

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teoritis Pra Operasi

2.1.1 Defenisi keperawatan Pra Operasi

Keperawatan Pra Operasi adalah proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Perawat kamar bedah (*operating room nurse*) adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan Pra Operasi kepada pasien yang akan mengalami pembedahan yang memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamar bedah (AORN, 2013 dalam Hipkabi, 2014).

Perawat kamar bedah bertanggung jawab mengidentifikasi kebutuhan pasien, menentukan tujuan bersama pasien dan mengimplementasikan intervensi keperawatan. Selanjutnya, perawat kamar bedah melakukan kegiatan keperawatan untuk mencapai hasil akhir pasien yang optimal (Hipkabi, 2014). Perawat kamar bedah dalam pelayanannya berorientasi pada respon pasien secara fisik, psikologi spiritual, dan sosial budaya (AORN, 2013).

2.1.2 Fase Pelayanan Pra Operasi

Keperawatan Pra Operasi adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “Pra Operasi” adalah suatu istilah

gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu pra operasi, intra operasi dan post operasi (Hipkabi, 2014).

1) Fase Pra Operasi

Fase Pra Operasi dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukannya intervensi bedah dan di akhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktifitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara Pra Operasi dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014).

2) Fase Intra Operasi

Fase intra operasi dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir pada saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2014).

3) Fase Post Operasi

Fase post operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery*) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut dan tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. Lingkup aktifitas

keperawatan mencakup rentang aktifitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktifitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

2.2 Tinjauan Teoritis *Sectio Caesarea*

2.2.1 Defenisi

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Amru, sofian, 2013).

Sectio caesarea adalah kelahiran bayi melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. Tindakan ini dipertimbangkan sebagai pembedahan abdomen mayor. Nama *caesarea* berasal dari suatu legenda bahwa julius caesar dilahirkan dengan cara seperti ini. Sebelum ada prosedur pembedahan yang aman, kelahiran melalui abdomen ini dilakukan pada keadaan ibu akan meninggal dan bayi baru lahir akan diselamatkan (Reeder.J, Martin.L, & Griffin.K, 2015).

2.2.2 Indikasi

Indikasi *Sectio Caesarea* menurut Solehati (2015) meliputi:

a) Faktor Ibu

(1) *Distosia*

Distosia merupakan suatu keadaan persalinan yang lama karena adanya kesulitan dalam persalinan yang disebabkan oleh beberapa faktor dalam persalinan. Baik faktor dari ibu sendiri maupun faktor bayi dalam proses persalinan, seperti: kelainan tenaga (his), kelelahan mendedan, kelainan jalan lahir, kelainan letak dan bentuk janin, kelainan dalam besar atau bobot janin, serta psikologi ibu.

(2) *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD)

Cephalo Pelvic Disproportion adalah ketidakselarasan atau ketidakseimbangan antara kepala janin dan pelvis ibu. CPD merupakan keadaan ketidaksesuaian antara luas panggul dan besar kepala janin. CPD merupakan keadaan panggul ibu yang tidak sesuai dengan keadaan panggul yang normal yang dimiliki kebanyakan wanita. Keadaan panggul yang tidak normal tidak baik untuk dilakukan tindakan persalinan pervagina. Oleh karena itu, seorang ibu penting untuk melakukan pengukuran panggul pada saat pemeriksaan kehamilan awal dengan tujuan memperkirakan apakah keadaan panggulnya masih dalam batas normal atau tidak.

Disproporsi sefalo-pelvik mencakup panggul sempit, fetus yang tumbuh terlampau besar atau adanya ketidakseimbangan relatif antara ukuran antara ukuran kepala bayi dan pelvis panggul.

(3) Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia berat atau PEB merupakan suatu sindrom yang dijumpai pada ibu dengan kehamilan di atas 20 minggu yang ditandai dengan hipertensi dan proteinuria dengan atau tanpa edema (bengkak).

Eklamsia adalah pre-eklamsia yang disertai dengan gejala kejang-kejang umum yang terjadi pada saat hamil, waktu partus, atau dalam tujuh hari post partum bukan karena epilepsi.

PEB dan eklamsia sangat rawan untuk dilakukan persalinan pervaginam karena ibu dan bayinya beresiko tinggi terjadinya injuri. Pada umumnya, ibu hamil yang menderita PEB ataupun eklamsia acap kali berakhir dengan persalinan *sectio caesarea*.

(4) Gagal Proses Persalinan

Gagal proses persalinan merupakan indikasi dilakukannya seksio sesarea untuk segera menyelamatkan ibu dan bayinya.

