

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Perilaku

a. Konsep Perilaku

Pengertian perilaku dari sudut biologi adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan, yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung (Sunaryo, 2004). Menurut Bloom (*cit* Notoatmojo, 2010) perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian yaitu ranah kognitif, ranah afektif, ranah psikomotor. Dalam perkembangannya teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yaitu pengetahuan (*Knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktek atau tindakan (*Pratice*).

Robert Kwick dalam Sarwono (2009) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu *organism* yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Sikap adalah hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia. Dapat disimpulkan bahwa perilaku itu dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya. Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni faktor *intern* dan *ekstern*.

Perilaku merupakan seperangkat perbuatan/tindakan seseorang dalam melakukan respon terhadap sesuatu dan kemudian dijadikan kebiasaan karena adanya nilai yang diyakini. Perilaku manusia pada dasarnya terdiri atas komponen pengetahuan (*kognitif*), sikap (*afektif*), dan keterampilan (*psikomotor*). Dalam konteks ini, setiap perbuatan seseorang dalam merespon sesuatu pastilah terkonseptualisasi dari ketiga ranah ini. Perbuatan seseorang atau respon seseorang didasari oleh seberapa jauh pengetahuannya terhadap rangsang tersebut, bagaimana perasaan dan penerimaannya, dan seberapa besar keterampilannya dalam melaksanakan atau melakukan perbuatan yang diharapkan (Mubarak, 2011).

b. Prosedur Pembentukan Perilaku

Menurut Wawan dan Dewi (2010), sebagian besar perilaku manusia adalah *operating respon*. Untuk itu membentuk jenis *respon* atau perilaku ini perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operating conditioning*.

Prosedur pembentukan perilaku dalam *operating conditioning* ini menurut Skinner adalah sebagai berikut : (Wawan dan Dewi, 2010):

- 1) Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
- 2) Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud. Dengan menggunakan

secara unit komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.

- 3) Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun. Apabila komponen pertama telah dilakukan maka hadiahnya diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau perilaku ini sudah terbentuk kemudian dilakukan komponen (perilaku) yang kedua, diberi hadiah (koimponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi), demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu selanjutnya dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk (Wawan dan Dewi, 2010).

c. Respon dan Bentuk Perilaku

Menurut Skinner, perilaku merupakan hasil hubungan antara rangsangan (stimulus) dan tanggapan (*respon*). Hal ini dikenal dengan teori SOR (*Stimulus Organisme Respon*) (Mubarak, 2011).

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme terhadap rangsangan dari luar subjek. Ada dua bentuk perilaku yaitu: (Notoatmodjo, 2010)

- 1) Bentuk pasif (*respons internal*) yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin, dan pengetahuan.

- 2) Bentuk aktif yaitu merupakan bentuk pelaksanaan dari respons internal sehingga dapat diobservasi secara langsung, misalnya seorang kepada keluarga yang tahu akan suatu penyakit dan telah melakukan usaha-usaha pencegahannya.

Berdasarkan uraian di atas, dapat ditegaskan bahwa sikap dan pengetahuan adalah merupakan *respons* seseorang terhadap stimulus (rangsangan) yang masih bersifat terselubung (*covert behavior*) sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respons terhadap stimulus (*practice/overt behavior*) (Notoatmodjo, 2010).

d. Proses Perilaku

Menurut Rogers yang dikutip oleh Wawan dan Dewi (2010), perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun tidak langsung oleh pihak luar. Sedangkan sebelum mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu :

- 1) *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) *Interest* (merasa tertarik) dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik stimulus.
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang) individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya.
- 4) *Trial*, dimana individu mulai mencoba perilaku baru.
- 5) *Adaptation*, dan sikapnya terhadap stimulus.

e. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Beberapa teori untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, diantaranya adalah teori Lawrence dalam Notoatmodjo (2010). Lawrence mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor :

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Dalam berperilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: (Sunaryo, 2004):

- 1) Faktor genetik atau *endogen*, merupakan konsepsi dasar atau modal untuk kelanjutan perkembangan perilaku. Faktor genetik berasal dari dalam diri individu , antara lain :

- a) Jenis ras, setiap ras mempunyai pengaruh terhadap perilaku yang spesifik, saling berbeda satu sama yang lainnya.
 - b) Jenis kelamin, perilaku pria atas dasar pertimbangan rasional atau akal sedangkan pada wanita atas dasar emosional.
 - c) Sifat fisik, perilaku individu akan berbeda-beda sesuai dengan sifat fisiknya.
 - d) Sifat kepribadian, merupakan manifestasi dari kepribadian yang dimiliki sebagai perpaduan dari faktor genetik dengan lingkungan.
 - e) Bakat pembawaan, merupakan interaksi antara faktor genetik dengan lingkungan serta tergantung adanya kesempatan untuk pengembangan.
 - f) Intelegensi, merupakan kemampuan untuk berpikir dalam mempengaruhi perilaku.
- 2) Faktor dari luar individu atau faktor eksogen, faktor ini juga berpengaruh dalam terbentuknya perilaku individu antara lain:
- a) Faktor lingkungan, merupakan lahan untuk perkembangan perilaku.
 - b) Pendidikan, proses dan kegiatan pendidikan pada dasarnya melibatkan perilaku individu maupun kelompok.
 - c) Agama, merupakan keyakinan hidup yang masuk ke dalam konstruksi kepribadian seseorang yang berpengaruh dalam perilaku individu.
 - d) Sosial ekonomi, salah satu yang berpengaruh terhadap perilaku adalah lingkungan sosial ekonomi yang merupakan sarana untuk terpenuhinya fasilitas.

