

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep General Anestesi

1. Pengertian General Anestesi

Anestesi umum (*general anestesi*) merupakan keadaan tidak sadar yang diinduksi oleh agen anestesi sehingga menyebabkan hilangnya nyeri dan sensasi di seluruh tubuh serta relaksasi otot dan disertai hilangnya refleks (Rosdahl & Kowalski, 2012).

Efek neurologis yang dihasilkan ditandai oleh lima efek utama yaitu tidak sadarkan diri, amnesia, analgesia, penghambatan refleks otonom, dan relaksasi otot rangka. Tidak ada satu pun dari agen anestesi yang saat ini tersedia digunakan sendiri mampu mencapai semua efek yang diinginkan dengan baik (Katzung, 2015).

2. Teknik General Anestesi

Katzung (2015) membagi anestesi umum menjadi tiga sesuai sediaan obat, yaitu:

a. Anestesi Inhalasi

Anestetik volatil (halotan, enfluran, isofluran, desfluran, sevfluran) memiliki tekanan uap yang rendah dan titik didih demikian tinggi sehingga mereka mereka mencair pada suhu kamar (20°C), sedangkan anestesi gas (nitrous oxide, xenon). Anestesi volatil diperlukannya alat penguap (*vaporizer*) dikarenakan

memiliki karakteristik khusus. Anestesi inhalasi yaitu agen volatil serta gas diambil melalui pertukaran gas dialveoli paru-paru.

b. Anestesi intravena

Anestesi intravena digunakan untuk memfasilitasi induksi cepat dan telah menggantikan anestesi inhalasi sebagai metode yang disukai untuk anestesi pediatrik. Anestesi intravena yang digunakan untuk induksi anestesi umum bersifat limfolik (otak, sumsum tulang belakang), yang mampu menyumbang onset yang cepat. Agen anestesi intravena yang biasa digunakan yaitu: dexametason, etomidat, ketamin, benzodiazepam (diazepam, lorazepam, midazolam), propofol, dan barbiturat (tiopental, methohexital).

c. Anestesi seimbang

Anestesi seimbang mirip dengan anestesi inhalasi, anestesi intravena yang tersedia saat ini bukan merupakan anestesi yang ideal untuk menimbulkan lima efek yang diinginkan. Sehingga digunakan anestesi seimbang dengan beberapa obat (anestesi inhalasi, sedatif, hipnotik, opioid, dan agen *neuromuscular blocking*) untuk meminimalkan efek yang tidak diinginkan.

3. Komplikasi pada Pasien Pasca General Anestesi

Menurut Butterworth, Mackey & Wasnick (2013), Pramono (2015) dan Gwinnutt (2011) komplikasi pasca general anestesi yang dapat terjadi yaitu:

a. Komplikasi pernapasan

Komplikasi paru pasca operasi atau *post operative pulmonary complication* (PPC) merupakan komplikasi terkait dengan sistem pernafasan. Komplikasi ini merupakan keadaan yang dapat menyebabkan perawatan lanjut setelah operasi seperti perawatan di unit perawatan intensif atau memperpanjang waktu perawatan di rumah sakit setelah operasi (Hadder, 2013).

Pasien pasca general anestesi dapat mengalami gangguan komplikasi pernapasan yaitu :

1) Hipoventilasi

Hipoventilasi dapat terjadi akibat adanya seperti: kelebihan cairan atau emboli paru, henti jantung, atelektasis, komplikasi yang mendasarinya penyakit pernapasan seperti asma atau COPD. Pasien yang mengalami hipoventilasi berlanjut akan menyebabkan komplikasi hiposekemia akibat kurangnya suplai oksigen yang ada dalam darah (Hadder, 2013).