(5) Seksio Ulang

Seksio yang berulang merupakan indikasi dilakukannya *sectio caesarea*. Hal ini disebabkan rahim ibu mengalami luka perut akibat pada saat operasi *sectio caesarea* sebelumnya sehingga mengakibatkan ibu mengalami robekan pada rahim, terpisahnya jaringan perut bekas *sectio caesarea* sebelumnya acapkali disebabkan oleh terjadinya rupture uteri (robekan rahim).

(6) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu plasenta yang terletak pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (*ostium interim*). Implantasi plasenta yang normal, yaitu pada dinding depan atau dinding belakang rahim di daerah fundus uteri.

Plasenta previa terbagi menjadi tiga, yaitu plasenta previa marginalis, plasenta previa sebagian dan plasenta previa totalis. Kehamilan dengan plasenta previa marginalis, yaitu pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan. Plasenta previa partialis (sebagian), yaitu sebagian permukaan tertutup oleh jaringan, tetapi persalinan masih dapat dilakukan dengan cara pervaginam, asalkan dilakukan oleh orang yang sudah terlatih. Kehamilan dengan plasenta previa totalis, yaitu pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan. Pada kondisi seperti ini, persalinan tidak dapat dilakukan dengan pervaginam, tetapi melalui section caesarea karena plasenta menutupi seluruh jalan lahir.

(7) *Solution* Plasenta

Solution plasenta disebut juga dengan nama *abruptio* plasenta. *Solution* plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta sebelum janin lahir. Ketika plasenta terpisah akan diikuti pendarahan maternal pada ibu yang parah, bahkan dapat diakibatkan kematian pada janin. Plasenta yang terlepas seluruhnya disebut *solutio* plasenta totalis, sedangkan plasenta yang terlepas sebagian disebut *solution* plasenta parsialis, dan jika hanya sebagian kecil pinggir plasenta yang terpisah disebut *ruptura* sinus marginalis.

(8) Tumor Jalan Lahir yang Menimbulkan Obstruksi

Tumor pada jalan lahir menimbulkan kesulitan dan merupakan rintangan terhadap lahirnya janin pervagina karena adanya masa yang menghalangi jalan lahir. Tumor tersebut seperti mioma uteri, tumor ovarium, dan kanker rahim. Hal ini bergantung pada jenis dan besarnya

tersebut. Hal yang perlu dipertimbangkan, apakah persalinan dapat dilakukan secara pervagina atau secara *sectio caesarea*. Selain itu, tumor tersebut dapat menimbulkan perdarahan hebat yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayinya. Adanya tumor dapat menyebabkan resiko yang lebih besar dalam persalinan pervaginam.

(9) Ruptur Uteri

Ruptur uteri adalah keadaan robekan pada rahim yang telah terjadi hubungan langsung antara rongga amnion dan rongga peritoneum. Rupture uteri, baik yang terjadi pada masa hamil atau proses persalinan peritoneum merupakan suatu kondisi bahaya yang besar pada wanita dan janin yang dikandungnya. Dalam kondisi seperti ini, sejumlah besar janin bahkan hampir tidak ada janin yang dapat diselamatkan, dan sebagian besar dari wanita tersebut meninggal akibat pendarahan, infeksi, menderita kecacatan, dan kemungkinan tidak bisa hamil kembali karena terpaksa harus menjalani histerektomi.

(10) Takut Persalinan Pervagina

Pengalaman buruk yang dialami oleh orang lain saat persalinan pervagina pun dapat menjadi penceus bagi seorang ibu untuk melakukan persalinan dengan *sectio caesarea*. Pengalaman buruk tersebut menyebabkan seorang ibu ketakutan karena membayangkan persalinan yang buruk saat persalinan pervagina berlangsung.

(11) Pengalaman Buruk Melahirkan Pervagina

Pengalaman buruk melahirkan pervagina yang dialami ibu pada persalinan sebelumnya, seperti adanya nyeri serta kecemasan yang

sangat buruk, dan menimbulkan trauma bagi seorang ibu untuk menjalani persalinan pervagina untuk persalinan berikutnya. Bahkan, tidak jarang ada seorang ibu yang tidak mau melahirkan lagi karena trauma yang dialaminya selama proses persalinan pervagina.