- e) Kebudayaan, hasil dari kebudayaan yaitu kesenian, adat istiadat atau peradaban manusia mempunyai peranan pada terbentuknya perilaku.

2. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Menurut Sukanto (2005), pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefs*), takhayul (*superstitions*) dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformations*). Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010).

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan mempunyai 6 (enam) tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*Know*).

Tahu diartikan sebagai mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan, tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap suatu spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, tahu ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang lebih rendah.

2) Memahami (*Comprehension*).

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi secara benar. Tentang objek yang dilakukan dengan menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

3) Aplikasi (*Application*).

Aplikasi dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysis*).

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

5) Sintesis (*Synthesis*).

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*).

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu kriteria yang di tentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*Over behavior*) perilaku yang didasari pengetahuan bersifat langgeng. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan (Sukanto, 2005) yaitu :

1) Tingkat pendidikan.

Pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat.

2) Informasi

Seseorang mempunyai sumber informasi lebih akan mempunyai pengetahuan lebih luas. Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

3) Budaya

Tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan. Kebudayaan lingkungan sekitar, apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.

4) Pengalaman

Sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal. Ada kecenderungan pengalaman yang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan,

namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif.

5) Sosial ekonomi

Tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi akan menambah tingkat pengetahuan, hal ini disebabkan oleh sarana prasarana serta biaya yang dimiliki untuk mencari ilmu pengetahuan terpenuhi. Usaha memenuhi kebutuhan pokok (primer) maupun kebutuhan sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik akan lebih mudah tercukupi dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Hal ini akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulkan bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal.

d. Cara Mendapatkan Pengetahuan

Beberapa cara untuk mendapatkan pengetahuan menurut Notoatmodjo (2010) adalah :

1) Coba-salah (*trial and error*).

Cara ini digunakan saat orang mengalami masalah, upaya pemecahannya adalah dengan cara coba-coba saja atau dengan kemungkinan-kemungkinan.

2) Cara kekuasaan atau otoritas.

Cara ini digunakan secara turun-temurun, atau karena kebiasaan sehari-hari serta tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melalui penalaran apakah hal tersebut baik atau tidak.

3) Pengalaman.

Pengalaman artinya berdasarkan pemikiran kritis akan tetapi pengalaman belum tentu teratur dan bertujuan. Mungkin pengalaman hanya dicatat saja. Pengalaman yang disusun sistematis oleh otak maka hasilnya adalah ilmu pengetahuan.

4) Melalui jalan pikiran.

Cara induksi dan deduksi. Induksi yaitu apabila proses pembuatan keputusan itu melalui pernyataan – pernyataan khusus kepada yang umum. Deduksi apabila pembuatan kesimpulan dari pernyataan– pernyataan umum kepada yang khusus.

5) Cara modern.

Cara modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut “Metodologi penelitian atau Metode Penelitian Ilmiah”.

e. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain di atas (Notoatmodjo, 2010).

Tingkat pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kuantitatif, yaitu: (Wawan dan Dewi, 2010)

- 1) Pengetahuan Baik : Nilai persentase antara 76% - 100%
- 2) Pengetahuan Cukup : Nilai persentase antara 56% - 75%
- 3) Pengetahuan Kurang : Nilai persentase < 76%

3. Motivasi

a. Pengertian Motivasi

Motivasi termasuk dari sikap (*attitude*) seorang pegawai dalam menghadapi situasi (*situation*) kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai terarah untuk mencapai tujuan kerja. Sikap mental merupakan kondisi mental yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai potensi kerja secara maksimal. Motivasi adalah kesediaan untuk mengeluarkan tingkat upaya yang tinggi ke arah tujuan organisasi, yang dikondisikan oleh kemampuan upaya untuk memenuhi suatu kebutuhan individu (Robins, 2007).

Motivasi adalah konsep yang menguraikan tentang kekuatan atau dorongan yang bekerja terhadap atau di dalam diri individu untuk memulai dan pengarahannya perilaku (Gibson, Ivancevich dan Donnely, 2005). Sedangkan motivasi kerja adalah suatu kondisi yang berpengaruh untuk membangkitkan, mengarahkan dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja (Winardi, 2004).

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Motivasi

Menurut Handoko (2008), motivasi dipengaruhi oleh dua macam, yaitu :

- 1) Faktor instrinsik, yaitu motivasi yang datangnya dari dalam individu, yaitu faktor-faktor yang berasal dari dalam individu karyawan yang

dapat mendorong dan mempengaruhi kepuasan kerja dan teori dari prestasi, pengakuan, pekerjaan itu sendiri, tanggung jawab dan pengembangan (Handoko, 2008). Faktor-faktor tersebut antara lain terdiri dari:

- a) Prestasi. Prestasi adalah keinginan karyawan untuk mencapai hasil kerja yang tinggi dan tepat waktu sesuai dengan kemampuannya.
 - b) Pengakuan. Pengakuan adalah keinginan karyawan untuk diakui keberadaannya atas hasil yang dicapai oleh lingkungan kerjanya yaitu teman sekerja, pimpinan dan masyarakat.
 - c) Pekerjaan itu sendiri. Pekerjaan itu sendiri adalah pekerjaan sebagai karyawan perusahaan yang harus dipahami makna dan tujuan serta dapat menimbulkan kreatifitas dan tantangan bagi karyawan untuk mengembangkan kemampuannya.
 - d) Tanggung jawab. Tanggung jawab adalah keinginan karyawan untuk melaksanakan tugasnya sebagai karyawan dengan baik, sesuai, dan tepat waktu serta diberi kewenangan untuk bertanggung jawab secara mandiri terhadap hasil pekerjaannya.
 - e) Pengembangan. Pengembangan adalah kesempatan yang diberikan oleh pimpinan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan profesinya.
- 2) Faktor ekstrinsik, adalah faktor-faktor yang berasal dari luar individu yang dapat mempengaruhi ketidakpuasan kerja (*job dissatisfaction*) yang dipandang dapat mencegah merosotnya, menurunkan semangat, prestasi dan disiplin kerja yang meliputi: kebijakan dan administrasi

perusahaan, supervisi, hubungan antar pribadi, kondisi kerja serta gaji dan upah (Handoko, 2008). Faktor-faktor ekstrinsik terdiri dari:

a) Kebijakan dan administrasi perusahaan

Kebijakan dan administrasi perusahaan adalah bentuk-bentuk kepuasan yang dikeluarkan pimpinan perusahaan untuk memperjelas tugas dan kewajiban karyawan termasuk jadwal kerja.

b) Supervisi. Supervisi adalah persepsi tentang pengawasan yang dilakukan oleh atasannya tentang cara pengawasan dan sikap dalam melakukan pengawasan terhadap dirinya.

c) Hubungan rekan kerja. Hubungan rekan kerja adalah hubungan antar pribadi dengan atasan atau sesama karyawan sebagai rekan kerja yang mendukung kelancaran tugas termasuk sarana dan prasarana.

d) Kondisi kerja. Kondisi kerja adalah lingkungan kerja yang mendukung kelancaran tugas termasuk sarana dan prasarana yang ada.

e) Gaji dan upah. Gaji atau upah adalah semua penerimaan baik dalam bentuk uang atau bukan yang diperoleh karyawan dalam paya meningkatkan semangat kerja.

Penerapan faktor-faktor motivasi instrinsik di ruang rawat inap rumah sakit digambarkan sebagai faktor dari dalam individu seorang karyawan yang mendorong dirinya dapat bekerja dengan efektif dan memberikan kepuasan kerja bagi dirinya. Keinginan karyawan untuk berprestasi dan bekerja sesuai dengan potensi yang

dimilikinya, penghargaan atas prestasi kerja yang dicapai, pemberian kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan pekerjaan dan peningkatan kemampuan yang dapat meningkatkan motivasi kepuasan kerja.

c. Prinsip-prinsip dalam Motivasi Kerja

Prinsip-prinsip dalam motivasi kerja terdapat beberapa prinsip dalam memotivasi kerja: (Winardi, 2004)

- 1) Prinsip partisipasif. Dalam upaya memotivasi kerja, pegawai perlu diberikan kesempatan ikut berpartisipasi dalam menentukan tunjangan yang akan dicapai oleh pemimpin.
- 2) Prinsip komunikasi. Pemimpin mengkomunikasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan usaha pencaharian tugas, dengan informasi yang jelas, pegawai akan lebih mudah dimotivasi kerjanya.
- 3) Prinsip mengakui andil bawahan. Pemimpin mengakui bahwa bawahan (pegawai) mempunyai andil di dalam usaha pencapaian tujuan. Dengan pengakuan tersebut, pegawai akan lebih mudah dimotivasi kerjanya.
- 4) Prinsip pendelegasian wewenang. Pemimpin akan memberikan otoritas atau wewenang kepada pegawai bawahan untuk sewaktu-waktu dapat mengambil keputusan terhadap pekerjaan yang dilakukannya, akan menjadi termotivasi untuk mencapai tujuan yang diharapkan oleh pemimpin.
- 5) Prinsip memberi perhatian. Pemimpin memberikan perhatian terhadap apa yang diinginkan pegawai bawahannya, dan bawahan akan termotivasi bekerja sesuai dengan harapan pemimpin.

Berdasarkan beberapa penjelasan di atas, maka motivasi merupakan kemauan atau keinginan didalam diri seseorang perawat yang mendorongnya untuk bertindak berdasarkan standar operasional praktek keperawatan dalam hal menggunakan steward score dalam general anestesi anak yang meliputi tanggung jawab, prestasi kerja, dan kerja sama.

4. *Steward Score dalam Operasi dengan General Anestesi*

a. Pengertian

Sebelum pasien dipindahkan ke ruangan setelah dilakukan operasi terutama yang menggunakan general anestesi, maka perlu dilakukan penilaian terlebih dahulu untuk menentukan apakah pasien sudah dapat dipindahkan ke ruangan atau masih perlu di observasi di ruang *Recovery room (RR)* atau *High Care Unit (HCU)*, adapun alat penilaian yang digunakan untuk menilai apakah pasien khususnya anak dan juga dewasa yang dioperasi dengan menggunakan general anestesi sudah dapat dipindahkan ke ruangan atau masih perlu diobservasi tersebut dinamakan *steward score* (Latief, dkk. 2004).

