dalam perawatan pasien pasca operasi sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi yang dapat memperlama perawatan di rumah sakit atau membayakan diri pasien. Penanganan pasien pasca operasi berhubungan terhadap pelayanan yang memuaskan bagi pasien beserta keluarga, sehingga dapat menciptakan suasana yang tenang untuk membantu proses pemulihan dan penyembuhan bagi pasien.

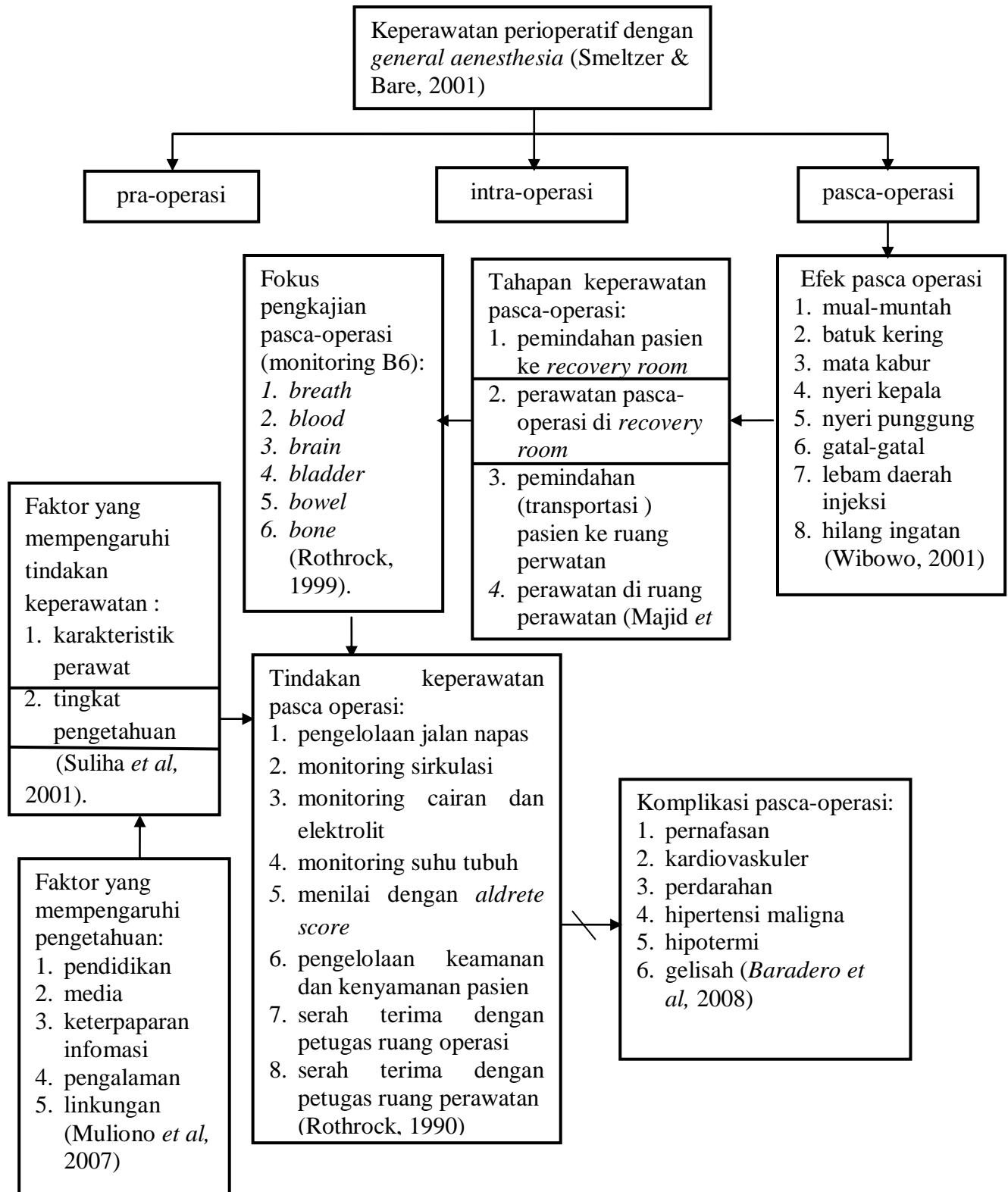
Perawat harus mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang memadai dalam semua aspek perawatan perioperatif, peran perawat disini sangat diperlukan dalam memberikan bantuan keperawatan dan mengontrol komplikasi dan kembalinya fungsi-fungsi tubuh yang optimal. Perawat perioperatif harus mempunyai pendidikan yang layak dan keahlian maupun kemahiran teknis untuk melakukan aktivitas dengan aman dan kompeten (Rothrock, 1999).

Tahapan pasca operasi adalah: pemindahan pasien ke *recovery room*, perawatan pasca operasi di *recovery room*, pemindahan (transportasi) pasien ke ruang perawatan (bangsal) dan perawatan di ruang bangsal (Majid *et al*, 2011).

Fokus pengkajian pasca operasi mencakup B6 yaitu: *breathing* (napas), *blood* (darah), *brain* (otak) *bladder* (kandung kemih), *bowel* (usus), dan *bone* (tulang) (Rothrock, 1990). Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pasca operasi terdiri dari 8 tindakan yang harus dilakukan yaitu: pengelolaan jalan napas, monitor sirkulasi, monitoring cairan dan elektrolit, monitoring suhu tubuh, menilai dengan *aldrete score*, pengelolaan keamanan dan kenyamanan pasien, serah terima dengan petugas ruang operasi dan serah terima dengan petugas ruang perawatan (bangsal) (Rothrock, 1990).

Pengetahuan perawat yang baik sangat diperlukan, sehingga komplikasi pasca operasi tidak terjadi. Komplikasi yang sering terjadi antara lain: komplikasi respirasi (obstruksi jalan nafas, bronkospasme, hipoventilasi, hiperventilasi), komplikasi kardiovaskuler (hipertensi, hipotensi, distritmia jantung, trombosis vena, embolisme paru), hipotermia, hipertermia dan gelisah pasca-operasi (Baradero *et al*, 2008).

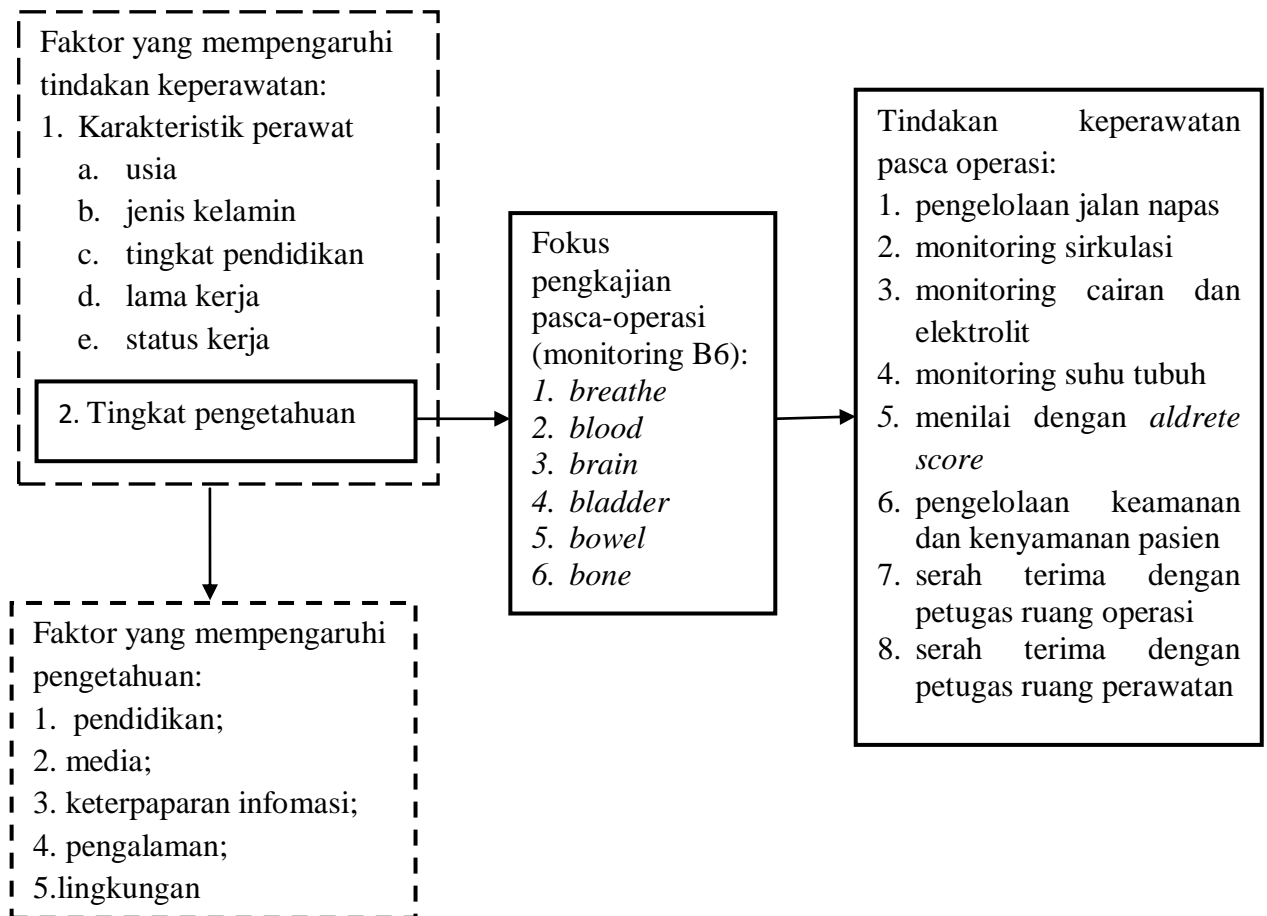
2.8 Kerangka Teori



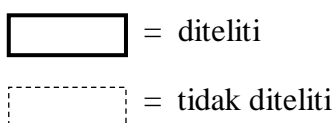
Gambar 2.1. Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu kesimpulan sementara atau jawaban dari suatu penelitian. Hipotesis memiliki landasan teori, bukan sekedar suatu dugaan yang tidak mempunyai landasan ilmiah, melainkan lebih dekat kepada suatu kesimpulan (Setiadi, 2007). Hipotesis yang diambil dalam penelitian ini yaitu:

Ha : ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca operasi dengan *general aenesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Desain atau rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi kesulitan yang dapat terjadi selama proses penelitian (Burn & Grove, 1991 dalam Notoatmodjo, 2010). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi korelasi, dengan jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan menggunakan metode pendekatan *cross-sectional*. Setiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Sastroasmoro dan Ismael, 2010).

Penelitian ini terdiri dari 2 variabel, variabel independen yaitu tingkat pengetahuan perawat dan variabel dependen yaitu tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi dengan *general aenesthesia*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi dengan *general aenesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 1993 dalam Setiadi, 2007). Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu sesuai dengan yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011). Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat yang dinas di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember yang berjumlah 20 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 1993 dalam Setiadi, 2007). Pada penelitian ini, sampel yang digunakan adalah perawat yang dinas di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember yaitu 20 orang.

4.2.3 Teknik Penentuan Sampel

Teknik penentuan sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling*. *Non probability sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang tidak memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dapat dipilih menjadi sampel (Setiadi, 2007). Teknik pengambilan sampel ini adalah *total sampling* atau sampling jenuh, yang merupakan teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sugiyono, 2011)

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Kriteria Subyek penelitian terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi perawat yang dinas di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember, perawat dalam keadaan sehat fisik, perawat dengan pendidikan minimal D3 keperawatan, dan perawat yang telah memberikan persetujuan untuk dijadikan sampel. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah: perawat yang cuti saat dilakukan penelitian.

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember Jawa Timur. Alasan pemilihan tempat tersebut dikarenakan RSD dr. Soebandi Jember menjadi rumah sakit rujukan untuk bagian Jawa Timur bagian timur/ se karesidenan Besuki (Jember, Bondowoso, Situbondo dan Banyuwangi).

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2012 sampai dengan Juli 2013. Waktu penelitian dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan laporan dan publikasi penelitian.

4.5 Definisi Operasional

Penjelasan definisi operasional dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel	definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
1	Variabel independen: tingkat pengetahuan perawat	Segala sesuatu yang diketahui perawat tentang tindakan keperawatan pada pasien pasca operasi dengan <i>general aenesthesia</i> di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember	<ul style="list-style-type: none"> a. konsep <i>general aenesthesia</i>, pasca-operasi b. tindakan pasca operasi c. efek dan komplikasi pasca operasi d. penanganan komplikasi pasca operasi 	kuesioner	ordinal	Tiap jawaban yang benar diberikan nilai 1 dan yang salah diberikan nilai 0, kemudian dikategorikan menjadi: <ul style="list-style-type: none"> a. baik: 76%-100% jawaban benar b. cukup: 56%-75% jawaban benar c. kurang: $\leq 55\%$ jawaban benar (Arikunto, 2006)
2	Variabel dependen: tindakan keperawatan pada pasien pasca-operasi dengan <i>general aenesthesia</i>	Tindakan perawatan pasien pasca operasi yang dilihat oleh peneliti selama di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember	<ul style="list-style-type: none"> a. pengelolaan jalan napas b. monitoring sirkulasi c. monitoring cairan dan elektrolit d. monitoring suhu tubuh e. menilai dengan <i>aldrete score</i> f. pengelolaan keamanan dan kenyamanan pasien g. serah terima dengan petugas ruang operasi h. serah terima dengan petugas perawatan (Rothrock, 1990) 	observasi	ordinal	Tiap tindakan yang dilakukan seluruhnya diberikan nilai 1 dan yang tidak dilakukan seluruhnya diberikan nilai 0, kemudian dikategorikan menjadi <ul style="list-style-type: none"> a. baik: bila tindakan benar $> 75\%$ b. cukup: bila tindakan benar 60-75% c. kurang: bila tindakan benar $< 60\%$ (Arikunto, 2006)

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu sumber data primer. Sumber data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasanya dilakukan oleh peneliti (Setiadi, 2007). Data primer tentang tingkat pengetahuan perawat diperoleh dari hasil pengisian kuesioner. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, badan/instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Data sekunder yang digunakan peneliti adalah data yang diperoleh dari rekam medik IBS RSD dr. Soebandi Jember.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang digunakan peneliti untuk mendapatkan data. Nursalam (2008) mengatakan pengumpulan data sebagai proses pendekatan kepada subyek dan pengumpulan karakteristik subyek dalam penelitian. Pada penelitian ini pengumpulan data variabel independen menggunakan kuesioner yang dibuat dan dikembangkan oleh peneliti. Data dari penelitian tersebut diperoleh dengan teknik pengisian kuesioner untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat. Sedangkan untuk variabel dependen peneliti melakukan observasi terhadap tindakan keperawatan pasca operasi.

Adapun prosedur terkait pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a) prosedur administratif penelitian

Peneliti melakukan pengajuan surat studi pendahuluan pada ketua prodi PSIK UNEJ. Setelah mendapatkan surat studi pendahuluan dari fakultas, peneliti melakukan permintaan izin kepada direktur RSD dr. Soebandi Jember untuk melakukan studi pendahuluan.

b) langkah-langkah penelitian ini adalah sebagai berikut:

Peneliti yang telah mendapatkan izin untuk melakukan penelitian, kemudian melakukan koordinasi dengan kepala IBS RSD dr. Soebandi, dan dilanjutkan dengan meminta persetujuan direktur RSD dr. Soebandi. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan untuk penelitian, peneliti melakukan perkenalan dan pendekatan dengan para perawat yang dinas di ruang pemulihan. Peneliti menjelaskan prosedur penelitian terkait penelitian yang akan dilakukan.