2) Ateletaksis paru

Ateletaksis paru, kolaps atau gangguan fungsi paru merupakan keadaan yang sering terjadi pada pasien pasca general anestesi. Ateletaksis menghasilkan pengurangan kapasitas residu fungsional, yang berkurang terhirup volume oksigen. Ateletaksis dapat menyebabkan komplikasi pneumotoraks (Kuukasjärvi, Laurikka & Tarkka 2010).

3) Aspirasi paru

Keadaan ini dapat terjadi pada kondisi pasien pasca general anestesi umum. Faktor-faktor risiko ini termasuk operasi darurat, anestesi umum, ahli anestesi dan pasien yang tidak berpengalaman alasan tergantung seperti kurang puasa, pengosongan lambung tertunda atau hipersekresi lambung (Murolo, 2014).

b. Komplikasi kardiovaskuler

Komplikasi kardiovaskuler yang dapat terjadi yaitu: hipotensi, aritmia, bradikardi, dan hipertensi pulmonal. Hipotensi disebabkan akibat hipovolemia yang disebabkan oleh perdarahan, overdosis obat anestetika, penyakit kardiovaskuler seperti infark miokard, aritmia, hipertensi, dan relaksasi hipersensitivitas obat induksi, obat pelumpuh otot dan reaksi transfusi (Butterworth, Mackey & Wasnick 2013).

c. Komplikasi neurologi

Cedera saraf perifer yang paling sering terjadi adalah neuropati ulnar. Gejala-gejala awal sebagian besar seringkali terlihat lebih dari 24 jam setelah prosedur pembedahan dan mungkin telah terjadi saat pasien yang berada pada bangsal rumah sakit saat pasien sedang tertidur. Cedera saraf perifer lainnya lebih berhubungan dekat dengan pengaturan posisi atau prosedur pembedahan. Cedera ini terjadi pada saraf peroneus, plexus

brakialis, atau saraf femoralis dan skiatika. Kemudian penekanan eksternal pada saraf dapat membahayakan perfusinya, merusak integritas selularnya, dan pada akhirnya menimbulkan edema, iskemia, dan nekrosis (Pramono, 2015).

d. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

Gangguan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit dapat terjadi akibat adanya hipovolemia, perdarahan, mual muntah pada saat intra anestesi (Akhtar, dkk, 2013). Gangguan hipovolemia dapat mengakibatkan terjadinya takikardi, ketidakedekauan urine output serta hipotensi (Gwinnut, 2011).

e. Komplikasi gastrointestinal

Mual muntah pasca general anestesi atau PONV (*post operative nausea and vomitus*) merupakan komplikasi terbanyak pasca-anestesia. Keadaan ini terjadi akibat penggunaan anestesi inhalasi sehingga menimbulkan mual muntah pasca bedah (Butterworth, 2013). Kondisi ini menyebabkan penundaan pemulangan pasien dari rumah sakit sehingga meningkatkan biaya perawatan pasien sehingga PONV harus ditangani secara serius untuk mencegah terjadinya komplikasi yang dapat terjadi (Gwinnutt, 2011).

B. Upaya Pencegahan Komplikasi Pasca General Anestesi

Banyaknya upaya keperawatan yang dapat dilakukan setelah periode pasca-operasi tergantung pada prosedur bedah yang dilakukan (Majid, Judha, & Istianah, 2011; Rosdahl & Kowalski, 2012; Black & Haws, 2014):

1. Mempertahankan fungsi pernapasan

Pertahanan fungsi pernapasan dapat dilakukan oleh perawat dengan mendengarkan suara paru minimal satu kali per shift untuk mendapatkan bukti akumulasi cairan, dispnea, ateletaksis, atau gejala pernapasan lain. Pencegahan komplikasi pernapasan dapat dilakukan dengan latihan atau terapi napas (misal : berbalik badan, batuk dan bernapas dalam), perkusi dada (Rosdahl & Kowalski, 2012). Perawat melakukan evaluasi laju pernapasan dilakukan setiap 15 sampai 30 menit hingga pasien stabil kemudian setiap jam setelah itu dilakukan evaluasi paling tidak 4 sampai 6 jam. Perubahan yang signifikan harus dilaporkan sesegera mungkin. Anjurkan pernapasan dalam setiap jam pada 12 jam pertama dan setiap 2 sampai 3 jam pada 12 jam berikutnya (Majid, Judha, & Istianah, 2011).