Pada pasca anestesi dilakukan pemulihan dan perawatan pasca operasi dan anestesi yang biasanya dilakukan di ruang pulih sadar atau *recovery room* yaitu ruangan untuk observasi pasien pasca operasi atau anestesi. Ruang pulih sadar adalah batu loncatan sebelum pasien dipindahkan ke bangsal atau masih memerlukan perawatan intensif di ICU. Oleh karena itu untuk memindahkan pasien dari ruang pulih sadar ke ruang perawatan perlu dilakukan skoring tentang kondisi pasien setelah

anestesi dan pembedahan, dan salah satu cara yang biasa dipakai yaitu dengan cara *steward score* (Soenardjo, 2010).

b. Indikator penentuan kondisi pulih sadar dengan *Steward Score*

Menurut Soenarjo (2010), penentuan kondisi pulih sadar dengan *steward score* adalah :

1) Rasionalisasi

Tindakan general anestesi dilakukan dengan menghilangkan nyeri secara sentral disertai hilangnya kesadaran dan bersifat pulih kembali atau *reversible*. Sebelum pasien diberi obat anestesi, langkah selanjutnya adalah dilakukan premedikasi yaitu pemberian obat sebelum induksi anestesi diberi dengan tujuan untuk melancarkan induksi, rumatan dan bangun dari anestesi diantaranya :

- a) Meredakan kecemasan dan ketakutan
- b) Mengurangi sekresi kelenjar ludah dan bronkus
- c) Mengurangi mual dan muntah pasca bedah
- d) Mengurangi isi cairan lambung dan membuat amnesia
- e) Memperlancar induksi anestesi
- f) Meminimalkan jumlah obat anestesi
- g) Mengurangi reflek yang membahayakan

2) Prosedur

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur kepada pasien/keluarga pasien.
- b) Mengkaji tingkat kesadaran, nafas teratur, batuk dan menangis, bereaksi terhadap rangsang, merespon jika ditepuk atau dipanggil.

- c) Nilai gerakan sesuai dengan *steward score*.
- d) Mencatat dan mendokumentasikan nilai pada tabel pengamatan.

3) Kriteria Nilai

a) Pergerakan :

- (1) Gerak bertujuan, yaitu menggerakkan anggota badan dengan tujuan diberi skor 2.
- (2) Gerak tak bertujuan, merupakan gerakan tanpa tujuan, diberi skor 1
- (3) Tidak bergerak, yaitu belum bergerak sama sekali diberi skor 0.

b) Pernafasan :

- (1) Batuk, yaitu batuk atas perintah atau menangis, diberi skor 2
- (2) Mempertahankan jalan nafas, yaitu mempertahankan jalan nafas dengan baik (dapat bernafas secara bebas), diberi skor 1.
- (3) Perlu bantuan, yaitu diperlukan bantuan untuk mempertahankan jalan nafas, diberi skor 0.

c) Kesadaran :

- (1) Bangun, yaitu pasien dapat membuka mata dengan kesadaran sendirinya, diberi skor 2.
- (2) Bereaksi terhadap rangsangan, yaitu ada respon terhadap stimulus, diberi skor 1
- (3) Tidak bereaksi, yaitu belum ada responden sama sekali, diberi skor 0.

Jika jumlah *Steward Score* > 5 , maka pasien dapat dipindahkan ke ruangan.

c. General Anestesi

1) Pengertian

Anestesi secara umum berarti suatu tindakan menghilangkan rasa nyeri/sakit secara sentral disertai hilangnya kesadaran dan dapat pulih kembali (*reversibel*). Komponen trias anestesi yang ideal terdiri dari analgesia, hipnotik, dan relaksasi, dan relaksasi otot. Anestesi umum adalah bentuk anestesi yang sering digunakan atau dipraktekkan yang dapat disesuaikan dengan jumlah terbesar pembedahan (Mansjoer, 2002).

Adapun anestesi pada anak berarti suatu tindakan menghilangkan rasa nyeri/sakit secara sentral kepada anak yang disertai hilangnya kesadaran dan dapat pulih kembali, dan tindakan anestesi anak memerlukan perhatian khusus tidak sebagaimana halnya untuk anestesi yang dilakukan kepada orang dewasa.

Anestesiologi merupakan cabang ilmu kedokteran yang mendasari berbagai tindakan yang meliputi pemberian anestesia ataupun analgesia : penjagaan, keselamatan penderita yang mengalami pembedahan lainnya, bantuan resusitasi dan pengobatan intensif pasien yang gawat, pemberian terapi infhasi dan penanggulangan nyeri menahun. Bersama-sama cabang kedokteran lain serta anggota masyarakat ikut aktif mengelola bidang kedokteran gawat darurat (Muhiman dan Sunatrio, 2004).

Pengertian anestesi secara umum adalah suatu keadaan dengan tidak ada rasa nyeri. General anestesi (anestesi umum) merupakan

suatu tindakan untuk meniadakan nyeri secara sentral disertai hilangnya kesadaran dan bersifat pulih kembali (*reversible*) (Sunatrio, 2004). Obat anestesi yang masuk ke pembuluh darah/sirkulasi kemudian menyebar ke jaringan. Yang pertama terpengaruh oleh obat anestesi ialah jaringan yang kaya akan pembuluh darah seperti otak, sehingga kesadaran menurun/hilang, hilangnya rasa sakit, dan sebagainya.

2) Faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan general anestesi

Menurut Muhiman dan Sunatrio (2004), faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan general anestesi antara lain :

a) Faktor respirasi

Hal-hal yang mempengaruhi tekanan parsial zat anestesi dalam alveolus adalah:

(1) Konsentrasi zat anestesi yang dihirup; makin tinggi konsentrasinya, makin cepat naik tekanan parsial zat anestesi dalam alveolus.

(2) Ventilasi alveolus, makin tinggi ventilasi alveolus, makin cepat meningginya tekanan parsial alveolus dan keadaan sebaliknya pada hipoventilasi.

b) Faktor Sirkulasi

Faktor ini terdiri dari sirkulasi arteri dan sirkulasi vena. Adapun waktu induksi, konsentrasi zat anestesi dalam darah arteri lebih besar dari pada darah vena.

c) Faktor jaringan

Perbedaan tekanan parsial obat anestasi antara darah arteri dan jaringan. Penggolongan ini penting untuk zat anestetika yang kurang dapat larut misalnya N₂O yang mula-mula akan memasuki dulu dan keseimbangan dalam alveolus dan ini tercapai dalam 10 menit, setelah itu masuk kelompok lain.

d) Faktor zat anestesi

Untuk menentukan derajat potensi ini dikenal adanya MAC (*Minimal Alveolar Concentration*) yaitu konsentrasi terendah zat anestesi dalam udara alveolus yang mampu mencegah terjadinya tanggapan terhadap rangsang rasa sakit.

e) Faktor lain

Faktor lain diantaranya curah jantung, suhu, dan ventilasi.

3) Penilaian dan Persiapan Pra Anestesi

Pasien yang akan menjalani anestesi dan pembedahan (elektif/darurat) harus dipersiapkan dengan baik. Kunjungan pra anestesi pada bedah elektif dilakukan 1-2 hari sebelumnya, dan pada bedah darurat sesingkat mungkin. Kunjungan pra anestesi pada pasien yang akan menjalani operasi dan pembedahan baik elektif dan darurat mutlak harus dilakukan untuk keberhasilan tindakan tersebut. Adapun tujuan kunjungan pra anestesi adalah : (Latif, dkk, 2004)

a) Mempersiapkan mental dan fisik secara optimal.

b) Merencanakan dan memilih teknik serta obat-obat anestesi yang sesuai dengan fisik dan kehendak pasien.

c) Menentukan status fisik dengan klasifikasi ASA (*American Society Anesthesiology*) :

- (1) ASA I : pasien sehat organic, fisiologik, psikiatrik, dan biokimia
- (2) ASA II : Pasien dengan penyakit sistemik ringan atau sedang.
- (3) ASA III : Pasien dengan penyakit sistemik berat, sehingga aktivitas rutin terbatas.
- (4) ASA IV : Pasien dengan penyakit sistemik berat, tak dapat melakukan aktivitas rutin dan penyakitnya merupakan ancaman kehidupannya setiap saat.
- (5) ASA V : Pasien sekarat yang diperkirakan dengan atau tanpa pembedahan hidupnya tidak akan lebih dari 24 jam.
- (6) ASA VI : Pasien mati batang otak yang organ tubuhnya akan diambil didonorkan.

Pada bedah *cito* atau *emergency* biasanya dicantumkan huruf E.

4) Pemeriksaan Pra Operasi Anestesi

Pemeriksaan pra operasi anestesi antara lain : (Latif, 2004)

a) Anamnesis

- (1) Identifikasi pasien yang terdiri dari nama, umur, alamat, dan lain-lain.
- (2) Keluhan saat ini dan tindakan operasi yang akan dihadapi.
- (3) Riwayat penyakit yang sedang/pernah diderita yang dapat menjadi penyulit anestesi seperti alergi, diabetes melitus,

penyakit paru kronis (asma bronkhial, pneumonia, bronkhitis), penyakit jantung, hipertensi, dan penyakit ginjal.

- (4) Riwayat obat-obatan yang meliputi alergi obat, intoleransi obat, dan obat yang sedang digunakan dapat dapat menimbulkan interaksi dengan obat anestetik seperti kortikosteroid, obat anti hipertensi, anti diabetik, antibiotik, golongan amino glikosid, dan lain-lain.
- (5) Riwayat anestesi dan operasi sebelumnya yang terdiri dari tanggal, jenis pembedahan dan anestesi, komplikasi dan perawatan intensif pasca bedah.
- (6) Riwayat kebiasaan sehari-hari yang dapat mempengaruhi tindakan anestesi seperti merokok, minum alkohol, obat penenang, dan narkotik.
- (7) Riwayat keluarga yang menderita kelainan seperti hipertensi maligna.
- (8) Riwayat berdasarkan sistem organ yang meliputi keadaan umum, pernapasan, kardiovaskuler, ginjal, gastrointestinal, hematologi, neurologi, endokrin, psikiatrik, ortopedi, dan dermatologi.

b) Pemeriksaan fisik

1) Data umum

(a) Keadaan umum

(b) Tanda-tanda Vital (tekanan darah, respirasi, nadi, dan suhu badan).