Langkah selanjutnya adalah peneliti mengumpulkan data terkait tingkat pengetahuan perawat. Data mengenai tingkat pengetahuan diperoleh dari kuesioner yang dibagikan pada perawat. Perawat diminta untuk mengisi kuesioner yang berisikan data karakteristik responden, dan menjawab semua pernyataan yang dibuat peneliti. Selanjutnya, peneliti mengecek kembali kelengkapan pengisian kuesioner, apabila belum lengkap maka responden diminta melengkapi terlebih dahulu kuesioner yang belum diisi. Peneliti mengolah data dari kuesioner yang dikumpulkan responden.

Melakukan observasi tindakan keperawatan saat penelitian. Peneliti melakukan observasi selama 30 hari, mulai dari pukul 08.00 - 14.00 WIB. Dalam 1 minggu peneliti datang untuk melakukan observasi hanya 3x (senin, selasa, dan kamis). Setiap perawat mempunyai tanggung jawab terhadap 2 pasien. Peneliti mengobservasi 4 - 5 perawat dalam 1 hari. Setiap perawat dilakukan 2x observasi pada hari yang berbeda, penilaian observasi tindakan keperawatan dilakukan dengan mengambil nilai rata-rata dari kedua observasi tersebut.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data atau instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner dan lembar observasi.

a) Kuesioner A

Kuesioner A berisi tentang karakteristik demografi perawat pelaksana yang terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status kepegawaian, lama kerja di pemulihan dan lama kerja di area lain. Kuesioner berisi pertanyaan terbuka. Hasil pengumpulan data subvariabel usia, lama kerja di pemulihan dan lama kerja di area lain tidak dikategorikan. Subvariabel jenis kelamin dikategorikan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Subvariabel tingkat pendidikan dikategorikan menjadi dua yaitu D3 keperawatan dan S1 keperawatan. Subvariabel status kepegawaian dikategorikan menjadi dua yaitu non PNS dan PNS.

b) Kuesioner B

Kuesioner B berisi tentang tingkat pengetahuan perawat. Pernyataan yang terdapat dalam kuesioner adalah yang bersifat *closed ended questions*. Responden mengisi salah satu jawaban yang disediakan dengan memberikan tanda *checklist* (✓) pada kolom yang disediakan dengan jawaban benar atau salah. Pernyataan dalam penelitian ini berjumlah 36, yang terdiri dari 24 pertanyaan *favorable* (no. 1, 2, 5, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 32, 35, dan 36) dan 12 pernyataan *unfavorable* (no. 2, 10, 11, 12, 16, 18, 19, 25, 29, 31, 33 dan 34). Pada *item favourable* nilai jawaban yaitu benar = 1 dan salah = 0, sedangkan *item unfavourable* nilai jawaban yaitu benar = 0 dan salah = 1. Hasil penilaian tersebut kemudian dikategorikan menjadi:

- a. 76%-100% jawaban benar = tingkat pengetahuan baik
- b. 56%-75% jawaban benar = tingkat pengetahuan cukup
- c. ≤55% jawaban benar = tingkat pengetahuan kurang (Arikunto, 2006).

c) Lembar Observasi

Alat pengumpul data variabel dependen pada tindakan keperawatan peneliti menggunakan lembar observasi. Observasi ini dilakukan sendiri oleh peneliti. Lembar observasi mengacu pada 8 indikator tindakan keperawatan yaitu pengelolaan jalan napas, monitoring sirkulasi, monitoring cairan dan elektrolit, monitoring suhu tubuh, menilai dengan *aldrete score*, pengelolaan keamanan dan kenyamanan pasien. serah terima dengan petugas operasi, dan

serah terima dengan petugas dibangsal. Setiap indikator dikembangkan oleh peneliti sesuai standar perawatan pasca operasi menurut Rothrock tahun 1990. Tiap tindakan yang dilakukan seluruhnya diberikan nilai = 1 dan yang tidak dilakukan seluruhnya diberikan nilai = 0. Hasil penilaian tersebut kemudian dikategorikan menjadi:

- a. praktik tindakan baik, bila tindakan dilakukan $> 75\%$;
- b. praktik tindakan cukup, bila tindakan dilakukan 60-75%;
- c. praktik tindakan kurang, bila tindakan dilakukan $<60\%$.

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

a) Uji Validitas

Validitas suatu penelitian dilakukan untuk mengetahui gambaran seberapa jauh pengukuran yang kita lakukan mengukur sesuai yang diukur. Suatu alat ukur (kuesioner) dikatakan valid jika pernyataan dalam alat ukur tersebut mampu mengungkap sesuatu yang hendak diukur (Portney & Watskin, 2000). Beberapa pengukuran validitas menurut Portney & Watskin (2000) menyebutkan macam validitas yaitu validitas isi (*content validity*), validitas muka (*face validity*), validitas kriteria (*criterion-related validity*) dan validitas konstruk (*construct validity*). Beberapa literatur menyebutkan bahwa validitas isi serupa dengan validitas muka. Peneliti disini hanya menggunakan jenis validitas isi/muka dan validitas kriteria.

Content validity menggambarkan sejauhmana suatu instrumen mampu mencakup semua aspek penting yang ingin diukur berdasarkan teori yang

mendukungnya. Validitas isi dilakukan dengan menegakkan telaah dan revisi butir-butir pertanyaan berdasarkan pendapat profesional (*professional judgment*) (Suryabrata, 2005). Penerapan validitas isi pada penelitian ini dilakukan dengan menyusun kisi-kisi pernyataan sesuai dengan variabel-variabel penelitian. Hasil dari pembuatan kisi-kisi pernyataan dikonsultasikan kepada pembimbing dan kepala ruangan pemulihan RSUD Ibnu sina Gresik dan RSD dr. Soebandi Jember.

Criterion-related validity secara teori merupakan validitas yang paling kuat (Suryabrata, 2005). Variabel kriteia menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur berkorelasi dengan alat ukur yang dianggap sebagai standar emas (*gold standart*) yang baku (Portney & Watskin, 2000). Uji validitas yang dilakukan dipenelitian ini yaitu melalui uji korelasi dengan cara membandingkan antara skor pertanyaan dengan skor totalnya. Uji korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment* dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Apabila didapatkan r hasil $>$ r tabel maka pernyataan valid dan sebaliknya (Hastono, 2007).

b) Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana alat ukur yang digunakan mempunyai hasil ukur yang konsisten dengan melakukan pengukuran yang berulang-ulang terhadap gejala yang sama (Notoatmodjo, 2010). Uji reliabilitas perlu dilakukan setiap instrumen yang digunakan dalam suatu penelitian. Tingkat reliabilitas umumnya dinyatakan dalam bentuk koefisien korelasi. Nilai koefisien 1 (satu) menunjukkan reliabilitas sempurna, dan nilai koefisien 0 (nol) menunjukkan tidak reliabel. Untuk instrumen yang sudah

dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien korelasi bisa diterima adalah 0,80. Untuk nilai instrumen yang baru dikembangkan, nilai reliabilitas 0,70 masih dianggap reliabel (Bruns & Gorve, 1997 dalam Hamid, 2008).

Uji reliabilitas dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain uji stabilitas (*test-retest method*/metode uji silang), kesetaraan (*equivalence*) dan homogenitas (*internal consistency*). Uji reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan uji homogenitas (*internal consistency*) dengan membandingkan nilai r hasil (nilai *alpha Cronbach*) dengan r tabel. Jika r alpha $>$ r tabel maka item pernyataan tersebut reliabel (Hastono, 2007).

c) Uji Coba Instrumen

Instrumen penelitian yang bersifat valid dan reliabel dalam pengumpulan data merupakan syarat untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid dan reliabel sehingga perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas (Setiadi, 2007). Sebelum alat penelitian ini digunakan untuk mengukur variabel, terlebih dahulu peneliti telah melakukan uji coba instrumen tingkat pengetahuan perawat dan observasi tindakan keperawatan. Uji coba ini bertujuan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas agar data yang diperoleh akurat dan subyektif. Notoatmojo (2005) menyatakan bahwa lembar kuesioner harus diuji coba di lapangan dari responden yang mempunyai ciri-ciri sama dengan tempat penelitian itu dilakukan. Uji validitas dan reliabilitas memerlukan jumlah responden minimal sebanyak 20 orang untuk memperoleh distribusi hasil pengukuran yang mendekati normal (Notoatmodjo, 2010).

Uji coba instrumen dalam penelitian ini dilakukan di ruang pemulihan instalasi bedah sentral RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik. Alasan memilih rumah sakit tersebut karena memiliki karakteristik yang hampir sama dengan RSD dr. Soebandi Jember, merupakan salah satu rumah sakit rujukan se-GerBangKertoSuSiLa (Gresik, Bangkalan, Mojokerto, Surabaya, Sidoarjo dan Lamongan) dan sama-sama tipe rumah sakit dengan akreditasi B.

Pada variabel independen yaitu tingkat pengetahuan perawat responden yang digunakan adalah 20 orang, hasil uji validitas r hasil $> r$ tabel (0,444). Taraf signifikan yang digunakan adalah 5%, Nilai r tabel yang digunakan yaitu 0,444. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kepada 20 orang, terdapat item-item pertanyaan yang tidak valid dalam kuesioner tingkat pengetahuan perawat berjumlah 10 item yaitu pada (no. 4, 5, 8, 16, 18, 20, 30, 33, 39 dan 41). Jumlah pernyataan yang valid ada 35 pernyataan dari 45 pernyataan. Peneliti mengoreksi dan merevisi *item* pernyataan yang tidak valid. Dari hasil uji coba instrumen didapatkan hasil bahwa tingkat validitas instrumen memiliki rentang antara 0,459-0,863. Pada pernyataan tidak valid peneliti membuang item pernyataan yang tidak valid dikarenakan terdapat pernyataan yang dianggap mewakili per indikator variabel. Jika item pernyataan yang dinyatakan tidak valid merupakan item pertanyaan penting, peneliti menggunakan teknik *Content validity*

Peneliti juga melakukan uji coba pada variabel dependen yaitu tindakan keperawatan pasca operasi melalui observasi. Peneliti mengambil responden 10 pasien yang melakukan *general aenesthesia*, sehingga diperoleh r tabel yaitu 0,632. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kepada 10 pasien yang

melakukan *general aenesthesia*. Dari hasil uji validitas tindakan didapatkan hasil bahwa tingkat validitas tindakan memiliki rentang antara 0,642-0,828. Peneliti mendapatkan hasil dari 8 tindakan yang dilakukan, tidak terdapat item-item tindakan yang tidak valid.

Uji reliabilitas yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan rumus *alpha cronbach*, dasar dari pengambilan keputusan dari uji tersebut yaitu pertanyaan dikatakan reliabel jika nilai *r alpha* lebih besar dari *r* tabel (Hastono, 2007). Kuesioner atau angket dinyatakan reliabel jika memiliki nilai *alpha* minimal 0,7 (Djemari, 2003 dalam Riwidikdo, 2007). Hasil uji realibilitas pada variabel independen didapatkan bahwa *r alpha* (0,960) > *r* tabel maka instrumen reliabel. Sedangkan, hasil uji realibilitas pada variabel dependen didapatkan bahwa *r alpha* (0,912) > *r* tabel maka tindakan reliabel. Dengan demikian uji coba instrumen yang telah diujikan terhadap 20 responden dinyatakan valid dan reliabel. Jumlah item pernyataan yang valid dan reliabel yang dapat digunakan untuk penelitian ini sebanyak 36 pernyataan. Daftar pernyataan yang valid dan reliabel dapat dilihat pada tabel 4.2. Sedangkan untuk tindakan keperawatan yang telah diujikan terhadap 10 responden dinyatakan valid dan reliabel. Jumlah item tindakan yang valid dan reliabel yang dapat digunakan untuk penelitian ini ada 8 item tindakan. Daftar tindakan yang valid dan reliabel dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.2 *Blue print favorable dan unfavorable* sebelum dan sesudah uji validitas dan reliabilitas tingkat pengetahuan

Variabel independen	Indikator	Sebelum		Total butir	Sesudah		Total butir
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Tingkat Pengetahuan perawat:	a. tahu	1,2,4,6,7,9,10	3,5,8	10	1,2,4,5,6,7,8	3	8
a. konsep <i>general aenesthesia</i> , pasca-operasi	b. memahami	11,15,17,18	12,13,14,16	8	9,13,14	10,11,12	6
b. tindakan pasca operasi	c. aplikasi	19,20,22,25,26,27,28,29,30,32,34	21,23,24,31,33	8	15,17,20,21,27	16,18,19	7
c. efek dan komplikasi pasca operasi	d. analisis	25,37	36,38,39	8	22,23,24,26	25	6
d. penanganan komplikasi pasca operasi	e. sintesis	40,41,44,45	42,43	5	28,30	29,31	4
	f. evaluasi			6	32,35,36	33,34	5
Total		28	17	45	24	12	36

Tabel 4.3 *Blue print* sebelum dan sesudah uji validitas dan reliabilitas tindakan keperawatan

Variabel dependen	Jumlah item sebelum validitas dan realibilitas	Jumlah item sesudah validitas dan realibilitas	Nilai <i>alpha cronbach</i>
Tindakan keperawatan			
a. jalan napas	5	5	
b. sirkulasi	6	6	
c. cairan	3	3	
d. suhu tubuh	1	1	0.912
e. <i>aldrete score</i>	3	3	
f. aman dan nyaman	5	5	
g. serah terima dengan OK	2	2	
h. serah terima dengan bangsal	3	3	

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 *Editing*

Editing merupakan kegiatan pemeriksaan isi kuesioner untuk pengecekan atau perbaikan. Pengambilan data ulang dapat dilakukan apabila isi kuesioner belum lengkap (Notoatmodjo, 2010). *Editing* dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan, kejelasan, relevansi dan konsistensi jawaban. Beberapa kuesioner yang belum lengkap terutama pada pengisian karakteristik responden berupa umur, tingkat pendidikan dan lama kerja sebagai perawat di tempat lain. Peneliti mengkonfirmasi kembali kepada responden untuk melengkapi data yang belum lengkap dan bekerja sama dengan kepala ruang karena data tersebut juga tersedia di ruangan.

4.7.2 *Coding*

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden dalam kategori (Setiadi, 2007). Data dilakukan dengan cara mengkonversikan data yang telah terkumpul kedalam angka, dan diberi kode untuk setiap pertanyaan sehingga mempermudah pengolahan data selanjutnya. Pada Kuesioner A (karakteristik responden), data subvariabel usia, lama kerja di pemulihan dan lama kerja di tempat lain tidak dikategorikan sehingga tidak dilakukan *coding* pada subvariabel tersebut. Subvariabel jenis kelamin dikategorikan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Laki-laki kode 1, perempuan kode 2. Subvariabel pendidikan dikategorikan menjadi dua yaitu D3 keperawatan dan S1 keperawatan. D3 keperawatan kode 1, S1 keperawatan kode 2. Subvariabel status kepegawaian

dikategorikan menjadi dua yaitu non PNS dan PNS. Non PNS kode 1 dan PNS kode 2. Kuesioner B (variabel independen) dikategorikan menjadi tiga yaitu baik, cukup dan kurang. Tingkat pengetahuan baik diberikan kode 1, tingkat pengetahuan cukup diberikan kode 2 dan tingkat pengetahuan kurang diberikan kode 3. Lembar observasi (variabel dependen) tiga yaitu baik, cukup dan kurang. Tindakan keperawatan baik diberikan kode 1, tindakan keperawatan cukup diberikan kode 2 dan tindakan keperawatan kurang diberikan kode 3.