2. Mempertahankan sirkulasi

Dilakukannya pengkajian fungsi kardiovaskuler adalah memantau tanda-tanda syok, hemoragi, hipotensi, dan hipertensi pasca operasi (Rosdahl & Kowalski, 2012). Hipotensi dan aritmia adalah komplikasi kardiovaskuler yang paling sering terjadi pada post

anestesi. Pengkajian sistem kardiovaskuler yang dapat dilakukan yaitu pengkajian sirkulasi perifer yang meliputi kualitas denyut, warna kulit, temperatur, ekstremitas, sirkulasi darah, nadi dan suara jantung. Penurunan tekanan darah, nadi dan suara jantung kemungkinan dapat disebabkan oleh depresi miokard, shock, perdarahan atau hipertensi. Nadi yang meningkat disebabkan oleh shock, nyeri, dan hipotermia (Wijaya, 2008).

3. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

Pengkajian keseimbangan cairan dan elektrolit dapat dilakukan dengan melakukan monitoring input dan output cairan, mengobservasi drain luka, mengatur tetasan infus, pemeriksaan turgor kulit dan pengkajian mukosa bibir (Ahsan dkk, 2013)

Produksi urine pada pasien pasca general anestesi harus diawasi secara ketat selama 24-72 jam setelah operasi. Kualitas dan warna urine merupakan indikator penting status hidrasi dan cairan. Pasien dengan fungsi ginjal normal rata-rata produksi urine adalah 0,5 ml/kg berat badan/jam kemudian bandingkan dengan *baseline* dari warna, kualitas, dan kejernihan urine. Output urine kurang dari 30 ml/jam menandakan terjadinya komplikasi ginjal (Black & Haws, 2014).

4. Memeriksa status neurologis

Pemeriksaan tingkat kesadaran, orientasi, dan efek perlambatan gerak dari anestesi dimonitor pada 24 jam pertama pasca

anestesi. Klien perlu memahami bahwa gangguan fungsi kognitif umum terjadi pasca operasi, terutama pada lansia yang mungkin mengkhawatirkan demensia. Pasien yang tidak mengetahui gangguan tersebut hanya sementara, mereka akan berpikir mengalami stroke pasca operasi yang tidak akan pernah sembuh, sehingga pemberian informasi sangat diperlukan pada pasien pasca operasi. Klien dengan obesitas juga mengalami keterlambatan kembalinya kesadaran. Jumlah obat yang lebih besar dibutuhkan pada pasien obesitas serta banyak obat yang tersimpan dari darah ke jaringan lemak (Black & Hawls, 2014).

5. Mempertahankan fungsi sistem gastrointestinal

Pasien pasca general anestesi sering mengalami kejadian mual muntah. Terjadinya mual muntah pasca general anestesi dapat meningkatkan tekanan intrakranial pada bedah kepala dan leher. Faktor risiko PONV dapat dicegah dengan mengurangi pergerakan, mengontrol nyeri, dan memberikan intervensi dini dengan antiemetik (Black & Hawls, 2014).

Pengkajian gastrointestinal dapat dilakukan perawat dengan auskultasi suara usus. Selain itu juga mengkaji peristaltic ileus, suara usus, distensi abdomen, dan ada tidaknya flatus. Insersi Naso Gastric Tube (NGT) intra operatif dilakukan untuk mencegah komplikasi pasca operasi dengan dekompresi dan drainase lambung juga dapat bertujuan untuk meningkatkan istirahat, memonitor perdarahan,

mencegah obstruksi usus, irigasi atau pemberian obat, serta mengkaji jumlah, warna, dan konsentrasi lambung tiap 6-8 jam (Wijaya, 2008).