(12) Adanya keinginan untuk melahirkan pada hari yang telah ditentukan

Indikasi ini bukan merupakan indikasi medis, melainkan indikasi elektif akibat keinginan pribadi seorang ibu dan keluarganya yang memilih persalin *sectio caesarea*. Adanya keinginan untuk melahirkan pada hari yang dianggap sakral atau baik bagi ini dan pasangnyanya merupakan trend di kalangan ibu pada zaman sekarang untuk dilakukannya *sectio caesarea*. Selain itu, keadaan seseorang suami yang ingin segera melihat bayinya sebelum suaminya pergi bertugas jauh dalam jangka waktu yang lama juga merupakan alasan dilakukannya *secsio sesarea* walaupun tidak ada indikasi medis. Pada indikasi elektif, persalinan *sectio caesarea* bisa saja dihindari.

(13) Disfungsi Uterus

Disfungsi uterus merupakan keja uterus yang tidak adekuat. Hal ini menyebabkan tidak adanya kekuatan untuk mendorong bayi keluar dari rahim. Keadaan ini membuat persalinan terhenti sehingga perlu dilakukan tindakan *sectio caesarea*.

(14) Usia lebih dari 35 tahun

Usia reproduksi yang ideal bagi seorang ibu adalah antara 20-35 tahun. Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun akan meningkatkan resiko kehamilan persalinan. Dari segi psikologi, pada wanita usia kurang dari

20 tahun perkembangan kejiwaan masih belum matang untuk menjadi ibu. Dari segi fisik, pada usia muda organ-organ reproduksi seorang wanita belum sempurna sehingga dapat berakibat terjadinya komplikasi obsentrik.

Kehamilan diatas 35 tahun memiliki resiko tiga kali lebih besar untuk terjadinya persalinan dengan tindakan section caesarea dibandingkan dengan usia dibawah 35 tahun. Usia lebih dari 35 tahun termasuk ke dalam golongan usia beresiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan. Pada usia ini, berbagai masalah sering kali menyertai kehamilannya, plasenta totalis, preeklamsi berat, kelelahan dalam mengedan, dan sebagainya.

(15) Herpes Genital Aktif

Herpes genital merupakan penyakit kelamin yang disebabkan oleh virus bernama *Herpes Simpleks Virus* (HSV). Virus ini ditularkan melalui kontak langsung kulit atau melalui membrane mucus dengan lesi yang aktif. Lesi herpes yang aktif pada genital ibu hamil dapat menular ke bayi pada saat proses persalinan pervagina. Persalinan pada ibu yang menderita herpes genital aktif tidak dilakukan dengan cara pervaginam karena bayi beresiko tinggi terkena infeksi herpes dari ibu saat bayi melewati jalan lahir pada proses persalinan pervaginam. Penyebaran virus herpes dari ibu hamil kepada janinnya dapat terjadi pada saat proses persalinan, ketika terjadi kontak langsung antara janin dan agen virus herpes yang terdapat pada genital ibu.

b) Alasan janin

(1) Terjadinya gawat janin (Distress)

Terjadinya gawat janin antara lain disebabkan : syok, anemia berat, preeklamsia berat, eklamsia, dan kelainan congenital berat. Syok dan anemia berat yang dialami ibu pada masa persalinan dapat menimbulkan gawat janin. Hal ini terjadi karena pada keadaan syok dan anemia, suplai darah berisi nutrisi dan oksigen dari ibu ke janin menjadi terhambat. Hal yang sama juga terjadi apabila ibu menderita tekanan darah tinggi atau kejang pada rahim yang dapat mengakibatkan gangguan pada plasenta (ari-ari) dan tali pusat sehingga aliran oksigen ke bayi menjadi berkurang. Kondisi ini bisa menyebabkan janin mengalami kerusakan otak, bahkan tidak jarang meninggal di dalam rahim.

(2) Letak janin

Kelainan dengan letak sungsang, lintang, dan presentasi ganda atau majemuk merupakan factor penyulit dalam persalinan. Letak sungsang beresiko mengalami kematian, kecacatan, dan kecelakaan yang jauh lebih tinggi apabila dilahirkan secara pervaginam (melalui vagina). Penyebab letak sungsang sering tidak diketahui pasti (idiopatik). Secara teori, penyebab letak sungsang dapat terjadi karena fakto ibu, seperti kelainan bentuk rahim, tumor jinak rahim/mioma, letak dan plasenta lebih rendah. Letak lintang merupakan kelainan letak janin didalam rahim ibu yang terjadi pada usia kehamilan tua (kehamilan 8-9 bulan), yaitu kepala bayi berada di samping kanan atau

kiri dalam rahim ibu. Bayi dengan keadaan letak lintang tidak dapat dilahirkan secara pervaginam karena sumbu tubuh janin letaknya melintang terhadap sumbu tubuh ibu. Bayi dalam kondisi ketak lintang membutuhkan pertolongan section caesarea. Letak sungsang adalah posisi dimana kepala terletak di fundus uteri, sedangkan bokong diatas simfisis, mekanisme persalinan kepala adalah mekanisme yang paling berbahaya, karena dapat menyebabkan dislokasi persendian, trauma alat vital visera fraktur tulang ekstermitas, fraktur persendian leher, asfiksia ringan hingga berat, perdarahan intracranial, lahir mati sehingga dilakukan persalinan dengan bantuan caesarea, Fadlum & Achmad (2013).