- (c) Keadaan gizi : malnutrisi atau obesitas.
 - (d) Kesadaran dengan penilaian *Glasgow Coma Scale*.
 - (e) Tinggi badan dan berat badan. Untuk memperkirakan dosis obat, terapi cairan yang diperlukan, serta jumlah urine selama dan sesudah pembedahan.
 - (f) Mulai puasa dan lama puasa.
- 2) Tanda-tanda Vital (tekanan darah, respirasi, nadi, dan suhu tubuh)
- 3) *Review of System (ROS)*
- (a) B1 (*Breath*)
- Airway :*
- (1) Hidung : potensi (tidak ada sumbatan), deviasi, *secret*.
 - (2) Mulut : buka mulut (> 3 cm), mallampati, gigi goyang, gigi protusi.
- Mallampati :*
- i. Gradasi 1 : Kelihatan palatum molle, uvula, dinding posterior *oropharynk*, tonsilla palatina dan tonsilla pharongeal.
 - ii. Gradasi 2 : Kelihatan palatum molle, sebagian uvula, dinding posterior uvula.
 - iii. Gradasi 3 : Kelihatan palatum molle, dasar uvula.
 - iv. Gradasi 4 : Kelihatan palatum durum saja.
- (3) Leher: gerak leher bebas (ekstensi > 80°), jarak TMD (*thyro mentale distance* > 6 cm), kekakuan leher.

Breathing : Spontan napas, RR, pengembangan paru dada simetris atau tidak, suara napas Sonor dan *Vesikuler* (SDV), suara tambahan /ST (*ronchi, wheezing*), otot bantu napas.

(b) B2 (*Blood*)

Circulation : Bunyi jantung I, II regular/irregular, intensitas, adakah murmur, adakah gallop.

(c) B3 (*Brain*) : Kesadaran, GCS, reflek menelan, reflek batuk.

(d) B4 (*Bladder*) : Tanyakan BAK, nyeri, hematuri, distensi *bladder*.

(e) B5 (*Bowel*) : Bising usus, nyeri tekan abdomen.

(f) B6 (*Bone*) : Ekstremitas atas dan bawah, adakah kontraktur dan parese.

(g) Integumen : Turgor kulit, warna kulit.

(h) Psikologis : Tingkat kecemasan dan kesiapan menjalani operasi.

c) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium darah, urine: protein, sedimen, reduksi.

d) Pemeriksaan penunjang lain

Rontgen thoraks dan EKG.

Pemeriksaan khusus, dilakukan bila ada indikasi :

- 1) EKG pada anak
- 2) Spirometri pada tumor paru
- 3) Tes fungsi hati pada ikterus
- 4) Fungsi ginjal pada hipertensi.
- 5) AGD, elektrolit.

5) Perencanaan Anestesi

Setelah pemeriksaan anestesi dilakukan dan memperoleh gambaran tentang keadaan mental pasien beserta masalah-masalah yang ada, selanjutnya dibuat rencana mengenai obat dan teknik anestesi yang digunakan. Dengan perencanaan anestesi yang tepat, kemungkinan terjadi komplikasi sewaktu pembedahan dan pasca bedah dapat dihindari.

5. Perawatan Post Operatif

a. Konsep Dasar

Fase pasca operatif (*post operative phase*) dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah (Kozier & Erb, 2007). Untuk membahas keperawatan pasca operasi tidak bisa terlepas dari konsep keperawatan perioperatif. Keperawatan perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu : *pre operative phase*, *intra operative phase* dan *post operative phase*. Masing-masing fase dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan.

b. Fase post operatif

Fase pasca operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan.

c. Intervensi Keperawatan Pasca Operasi

Intervensi keperawatan pasca operasi dapat dilakukan sebagai berikut :

- 1) Membersihkan sekresi dari jalan nafas : membalikkan pasien dari satu sisi ke sisi lainnya, membuka mulut pasien secara manual tetapi hati-hati dengan menggunakan spatel lidah, bila pasien muntah balikkan badan klien dalam posisi miring, bila perlu lakukan *suction* untuk membersihkan lendir atau sisa muntahan.
- 2) Pengaturan posisi : pengaturan tidur terlentang dengan kepala diektensikan atau posisi kepala lebih tinggi dan *air way* bebas dengan SpO₂ di atas 90%.
- 3) Dukungan psikologis : temani pasien, beri informasi secukupnya, eksplorasi ketakutan dan kekhawatiran.

- 4) Meredakan nyeri : teknik relaksasi, teknik distraksi, analgetik oral /IV/ IM (*intravena/intramuscular*), terapi kognitif.
- 5) Menghilangkan kegelisahan : merupakan gejala defisit oksigen dan hemorrhagi, bisa juga diakibatkan oleh posisi selama fase intra operatif, cara penanganan jaringan oleh ahli bedah, dan reaksi tubuh terhadap pemulihan anestesia. Dapat dihilangkan dengan analgesik pasca operatif yang diresepkan dan perubahan posisi secara rutin.
- 6) Menghilangkan mual dan muntah : pengaruh anestesi untuk mengeluarkan mukus dan saliva dalam lambung yang tertelan selama periode anestesia. Bila berlebihan dapat dihilangkan dengan agens anestetik dan antiemetik. Posisi pasien selama mual-muntah adalah dengan dibalikkan miring ke salah satu sisi untuk meningkatkan drainage mulut, mencegah aspirasi muntahan, dan *suction* jika diperlukan. Jika muntah tidak kunjung berhenti, maka perlu dilakukan pemasangan NGT (*Nasogastric Tube*).
- 7) Menghilangkan distensi abdomen: diakibatkan oleh akumulasi gas dalam saluran intestinal. Penanganannya dengan memasang selang kateter *rectal*, selang NGT, meminta pasien untuk sering berbalik, melakukan latihan dan mobilisasi dini jika keadaan pasien memungkinkan.
- 8) Menghilangkan cegukan: diakibatkan oleh *spasme intermitten diafragma* dan dimanifestasikan dengan adanya bunyi “hik” (bunyi koarse), akibat dari vibrasi pita suara yang tertutup ketika udara secara mendadak masuk ke dalam paru-paru. Terbukti bahwa sebenarnya tidak ada tindakan yang paling efektif untuk mengatasi cegukan.