6. Mempertahankan keamanan dan kenyamanan

Tempat tidur pasien pasca operasi harus dipasang pengaman sampai pasien benar-benar sadar. Hal ini dilakukan untuk mencegah pasien jatuh akibat kondisi kesadaran yang belum optimal. Nyeri yang timbul memerlukan intervensi keperawatan dan kolaborasi medis terkait agen blok nyerinya (Rhondianto, 2008).

Gangguan kenyamanan yang paling sering terjadi pada pasien post operasi yaitu nyeri. Medikasi harus diberikan bila perlu sebelum nyeri bertambah parah. Apabila nyeri bertambah parah lebih banyak obat dan waktu yang dibutuhkan agar efek obat dirasakan. Perawat juga mencatat deskripsi nyeri yang dirasakan pasien dan efektivitas obat yang diberikan untuk mengontrol nyeri (Black dan Hawls, 2014).

C. Keperawatan Pasca Operasi

Majid, Judha, & Istianah (2011) membagi perawatan pasca operasi meliputi 4 tahapan, yaitu:

1. Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke *recovery room* memerlukan pertimbangan diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak insisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operasi dipindahkan.

Pasien dapat mengalami hipotensi arteri yang serius ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya. Posisi litotomi dan posisi horizontal atau posisi lateral ke posisi terlentang. Gangguan vaskuler juga dapat terjadi akibat pasien yang telah dianestesi dipindahkan ke *brankard* sehingga pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera pasien dipindahkan ke brankard atau tempat tidur, gaun pasien yang basah harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi.

Selama perjalanan transportasi pasien diselimuti dan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta *side-rail* harus dipasang, hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya risiko *injury*, mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien.

2. Perawatan pasca anestesi di ruang pemulihan

Pasien pasca operasi harus ditempatkan pada tempat tidur khusus yang nyaman dan aman serta memudahkan akses untuk pasien, yaitu: pemindahan darurat. Kelengkapan alat yang digunakan untuk mempermudah perawatan, yaitu: 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 yaitu: fungsi pulmonal tidak terganggu, hasil oksimetri masih menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat, tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah, orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang, haluran urine tidak kurang dari 30 ml/jam,

mual dan muntah dalam kontrol, nyeri minimal (Majid, Judha & Istianah, 2011).

3. Transportasi pasien ke ruang rawat (bangsal)

Transportasi pasien bertujuan untuk mentransfer pasien menuju ruang rawat dengan mempertahankan kondisi pasien yang tetap stabil. Kriteria pasien dipindahkan ke bangsal yaitu pasien yang memiliki skore 7 atau 8 yang menunjukkan kondisi pasien yang sudah cukup stabil. Hal yang perlu diwaspadai ketika transportasi pasien yaitu henti napas, vomitus, dan aspirasi selama transportasi.

4. Perawatan di ruang rawat (bangsal)

Ketika pasien sudah mencapai bangsal, maka tindakan perawat yang harus dilakukan, yaitu (Majid, Judha, & Istianah, 2011):

a. Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, drainage, tube/selang, dan komplikasi.

b. Manajemen luka

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

c. Mobilisasi dini

Pasien dapat dilakukan mobilisasi dini dengan melakukan ROM (*range of motion*), napas dalam dan juga batuk efektif yang dapat dilakukan untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret dan lendir.

d. Rehabilitasi

Rehabilitasi dilakukan untuk memulihkan kondisi pasien kembali. Rehabilitasi dapat berupa berbagai macam latihan spesifik yang diperlukan untuk memaksimalkan kondisi pasien seperti semula.

e. *Discharge Planning*

Perawat merencanakan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi pasca operasi.