Keadaan obliq atau letak lintang adalah keadaan dimana janin dalam kandungan yang letaknya melintang, sehingga tidak memungkinkan jika bayi dilahirkan pervaginam, walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit. Keadaan demikian dapat menyebabkan retraksi progresif pada segmen bawah, yang kemudian dapat membatasi aliran darah uteroplasenta dan membahayakan janin dalam kandungan. Kondisi selanjutnya yaitu adanya *rupture* pada uterus yang dapat membahayakan keadaan ibu (Sofian, 2013).

(3) Kehamilan ganda

Kehamilan ganda (kembar) adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih dalam satu rahim dengan satu atau dua plasenta. Kehamilan kembar dapat beresiko tinggi, baik terhadap ibu maupun bayinya. Kehamilan kembar kerap kali berakhir di meja operasi dengan

tindakan *Section Caesarea* terutama bila ibu mengandung tiga janin atau lebih. Hal ini akan menjamin bayi-bayi tersebut dilahirkan dalam kondisi sebaik mungkin dengan trauma minimum.

(4) Adanya bobot badan bayi yang ukurannya lebih dari normal

Bobot bayi lahir normalnya antara 2.500-4.000 gram. Bobot bayi diatas 4.000 gram atau lebih dinamakan bayi besar (*giant baby*). Hal ini dapat mengakibatkan bayi sulit keluar dari jalan lahir ibu. Umumnya, pertumbuhan janin yang berlebihan disebabkan ibu menderita kencing manis (diabetes mellitus) yang biasanya disebut bayi besar objektif. Bayi dengan bobot terlalu besar memiliki resiko 4 kali lebih besar untuk terjadinya komplikasi persalinan.

2.2.3 Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi *cephalo pelvic*, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, preeklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (sc).

Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anastesi yang akan menyebabkan pasien imobilisasi sehingga akan menimbulkan intoleransi aktifitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas (kecemasan) pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Nyeri perineum, rasa tidak nyaman di kandung kemih, keletihan, ketidaknyamanan secara fisik, serta gangguan bayi dapat mempengaruhi daya ingat dan kemampuan psikomotor, sehingga menimbulkan masalah gangguan pola tidur, (Marmi, 2014).

2.2.4 Klasifikasi

Menurut Sofia (2016), klasifikasi *Sectio Caesarea* terdiri dari :

a) Abdomen (*Sectio Caesarea Abdominalis*)

(1) *Sectio caesarea* klasik atau corporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.

(2) *Sectio caesarea* ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim.

(3) *Sectio Caesarea ekstraperitonealis*, yaitu seksio sesarea tanpa membuka peritoneum parietale, dengan demikian, tidak membuka kavum abdominalis.

b) Vagina (*Sectio Caesarea Vaginalis*)

Menurut arah sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :

(1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kronig.

(2) Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr.

(3) Sayatan huruf T (T-incision).

c) *Sectio Caesarea Klasik* (corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

1) Kelebihan

(a) Pengeluaran janin lebih cepat

(b) Tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih.

(c) Sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal.

2) Kekurangan

(a) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.

(b) Pada persalinan berikutnya, lebih mudah terjadi secara uteri spontan.

Saat ini, teknik tersebut sudah jarang dipergunakan karena banyak kekurangannya. Namun pada kasus-kasus tertentu, seperti pada kasus operasi berulang, yang memiliki banyak perlengketan organ, *sectio caesarea* klasik ini dipertimbangkan.

d) *Sectio Caesarea Ismika* (Profunda)

Dilakukan untuk membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira sepanjang 10 cm.

1) Kelebihan

(a) Penjahitan luka lebih mudah.

(b) Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik.

(c) Tumpang tindih peritoneal flap sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum.

(d) Perdarahan kurang

(e) Dibandingkan dengan cara klasik, kemungkinan uteri spontan lebih kecil

2) Kekurangan

(a) Luka dapat melebar ke kiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan putusnya uterine yang mengakibatkan perdarahan dalam jumlah banyak.