4.7.3 *Processing/ Entry*

Proses memasukkan data ke dalam tabel dilakukan dengan program SPSS (*Statistical Product and Service Solution*). yang ada di komputer (Setiadi, 2007). Suatu jawaban yang sudah diberi kode katagori setelah itu dimasukkan dalam tabel dan dihitung frekuensi datanya (Notoatmodjo, 2010). Data dimasukkan dengan cara manual ataupun dengan menggunakan cara melalui pengolahan komputer yaitu dengan SPSS. Pengolahan komputer *entry* ini dilakukan dengan bantuan SPSS 16.

4.7.4 *Cleaning*

Cleaning merupakan teknik pembersihan data, data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan terhapus (Setiadi, 2007). Pembersihan data dilakukan setelah semua data berhasil dimasukkan ke dalam tabel dengan mengecek kembali apakah data telah benar atau tidak.

4.8 Teknik Analisa Data

Analisa data meliputi analisa univariat dan analisa bivariat. Analisa data menggunakan bantuan SPSS 16.

a. Analisa univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan tentang distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Analisis univariat pada penelitian ini dilakukan untuk menganalisis data mengenai: karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, lama kerja), pengetahuan perawat tentang tindakan keperawatan pasca operasi. Analisis univariat pada penelitian ini dikategorikan oleh peneliti untuk memudahkan pembacaan dan analisis pada pembahasan. Penjelasan univariat dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Analisis Univariat

Variabel	Skala Data	Deskripsi
Karakteristik Responden (<i>Variabel Confounding</i>)		
Usia	Numerik	Mean, Median, SD, Min-Max, 95 % CI
Jenis Kelamin	Kategorik	Jumlah, persentase (%)
Tingkat Pendidikan	Kategorik	Jumlah, persentase (%)
Status Kepegawaian	Kategorik	Jumlah, persentase (%)
Lama Kerja di Pemulihan	Numerik	Mean, Median, SD, Min-Max, 95 % CI
Lama Kerja di Tempat Lain	Numerik	Mean, Median, SD, Min-Max, 95 % CI
Variabel Independen		
Tingkat Pengetahuan	Kategorik	Jumlah, persentase (%)
Variabel Dependen		
Tindakan Keperawatan	Kategorik	Jumlah, persentase (%)

b. Analisa bivariat

Data yang diperoleh kemudian dianalisa menggunakan teknik statistik bivariat yaitu *chi-square* dengan tingkat kemaknaan (CI) 95%. Uji *chi square* mempunyai keterbatasan pada frekuensi harapan (E) dalam masing-masing sel tidak boleh terlampau kecil karena menimbulkan penggunaan uji ini mungkin kurang tepat, apabila keterbatasan tersebut terjadi pada saat uji *chi square*, maka peneliti harus menggabungkan kategori-kategori yang berdekatan dalam rangka memperbesar frekuensi harapan dari sel-sel tersebut (penggabungan ini dapat dilakukan untuk analisis tabel silang lebih dari 2x2, misalnya 3x2, 3x4, dan sebagainya) dan apabila keterbatasan terjadi pada tabel 2x2 (ini berarti tidak bisa menggabungkan kategorinya lagi), maka dianjurkan menggunakan uji *fisher's exact*. Penggabungan ini diharapkan tidak sampai membuat datanya kehilangan makna (Hastono, 2007).

Uji *chi-square* digunakan untuk menguji signifikansi hipotesis serta membandingkan kedua variabel yang dihubungkan berbentuk skala kategorik (Dahlan, 2006). Uji hipotesis dilihat dengan membandingkan nilai p dengan nilai $\alpha = 0,05$. H_0 ditolak jika $p < \alpha$. Peneliti menggunakan hipotesis H_a , sehingga jika nilai *p-value* $< \alpha$, maka H_a gagal ditolak. Penjelasan bivariat dapat dilihat pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Analisis Bivariat

No.	Variabel		Jenis Skala	Uji Statistik
	Independen	Dependen		
1.	Tingkat pengetahuan perawat	Tindakan keperawatan pasca operasi	Ordinal - Ordinal	<i>Chi-Square</i>

Menurut Supandi (2000), menyatakan nilai kemaknaan dari hasil suatu penelitian, nilai kemaknaan tersebut adalah sebagai berikut:

- a. nilai $p \text{ value} < 0,001$ berarti memiliki nilai amat sangat bermakna;
- b. nilai $0,001 \leq p \text{ value} < 0,01$ berarti memiliki nilai sangat bermakna;
- c. nilai $0,01 \leq p \text{ value} < 0,05$ berarti memiliki nilai bermakna;
- d. nilai $p \text{ value} > 0,05$ berarti tidak bermakna secara statistik;
- e. nilai $0,05 < p \text{ value} < 0,10$ berarti adanya kecenderungan ke arah kemaknaan secara statistik.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan perlu memperhatikan etika penelitian (Potter dan Perry, 2005; Wood dan Brink, 1998), sebagai berikut:

4.9.1 Informed consent

Pada penelitian ini, peneliti memberikan *informed consent* (lembar persetujuan) kepada responden yang berisi tentang informasi yang lengkap tentang tujuan penelitian dan prosedur penelitian. Responden yang bersedia menjadi subyek penelitian, diminta untuk menandatangani *informed consent* (formulir persetujuan). Namun, terhadap responden yang menolak, peneliti tidak melakukan paksaan ataupun ancaman apapun.

4.9.2 Confidentiality

Pernyataan bahwa informasi apapun yang berkaitan dengan responden tidak dilaporkan dengan cara apapun dan tidak mungkin diakses oleh orang lain selain peneliti. Pada penelitian ini, kerahasiaan responden dijaga dengan tidak menunjukkan data hasil penelitian kepada orang lain. Kerahasiaan informasi atau data yang diperoleh dari responden akan dijamin oleh peneliti dan hanya akan digunakan pada penelitian ini saja (*confidentiality*) serta akan dimusnahkan setelah proses pelaporan penelitian diterima sebagai hasil penelitian yang sah.

4.9.3 Anonymity

Anonymity yaitu suatu jaminan kerahasiaan identitas dari responden. Identitas responden dirahasiakan dan diberi kode tertentu sehingga bukan nama terang responden, peneliti hanya mencatatkan kode yang akan dilampirkan dalam hasil penelitian. Kesesuaian nama responden dan kode tersebut hanya diketahui peneliti.

4.9.4 Beneficence

Prinsip *beneficence* menekankan pada manfaat dan kebaikan yang akan diterima oleh responden (Watson, McKenna, Couman dan Keady, 2008). Manfaat penelitian ini bagi responden antara lain sebagai masukan bagi perawat dan institusi dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit khususnya dikeperawatan pasca operasi. Manfaat bagi peneliti antara lain dapat

mengembangkan wawasan peneliti terkait dengan penelitian yang telah dilakukan.

4.9.5 *Non-maleficence*

Etika yang menegaskan bahwa penelitian tidak berbahaya secara langsung pada subjek penelitian sebagai tujuan utamanya, karena tidak melakukan perlakuan apapun pada subjek penelitian. Subjek penelitian hanya diminta untuk mengisi lembar kuesioner terkait dengan tingkat pengetahuan perawat dan diobservasi dalam melakukan tindakan keperawatan.

4.9.6 *Justice*

Prinsip *justice* diwujudkan dengan memperlakukan setiap orang dengan moral yang benar dan pantas memberisetiap orang haknya, serta menekankan pada distribusi seimbang dan adil antara beban dan manfaat keikutsertaan (Komite Penelitian Etik Penelitian Kesehatan, 2003). Penerapan prinsip ini dilakukan oleh peneliti dengan cara memberikan perlakuan yang adil mencakup seleksi subyek yang adil dan tidak diskriminatif, perlakuan yang tidak menghukum bagi mereka yang menolak atau mengundurkan diri dari keikutsertaan dalam penelitian, subyek dapat mengakses penelitian setiap saat untuk mengklarifikasi informasi, subyek berhak mendapatkan penjelasan jika diperlukan, serta mengikutsertakan semua data responden yang memenuhi kriteria inklusi.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pelaksanaan penelitian beserta hasil dan pembahasan tentang hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca operasi dengan “*general aenesthesia*” di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember. Penelitian ini dilakukan selama satu bulan sejak tanggal 20 April 2013 - 20 Mei 2013. Jumlah responden sebanyak 20 perawat yang dinas di ruang pemulihan. Penelitian dilakukan mulai pukul 08.00 - 14.00 WIB.

Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSD dr. Soebandi yang terletak di jalan Dr. Soebandi 124 Jember, terdiri dari ruang elektif dan *emergency*. Peneliti melakukan penelitian di IBS elektif RSD dr. Soebandi Jember dengan alasan tindakan pembedahan lebih banyak dilakukan di IBS elektif dari pada *emergency*. IBS elektif terdiri dari 1 ruang *instrument*, 1 ruang pra operasi, 8 ruang operasi, dan 1 ruang pemulihan (RR).

Hasil penelitian ditampilkan dalam bentuk tabel dan narasi, sedangkan pada pembahasan ditampilkan dalam bentuk narasi. Data dianalisis univariat dan bivariat. Analisis univariat berisi data karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, lama kerja di RR dan lama kerja di area lain. Analisis bivariat terdiri dari tingkat pengetahuan perawat dan tindakan keperawatan pasca operasi.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data Umum

Data umum menggambarkan karakteristik responden penelitian di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember. Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 5.1 dan 5.2 di bawah ini.

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Lama kerja di RR dan Lama kerja di area lain di ruang pemulihan IBS dr. Soebandi Jember April-Mei 2013 (n=20)

Karakteristik Responden	Mean (th)	Median	SD	Min- Max	95% CI	
					Min	Maks
Usia	32,05	31,50	6,100	23-46	29,20	34,90
Lama Kerja di RR	8,45	8,00	3,634	2-15	6,75	10,15
Lama kerja di Ruang lain	7,20	7,00	1,936	4-10	6,29	8,11

Sumber: Data primer (2013)

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia perawat adalah 32,05 tahun, usia termuda adalah 23 tahun dan usia tertua adalah 46 tahun. Rata-rata lama kerja di RR rata-rata 8,45 tahun, dengan lama kerja di RR paling singkat adalah 2 tahun dan lama kerja paling lama adalah 15 tahun. Rata-rata lama kerja sebagai perawat di ruang lain 7,20 tahun, dengan lama kerja paling singkat adalah 4 tahun dan lama kerja paling lama adalah 10 tahun.

Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis kelamin, Tingkat Pendidikan dan Status kepegawaian di Ruang Pemulihan IBS dr. Soebandi Jember April-Mei 2013 (n=20)

Karakteristik Responden	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	12	60
	Perempuan	8	40
Total		20	100
Tingkat Pendidikan	D3 Keperawatan	18	90
	S1 Keperawatan	2	10
Total		20	100
Status Kepegawaian	Non PNS	3	15
	PNS	17	85
Total		20	100

Sumber: Data primer (2013)

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 20 perawat yang telah diteliti diketahui bahwa sebagian besar jenis kelamin adalah laki-laki 12 perawat (60%), dengan tingkat pendidikan terbesar (90%) adalah D3 keperawatan. Sebagian besar status kepegawaian atau sejumlah 17 perawat (85%) adalah PNS.

5.1.2 Data Khusus

Variabel penelitian dari hasil penelitian ini terdiri dari variabel yang meliputi tingkat pengetahuan perawat, tindakan keperawatan pasca operasi dan Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca operasi dengan “*general aenesthesia*” di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember. Pemaparan variabel penelitian dapat dilihat pada masing-masing tabel di bawah ini.

- a. Tingkat Pengetahuan Perawat di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember

Tabel 5.3 Distribusi Tingkat Pengetahuan Perawat di Ruang Pemulihan IBS dr. Soebandi Jember April-Mei 2013 (n=20)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Tingkat pengetahuan perawat	Baik	18	90
	Cukup	2	10
	Kurang	0	0
Total		20	100

Sumber: Data primer (2013)

Tabel 5.3 menunjukkan dari 20 perawat yang telah diteliti diketahui bahwa tingkat pengetahuan dengan kategori baik adalah 90% (18 responden) dan tidak ada perawat yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang.

- b. Tindakan Keperawatan Pasca Operasi dengan “*general aenesthesia*” di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember

Tabel 5.4 Distribusi Tindakan Keperawatan Pasca Operasi di Ruang Pemulihan IBS dr. RSD Soebandi Jember April-Mei 2013 (n=20)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Tindakan Keperawatan	Baik	18	90
	Cukup	2	10
	Kurang	0	0
Total		20	100

Sumber: Data primer (2013)

Tabel 5.4 menunjukkan dari 20 perawat yang telah diobservasi diketahui bahwa tindakan keperawatan dengan kategori baik adalah 90% (18 responden) dan tidak ada perawat yang melakukan tindakan keperawatan dengan kategori kurang.

Hasil distribusi indikator tindakan keperawatan pasca operasi yang diteliti oleh peneliti dapat dilihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5 Distribusi Indikator Tindakan Keperawatan Pasca Operasi di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember April-Mei 2013 (n=20)

Indikator	Kategori					
	Baik		Cukup		Kurang	
	F	%	F	%	F	%
Pengelolaan Jalan Napas	20	100	-	-	-	-
Monitoring Sirkulasi	19	95	1	5	-	-
Monitoring Cairan & Elektrolit	19	95	1	5	-	-
Monitoring Suhu	20	100	-	-	-	-
Menilai dengan <i>adrete score</i>	20	100	-	-	-	-
Keamanan dan Kenyamanan	20	100	-	-	-	-
Serah terima dengan OK	20	100	-	-	-	-
Serah terima dengan bangsal	20	100	-	-	-	-

Sumber: Data primer (2013)

Tabel 5.5 diatas menunjukkan dari 20 perawat yang diobservasi mayoritas melakukan semua tindakan keperawatan (100%) pasca operasi yang terdiri dari pengelolaan jalan napas, monitoring sirkulasi, monitoring cairan dan elektrolit,

monitoring suhu, menilai dengan *adrete score*, keamanan dan kenyamanan, serah terima dengan petugas OK dan serah terima dengan petugas di bangsal.

c. Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan Pasca Operasi di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember

Tabel 5.6 Distribusi Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan Pasca Operasi dengan “*general aenesthesia*” di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember April-Mei 2013 (n=20)

Tingkat Pengetahuan Perawat	Tindakan Keperawatan				Total		P Value
	Baik		Cukup				
	F	%	F	%	F	%	
Baik	18	90	-	-	18	90	0,005*
Cukup	-	-	2	10	2	10	
Total	18	90	2	10	20	100	

* = bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.6 Menunjukkan perawat yang mempunyai pengetahuan dan tindakan keperawatan dengan kategori baik ada 18 perawat (90%). Sedangkan perawat yang mempunyai tingkat pengetahuan dan tindakan keperawatan dengan kategori cukup ada 2 perawat (10%).