D. Aldrete Skore (General Anestesi)

Objek	Kriteria	Nilai
Aktivitas	- Mampu menggerakkan empat ekstremitas	2
	- Mampu menggerakkan dua ekstemitas	1
	- Tidak mampu menggerakkan ekstremitas	0
Respirasi	- Mampu napas dalam dan batuk	2
	- Sesak atau pernafasan terbatas	1
	- Henti nafas	0
Tekanan darah	- Berubah sampai 20% dari pra bedah	2
	- Berubah 20% -50% dari pra bedah	1
	- Berubah >50% dari pra bedah	0
Kesadaran	- Sadar baik dan orientasi baik	2
	- Sadar setelah dipanggil	1
	- Tak ada tanggapan terhadap rangsang	0
Warna kulit	- Kemerahan	2
	- Pucat agak suram	1
	- Sianosis	0

(Mangku & Senopati, 2010).

E. Konsep Perilaku

1. Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan suatu tindakan atau reaksi yang dilakukan seseorang terhadap orang lain. Perilaku perawat dalam pelayanan

keperawatan adalah suatu tanggapan dan tindakan terhadap kebutuhan dan keinginan dari para pasien (Anjaryani, 2009).

Perilaku merupakan hasil daripada macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmojo, 2010).

2. Faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Teori Lawrence Green (Notoatmojo, 2014) menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh suatu faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviorcauses*) dan faktor luar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau dibentuk dari 3 faktor yaitu:

a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

1) Pengetahuan apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut bersifat *long lasting* (langgeng) daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

- 2) Sikap adalah suatu predisposisi (keadaan yang terpengaruh) terhadap seseorang, ide atau objek yang berisi komponen-komponen *cognitive*, *affective* dan *behavior* (Linggasari, 2008).
- b. Faktor pemungkin (*enabling factor*), yang meliputi lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana keselamatan kerja, misalnya ketersediaannya alat pendukung, pelatihan dan sebagainya.
- c. Faktor penguat (*reinforcement factor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya yang merupakan redefensi perilaku masyarakat.
3. Bentuk perilaku

Menurut Kholid, A (2012) bentuk perilaku dibedakan menjadi 2 yaitu:

a. Perilaku pasif

Merupakan respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada seseorang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Perilaku pasif merupakan perilaku yang sifatnya tertentu, terjadi dalam diri individu dan tidak bisa diamati. Contoh berpikir dan bernapas.

b. Perilaku aktif

Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain. Perilaku yang sifatnya terbuka berupa tindakan yang nyata dan dapat diamati secara langsung.

4. Pembagian perilaku kedalam 3 domain (kewarasan)

Menurut Priyoto (2015) domain perilaku dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan tindakan seseorang.

b. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan akan tetapi merupakan predisposisi tindakan sikap perilaku.

c. Praktik/Tindakan (*practice*)

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahuinya.

5. Pengukuran perilaku

Menurut Arikunto (2010), pengukuran perilaku dilakukan untuk memperoleh data praktik atau perilaku yang paling akurat melalui pengamatan (observasi). Tingkatan praktik atau perilaku 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 $<60\%$

Menurut Azwar (2008), pengukuran perilaku yang berisi pernyataan-pernyataan terpilih telah diuji *reabilitas* dan *validitasnya* maka dapat digunakan untuk mengungkapkan perilaku kelompok responden. Kriteria pengukuran perilaku yaitu :

- a. Perilaku positif jika nilai T skor yang diperoleh responden dari kuesioner $> T \text{ mean}$
- b. Perilaku negatif jika nilai T skor yang diperoleh responden dari kuesioner $\leq T \text{ mean}$

Dengan skor jawaban :