(b) Tingginya keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan.

2.2.5 Komplikasi

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2015), komplikasi pada *sectio caesarea* terdiri dari :

a) Infeksi puerperal

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dsb.

b) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

c) Komplikasi komplikasi lain seperti luka kandung kemih, embolisme paru.

d) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri.

2.3 Tinjauan Teoritis Kecemasan

2.3.1 Defenisi Kecemasan

Kecemasan adalah suatu perasaan takut yang berasal dari eksternal atau internal sehingga tubuh memiliki respons secara perilaku, emosional, kognitif, dan fisik (Videbeck, 2014). Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom (sumber tidak diketahui oleh individu) sehingga individu akan meningkatkan kewaspadaan untuk mengantisipasi (NANDA, 2015). Kecemasan yang dirasakan oleh pasien yang pra operasi *sectio caesarea* tentunya menjadi perhatian khusus dari tenaga kesehatan. Apabila tidak diatasi maka dapat berdampak pada masalah psikologis yang lebih berat. Sehingga, dalam mengatasi hal ini digunakan terapi non farmakologi seperti terapi perilaku dan terapi kognitif (Stuart, 2013).

2.3.2 Penyebab Kecemasan

Menurut Stuart (2013) terdapat tiga faktor penyebab terjadinya kecemasan, yaitu :

- a) Faktor biologis/fisiologis, berupa ancaman yang mengancam akan kebutuhan sehari-hari seperti kekurangan makanan, minuman, perlindungan dan keamanan. Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme terjadinya *ansietas*. Selain itu riwayat keluarga mengalami *ansietas* memiliki efek sebagai faktor predisposisi *ansietas*.

- b) Faktor psikososial, yaitu ancaman terhadap konsep diri, kehilangan benda/orang berharga, dan perubahan status sosial/ekonomi.
- c) Faktor perkembangan, ancaman yang dihadapi sesuai usia perkembangan, yaitu masa bayi, masa remaja dan masa dewasa.

Selain tiga hal di atas, Jiwo (2015) menambahkan bahwa individu yang menderita penyakit kronik seperti diabetes melitus, kanker, penyakit jantung dapat menyebabkan terjadinya kecemasan. Penyakit kronik dapat menimbulkan kekhawatiran akan masa depan, selain itu biaya pengobatan dan perawatan yang dilakukan juga akan menambah beban pikiran.

2.3.3 Respons terhadap Kecemasan

Menurut Stuart (2013) ada 4 respons tubuh terkait kecemasan yaitu respons fisiologis, respons perilaku, respons afektif, dan respons kognitif.

Tabel 2.1
Respons Fisiologis

Sistem Tubuh	Respons
Kardiovaskular	Palpitasi Jantung “berdebar” Tekanan darah meningkat Rasa ingin pingsan
Pernapasan	Napas cepat Sesak napas Tekanan pada dada Napas dangkal Pembengkakan pada tenggorokan Sensasi tercekik Terengah-engah
Neuromuskular	Refleks meningkat Reaksi terkejut Mata berkedip-kedip Insomnia Tremor Gelisah, modar-mandir Wajah tegang Kelemahan umum Tungkai lemah
Neuromuskular Gastrointestinal	Gerakan yang janggal Kehilangan nafsu makan Menolak makan Rasa tidak nyaman pada abdomen

	Mual Nyeri di ulu hati diare
Saluran perkemihan	Tidak dapat menahan kencing

Tabel 2.2
Respons Perilaku, Kognitif, dan Afektif

Sistem Tubuh	Respons
Perilaku	Gelisah Ketegangan fisik Reaksi terkejut Bicara cepat Kurang koordinasi Menarik diri Hiperventilasi Sangat waspada
Kognitif	Konsentrasi buruk Pelupa Hambatan berpikir Lapang persepsi menurun Kreativitas menurun Bingung Mimpi buruk
Afektif	Tidak sabar Mudah terganggu Gelisah Gugup Ketakutan Kekhawatiran Rasa bersalah

2.3.4 Patofisiologi Kecemasan

Sistem syaraf pusat menerima suatu persepsi ancaman. Persepsi ini timbul akibat adanya rangsangan dari luar dan dalam yang berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Kemudian rangsangan dipersepsi oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem syaraf pusat melibatkan jalur *cortex cerebri – limbic system – reticular activating system – hypothalamus* yang memberikan impuls kepada kelenjar *hipofise* untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal yang kemudian memicu saraf otonom melalui mediator hormonal yang lain (Owen, 2016).