Analisa data dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square*. Peneliti menggunakan tabel 2x2 karena kategori kurang tidak ada karena katogori kurang tidak ada nilainya. Sehingga diperoleh tabel 2x2 (lampiran I) sehingga tidak layak menggunakan uji dengan *chi-square* karena terdapat 3 cells (75%) yang memiliki nilai *expected* yang kurang dari 5, nilai ekspektasi minimal adalah 0,20. Oleh karena itu, uji yang digunakan adalah uji alternatifnya yaitu *fisher exact test*. Hasil analisis statistik *fisher exact test* didapatkan bahwa ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pasca operasi

dengan “*general aenesthesia*” di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember (p : 0,005 α : 0,05).

5.2 Pembahasan

Pembahasan pada penelitian ini disajikan dalam bentuk narasi berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh. Penjabaran dari pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian yang terdiri dari karakteristik responden, pengetahuan perawat pasca operasi, tindakan keperawatan pasca operasi dan hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pasca operasi dengan *general aenesthesia*.

5.2.1 Karakteristik Responden di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember.

Jumlah responden pada penelitian ini sebanyak 20 perawat dengan menggunakan teknik *total sampling*. Hasil karakteristik responden yang diperoleh dalam penelitian ini dibagi menjadi 6 yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status kepegawaian, lama kerja di pemulihan dan lama kerja di area lain. Karakteristik perawat dapat dilihat pada tabel 5.1 untuk usia, lama kerja di RR dan lama kerja di ruang lain. Tabel 5.2. menggambarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status kepegawaian.

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia dari 20 perawat adalah 32,05. Dalam bekerja umur mempengaruhi produktivitas, usia rata-rata perawat tergolong dalam usia produktif sehingga berpeluang untuk mencapai produktivitas kinerja yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Dessler

(1998), yaitu usia produktif adalah 25 - 35 tahun, pada tahap ini merupakan penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut. Usia 35 - 40 tahun merupakan tahap pematangan karir untuk mencapai tujuan sedangkan puncak karir terletak pada usia 40 tahun. Penelitian Gambrell (2005) dan Willingham menunjukkan bahwa penambahan usia menunjukkan tingkat kedewasaan dan bertambahnya pengetahuan individu. Peneliti berpendapat bahwa usia produktif adalah usia dewasa pertengahan, pada usia ini perawat akan memusatkan harapannya untuk mendapatkan pekerjaan, memilih teman hidup, membentuk keluarga dan bersosialisasi. Hal ini didukung juga oleh pernyataan Sinolungan (1997) yang mengatakan bahwa masa dewasa tengah (25-40 tahun) ditandai sikap mantap memilih teman hidup dan membangun keluarga.

Usia merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan dari seseorang. Mubarak *et al* (2007) menyatakan bahwa pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah faktor usia. Usia merupakan suatu indikator umum tentang kapan suatu perubahan akan terjadi. Usia menggambarkan pengalaman dalam diri seseorang sehingga terdapat keragaman tindakan berdasarkan usia yang dimiliki (Sujarwo, 2004). Menurut penelitian Ismael (2009), usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas perawat. Kedewasaan adalah tingkat kemampuan teknis dalam melakukan tugas maupun kedewasaan psikologis, semakin bertambah lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan seseorang, demikian juga psikologisnya akan menunjukkan kematangan jiwa. Meningkatnya usia seseorang, akan meningkat

pula kebijakan dan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan dan berpikir rasional.

Menurut Notoatmojo (2003), bertambahnya usia akan mempengaruhi tingkat pengelihan, persepsi maupun kemampuan seseorang didalam menerima informasi, sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan. Usia berhubungan dengan sikap kedewasaan dan akan berdampak kepada tanggung jawab individu. Peneliti berasumsi bahwa semakin umur dewasa seorang perawat, makin tinggi tingkat pengalamannya. Semakin lama masa kerjanya maka pengalamannya dalam menjalankan tugas dibidang keperawatan akan semakin meningkat. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yng dilakukan oleh Siagian (2004), yang menyatakan bahwa semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknisnya, usia lebih dewasa umumnya lebih bertanggung jawab, lebih teliti, lebih bermoral dan lebih berbakti dari pada usia muda. Peneliti berpendapat bahwa kedewasaan seseorang tidak tergantung pada tingkat usianya, tetapi tergantung bagaimana seseorang itu bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukannya. Sesuai dengan pernyataan Danim (2004), manusia disebut dewasa jika berani bertanggung jawab atas perbuatannya.

Karakteristik kedua adalah jenis kelamin, hasil penelitian pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 20 perawat, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki ada 12 perawat (60%). Menurut Nurachmah (2001), bentuk pelayanan kesehatan di rumah sakit yang diberikan kepada klien/pasien adalah tim, tim keperawatan yang memberikan pelayanan kepada klien termasuk tim keperawatan baik laki-laki maupun perempuan. Menurut Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber

Daya Manusia (BPPSDM) (2007), pengaruh jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan. Ada pekerjaan yang secara umum lebih baik dikerjakan oleh laki-laki, ada sisi lain yang positif dalam karakter perempuan yaitu ketaatan dan kepatuhan dalam bekerja sehingga mempengaruhi kerja personal. Jenis kelamin umumnya digunakan untuk membedakan seks seseorang, yaitu laki-laki atau perempuan. Penelitian psikologis telah menemukan bahwa laki-laki lebih cepat dalam pengambilan keputusan dan lebih besar kemungkinan dalam memiliki pengharapan untuk sukses, sehingga laki-laki lebih baik kinerjanya dibandingkan dengan perempuan.

Penjelasan yang paling logis adalah bahwa secara historis perempuan bertanggung jawab terhadap rumah tangga dan keluarga (Robbins & Judge, 2001 dalam Elvarida, 2010). Pengaruh jenis kelamin laki-laki dengan tindakan keperawatan karena jenis kelamin laki-laki lebih dipersepsikan memiliki kerja yang cepat, tegas dan lebih cepat dalam pengambilan keputusan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muzaputri (2008), dimana perawat laki-laki lebih banyak bekerja di ruangan yang membutuhkan tenaga lebih banyak, kecepatan dan ketepatan dalam mengambil keputusan seperti kamar instalasi gawat darurat dan ruang bedah.

Karakteristik ketiga adalah tingkat pendidikan, sebagian besar tingkat pendidikan adalah D3 keperawatan sebanyak 18 perawat. Profil perawat profesional merupakan gambaran dan penampilan menyeluruh perawat dalam melakukan aktifitas keperawatan sesuai dengan kode etik keperawatan. Notoatmodjo (2007) menerangkan pengetahuan sangat erat kaitannya dengan

pendidikan, dengan pendidikan tinggi maka individu tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Hal tersebut mengindikasikan bahwa tingkat pendidikan yang berbeda dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan tindakan keperawatan pasca operasi. Oleh karena itu diperlukan pendidikan berkelanjutan bagi perawat dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam menangani pasien pasca operasi menjadi lebih baik. Pendidikan diharapkan mampu mengubah pola pikir seseorang yang pada berikutnya mempengaruhi pengetahuan dan pengambilan keputusan seseorang. Berdasarkan hasil penelitian di ruang pemulihan IBS dr. Soebandi adalah D3 keperawatan, sesuai dengan ketentuan keputusan Menteri Kesehatan RI tahun 2001 bahwa tenaga perawat di sarana pelayanan kesehatan minimal D3 keperawatan.

Mantra (dalam Bayora, 2005) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah seseorang menerima informasi baik dari orang lain maupun dari media masa. Mengutip dari teori di atas dengan kenyataan yang ada di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember bahwa sebagian besar pendidikan perawat adalah D3 keperawatan yang merupakan pendidikan tinggi keperawatan. Menurut *U.S Department Of Labor* (2005), lulusan sarjana muda dan diploma atau setingkat merupakan sumber daya yang paling signifikan dalam dunia kerja (Perry & Potter, 2009). Walaupun sebagian besar pendidikan perawat adalah tamat diploma, namun tingkat pengetahuan dan tindakan keperawatan yang dilakukan mayoritas katogori baik. Hal ini dikarenakan setiap perawat rata-rata pernah mengikuti pelatihan lebih dari 6 bulan yang diadakan disetiap instansi rumah sakit lain sehingga setiap perawat memiliki

kemampuan/*skill* di bidang anastesi, gawat darurat dan *intensif care unit* (ICU). Setiap perawat beranggapan bahwa *skill* yang dimiliki sangat sesuai dengan kebutuhan tempat kerjanya.

Karakteristik keempat adalah status kepegawaian, tabel 5.2 menunjukkan dari 20 perawat yang diteliti sebagian besar status kepegawaian adalah PNS sebanyak 17 perawat (85%). Berdasarkan UU No.43 / 1999, Pegawai Negeri Sipil (PNS) terdiri dari, pegawai negeri sipil pusat yang gajinya dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja negara, dan. Pegawai Negeri Sipil Daerah Propinsi/Kabupaten/Kota yang gajinya dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja daerah dan bekerja pada pemerintah daerah (Anonim, 2007). Sedangkan Non Pegawai Negeri Sipil adalah Warga Negara Indonesia yang telah memenuhi syarat yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang sebagai pegawai pada suatu lembaga negara dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku pada masing-masing lembaga negara terkait (Anonim, 2008).

Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil memiliki perbedaan situasi dan kondisi yang mendorong individu memiliki sikap kerja yang berbeda. Didalam diri seseorang terdapat standar keunggulan individu yang dipengaruhi oleh keadaan jasmani, intelegensi, kepribadian, minat, pengalaman keberhasilan, tingkat pendidikan, lingkungan masyarakat serta komitmen terhadap organisasi. Sehingga, keadaan dari dalam individu yang berbeda itulah yang mendorong munculnya motivasi berprestasi pada Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil (Yustisia, 2009).

Status PNS bagi perawat yang bekerja di rumah sakit pemerintah memberikan rasa aman yang lebih karena sudah ada peraturan pemerintah yang menjamin tentang gaji, tunjangan hari tua, asuransi dan tata cara kenaikan pangkat. Pandangan lain dari PNS dari teman sejawat dan masyarakat adalah penghargaan, rasa hormat terhadap statusnya sebagai perawat pemerintah. Semua ini dapat berefek terhadap meningkatnya kepuasan dan motivasi perawat dalam bekerja sehingga hasil kerja perawat PNS sepatutnya lebih baik dari pada perawat non PNS. Peneliti berpendapat tidak ada pengaruh antara perawat yang berstatus pegawai negeri sipil dan non pegawai negeri sipil terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan di rumah sakit, hal ini di buktikan baik perawat dengan status pns dan non pns tetap melakukan tugasnya sebagai perawat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Asnan (2001) dan Herleni (2007) yaitu tidak ada hubungan yang signifikan antara status kepegawaian dengan tindakan keperawatan. Tetapi, penelitian yang dilakukan oleh Rivai (2003) berbeda, hasilnya menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara status kepegawaian dengan tindakan keperawatan. Peneliti berpendapat perbedaan hasil penelitian tersebut terjadi karena adanya perbedaan karakteristik individu atau budaya kerja tempat penelitian itu dilakukan.

Karakteristik selanjutnya adalah lama kerja di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi. Tabel 5.1, menunjukkan bahwa rata-rata lama kerja di pemulihan dari 20 perawat adalah 8,45 tahun. Lama kerja paling singkat adalah 2 tahun dan lama kerja paling lama adalah 15 tahun. Lama kerja perawat berpengaruh pada pengetahuan dan keterampilan yang yang dimiliki, selain pendidikan formal yang

harus dimiliki oleh seorang perawat, lamanya suatu pekerjaan juga mempengaruhi kedudukan status dalam berorganisasi dalam bekerja, karena lamanya bekerja dalam bidang pekerjaan menggambarkan pengalaman dan kemampuan akan keterampilan akan posisi pekerjaannya. Proses belajar dapat memberikan keterampilan, apabila keterampilan tersebut dipraktikkan, akan semakin tinggi tingkat keterampilannya, hal ini dipengaruhi oleh masa kerja seseorang yang bekerja dalam suatu badan/instansi.

Semakin lama seseorang bekerja, maka keterampilan dan pengalamannya juga semakin meningkat (Robbins & Judge, 2008). Hal ini sejalan dengan penelitian Edyana (2008) yang mengungkapkan bahwa pengalaman atau lama bekerja ada hubungan dengan kemampuan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan. Peneliti berpendapat bahwa perawat senior lebih berpengalaman dan memiliki keterampilan yang lebih dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Tetapi produktivitasnya dapat menurun apabila tidak diimbangi dengan lingkungan kerja yang produktif. Peningkatan kinerja dapat diupayakan dengan memotivasi dan menciptakan lingkungan kerja yang mendorong perawat harus bekerja profesional, bukan bekerja karena kewajiban atau hal yang rutin dikerjakan setiap hari. Hal ini sesuai dengan pendapat Tappen (2004) bahwa lama kerja yang tidak didukung oleh pengembangan staf yang baik akan menurunkan kualitas kerjanya. Peneliti berpendapat bahwa lama masa kerja dan pengalaman kerja akan mempengaruhi tingkat keterampilan dan kematangan seseorang dalam bekerja.

Karakteristik yang terakhir adalah lama kerja di area lain. Tabel 5.1, menunjukkan bahwa adalah lama kerja di ruang lain dari 20 responden adalah 7,20 tahun. Lama kerja paling singkat adalah 3 tahun dan lama kerja paling lama adalah 10 tahun. Masa kerja seseorang akan menentukan pengalaman dan keterampilan perawat yang merupakan dasar prestasi dalam bekerja. Semakin lama perawat bekerja disuatu instansi, maka tingkat pengetahuan dan keterampilan perawat akan semakin meningkat. Sebagaimana pendapat yang dikemukakan oleh Swanburg (2000) yang menyatakan bahwa semakin bertambah masa kerja seseorang maka semakin bertambah pengalaman kliniknya, sehingga pengalaman dan masa kerja saling terkait. Semakin bertambah masa kerja seseorang maka akan bertambah pula pengalaman klinik dan keterampilan klinisnya. Lebih lanjut dikemukakan bahwa semakin bertambah pengalaman praktik yang dimiliki perawat akan membantu dalam menghadapi kendala kerja dengan cepat dan tanggap. Roche (2002) juga mengemukakan bahwa pengalaman praktik akan menambah pengalaman belajar klinis, dimana diperlukan untuk memenuhi keterampilan membuat keputusan. Peneliti berpendapat bahwa keterpaparan dengan masalah klinik dilahan praktik keperawatan memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengaplikasikan dan membiasakan keterampilannya.