- a. Jawaban dari item pernyataan perilaku positif
 - 1) Dilakukan jika pernyataan tersebut selalu dilakukan oleh responden (tidak pernah tidak dilakukan) melalui jawaban kuesioner skor 2
 - 2) Tidak dilakukan jika pernyataan tersebut sering dilakukan oleh responden (jarang tidak dilakukan) melalui jawaban kuesioner skor 1

b. Jawaban dari item pernyataan untuk perilaku negatif

- 1) Dilakukan jika pernyataan tersebut selalu dilakukan oleh responden (tidak pernah tidak dilakukan) melalui jawaban kuesioner skor 1
- 2) Tidak dilakukan jika pernyataan tersebut sering dilakukan oleh responden (jarang tidak dilakukan) melalui jawaban kuesioner skor 2

Penilaian perilaku yang didapatkan jika :

- a. Nilai $T > MT$, berarti subjek berperilaku positif
- b. Nilai $T \leq MT$ berarti subjek berperilaku negative

F. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, pengetahuan manusia terjadi melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2012).

Pengetahuan yang tinggi dapat diperoleh melalui pendidikan yang tinggi serta diperoleh dari informasi yang telah didapatkan. Rendahnya pengetahuan seseorang akan membuat mereka kesulitan dan tidak mudah memahami apa yang disampaikan orang lain sehingga menyebabkan adanya hambatan dalam menyaring informasi

yang mereka dapatkan serta dapat berpengaruh terhadap perilaku yang dimiliki (Notoatmojo, 2012).

2. Indikator Pengetahuan

Notoatmojo (2012), menyatakan bahwa pengetahuan dibagi dalam enam tingkatan domain kognitif, yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tingkatan ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehensif*)

Memahami dalam tingkat ini diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat mengintegrasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan. Contoh: menyimpulkan dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi dalam tingkat ini diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau pengguna hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitannya dengan satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis yaitu menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

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

penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013), faktor yang mempengaruhi pengetahuan meliputi:

a. Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah menerima informasi.

b. Informasi/ Media Massa

Informasi merupakan suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi ini diperoleh dari pendidikan formal maupun non formal yang dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan.

Semakin berkembangnya teknologi yang menyediakan bermacam-macam media massa sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat. Informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapatkan informasi tentang suatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan

wawasannya, sedangkan seseorang yang tidak sering menerima informasi tidak akan menambah pengetahuan dan wawasan orang tersebut.

c. Sosial, Budaya dan Ekonomi

Tradisi atau budaya seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak baik akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi juga akan mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata menimbulkan seseorang tersebut akan sulit memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan.

d. Lingkungan

Lingkungan mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan yang baik akan pengetahuan didapatkan akan baik dan sebaliknya, jika lingkungan kurang baik maka pengetahuan yang didapat juga akan kurang baik.

e. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman orang lain maupun diri sendiri sehingga pengalaman yang sudah diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Pengalaman seseorang tentang suatu permasalahan akan membuat orang

tersebut mengetahui bagaimana cara menyelesaikan permasalahan dari pengalaman sebelumnya yang telah dialami sehingga pengalaman yang didapat dijadikan sebagai pengetahuan.

f. Usia

Semakin bertambahnya usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengalaman yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah.

4. Pengukuran Pengetahuan

Menurut Budiman & Riyanto (2013), pengetahuan seseorang ditertapkan menurut hal-hal berikut:

- a. Bobot I : tahap tahu dan pemahaman
- b. Bobot II : tahapan tahu, pemahaman, aplikasi dan analisis
- c. Bobot III : tahapan tahu, pemahaman, aplikasi, analisis sintesis dan evaluasi.