2.3.5 Tingkat Kecemasan

Menurut Halter (2014) ada 4 klasifikasi tingkat kecemasan yaitu kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik.

a) Kecemasan Ringan

Penyebab dari kecemasan ringan biasanya karena pengalaman kehidupan sehari-hari dan memungkinkan individu menjadi lebih fokus pada realitas. Individu akan mengalami ketidaknyamanan, mudah marah, gelisah, atau adanya kebiasaan untuk mengurangi ketegangan (seperti menggigit kuku, menekan jari-jari kaki atau tangan). Menurut Asmadi (2008) respons fisiologis yang terjadi pada kecemasan ringan yaitu nadi dan tekanan darah sedikit meningkat, adanya gangguan pada lambung, muka berkerut, dan bibir bergetar. Respons kognitif dan afektif yang terjadi yaitu gangguan konsentrasi, tidak dapat duduk tenang, dan suara kadang-kadang meninggi.

b) Kecemasan Sedang

Pada kecemasan sedang, lapang pandang individu menyempit. Selain itu individu mengalami penurunan pendengaran, penglihatan, kurang menangkap informasi dan menunjukkan kurangnya perhatian pada lingkungan. Terhambatnya kemampuan untuk berpikir jernih, tapi masih ada kemampuan untuk belajar dan memecahkan masalah meskipun tidak optimal. Respons fisiologis yang dialami yaitu jantung berdebar, meningkatnya nadi dan *respiratory rate*, keringat dingin, dan gejala somatik ringan (seperti gangguan lambung, sakit kepala, sering berkemih). Terdengar suara sedikit bergetar. Kecemasan ringan atau kecemasan

sedang dapat menjadi sesuatu yang membangun karena kecemasan yang terjadi merupakan sinyal bahwa individu tersebut membutuhkan perhatian atau kehidupan individu tersebut dalam keadaan bahaya.

c) **Kecemasan Berat**

Seseorang yang mengalami ansietas berat hanya mampu fokus pada satu hal dan mengalami kesulitan untuk memahami apa yang terjadi. Pada level ini individu tidak memungkinkan untuk belajar dan memecahkan masalah, bahkan bisa jadi individu tersebut linglung dan bingung. Gejala somatik meningkat, gemetar, mengalami *hiperventilasi*, dan mengalami ketakutan yang besar.

d) **Panik**

Individu yang mengalami panik sulit untuk memahami kejadian di lingkungan sekitar dan kehilangan rangsangan pada kenyataan. Kebiasaan yang muncul yaitu mondar-mandir, mengamuk, teriak, atau adanya penarikan dari lingkungan sekitar. Adanya halusinasi dan persepsi sensorik yang palsu (melihat seseorang atau objek yang tidak nyata). Tidak terkoordinasinya fisiologis dan adanya gerakan impulsif. Pada tahap panik ini individu dapat mengalami kelelahan.

2.3.5 Alat Ukur Kecemasan

Ada beberapa alat ukur ansietas yang digunakan dalam penelitian, yaitu :

a) *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

HARS merupakan salah satu kuesioner yang mengukur skala ansietas yang masih digunakan sampai saat ini. Kuesioner terdiri atas 14 item.

Masing-masing item terdiri atas 0 (tidak terdapat) sampai 4 skor (terdapat). Apabila jumlah skor <17 tingkat ansietas ringan, 18-24 tingkat ansietas sedang, dan 25-30 tingkat stres berat (Nursalam, 2013).

b) *Taylor Manifest Anxiety Scale (T-MAS)*

T-MAS merupakan kuesioner yang dirancang untuk mengukur skala ansietas pada individu (Oxford Index, 2017). T-MAS terdiri atas 38 pernyataan yang terdiri atas kebiasaan dan emosi yang dialami. Masing-masing item terdiri atas “ya” dan “tidak” (Psychology tools, 2017).

c) *Depression, Anxiety Stress Scale (DASS)*

DASS terdiri atas pertanyaan terkait tanda dan gejala depresi, ansietas dan stres. Kuesioner DASS ada dua jenis yaitu DASS 42 dan DASS 21. DASS 42 terdiri atas 42 pertanyaan sedangkan DASS 21 terdiri atas 21 pertanyaan, masing-masing gangguan (depresi, ansietas, dan stres) terdapat 7 pertanyaan. Masing-masing item terdiri atas 0 (tidak terjadi dalam seminggu terakhir) sampai 3 (sering terjadi dalam waktu seminggu terakhir) (Psychology Foundation of Australia, 2014).