5.2.2 Tingkat Pengetahuan Perawat di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember

Pengetahuan merupakan suatu faktor yang mempengaruhi perilaku. Pencapaian suatu respon sehingga dapat menghasilkan suatu tindakan, syarat pengetahuan harus mencapai beberapa tingkatan. Menurut Notoatmodjo (1993) tingkatan dalam pengetahuan ada enam antara lain tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Enam domain dalam tingkatan pengetahuan harus diberikan sehingga hasil yang diinginkan untuk merubah suatu perilaku dapat tercapai. Mubarak *et al* (2007), menyatakan perilaku yang didasari pengetahuan akan menjadi langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Pendidikan, umur, pengalaman merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan dari seorang perawat yang dapat diambil dari faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan oleh Muliono *et al* (2007). Dari hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 20 perawat di ruang pemulihan didapatkan bahwa sebagian besar pengetahuan perawat dengan kategori baik ada 18 responden (90%), dan tidak ada perawat yang mempunyai tingkat pengetahuan dengan kategori kurang. Pengetahuan perawat pasca operasi mayoritas mempunyai tingkat pengetahuan dengan kategori baik, disebabkan oleh adanya beberapa faktor yang mempengaruhinya.

Tingkat pengetahuan perawat yang tidak semuanya mempunyai pengetahuan dengan kategori baik dikarenakan perbedaan tingkat pendidikan, Pendidikan merupakan suatu faktor yang menentukan dalam mendapatkan

pengetahuan. Pengetahuan seorang perawat bervariasi tergantung pola pendidikan yang dimiliki. Hal ini berkaitan dengan perkembangan dari ilmu keperawatan, kedalaman dan luasnya ilmu pengetahuan akan mempengaruhi kemampuan perawat untuk berpikir kritis dalam melakukan tindakan keperawatan. Pendidikan sangat berhubungan dengan intelektualitas yang dimiliki perawat. Perawat yang memiliki pendidikan yang tinggi tentu memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi.

Faktor selanjutnya adalah perbedaan pengalaman, pengalaman merupakan suatu kejadian yang pernah dialami oleh seseorang sebagai akibat interaksi dengan lingkungannya. Mayoritas lama kerja perawat di ruang pemulihan lebih dari 5 tahun. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rohim (2008), bahwa semakin lama seseorang bekerja maka semakin baik hasil kerjanya dalam melakukan tindakan. Semakin lama perawat bekerja maka semakin banyak kasus yang ditanganinya sehingga semakin banyak pula pengalaman yang dimiliki perawat tersebut, sebaliknya semakin singkat perawat itu bekerja maka semakin sedikit kasus yang ditangani. Pengalaman bekerja banyak memberikan keahlian dan keterampilan dalam bekerja. Pengetahuan dan keterampilan yang terus diasah dengan variasi kasus yang dihadapi dapat menambah pengetahuan perawat. Perbedaan tingkat pengetahuan berdampak pada tindakan yang diberikan oleh perawat pada pasien. Sehingga ada beberapa indikator yang tidak dilakukan oleh perawat.

5.2.3 Tindakan Keperawatan Pasca Operasi dengan *General Aenesthesia* di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember

Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan: berpikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan) (Sarwono, 1993). Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri, yang mempunyai bentangan yang sangat luas mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpikir, persepsi dan emosi. Perilaku juga dapat diartikan sebagai aktifitas organisme, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung (Notoatmodjo, 2007). Menurut Notoatmojo (1993), tindakan atau praktik adalah respon atau reaksi konkret seseorang terhadap stimulus atau objek. Respon ini sudah dalam bentuk tindakan (*action*) yang melibatkan aspek psikomotor atau seseorang telah mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi.

Hasil penelitian pada tabel 5.4 menunjukkan telah dilakukan observasi terhadap 20 responden menunjukkan mayoritas perawat melakukan tindakan keperawatan dengan kategori baik ada 18 responden (90%), dan tidak ada perawat yang melakukan tindakan keperawatan dengan kategori kurang. Hasil tersebut menunjukkan tidak semua perawat melakukan tindakan dengan kategori baik karena ada 2 perawat yang tingkat pengetahuannya cukup sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan juga dengan kategori cukup. Tindakan-tindakan yang

dilakukan adalah monitoring jalan napas, monitoring sirkulasi, monitoring cairan dan elektrolit, monitoring suhu, menilai dengan *adrete score*, mengelola keamanan dan kenyamanan pasien, serah terima dengan petugas OK dan serah terima dengan petugas di bangsal. Rata-rata lama pasien yang masuk ruang pemulihan < 60 menit. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tri Subekti, dkk (2007) bahwa rata-rata lama perawatan pasien di ruang pemulihan adalah 54,9 menit. Hal ini tidak sejalan dengan Direktorat Jendral Pelayanan Medik dan Keperawatan Departemen Kesehatan tahun 2002 bahwa ketergantungan pasien di ruang pemulihan adalah 60 menit. Peneliti berpendapat perbedaan lama pasien di ruang pemulihan dikarenakan keterampilan yang dimiliki setiap perawat dalam merawat pasien berbeda dan perbedaan kondisi pasien pasca operasi. Apabila pasien di ruang pemulihan \geq 60 menit, kondisi pasien masih kritis, maka pasien di bawa ke ruang *high care unit* (HCU) untuk mendapatkan perawatan yang lebih intensif.

Indikator pertama pengelolaan jalan napas yang dipantau antara lain, memantau frekuensi pernapasan, mengkaji adanya suara napas, mengkaji adanya pergerakan rongga dada, melakukan *suction* terhadap penyumbatan sekret di jalan napas dan memberikan terapi oksigen sesuai indikasi. Tabel 5.5 menunjukkan dari 20 perawat yang diobservasi terhadap indikator pengelolaan jalan napas dengan kategori baik sebanyak 20 responden (100%). Menurut Smeltzer & Bare (2001), bahwa kepatenan jalan nafas dan fungsi pernafasan selalu dievaluasi pertama kali setiap 15 menit diikuti dengan sistem kardiovaskuler. Menurut Majid *et al* (2011) bahwa laju pernapasan dilakukan setiap 15-30 menit. Tujuan utama

tindakan ini adalah mempertahankan ventilasi pulmonal dan mencegah hipoksemia dan hiperkapnea.

Monitoring jalan napas (*airway*) di ruang pemulihan dilakukan dengan mengobservasi tanda-tanda sumbatan seperti retraksi dinding thorax atau supraklavikula pada saat inspirasi dan/atau munculnya bising nafas. Jalan nafas yang baik paling mudah dipertahankan pada posisi miring ke kiri . Posisi ini memungkinkan lidah dan *pallatum molle* jatuh ke arah depan jauh dari rongga *orofaring*. Pemeliharaan jalan nafas yang baik disebut sebagai aspek terpenting dalam perawatan pasca operasi. Penggunaan *endotracheal tube* (ETT) merupakan salah satu cara untuk menjaga jalan nafas pada masa pemulihan. Penghisapan cairan (*suction*) di *orofaring* harus dilakukan sebelum pelepasan *endotracheal tube* untuk mencegah adanya lendir yang menyumbat di saluran nafas. Gerakan dada harus simetris dan respirasi teratur dan mudah. Untuk memantau frekuensi pernapasan di ruang pemulihan menggunakan alat ventilator yang terpasang pada setiap pasien. Terapi oksigen diberikan setelah operasi (atau ditentukan) untuk mempertahankan saturasi oksigen di atas 95% (Woodrow, 1999) dalam rangka mempertahankan tingkat kebutuhan oksigenasi dan untuk mencegah hipoksia / hipoksemia (Dunn, 1998).

Respirasi dapat diamati dengan memonitor pergerakan dada atau dengan melakukan ekspirasi melalui hidung pasien. Oksigenasi juga dapat diperkirakan dalam beberapa derajat dengan mengamati warna kulit pasien. Warna kebiruan menunjukkan terjadinya hipoksia, hal ini paling mudah dilihat pada sekitar bibir atau lidah. Untuk dapat menentukan warna tersebut dibutuhkan pencahayaan yang

baik. Kecepatan nafas dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu bradipneu dan takipneu . Bradipneu atau nafas lambat biasanya terjadi akibat penggunaan opioid selama operasi dan biasanya disertai dengan pupil yang mengecil. Hal ini dapat menghilang secara spontan setelah obat anestesi tereliminasi dan pasien tersadar. Takipnea atau nafas cepat dapat berkaitan dengan agen volatile tertentu (khususnya eter), asidosis, hipovolemia, nyeri, hipokseia, atau masalah respirasi lain (Rotrock, 1999).

Indikator kedua monitoring sirkulasi yang dipantau adalah memantau nadi, tekanan darah, mengkaji adanya sianosis, mengkaji akral pasien, memantau keadaan kulit dan memantau turgor kulit. Tabel 5.5 menunjukkan dari 20 perawat yang diobservasi pada indikator monitoring sirkulasi dengan kategori baik sebanyak 19 responden (95%), dan sisanya kategori cukup. Baradero (2008), menyatakan nadi yang cepat dan lemah disertai dengan penurunan tekanan darah, gelisah, kulit pucat, dingin dan basah menunjukkan perdarahan atau kegagalan sirkulasi. Majid *et al* (2011), menyatakan pemantauan tanda vital dilakukan tiap 15 menit sekali selama pasien berada di ruang pemulihan. Kecepatan jantung harus berada pada keadaan normal, kira-kira 60 - 90 kali per menit (Baradero *et al*, 2008). Semua pasien dengan GA dilakukan pemasangan monitoring EKG.

Indikator ketiga monitoring cairan dan elektrolit yang dipantau adalah monitoring aliran cairan infus, mengatur tetesan cairan infus dan memberikan cairan infus sesuai kebutuhan pasien. Tabel 5.5 menunjukkan dari 20 responden yang diobservasi pada indikator monitoring cairan dan elektrolit dengan kategori baik sebanyak 19 responden (95%) dan sisanya kategori cukup. Secara umum

tindakan yang dilakukan perawat sudah baik terhadap monitoring cairan dan elektrolit, namun perawat perlu mamantau dengan teliti agar tidak terjadi hal-hal yang merugikan bagi pasien.

Kondisi di ruang pemulihan tidak sesuai dengan pedoman perawatan pasacaoperatif di ruang pemulihan yang disarankan *American Society of Post Anesthesia Nurses* (1987) yang mengatakan masukan dan keluaran cairan perlu diukur secara teliti di ruang pemulihan. Cairan intravena perlu diatur, dan dicatat jumlah cairan yang masuk. Keluaran cairan ditentukan dengan pemantauan melalui urin, drain, dan jumlah perdarahan (Rothrock, 1999). Pemantauan cairan pasca-operasi di ruang pemulihan sangat diperlukan karena bila pasien bisa mengalami hipovolemia dan hipervolemia. Hipovolemia terjadi karena perdarahan dan penguapan tubuh bertambah karena pemberian gas anestesi yang kering dan luka operasi yang lebar menambah penguapan tubuh meningkat sehingga kehilangan cairan lebih banyak. Hipervolemia pada pasien pasca-operasi disebabkan pemberian cairan intravena melebihi 30% dari yang seharusnya, dan kesalahan dalam pemantauan hemodinamik (Thaib M.,R.,1989).

Indikator keempat monitoring suhu, pada tabel 5.5 menunjukkan dari 20 perawat yang diobservasi terhadap indikator monitoring suhu dengan kategori baik sebanyak 20 reponden (100%). Pada dasarnya tidak semua pasien mengalami hipotermia sehingga pengelolaan ini sering tidak mendapat perhatian. Perawat di pemulihan hanya memantau suhu lewat ventilator yang terpasang pada pasien dan memberikan selimut. Menurut Smeltzer & Bare (2001), bahwa pasien yang mengalami anestesi mudah menggigil, selain itu pasien menjalani pemajanan

lama terhadap dingin dalam ruang operasi dan menerima cairan intravena yang cukup banyak sehingga harus dipantau terhadap kejadian hipotermia 24 jam pertama pasca operasi. *Association of Operating Room Nursing* (1997) menyarankan ruangan dipertahankan pada suhu yang nyaman, dan selimut disediakan untuk mencegah menggigil (Rothrock, 1999).

Indikator kelima adalah menilai dengan *adrete score* yang dipantau adalah melakukan penilaian dengan menggunakan *aldrete score*, mendokumentasikan skor pemindahan pasien ke ruang perawatan, dan mendokumentasikan semua penatalaksanaan tindakan pasca operasi yang dilakukan di ruang pemulihan. Pada tabel 5.5 menunjukkan dari 20 perawat yang diobservasi pada indikator menilai dengan *adrete score* dengan kategori baik sebanyak 20 responden (100%). Penilaian pasien dengan *aldrete score* semua dilakukan dengan baik. Keadaan ini sesuai dengan kriteria dan pedoman penilaian unit perawatan pasca operasi yang disarankan oleh Smeltzer & Bare (2001) menyatakan penilaian pasien pasca operasi di ruang pemulihan menggunakan *adrete score*. Keadaan ini didukung oleh adanya prosedur tetap ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember tentang penilaian kesadaran dengan *aldrete score*.

Indikator keenam adalah pengelolaan keamanan dan kenyamanan pasien yang dipantau mengkaji kesadaran pasien, memasang *side rail* pada tempat tidur pasien, memberikan posisi *supinasi* pada pasien pasca operasi, mengkaji kebersihan mulut, monitoring adanya mual dan muntah. Tabel 5.5 menunjukkan dari 20 perawat yang diobservasi pada indikator menilai dengan *adrete score* dengan kategori baik sebanyak 20 responden (100%). Kondisi ini sesuai dengan

prosedur tetap yang dibuat ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember. Smeltzer & Bare (2001) mengatakan setiap pasien pasca operasi diamankan dengan pengikat untuk menahan selimut dan merestrain pasien, pagar sisi tempat tidur harus terpasang untuk menjaga agar pasien tidak terjatuh. Tindakan yang dilakukan di ruang pemulihan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut adalah melakukan tindakan pengamanan pasien diantaranya memasang pengaman pada tempat tidur (*Journal AORN* Februari 1997). Pasien yang tidak dilakukan pengamanan merupakan kelalaian petugas ruang pemulihan, karena dalam prosedur tetap mengatakan bahwa setiap pasien pasca-operasi harus dipasang *side rail* pada tempat tidur.

Indikator ketujuh adalah serah terima dengan petugas ruang operasi yang dipantau adalah mengkomunikasikan dengan dokter ahli anestesi/ ahli bedah mengenai pemindahan pasien ke ruang pemulihan, mengkomunikasikan dengan perawat intra operasi mengenai pemindahan pasien ke ruang pemulihan. Tabel 5.5 menunjukkan dari 20 perawat yang diobservasi pada indikator serah terima dengan petugas ruang operasi dengan kategori baik sebanyak 20 responden (100%). Hal ini sesuai dengan kriteria yang dianjurkan oleh *American Society of Post Anesthesia Nurses* (1987) yang mengatakan bahwa setelah pasien diterima di ruang pemulihan, prosedur serah terima harus dilakukan secara verbal dan diberikan secara langsung kepada petugas ruang pemulihan. Keadaan ini sesuai dengan prosedur tetap keperawatan pasien pasca-operasi yang disusun oleh ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember tahun 2004, tetapi belum ada pedoman tertulis tentang serah terima pasien di ruang pemulihan yang disusun oleh ruang

pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember, sehingga keadaan ini memungkinkan adanya kelalaian, dan belum ada legalitas tindakan yang dilakukan selama serah terima. Menurut Smeltzer & Bare (2001), hal-hal yang harus dilaporkan dalam serah terima pasien pascaoperasi meliputi diagnosis medis dan jenis pembedahan, usia, kondisi umum, tanda-tanda vital, kepatenan jalan nafas, obat-obat yang digunakan, masalah yang terjadi selama pembedahan, cairan yang diberikan, jumlah perdarahan, informasi tentang dokter bedah dan anestesi.