Remedi paling tua dan sederhana adalah dengan menahan nafas, terutama pada saat minum. Selain itu penggunaan medikasi fenotiasin, dengan menekan jari tangan pada kelopak mata yang tertutup selama beberapa menit dan dengan merangsang muntah dapat berhasil pada beberapa kasus.

- 9) Mempertahankan suhu tubuh normal : ruangan dipertahankan pada suhu yang nyaman dan penggunaan selimut untuk mencegah kedinginan.
- 10) Menghindari cedera : restrain boleh digunakan hanya bila keadaan pasien benar-benar mendesak untuk menggunakannya. Meski begitu, penggunaan restrain harus diawasi jangan sampai menciderai pasien, mengganggu terapi intra vena, selang dan peralatan pemantau. Apabila kegelisahan disebabkan oleh nyeri, maka dianjurkan penggunaan analgetik dan sedatif.
- 11) Mempertahankan status nutrisi yang normal: makin cepat pasien dapat mentoleransi diet yang biasa, makin cepat fungsi *Gastro Intestinal (GI) tract* yang normal akan pulih kembali. Ambulasi dini dan latihan di tempat tidur dapat membantu memperlancar kembalinya fungsi *GI tract*. Cairan merupakan substansi pertama yang dapat ditoleransi oleh pasien. Jus buah dan teh dapat diberikan sebagai asupan selanjutnya jika tidak terjadi mual dan muntah (bukan es atau cairan hangat). Setelah itu makanan secara bertahap diberikan mulai dari yang paling lunak sampai pada makanan padat biasa sesuai dengan toleransi pasien.
- 12) Meningkatkan fungsi urinarius yang normal : membiarkan air mengalir di kran dan kompres hangat pada perineum merupakan upaya yang

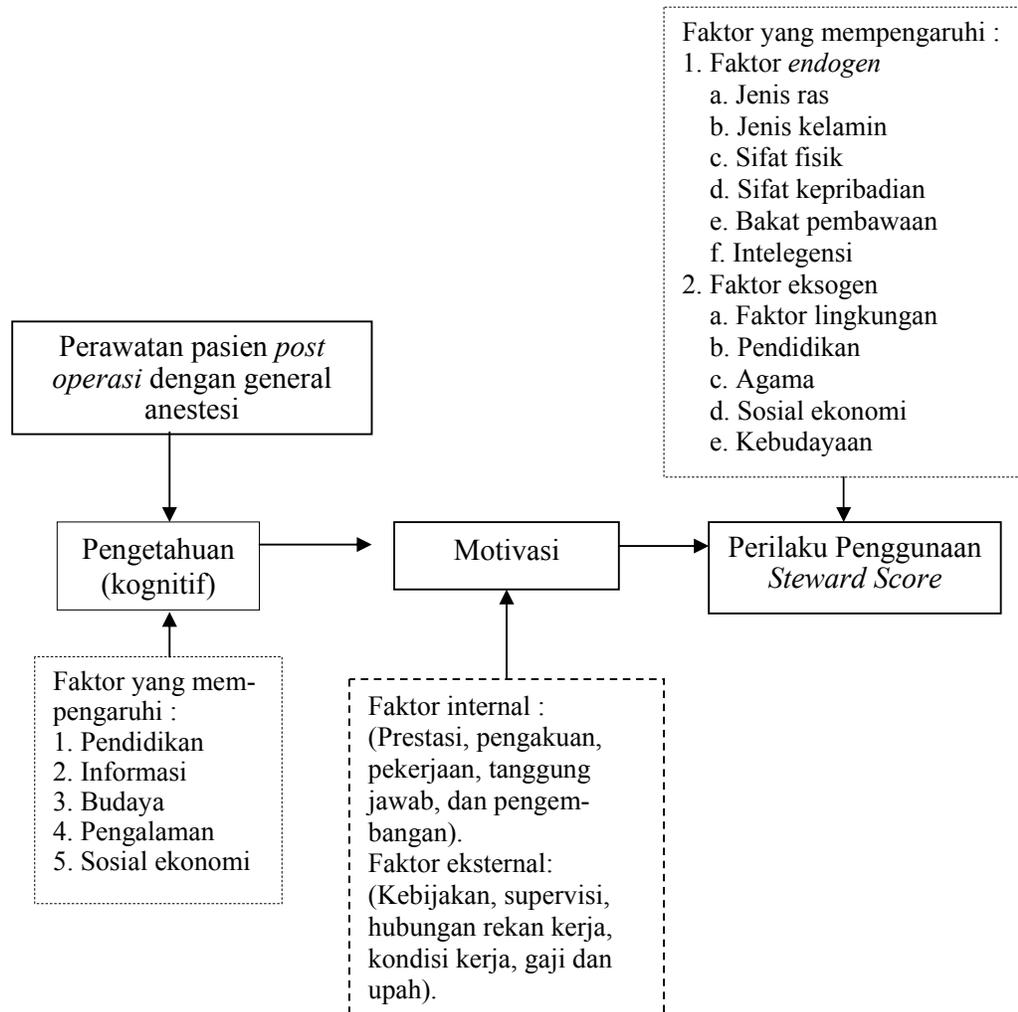
dianjurkan untuk merangsang eliminasi pasien. Masukan dan keluaran harus terus dicatat.