d) *Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)*

Kuesioner SAS terdiri atas 20 pernyataan terkait gejala ansietas. Masing-masing pernyataan terdapat 4 penilaian yang terdiri dari 1 (tidak pernah), 2 (jarang), dan 3 (kadang-kadang), dan 4 (sering). Klasifikasi tingkat ansietas berdasarkan skor yang diperoleh yaitu 20-40 (tidak cemas), 41-60 (ansietas ringan), 61-80 (ansietas sedang), dan 81-100 (ansietas berat) (Sarifah, 2013).

e) *Anxiety Visual Analog Scale (Anxiety VAS)*

Suatu alat untuk mengukur tingkat kecemasan dengan menggunakan garis horizontal berupa skala sepanjang 10cm atau 100mm. Penilaiannya yaitu ujung sebelah kiri mengidentifikasi “tidak ada kecemasan” dan semakin ke arah ujung sebelah kanan kecemasan yang dialami luar biasa (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

Tabel 2.3
Standar Operasional Prosedur (SOP) Komunikasi Terapeutik

Tujuan	<ul style="list-style-type: none">a. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukanb. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonyac. Memengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri
Prosedur	<ul style="list-style-type: none">a. Fase pra-interaksi<ul style="list-style-type: none">- Mengumpulkan data tentang klien- Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri- Membuat rencana pertemuan dengan pasien (kegiatan, waktu, tempat)b. Fase orientasi/perkenalan<ul style="list-style-type: none">- Memberi salam- Memperkenalkan diri perawat- Menanyakan nama pasien- Menyepakati pertemuan (kontrak)- Menghadapi kontrak- Memulai percakapan awal- Menyepakati masalah pasien- Mengakhiri perkenalanc. Fase kerja<ul style="list-style-type: none">- Meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien akan dirinya, perlakunya, perasaannya dan pikirannya. Tujuan ini sering disebut tujuan kognitif- Mengembangkan, meningkatkan dan mempertahankan kemampuan pasien secara mandiri menyelesaikan masalah yang dihadapi. Tujuan ini sering disebut tujuan afektif atau tujuan psikomotor

Sumber : Ina dan Wahyu, 2013.

2.4 Tinjauan Teoritis Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Defenisi

Komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu klien beradaptasi terhadap stres, mengatasi gangguan

psikologis dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain (Suryani, 2015).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan dan kegiatannya difokuskan untuk kesembuhan klien (Ina dan Wahyu, 2013).

2.4.2 Tujuan

Tujuan dari komunikasi terapeutik menurut (Suryani, 2015) adalah:

- 1) Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri.
- 2) Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain
- 3) Meningkatkan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan pasien serta mencapai tujuan yang realistik.
- 4) Menjaga harga diri.
- 5) Hubungan saling percaya.

2.4.3 Prinsip Komunikasi Terapeutik

Prinsip-prinsip komunikasi terapeutik menurut Carl Rogers (dalam Purwanto, 2015) adalah:

- 1) Perawat harus mengenal dirinya yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
- 2) Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.

- 3) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
- 4) Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.
- 5) Perawat harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi.
- 6) Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi.
- 7) Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
- 8) Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan dapat mempertahankan konsistensinya.
- 9) Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati bukan tindakan yang terapeutik.
- 10) Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
- 11) Mampu berperan sebagai *role model* agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik mental, spiritual dan gaya hidup.

- 12) Disarankan untuk mengekspresikan perasaan bila dianggap mengganggu.
- 13) *Altruisme* untuk mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
- 14) Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- 15) Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab atas diri sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

2.4.4 Hambatan Komunikasi Terapeutik

Menurut Hamid (2013), hambatan komunikasi terapeutik dalam hal kemajuan hubungan perawat-klien terdiri dari tiga jenis utama yaitu :

1) *Resisten*

Resisten adalah upaya klien untuk tetap tidak menyadari aspek penyebab ansietas yang dialaminya. Resisten merupakan ketidaksediaan klien untuk berubah ketika kebutuhan untuk berubah telah dirasakan. Perilaku resisten biasanya diperlihatkan oleh klien selama fase kerja, karena fase ini sangat banyak berisi proses penyelesaian masalah.

2) *Tranferens*

Tranferens adalah respon tidak sadar dimana klien mengalami perasaan dan sikap terhadap perawat yang pada dasarnya terkait dengan tokoh dalam kehidupannya dimasa lalu. Ada dua jenis utama reaksi bermusuhan dan tergantung.