Indikator terakhir adalah serah terima dengan petugas ruang perawatan/bangsal yang dipantau adalah mengkomunikasikan dengan dokter ahli anestesi/ ahli bedah mengenai pemindahan pasien ke ruang perawatan, mengkomunikasikan dengan perawat di bangsal mengenai pemindahan pasien ke bangsal, dan mengkomunikasikan dengan keluarga pasien/ orang terdekat tentang pemindahan pasien ke ruang perawatan (bangsal). Tabel 5.5 menunjukkan dari 20 perawat yang diobservasi pada indikator serah terima dengan petugas ruang perawatan/bangsal dengan kategori baik sebanyak 20 perawat (100%). Pelaksanaan serah terima secara keseluruhan baik. Faktor keamanan harus dipertimbangkan dalam memindahkan pasien dari ruang pemulihan. Sebelum dipindahkan, laporan yang perlu disampaikan meliputi prosedur operasi yang dilakukan, kondisi umum pasien, kejadian pasca-operasi, informasi tentang balutan, drain, alat pemantauan, obat yang diberikan, cairan yang masuk dan keluar dan informasi lain yang ditentukan oleh protokol institusi, informasi kepada keluarga tentang kondisi pasien (Rothrock, 1999).

5.2.4 Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan *General Aenesthesia* di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember

Pengetahuan merupakan hasil dari mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja setelah dilakukan pengamatan pada suatu obyek yang dapat menjadi bagian penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang (Notoatmojo, 2003). Tindakan keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan atau sesuai dengan lingkungan wewenang dan tanggung jawabnya (Hamid, 2000). Menurut Notoatmodjo (2003), tindakan terjadi setelah seseorang mengetahui stimulus, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui dan memberikan respon batin dalam bentuk sikap. Proses selanjutnya diharapkan subjek akan melaksanakan apa yang diketahui atau disikapinya.

Hasil penelitian yang dilakukan di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember menunjukkan ada 18 perawat (90%) mempunyai tingkat pengetahuan dan melakukan tindakan keperawatan dengan kategori baik, dan 2 perawat (10%) mempunyai tingkat pengetahuan dan melakukan tindakan keperawatan dengan kategori cukup. Peneliti berpendapat walaupun pendidikan perawat adalah D3 keperawatan, namun faktor yang paling berpengaruh adalah pengalaman kerja perawat lebih dari 5 tahun. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian

Rokim (2008) menyatakan semakin lama seseorang bekerja, maka keterampilan dan pengalamannya juga semakin meningkat.

Hasil analisa data pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pasca operasi dengan *general aenesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada pada tabel 5.7. Menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pasca operasi dengan *general aenesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember. Semakin baik pengetahuan perawat tentang tindakan pasca operasi maka semakin baik pula tindakan keperawatan pasca operasi yang dilakukan oleh perawat tersebut (Harianto *et al*, 2004)

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmojo (2003) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat tinggi untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahardyan dan Murdeani (2006) bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan responden tentang keperawatan pasca operasi maka semakin baik dalam melakukan tindakan keperawatan pasca operasi. Karena itu dari pengalaman dan penelitian terbukti perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari ilmu pengetahuan (Ali, 2003). Pengetahuan merupakan pangkal dari sikap, sedangkan sikap akan mengarah pada tindakan seseorang (Notoatmojo, 2003).

Pengetahuan yang didapatkan oleh responden sangat berpengaruh terhadap tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan tindakan pasca operasi. Semakin baik pengetahuan perawat maka semakin baik pula tindakan yang dilakukan oleh perawat terhadap penanganan pasca operasi . Pengetahuan tidak selamanya didapatkan dari pendidikan tetapi bisa diperoleh melalui pelatihan maupun seminar (Notoatmojo 2003).

Pengetahuan diperoleh dari pendidikan, pengajaran, seminar atau pelatihan dan pengalaman itu terbukti kebenarannya. Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada responden, bahwa pengetahuan responden diperoleh melalui pendidikan pada waktu duduk di bangku perkuliahan dan pengalaman maupun pelatihan yang pernah diikuti selama responden menjadi perawat. Oleh karena itu pengetahuan seseorang akan suatu hal akan mempengaruhi perilaku perawat, hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003:169), bahwa alasan seseorang berperilaku karena adanya beberapa faktor salah satunya pengetahuan. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian yang dilakukan oleh Hariato, dkk. (2004), dan Wardasuri (2004) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan responden dengan tindakan responden.

Pengetahuan yang baik dari para perawat dapat menjadikan perawat bertindak lebih baik dalam melakukan tindakan keperawatan pasca operasi. Dengan pengetahuan yang baik maka perawat dapat lebih dinamis dalam menerima informasi baru yang berkaitan dengan penanganan pasien pasca operasi. Menurut Winkel (dalam Notoatmojo, 2003), pendidikan formal merupakan pendidikan terencana dan terorganisir. Melalui proses ini seseorang

memperoleh pemahaman, keterampilan dan sikap serta nilai-nilai yang menghantarkan untuk ke arah kedewasaan dalam bertindak.

Teori Lawrence Green (1980): dalam Notoadmojo (2003), perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu; faktor predisposisi (*predisposing factor*), meliputi pengetahuan, sikap, nilai-nilai, kepercayaan, persepsi; faktor pemungkin (*enabling factor*), yang merupakan faktor pendukung. Faktor ini bisa sekaligus menjadi penghambat atau mempermudah niat suatu perubahan perilaku dan perubahan lingkungan yang baik. Faktor pendukung (*enabling factor*) meliputi ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas; faktor pendorong (*reinforcing factor*), faktor penguat atau pendorong merupakan penguat terhadap timbulnya niat dan sikap untuk melakukan sesuatu atau berperilaku. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) meliputi program kesehatan, peraturan, undang-undang, kebijakan-kebijakan dan perilaku serta sikap petugas kesehatan yang lain.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti masih menemukan beberapa keterbatasan penelitian. Beberapa keterbatasan yang ada sebagai berikut:

1. Keterbatasan sampel penelitian

Penelitian ini hanya menggunakan sampel 20 perawat dengan latar pendidikan yang tidak homogen. Sehingga peneliti tidak bisa membandingkan tingkat pengetahuan dengan jenjang pendidikan yang berbeda.

2. Keterbatasan metode observasi

Peneliti menggunakan lembar observasi untuk melakukan pengamatan terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di ruang pemulihan. Dengan posisi peneliti yang sangat dekat dengan responden memungkinkan responden untuk melakukan yang terbaik ketika responden diobservasi, karena responden mengetahui pada saat itu responden sedang diamati.

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang telah dilakukan di ruang pemulihan IBS dr. Soebandi Jember, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Karakteristik perawat yang ada di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember sebagai berikut; rata-rata usia perawat adalah 32 tahun, mayoritas jenis kelamin laki-laki, dengan tingkat pendidikan D3 keperawatan dan status kepegawaian sebagai pegawai negeri sipil (PNS);
- b. perawat di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan dengan kategori baik;
- c. perawat di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember sebagian besar melakukan tindakan keperawatan dengan kategori baik;
- d. terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pasca operasi dengan *general aenesthesia* di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember ($p : 0,005$ $\alpha : 0,05$).

6.2 Saran

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan informasi mengenai tingkat pengetahuan dan tindakan keperawatan yang dilakukan perawat pasca operasi,. Penelitian lanjutan yang disarankan adalah penelitian sejenis dengan jumlah

sampel lebih banyak dengan tingkat pendidikan terahir yang homogen; menambah waktu observasi sehingga peneliti dapat memantau tindakan-tindakan keperawatan yang dilakukan lebih optimal; penelitian lanjutan diperlukan untuk mengetahui faktor - faktor yang mempengaruhi tindakan perawat dalam menangani pasien pasca operasi sesuai *standar operasional prosedur*; peneliti selanjutnya diharapkan menggunakan teknik observasi partisipan yaitu peneliti ikut langsung dalam kegiatan yang dilakukan responden.

2. Bagi Perawat

Pengetahuan dan tindakan keperawatan yang dilakukan perawat pada penelitian ini pada dasarnya sudah baik. Perawat dituntut untuk meningkatkan pengetahuan maupun tindakannya, sehingga perawat menjadi terampil dan pengetahuannya meningkat dalam menangani pasien pasca operasi dengan *general aenesthesia*.

3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar bahan ajar pemberian materi khususnya area keperawatan klinik perioperatif, dan juga sebagai bahan dasar penelitian selanjutnya dalam keperawatan perioperatif.

4. Bagi RSD dr. Soebandi Jember

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan untuk bahan pertimbangan rumah sakit yang digunakan untuk merancang kebijakan pelayanan keperawatan dalam menentukan *standar operasional prosedur* penanganan perioperatif khususnya pasca operasi, dengan cara melakukan pendidikan atau pelatihan berkelanjutan sehingga tingkat pengetahuan dan tindakan keperawatan menjadi lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, A. (2002). *Psikologi Sosial*. Jakarta: Rineka Cipta
- Ali, M. (2003). *Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Bekerja dan tidak Bekerja tentang Imunisasi*. Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Sumatra Utara
- Anwar, Ruswana. (2005). *Teori Sederhana Prosedur Pemilihan Uji Hipotesis*. Bandung: Subbagian Fertilitas Dan Endokrinologi Reproduksi Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Unpad. http://pustaka.unpad.ac.id/wp.../05/prosedur_pemilihan_uji_hipotesis.pdf [diakses tanggal 13 Desember 2012]
- Arikunto, Suharsini. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Baradero, Mary, *et al.* (2008). *Keperawatan Perioperatif*. Jakarta: EGC.
- Bisri, T. (2008). *Dasar-Dasar Neuro Anestesi*. Bandung: Saga Olahcitra
- Budiningsih, C. Asri. (2005). *Belajar dan Pembelajaran*. Jakarta: Rineka Cipta
- Boulton, Thomas B. & Blogg, Collin E. (1994). *Anestesiologi*. Jakarta: EGC
- Carpenito, Linda Juall-Moyet. (2006). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 10*. Jakarta: EGC
- Dobson, Michael B. (1994). *Penuntun Praktis Anestesi*. Jakarta: EGC
- Doenges, Marilyn E. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan. Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC
- Edyana, A. (2008). *Faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi*. Tesis Dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Effendy, Christantie, (2002). *Handout Kuliah Keperawatan Medikal Bedah: Preoperatif Nursing*, Tidak dipublikasikan, Yogyakarta.
- Effendy, C., dan Hastuti, S.O. (2005). *Kiat Sukses menghadapi Operasi*. Yogyakarta: Sahabat Setia

- Elvarida, M. (2010). *Hubungan Pengetahuan dengan Perawatan Lansia*. Skripsi. Semarang : UNDIP
- Depdiknas. (2008). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Pusat Bahasa Depdiknas. <http://kbbi.web.id/> [Januari 2013].
- Gambril, E (2005). *Critical Thinking in Clinical Practice: improving the quality of judgements and decisions*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons
- Gartinah, et al ., (2006). *Pelayanan Profesionalisme Keperawatan. Yang Didukung Oleh Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi*. <http://www.inna-ppni.or.id> [diakses tanggal 11 Januari 2012]
- Gary Dessler, (1998). *Human Resource Manajement*. 8th Edition, Prentice-Hall International, USA
- Gruendemann, Barbara J. & Frensebner, Billie. (2005). Buku Ajar: *Keperawatan Perioperatif; (Comprehensive Perioperative Nursing)*; Volume 1 Prinsip. Jakarta: EGC
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2007). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hamid. A. Y. (2000). *Pengenalan Konsep Komite Keperawatan dan Kedudukannya di Dalam Rumah Sakit Jiwa: Jurnal Menejemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*
- Hamid. A. Y. (2008). *Buku Ajar Riset Keperawatan: Konsep, Etika, Instrumentasi Ed 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Hariyanto (2004). *Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Pemasangan Infus dengan Kejadian Flebitis RST Wijayakusuma Purwokerto*. Skripsi. Universitas Sebelas Maret Surakarta
- Katzung, Bertram G. & Berkowitz, Barry A. (2001). *Basic and Clinical Evaluation of New Drugs, in Basic and Clinical Pharmacology*. Ed. 8th. New York: McGraw-Hill.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1239/Menkes/SK/XI/2001 *tentang Tenaga Perawat Minimal D3 Keperawatan*
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 779/Menkes/SK/VIII/2008, *tentang Standar Pelayanan Anestesiologi dan Reanimasi di Rumah Sakit*.

- Latief, Said A., *et al.*, (2002). *Petunjuk Praktis Anestesiologi*. Edisi 2. Jakarta: Bagian Anestesiologi dan Terapi intensif FKUI
- Long, B.C, (1996). *Perawatan Medikal Bedah: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Majid, Abdul, *et al.* (2011). *Keperawatan Perioperatif*. Edisi 1. Yogyakarta: Goysen Publishing
- Mangku, Gde, *et al.* (2010). *Buku Ajar Ilmu Anestesia dan Reanimasi*, indeks Jakarta: EGC
- Mansjoer, arif, *et al.*, (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi 3. Jakarta: Medica Aesculpalus FKUI.
- Meliono, Irmayanti. (2007). *Pengetahuan*. <http://id.wikipedia.org/wiki/Pengetahuan> [diakses tanggal 12 Desember 2012]
- Mubarak, Wahid Iqbal, *et al.* (2007). *Pomosi Kesehatan: Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Edisi pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Muzaputri, G. (2008). *Hubungan Karakteristik Individu dan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat di RSUD Langsa Nanggroe Aceh Darussaalam*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan .UI
- Nashrulloh, M (2009). *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan Pasca Bedah dengan General Anesthesia di Ruang Al Fajr dan Al Hajji di Rumah Sakit Islam Islam Surakarta*. Skripsi Terpublikasi. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- NANDA. (2010). *Panduan Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: Prima Medika
- Najori, *et al.* (2008). *Mutu Pelayanan Keperawatan Anestesi Di Rumah Sakit Daerah Sangau*. <https://dosen.narotama.ac.id/wp-content/uploads/2012/02/Mutu-Pelayanan-Keperawatan-Anestesi-Di-Rumah-Sakit-Umum-Daerah-Sangau.pdf> [diakses tanggal 22 desember 2012]
- Nazir, Moh. (2009). *Metodelogi penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia
- Notoatmojo, S. (2002). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- _____ . (2003). *Pendidikan Ilmu dan Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- _____ . (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- _____ . (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam, dan Siti Pariani. (2010). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV. Agung Seto
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi II. Jakarta: Salemba Medika
- Portney L. G. & Watkins M.P. (2000). *Fundamentals of Clinical Research: Application to Practice, 2nd ed*. New Jersey: Prentice Hall Health
- Potter & Perry, (2005). *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*. Edisi ke-4. Volumen 2. Jakarta: EGC
- Rahardyan & Murdechi (2006). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Teknik Perawatan Luka Post Operasi dengan Pencegahan Infeksi Nosokomial di ruang Rawat Inap Rmah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Soekanto*. Artikel Ilmiah
- Rismalia, Rizka. (2010). *Gambaran Pengetahuan Dan Perilaku Pasien Pasca Operasi Appendectomy Tentang Mobilisasi Dini Di RSUP Fatmawati Tahun 2009*. Skripsi. Jakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Rivai, V. (2003). *Hubungan Status Kepegawaian dengan Tindakan Keperawatan. Di RSUP Adam Malik Medan*. Artikel Ilmiah
- Robbins, S.P & Judge, T.A. (2008). *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Penerbit Salemba.
- Rothrock, (1990). *Perencanaan Asuhan Keperawatan Perioperatif*. Jakarta: EGC
- Sastroasmoro & Ismael. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi-3 Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Sinolungan, A.E. (1997). *Perkembangan Peserta Didik: Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Gunung Agung
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu

- Shodiq, Abror. (2004). *Operating Room*. Instalasi Bedah Sentral RS dr. Sardjito Yogyakarta. Tidak dipublikasikan. Yogyakarta
- Sjamsulhidayat, R. Dan Wim de Jong. (1998). *Buku Ajar ilmu bedah*, edisi revisi, Jakarta: EGC
- Smeltzer, S.C., dan Bare, B.G. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner& Suddarth*. Jakarta: EGC
- Subetikti, Tri. *et al.* (2007). *Gambaran Penatalaksanaan Pasien Pascaoperatif Dengan Anestesi Umum Di Ruang Pemulihan Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. sardjito Yogyakarta*. Artikel Penelitian. Yogyakarta: Instansi Rawat Inap
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Suliha, Uha, *et al.* (2001). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Suryabrata S. (2005). *Metode Penelitian*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- Swanburg, R.C (2000). *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*. Jakarta. EGC
- Tappen, R. M. (1995). *Nursing Leadership and Management: Concepts and Practice*. Third Edition. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Taufik, M. (2007). *Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan*. Jakarta: CV. Infomedika
- Wibowo, Soetanto, *et al.* (2001). *Pedoman Teknik Operasi OPTEK*. Surabaya: Airlangga University Press
- Yuliasuti, Ing. (2007). *Pengaruh Pengetahuan Keterampilan Dan Sikap Terhadap Kinerja Perawat Dalam Penatalaksanaan Kasus Flu Burung Di RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2007*. Tesis. Medan: Universitas Sumatra Utara.