- 13) Meningkatkan eliminasi usus : auskultasi abdomen dengan stetoskop digunakan untuk mendeteksi adanya bising usus, sehingga jika bising usus telah terdengar, diet pasien secara bertahap dapat ditingkatkan.
- 14) Memulihkan mobilitas : pasien dengan mobilitas terbatas harus dibalik dari posisi satu ke posisi lainnya setiap 2 jam.
- 15) Ambulasi dini : ditentukan oleh kestabilan sistem *cardiovascular* dan neuromuskuler pasien, tingkat aktivitas fisik pasien yang lazim, dan sifat pembedahan yang dilakukan. Ambulasi dini dapat menurunkan insiden kompliksi pasca operasi. Ambulasi dini tidak diperkenankan melebihi toleransi pasien. Kondisi pasien menjadi faktor penentu dan kemajuan langkah diikuti dengan memobilisasi pasien : pasien diminta untuk bergerak secara bertahap dari posisi berbaring ke posisi duduk sampai semua tanda pusing telah hilang (dengan menaikkan bagian kepala tempat tidur), pasien dapat dibaringkan dengan posisi benar-benar tegak dan dibalikkan sehingga kedua tungkai menjuntai di atas tepi tempat tidur dan setelah persiapan ini, pasien dapat dibantu untuk berdiri di sisi tempat tidur.
- 16) Pengaturan posisi : posisi telentang tanpa menaikkan kepala, berbaring miring ke salah satu sisi dengan lengan atas ke depan, posisi *fowler*-posisi paling umum tetapi juga merupakan posisi yang paling sulit untuk dipertahankan.
- 17) Latihan di tempat tidur :
 - a) Latihan nafas dalam untuk menyempurnakan ekspansi paru.

- b) Latihan lengan melalui rentang gerak penuh, dengan perhatian khusus pada abduksi dan rotasi eksternal bahu.
 - c) Latihan tangan dan jari.
 - d) Latihan kaki untuk mencegah *foot drop* dan deformitas dan untuk membantu dalam mempertahankan sirkulasi yang baik.
 - e) Latihan fleksi dan mengangkat tungkai untuk menyiapkan pasien untuk membantu aktivitas ambulasi.
 - f) Latihan kontraksi abdomen dan gluteal.
- 18) Mengurangi ansietas dan mencapai kesejahteraan psikososial
- a) Dukungan psikologis selama fase post operatif.
 - b) Kunjungan keluarga dekat selama beberapa saat.
 - c) Eksplorasi kekhawatiran pasien tentang hasil pembedahan dan pikiran tentang masa depannya.
 - d) Jawab pertanyaan-pertanyaan pasien dengan meyakinkan tanpa masuk ke dalam suatu pembahasan yang mendetail.
 - e) Berada di dekat pasien untuk mendengarkan, mempertegas penjelasan dokter, dan memperbaiki miskonsepsi yang ada.
 - f) Instruksikan teknik relaksasi dan aktivitas pengalihan.
- 19) Bila memungkinkan, cuci muka dan tangan klien untuk menyejukkan perasaan klien yang baru dioperasi. Basahi bibirnya bila belum diperbolehkan untuk minum.

B. Kerangka Teori

Secara skematis kerangka teori dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1. Kerangka Teori

Azwar (2004), Notoatmodjo (2010), dan Walgito (2008)

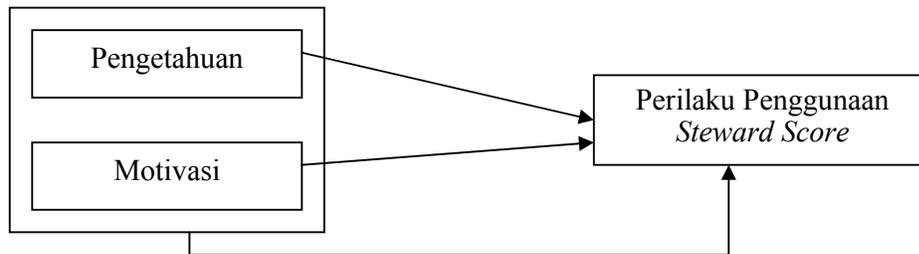
Keterangan :

⎓ : Yang tidak diteliti

▭ : Yang diteliti.

C. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori di atas maka dapat digambarkan kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada pengaruh pengetahuan terhadap perilaku penggunaan *steward score* post general anestesi pada perawat di ruang IBS RSUD Kabupaten Sukoharjo.
2. Ada pengaruh motivasi terhadap perilaku penggunaan *steward score* post general anestesi pada perawat di Ruang IBS RSUD Kabupaten Sukoharjo.
3. Ada pengaruh pengetahuan dan motivasi terhadap perilaku penggunaan *steward score* post general anestesi pada perawat di ruang IBS RSUD Kabupaten Sukoharjo.