3) *Kontertranferens*

Merupakan kebutuhan terapeutik yang dibuat oleh perawat bukan oleh klien. Kontertranferens merujuk pada respon emosional spesifik oleh perawat terhadap klien yang tidak tepat dalam isi maupun konteks hubungan terapeutik atau ketidaktepatan dalam intensitas emosi.

2.5 Tinjauan Teoritis Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian menurut (Baradero, Dayrit, Siswandi, 2017), yaitu:

1) Usia

Usia bisa mempengaruhi pembedahan dan hasil pascaoperasi. Pada usia 30-40 tahun, kapasitas fungsional dari setiap sistem tubuh menurun sekitar 1% setiap tahunnya.

2) Alergi

Pasien harus dikaji untuk mengetahui adanya alergi terhadap iodine, lateks, obat-obatan, larutan antiseptik, atau larutan pencuci kulit, apabila pasien ragu-ragu apakah ia alergi terhadap iodine atau tidak, tanya apakah ia alergi terhadap kerang. Iodine juga dipakai sebagai media kontras untuk pemeriksaan tertentu yang bisa dilaksanakan pada tahap intraoperatif.

3) Obat dan zat yang digunakan

Data ini penting sekali karena zat atau obat-obatan ini dapat menimbulkan efek yang tidak baik pada anestesi dan beresiko menimbulkan komplikasi intraoperasi dan pascaoperasi.

4) Riwayat medis

Pemeriksaan ulang terhadap sistem tubuh sangat penting untuk mengetahui status imunologis, endokrin, kardiovaskuler, pernafasan, ginjal, gastroentestinal, neurologis, muskuluskeletal dan dermatologis.

5) Status nutrisi

Pasien dengan gangguan nutrisi beresiko tinggi mengalami komplikasi karena pembedahan atau anastesi. Oleh karena itu, kekurangan protein bisamengakibatkan penyembuhan luka yang lambat, dehisensi (luka terbuka) dan infeksi.

6) Pengalaman pembedahan terdahulu dan sekarang

Data ini bisa membuat dokter bedah, ahli anastesi dan perawat sadar akan respon pasien dan komplikasi yang mungkin bisa timbul.

7) Latar belakang budaya dan agama

Kebudayaan dan kepercayaan bisa mempengaruhi respon seseorang terhadap kesehatan, sakit, pembedahan dan kematian.

8) Psikososial

Pengetahuan pasien tentang pembedahannya perlu diketahui oleh perawat agar perawat dapat memberikan penjelasan lebih lanjut.

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap Pra Operasi menurut Brunner (2014) mencakup :

- 1) Kecemasan yang berhubungan dengan pengalaman bedah (anastesi, nyeri) dan hasil akhir dari pembedahan.

- 2) Defisit pengetahuan mengenai prosedur dan protokol Pra Operasi dan harapan pascaoperasi.
- 3) Kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan menurut Nanda NIC-NOC, 2016 :

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Kecemasan yang berhubungan dengan pengalaman bedah (anastesi, nyeri) dan hasil akhir dari pembedahan.	<p>NOC : Tujuan : tujuan utama pasien bedah dapat meliputi, menghilangkan ansietas praoperatif dan peningkatan pengetahuan tentang persiapan preoperatif dan harapan pascaoperatif</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas b) Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas c) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi sumber rasa cemas. b) Bantu pasien memakai mekanisme koping yang efektif. c) Kaji tingkat kecemasan klien sebelum pemberian terapi d) Bantu pasien untuk melakukan kegiatan yang bisa mengurangi rasa cemas, misalnya mendengarkan musik, relaksasi progresif, imajinasi terbimbing, komunikasi terapeutik, relaksasi nafas dalam dan sebagainya. e) Melibatkan sistem pendukung pasien seperti keluarga dan orang yang berarti baginya. f) Kaji tingkat kecemasan klien sebelum pemberian terapi g) Memberikan obat-obatan yang bisa mengurangi rasa cemas seperti diazepam (Valium 5-15 mg IV/IM/oral), midazolam (Versed 1-4 mg IV/IM) dan obat-obatan lain yang dapat mengurangi kecemasan.

2.5.4 Evaluasi

Setelah dilakukannya intervensi keperawatan, pasien :

- 1) Mengungkapkan bahwa perasaan cemas berkurang, merasa nyaman, nampak rileks dan memakai mekanisme koping yang efektif.
- 2) Berpartisipasi dan mengikuti instruksi serta rutinitas Pra Operasi, menjelaskan rasional dan intervensi Pra Operasi.