LAMPIRAN

LAMPIRAN A. LEMBAR INFORMED**LEMBAR INFORMED****PERMOHONAN UNTUK MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama : Riezky Dwi Eriawan
nim : 082310101011
pekerjaan : Mahasiswa
alamat : Jl. Mangga II/18 Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul "*Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan "General Aenesthesia" di Ruang Pemulihan IBS dr. Soebandi Jember*". Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Anda. Jika Anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Riezky Dwi Eriawan
NIM 082310101011

LAMPIRAN B. LEMBAR CONSENT**LEMBAR CONSENT
SURAT PERSETUJUAN**

Setelah saya membaca dan memahami isi maupun penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama :

alamat :

bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, yaitu:

nama : Riezky Dwi Eriawan

NIM : 08231010101

pekerjaan : Mahasiswa

alamat : Jl. Mangga II/18 Jember

judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan “*General Aenesthesia*” di Ruang Pemulihan IBS dr. Soebandi Jember.

Saya memahami bahwa penelitian tersebut tidak membahayakan dan merugikan saya, sehingga saya bersedia menjadi responden dalam penelitian tersebut.

Jember, 2013

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

LAMPIRAN C: KUESIONER KARAKTERISTIK RESPONDEN



HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT DENGAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PASCA OPERASI DENGAN “GENERAL ANESTHESIA” DI RUANG PEMULIHAN IBS dr. SOEBANDI JEMBER

KUESIONER KARAKTERISTIK RESPONDEN

KUESIONER A KARAKTERISTIK PERAWAT

Petunjuk pengisian:

1. Pertanyaan berikut berkaitan dengan karakteristik responden
2. Berikan tanda *checklist* (✓) atau uraian singkat dan jelas untuk pertanyaan di bawah ini.
3. Dimohon kepada bapak/ibu, saudara/i untuk **TIDAK** mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Nomor responden(diisi oleh peneliti)
2.	Usia/ Umur(tahun)
3.	Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4.	Pendidikan	<input type="checkbox"/> Sarjana (S1) <input type="checkbox"/> D III - Keperawatan
5.	Status kepegawaian	<input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Non PNS
6.	Lama kerja a. Sebagai perawat di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember b. Sebagai perawat di area lain sebelumnya	a.....(bulan/tahun)* b.....(bulan/tahun)* *coret salah satu

LAMPIRAN D. LEMBAR KUESIONER TINGKAT PENGETAHUAN



HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT DENGAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PASCA OPERASI DENGAN “GENERAL AENESTHESIA” DI RUANG PEMULIHAN IBS dr. SOEBANDI JEMBER

KUESIONER B PENGETAHUAN (*KNOWLEDGE*)

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah pernyataan dan pilihan jawaban dengan cermat dan teliti
2. Pernyataan berikut berkaitan dengan tingkat pengetahuan tentang tindakan keperawatan pasca operasi.
3. Pernyataan 1 sampai 36 terdapat 2 jawaban **BENAR** dan **SALAH**, berikan tanda *checklist* (✓) pada setiap poin pernyataan dikolom jawaban yang tersedia
4. Dimohon kepada bapak/ibu, saudara/i untuk **TIDAK** mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pernyataan.

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban	
		Benar	Salah
1.	Keperawatan pasca operasi adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif.		
2.	Pasien dengan <i>general aenesthesia</i> dapat mengalami komplikasi obstruksi jalan napas		
3.	Peran perawat pasca operasi adalah untuk mengajarkan pasien bagaimana cara meningkatkan fungsi paru dan oksigenasi darah setelah <i>general aenesthesia</i> . seperti mengajarkan napas dalam dan batuk efektif		
4.	Atropin sulfat dapat diberikan untuk mengurangi bradikardia		
5.	Cairan per oral bisa diberikan ketika pasien sudah <i>flatus</i>		
6.	Mual-muntah adalah efek samping <i>general aenesthesia</i> .		


7.	Pasien GA yang telah selesai operasi selanjutnya dibawa ke ruang pemulihan		
8.	Batuk yang efektif bisa mengeluarkan sekresi		
9.	Pembedahan adalah penyembuhan penyakit dengan jalan memotong, mengiris anggota tubuh yang sakit		
10.	Tindakan pembedahan mayor tidak memerlukan anestesi.		
11.	Untuk menghindari aspirasi, pasien bisa diberdirikan		
12.	Pasien di <i>recovery room</i> tidak perlu dilakukan monitoring jalan napas, ventilasi dan sirkulasi.		
13.	Proses pembedahan memerlukan perawatan perioperatif yang terdiri dari praoperasi, intraoperasi dan pascaoperasi.		
14.	Perawatan mulut perlu diberikan pada pasien yang muntah		
15.	Penanganan hipertermia malignan dapat diberikan intravena dan trolene dengan tetesan yang cepat		
16.	Tindakan utama pasien yang mengalami obstruksi jalan nafas adalah dengan melakukan nafas dalam		
17.	Pasien yang mengalami retensi urin dapat dilakukan intervensi keperawatan dengan pemasangan kateter untuk membantu mengeluarkan urin dari kandung kamih.		
18.	Pasien yang mual muntah dapat diatasi dengan pemberian selimut		
19.	Selama pasien ambulasi untuk pertama kali, nadi dan warna kulit tidak perlu dipantau		
20.	Terapi oksigen bisa dihentikan apabila pasien bisa batuk efektif dan napas dalam.		
21.	Sebelum pasien pulih sadar atau belum bisa batuk posisi yang paling aman adalah berbaring miring dengan kepala dalam keadaan hiperekstensi dan lengan di atas		

	disokong dengan bantal.		
22.	Cairan intravena yang berlebihan bisa menyebabkan hipervolemia yang menimbulkan edema kegagalan jantung kongestif		
23.	Pasien yang belum sadar ketika berada di <i>recovery room</i> pasien di pasang oksigen dengan kanul nasal atau masker sampai pasien sadar.		
24.	Hipertermi malignan adalah keainan autosom genetik pada sistem muskulokletal yang disebabkan oleh gangguan metabolisme otot.		
25.	Jantung pada saat dianestesi bisa berhenti secara tiba-tiba karena pemberian obat anestesi yang terlalu sedikit.		
26.	Fokus pengkajian pascaoperasi dilakukan monitoring B6 yaitu: <i>breathe, blood, brain, bowel, bladder, bone.</i>		
27.	Genggaman tangan yang dapat dipertahankan selama 5 detik menunjukkan pemulihan fungsi neuromuskular		
28.	Cegukan dapat diatasi dengan pasien menghirup CO ₂ setiap 5 menit dengan bernapas dalam dan panjang kedalam sebuah kantong		
29.	Apabila terjadi penumpukan sekresi, <i>suction</i> tidak perlu dilakukan apabila pasien tidak meminta		
30.	Pasien yang menjalani pemajanan lama terhadap dingin di ruang OK dan menerima cairan intravena terlalu banyak dapat menyebabkan hipotermi.		
31.	Tromboflebitis pasca operasi dapat di cegah dengan intervensi keperawatan berupa masase pada daerah kaki		
32.	Pasien menunjukkan kesadaran penuh pada “ <i>aldrete score</i> ” diberi nilai 3.		
33.	Suhu pasien 38° C, RR: 20x/menit, Nadi;		

	60x/menit, Tekanan darah: 120/90 mmHg, pasien menunjukkan hipotermia		
34.	Pasien siap di keluarkan dari ruang pemulihan apabila tanda-tanda vital normal, GCS: 11 (E: 3 V: 4 M:4), saturasi oksigen adekuat, tidak ada mual-muntah		
35.	Pasien menunjukkan warna kulit pucat pada " <i>aldrete score</i> " diberi nilai 1.		
36.	Hasil penilaian " <i>aldrete score</i> " >7 atau 8 pasien bisa dikeluarkan dari <i>recovery room</i> selanjutnya dibawa ke bangsal perawatan.		

Sumber: (Majid *et al*, 2011)

LAMPIRAN G. LEMBAR PENGKAJIAN PASCA OPERASI

PASCA BEDAH / RECOVERY ROOM					
		Nama tambahan :	Tanggal :	Umur :	Kelamin :
	R	N	T.D		
41°	36	-	220		
40°	32	-	200		
39°	28	-	180		
38°	24	-	160		
37°	20	180	140		
36°	16	160	120		
35°	12	140	100		
34°	8	120	80		
33°	-	100	60		
32°	-	80	40		
31°	-	60	20		
30°	-	40	0		
29°	-	-	-		
28°	-	-	-		
Cairan Infus					
Spoel Buli-buli / Produksi Urine					
Jam Post Operasi dengan pembiusan GA / RA O ₂ Masker / Nasal Lpm, Infus sisa OK CC B1 : Sesak <input type="checkbox"/> RR : x/mnt Rh...../..... Wh...../..... Jalan nafas : Bebas <input type="checkbox"/> Obstruksi <input type="checkbox"/> SpO ₂% Lain-lain : B2 : Perfusi Perifer TensimmHg, Nadi x/mnt, Infus Perdarahan Lain-lain : B3 : Sadar <input type="checkbox"/> jam WIB. GCS/...../..... Analgesik Jam WIB Kaki Bisa Bergerak jam WIB, Reflek Lain-lain : B4 : BAK, Spontan / kateter Prod :CC Warna Spoel Lain-lain : B5 : Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Kembung <input type="checkbox"/> Tampon Anus <input type="checkbox"/> Lain-lain : B6 : Pergerakan : Normal <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/>  Lain-lain : Aldrette / Steward Score : Pasien Pindah Ruang Jam WIB Catatan : <div style="text-align: right;">Perawatan RR, (.....) Nama terang dan Tanda tangan</div>					

LAMPIRAN I. HASIL ANALISA DATA

Hasil Analisa Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan Pada Pasien Pasca Operasi dengan *General Aenesthesia* di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pengetahuan Perawat * Tindakan Keperawatan Pasca Operasi	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

Tingkat Pengetahuan Perawat * Tindakan Keperawatan Pasca Operasi Crosstabulation

			Tindakan Keperawatan Pasca Operasi		Total
			BAIK	CUKUP	
Tingkat Pengetahuan Perawat	BAIK	Count	18	0	18
		% within Tingkat Pengetahuan Perawat	90.0%	.0%	90.0%
	CUKUP	Count	0	2	2
		% within Tingkat Pengetahuan Perawat	.0%	10.0%	10.0%
Total		Count	18	2	20
		% within Tingkat Pengetahuan Perawat	90.0%	10.0%	100.0%

Uji Fisher's Exact**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.000 ^a	1	.000	.005
Continuity Correction ^b	10.432	1	.001	
Likelihood Ratio	13.003	1	.000	
Fisher's Exact Test				
Linear-by-Linear Association	19.000	1	.000	
N of Valid Cases ^b	20			

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .20.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Tingkat Pengetahuan Perawat (BAIK / CUKUP)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

LAMPIRAN J. LEMBAR DOKUMENTASI PENELITIAN

Gambar 1. Kegiatan pengisian *inform consent* dan pengisian kuesioner pada responden



Gambar 2. Kegiatan observasi responden dalam melakukan *suction*



Gambar 3. Kegiatan observasi responden dalam melakukan pengaturan cairan dan elektrolit



Gambar 4. Kegiatan observasi responden dalam melakukan pengaturan keamanan dan kenyamanan

LAMPIRAN L. SURAT IJIN DAN SURAT KETERANGAN TERKAIT PENELITIAN



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 2064/UN25.1.14/SP/2012
Lampiran : -
Perihal : Ijin Study Pendahuluan

Yth. Direktur RSD dr. Soebandi
Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Riezky Dwi Eriawan
N I M : 082310101011
keperluan : ijin study pendahuluan
judul penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Bedah dengan General Anestesi di Ruang Pemulihan (*Recovery Room*) IBS RSD dr. Soebandi Jember
waktu : satu bulan

mohon yang bersangkutan diberikan ijin untuk melaksanakan studi pendahuluan di Ruang Pemulihan (*Recovery Room*) IBS RSD dr. Soebandi Jember

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Dr. Sujono Kardis, Sp.KJ

NIP. 19490610 198203 1 001

Tembusan Yth. :

- Kepala Ruang Pemulihan (*Recovery Room*) IBS RSD dr. Soebandi Jember.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
 Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER

Jember, 27 November 2012

Nomor : 423.4/2579/610/2012
 Sifat : Penting
 Perihal : **Permohonan ijin study pendahuluan**

Kepada
 Yth. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
 Universitas Jember
 Jln. Kalimantan No. 37
 Di-
JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan Saudara nomor : 2064/UN25.1.14/SP/2012 tanggal 19 Oktober 2012 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan, bahwa pada prinsipnya menyetujui permohonan saudara untuk **ijin study pendahuluan di RSD dr. Soebandi Jember**, kepada :

Nama : Riezky Dwi Eriawan
 NIM : 082310101011
 Fakultas : Prodi Ilmu Keperawatan UNEJ
 Judul : Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan Pada pasien pasca bedah dengan general anesthesia di ruang pemulihan (*Recovery Room*) IBS RSD dr. Soebandi Jember.