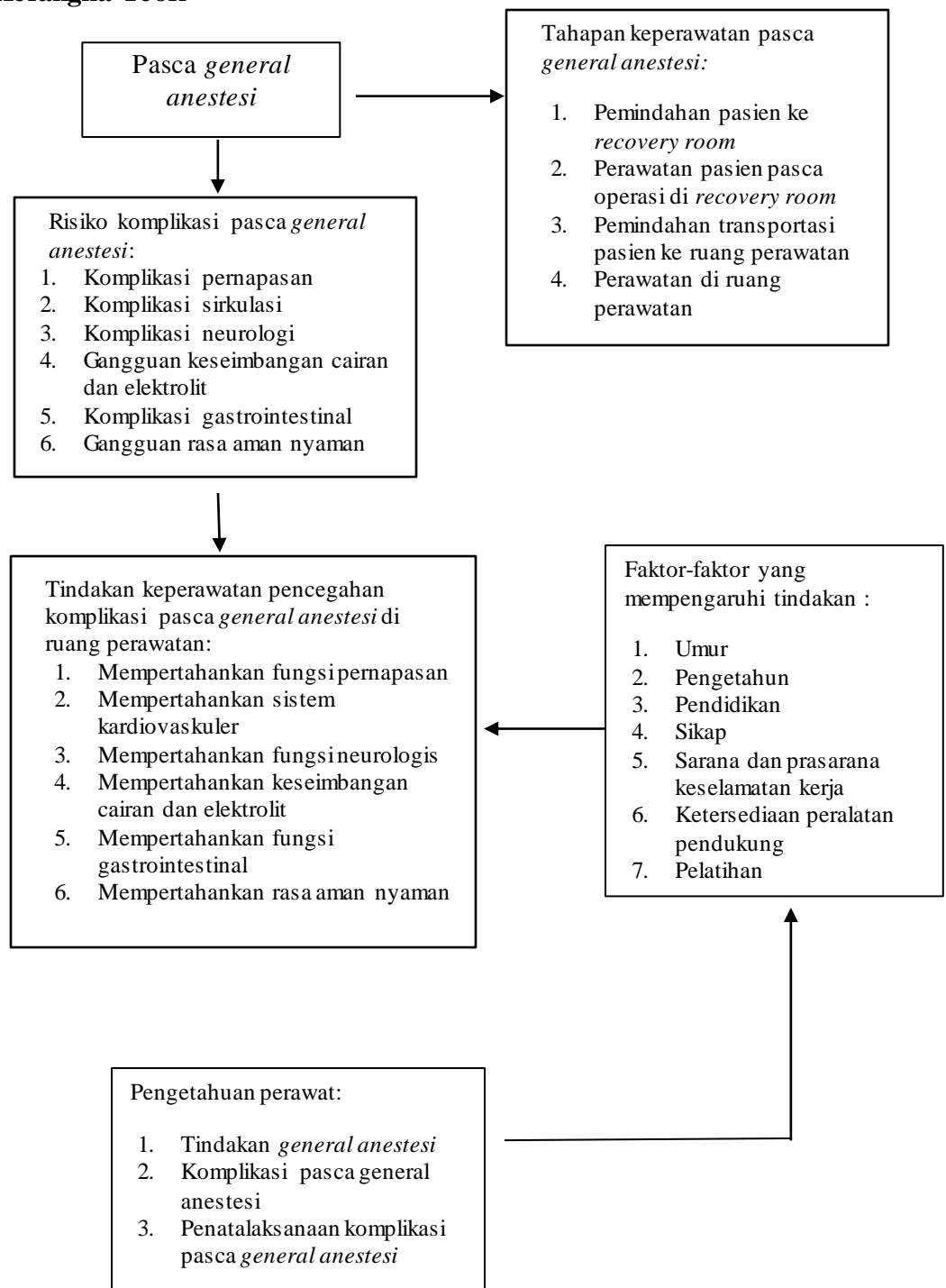
Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menyatakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Pengukuran pengetahuan harus diperhatikan dalam rumusan kalimat pernyataan menurut tahapan pengetahuan.