Sebelum melaksanakan kegiatan harap berkoordinasi dengan Bidang Diklat
 Demikian untuk diketahui, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



Tembusan Yth:

1. Wadir Pelayanan
2. Wadir SDM & Pendidikan
3. Ka.Inst. Bedah Sentral
4. Arsip.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 701 /UN25.1.14/SP/2013

25 Maret 2013

Lampiran : -

Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Yth. Direktur RSUD Ibnu Sina
 Kabupaten Gresik

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Riezky Dwi Eriawan

N I M : 082310101011

judul penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan *General Aenesthesia* di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember

mohon yang bersangkutan diberikan ijin untuk melaksanakan uji validitas dan reliabilitas di Ruang Pemulihan IBS RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Ketua,



dr. Sujono Kardis, Sp.KJ

NIP. 19490610 198203 1 001

Tembusan Yth.:

- Kepala Ruang Pemulihan IBS RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik.



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN DAERAH**

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 245 Telp. 3952825 – 30 psw. 209, 3952812
G R E S I K

Gresik, 28 Maret 2013

Nomor : 070/164/437.71/2013
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian /
Survey/ Research.

Kepada
Yth. Sdr. Ketua Program Studi Ilmu
Keperawatan Universitas Jember
di-
Jember

D a s a r :

1. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 2 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Gresik;
2. Peraturan Bupati Gresik Nomor 47 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik;
3. Surat dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor: 781/UN25.1.14/SP/2013 tanggal 25 Maret 2013 Perihal Permohonan Ijin Penelitian

Maka dengan ini Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik menyatakan tidak keberatan atas dilakukannya survey/penelitian / research yang dilakukan oleh :

1. Nama : Riezky Dwi Eriawan
2. NIM : 0823101011
3. Pekerjaan : Mahasiswa
4. Alamat : Desa Lebanisuko RT. 010 RW. 003 Kec.
Wringinanom Kab. Gresik
5. Keperluan dilakukannya : Untuk Pelaksanaan Ijin Penelitian dengan
survey/research/penelitian Judul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Tindakan Keperawatan Pada Pasien Pasca Operasi Dengan “GENERAL AENESTHESIA” di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember“
6. Tempat melakukan : Di Ruang Pemulihan RSUD Ibnu Sina
survey/research/penelitian Kab. Gresik

Dalam melakukan kegiatan survey / research / penelitian agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Sebelum dan setelah dilaksanakannya survey / research / penelitian diwajibkan melapor kepada Instansi / Camat setempat;
2. Tidak diperkenankan melaksanakan kegiatan lain diluar kegiatan survey / research / penelitian yang dilakukan;
3. **Setelah** melakukan survey / research / penelitian selambat - lambatnya 1 (satu) bulan agar menyerahkan 1 (satu) ex. / buku hasil survey / research / penelitian kepada Bupati Gresik melalui Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik.

Demikian rekomendasi ijin penelitian / survey / research ini dibuat, untuk dapat dipergunakan seperlunya.

**A.n. KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN,
PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH
KABUPATEN GRESIK**
Kabid. Penelitian dan Pengembangan



Ir. DJOKO PUDJOHARDJO US, M.Si.

Pembina

NIP. 19580920 199403 1 001

an :

- h. Sdr. Kepala Kantor Kesbangpol dan Linmas Kab.Gresik.
 - h. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Gresik
 - h. Sdr. Direktur RSUD Ibnu Sina Kab. Gresik
 - h. Sdr. Kepala Ruang Pemulihan IBS RSUD Ibnu Sina Kab. Gresik
- sip
-



PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IBNU SINA
 Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo 243-B, Tilp. (031) 3951239, Fax. (031) 3955217
 Gresik 61161



Gresik, 13 April 2013

Nomor	: 423.6 / 826 / 437.76 / 2013	Kepada
Sifat	: Biasa	Yth. Ketua Program Studi Ilmu
Perihal	: Ijin Penelitian	Keperawatan Universitas Jember
		di-

JEMBER

Menindaklanjuti tembusan surat dari Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik tanggal 28 Maret 2013 Nomor: 070 / 164 / 437.71 / 2013 perihal Rekomendasi Ijin Penelitian / Survey / Research atas ;

Nama : Riezky Dwi Eriawan

Nim : 0823101011

Judul : Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca operasi dengan General Aenesthesia di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.

Maka dengan surat ini perlu kami sampaikan bahwa kegiatan tersebut dapat dilaksanakan / diterima. Untuk keperluan tersebut diatas dikenakan biaya retribusi sebesar Rp 250.000,- (Dua Ratus Lima Puluh Ribu Rupiah)

Demikian atas perhatiannya disampaikan terimakasih.

DIREKTUR
RSUD IBNU SINA KAB. GRESIK


dr. Endang Puspitowati, Sp THT- KL



PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IBNU SINA KABUPATEN GRESIK

Jl. dr. Wahidin Sudiro Husodo 243-B Telp. (031) 3951239 Fax. 031-3955217

GRESIK



SURAT KETERANGAN
SELESAI UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

nama : Hj. Sudarmiaty., S.Kep., Ners
NIP : 19621005 198312 2 001
jabatan : Kepala ruang anestesia dan pemulihan IBS
RSUD IBNU SINA KABUPATEN GRESIK

Menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

nama : Riezky Dwi Eriawan
NIM : 082310101011
pekerjaan : Mahasiswa S1 Keperawatan
judul skripsi : Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca operasi dengan "general anesthesia" di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.

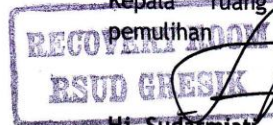
Telah selesai melaksanakan uji validitas dan reliabilitas pada tanggal 01 April 2013 di ruang pemulihan IBS RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

Demikian surat keterangan yang kami buat, harap digunakan sesuai kepentingan.

Gresik, 01 April 2013

Mengetahui

Kepala ruang anestesia dan
pemulihan



Hj. Sudarmiaty., S.Kep., Ners
NIP. 19621005 198312 2 001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 922 /UN25.1.14/LT/2013
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

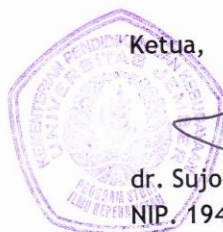
Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Riezky Dwi Eriawan
N I M : 082310101011
keperluan : ijin penelitian
judul penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan *General Aenesthesia* di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember
lokasi : Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,

dr. Sujono Kardis, Sp.KJ
NIP. 19490610 198203 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Letjen S. Parman No 89 Telp. 337853 Jember



Kepada
 Yth. Sdr. : Dir. RSD dr. Soebandi Jember

Di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/690/314/2013

Tentang

IJIN PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 tahun 1008 Tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Tanggal 10 April 2013 Nomor : 579/UN25.3.1/LT.5/2013

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / No. Induk : Riezky Dwi Eriawan 082310101011
 Instansi / Fak : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan No.37 Jember
 Keperluan : Melakukan Penelitian Tentang "Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan Pada Pasien Pasca Operasi dengan " General Aenesthesia." di Ruang Pemulihan IBS RSD dr.Soebandi Jember.
 Lokasi : Ruang Pemulihan IBS RSD dr.Soebandi Kabupaten Jember
 Tanggal : 11-04-2013 s/d 11-06-2013

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 11-04-2013

A.n KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris



Drs. BUDIARTO, M.Si
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19571011 198207 1 001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua Prodi Ilmu Keperawatan



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
 RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI
 Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER

Jember, 16 April 2013

Nomor : 423.4/304/610/2013
 Sifat : Penting
 Perihal : **Permohonan Ijin penelitian**

Kepada,
 Yth.Ka. Prodi PSIK
 Universitas Jember
 Di-
JEMBER

Dengan Hormat,

Menindak lanjuti permohonan saudara nomor : 579/UN25.3.1/LT.5/2013 tanggal 10 April 2013 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya menyetujui permohonan saudara untuk **ijin penelitian** di RSD dr. Soebandi Jember kepada :

Nama : Riezky Dwi Eriawan
 NIM : 082310101011
 Fakultas : PSIK Universitas Jember
 Judul Penelitian : Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan Keperawatan pada pasien pasca operasi dengan " *general Aenesthesia*" di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember.

Sebelum melaksanakan kegiatan harap berkoordinasi dengan Bidang Diklat
 Demikian untuk diketahui, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Direktur

dr. H. Yuni Ermita Djatmiko, M.Kes



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
 Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 Fax. (0331) 487564
JEMBER



SURAT KETERANGAN
SELESAI PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

nama : Fathul Munib., AMK
 NIP : 19750420 199703 1 007
 jabatan : Kepala ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi
 Jember

Menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

nama : Riezky Dwi Eriawan
 NIM : 082310101011
 fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan
 judul skripsi : Hubungan tingkat pengetahuan perawat
 dengan tindakan keperawatan pada pasien
 pasca operasi dengan "*general anesthesia*"
 di ruang pemulihan IBS RSD dr. Soebandi
 Jember.

Telah selesai melaksanakan penelitian di ruang pemulihan IBS RSD
 dr. Soebandi Jember

Demikian surat keterangan yang kami buat dan atas perhatiannya
 kami ucapkan terima kasih.

Mengetahui
 Kepala pemulihan IBS RSD dr.
 Soebandi Jember

Fathul Munib., AMK
 NIP. 19750420 199703 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI
 Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 423.4/SPD/610/2013

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr.Hj.Yuni Ermita Djatmiko, M.Kes**
 Jabatan : Direktur RSD dr. Soebandi Jember
 Menerangkan bahwa :
 Nama : **Riezky Dwi Eriawan**
 NIM : 082310101011
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Unej
 Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan
 Tindakan Keperawatan Pada Pasien Pasca Operasi Dengan
 " General Anesthesia " Di ruang Pemulihan IBS RSD dr.
 Soebandi Jember
 Tanggal Penelitian : 20 April – 10 Mei 2013
 Tempat Penelitian : Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember

Menyatakan bahwa nama tersebut telah selesai melaksanakan Penelitian
 Demikian untuk diketahui, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Jember, 13 Mei 2013



Direktur

Dr.Hj.Yuni Ermita Djatmiko, M.Kes

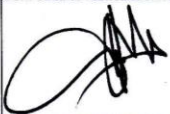







LAMPIRAN M. LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI








LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

NAMA : Riezky Dwi E.

NIM : 082310101011

DPU : Ns. Wantiyah, M.Kep

No.	Tanggal	Topik	Rekomendasi	Tanda Tangan
1.	29 September 2012	Pengajuan judul skripsi	ACC judul skripsi, lanjutkan untuk membuat bab 1	
2.	18 Oktober 2012	Pengajuan bab 1	Perkuat data latar belakang, buat latar belakang dengan metode segitiga terbalik atau MSKS	
3.	29 Januari 2013	Pengajuan bab 1	ACC bab 1, lanjutkan bab 2	
4.	06 Februari 2013	Pengajuan bab 2	ACC bab 2, lanjutkan bab 3 dan bab 4	
5.	07 Februari 2013	Pengajuan bab 3 dan bab 4	Perbaiki kerangka konsep, perbaiki DO dan instrumen penelitian	
6.	26 Februari 2013	Pengajuan bab 1, 2, 3, 4 dan Instrumen penelitian	ACC sidang proposal	
7.	13 Maret 2013	Pengajuan revisi post sidang proposal	Perbaiki kriteria inklusi, kerangka konsep, DO dan instrumen penelitian (lembar kuesioner dan lembar observasi)	
8.	21 Maret 2013	Pengajuan revisi post sidang proposal	Lanjutkan uji validitas dan reliabilitas	

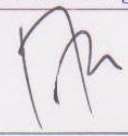
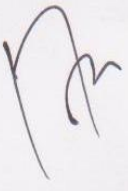

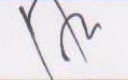
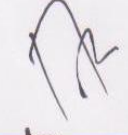
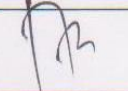

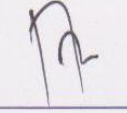
9.	04 April 2013	Pengajuan hasil validitas dan reliabilitas	Perbaiki pertanyaan kuesioner dan lanjutkan penelitian	
10.	10 Mei 2013	Pengajuan bab 4 dan bab 5	Perhatikan <i>typing error</i> , perkuat dengan penelitian yang relevan, perdalam pembahasan	
11.	24 Mei 2013	Pengajuan revisi bab 5	Perhatikan <i>typing error</i> , perkuat dengan penelitian yang relevan, perdalam pembahasan, lanjutkan bab 6	
12.	30 Mei 2013	Pengajuan bab 6, dan daftar pustaka	Perbaiki simpulan dan saran lebih dispesifikkan lagi, perhatikan penulisan daftar pustaka	
13.	06 Juni 2013	Pengajuan bab 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan lampiran	ACC sidang hasil	
14.	26 Juni 2013	Revisi post sidang hasil (<i>abstract</i> , ringkasan, pembahasan, keterbatasan penelitian, saran, dan daftar pustaka)	Perbaiki <i>abstract</i> , dan pembahasan, lanjutkan pembuatan jurnal	
15.	10 Juli 2013	Pengajuan motto, <i>abstract</i> , ringkasan, bab 1, 2, 3, 4, 5, dan 6, daftar pustaka dan lampiran	ACC bendel skripsi	

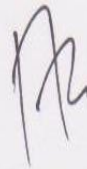
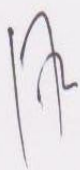

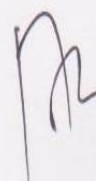
LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

NAMA : Riezky Dwi E.

NIM : 082310101011

DPA : Ns. Anisah Ardiana, M.Kep

No.	Tanggal	Topik	Rekomendasi	Tanda Tangan
1.	30 September 2012	Pengajuan judul skripsi	ACC judul skripsi, lanjutkan untuk membuat bab 1	
2.	10 Januari 2013	Pengajuan bab 1	Perbaiki <i>typing error</i> , antar paragraf harus saling berhubungan, lanjutkan bab 2	
3.	04 Februari 2013	Pengajuan bab 2	Perdalam tinjauan pustaka, lanjutkan bab 3	
4.	20 Februari 2013	Pengajuan bab 3	Lanjutkan bab 4	
5.	26 Februari 2013	Pengajuan bab 4	Perbaiki sesuai saran, perbaiki instrument penelitian	
6.	28 Februari 2013	Pengajuan bab 1, 2, 3 dan bab 4	ACC sidang proposal	
7.	14 Maret 2013	Pengajuan revisi post sidang proposal	Perbaiki lembar observasi, lanjutkan uji validitas dan reliabilitas	
8.	07 Februari 2013	Pengajuan hasil uji validitas dan reliabilitas	Lanjutkan penelitian	

9.	18 Mei 2013	Pengajuan bab 5 dan 6	Perhatikan penulisan dan <i>typing error</i>	
10.	24 Mei 2013	Pengajuan bab 1, 2, 3, 4, 5 dan 6	Perhatian penulisan, tambahkan teori yang mendukung pembahasan.	
11.	14 Juni 2013	Pengajuan bab 1, 2, 3, 4, 5 dan 6	ACC sidang hasil	
12.	28 Juni 2013	Revisi post sidang hasil (<i>abstract</i> , ringkasan, pembahasan, keterbatasan penelitian, saran, dan daftar pustaka)	Sempurnakan semua bagian	
13	12 Juli 2013	Pengajuan motto <i>abstract</i> , ringkasan, bab 1, 2, 3, 4, 5, dan 6, daftar pustaka dan lampiran	ACC bendel skripsi	