Menurut Arikunto (2010), terdapat 3 kategori tingkat pengetahuan yang didasarkan pada nilai presentase sebagai berikut:

- a. Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya 76%-100%
- b. Tingkat pengetahuan kategori Cukup jika nilainya 56%-75%

c. Tingkat pengetahuan kategori Kurang jika nilainya $< 56\%$

G. Kerangka Teori

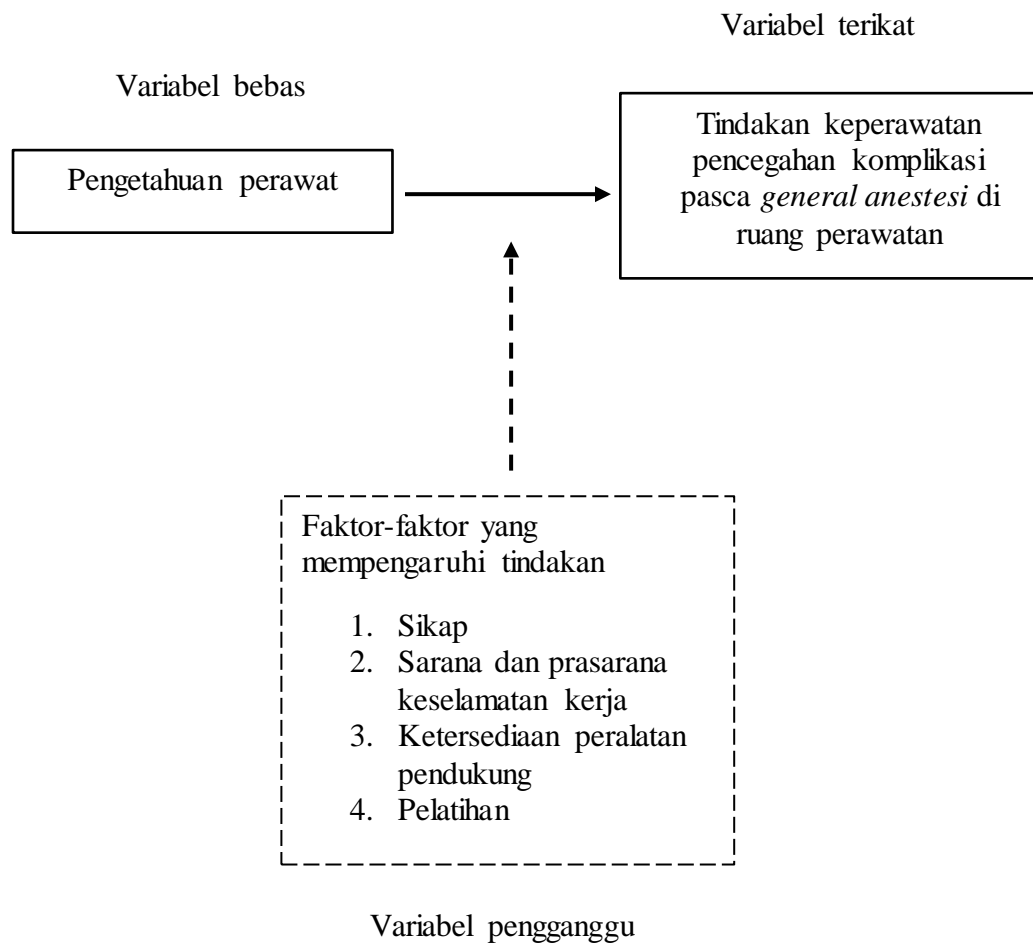


Gambar 1.1 Kerangka Teori

Sumber : Notoatmojo (2014), Majid, Judha, Istianah (2011), Rosdahl & Kowalski (2012),

Black & Hawls (2014)

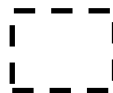
H. Kerangka Konsep



Keterangan:



: Diteliti



: Tidak diteliti

Gambar 1.2 Kerangka Konsep

Sumber : Notoatmojo (2014), Majid, Judha, Istianah (2011), Rosdahl & Kowalski (2012), Black & Hawls (2014)

I. Hipotesis Penelitian

Ada hubungan pengetahuan perawat dengan tindakan pencegahan komplikasi pasca general anestesi di Bangsal Bedah RSUD Wonosari.