

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Defenisi

Sectio Caesarea adalah operasi di mana janin dilahirkan melaluisayatan yang dibuat di dinding abdomen dan uterus untuk persalinan buatan. Janin dilahirkan melalui perut dan melalui dinding perut danrahim sehingga anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjarsari, 2019 dalam Agustina, 2020).

Sectio Caesarea adalah cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding rahim melalui dinding depan perut (Martowirjo, 2018). Sectio Caesarea adalah persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui sayatan pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh dan berat janin di atas 500 gram (Sagita, 2019 dalam Agustina, 2020).

2.1.2 Etiologi

Menurut NANDA NIC-NOC (2015) dalam (Ramandanty 2019),operasi caesarea dilakukan sesuai indikasi

1) Etiologi berasal dari Ibu

Ibu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, disproporsi cepalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama

pada primigravida, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia- eklampsia, atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (Jantung, Diabetes Mellitus), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2) Etiologi berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin seperti Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukan kecil, kegagalan persalinan vakumatau ferseps ekstraksi.

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Ramandanty (2019), klasifikasi bentuk *Sectio*

Caesarea adalah sebagai berikut:

1) *Sectio Caesarea* Klasik

Sectio Caesarea Klasik dilakukan secara vertikal di bagian atas rahim. Operasi dilakukan melalui sayatan memanjang sekitar 10 cm di dalam rahim. Persalinan pervaginam tidak dianjurkan selama kehamilan berikutnya jika operasi ini telah dilakukan sebelumnya.

2) *Sectio Caesarea* Transperitonel Profunda

Sectio Caesarea Transperitonel Profunda disebut juga serviks rendah, yaitu. sayatan vertikal di bagian bawah rahim. Jenis sayatan ini dibuat ketika bagian bawah rahim kurang berkembang atau tidak cukup tipis untuk membuat sayatan

melintang. Beberapa sayatan vertikal dibuat di otot rahim.

3) Histerektomi *Sectio Caesarea*

Histerektomi *Sectio Caesarea* adalah operasi dimana rahim dipertahankan setelah kelahiran janin oleh *Sectio Caesarea*.

4) *Sectio Caesarea* Extraperitoneal

Sectio Caesarea Extraperitoneal, yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada pasien yang sebelumnya menjalani *Sectio Caesarea*. Ini biasanya dilakukan di atas sayatan lama. Untuk melakukan prosedur ini, dibuat sayatan pada dinding perut dan fasia, sedangkan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk membuka bagian bawah rahim sehingga rahim dapat dibuka di luar ronggaperut.

Sedangkan menurut Sagita (2019), klasifikasi *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

1) *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

Sectio caesarea transperitonealis profunda dengan insisi pada bagian bawah rahim. Sayatan di bagian bawah rahim bisa berupa teknik transversal atau longitudinal.

Keuntungan operasi ini :

- (a) Insisi tidak banyak mengeluarkan darah
- (b) Resiko peritonitis tidak tinggi
- (c) Lambung rahim biasanya kuat, sehingga resiko pecahnya rahim di kemudian hari adalah tidak tinggi karena saat melahirkan tidak ada rahim yang lebih

rendah terutama kontraksi di beberapa bagian,
seperti rahim, sehingga luka lebih baik sembuh.

2) Koprak / klasik *Sectio Caesarea*

Koprak / klasik *Sectio Caesarea* dilakukan intrauterin. Insisi longitudinal pada segmen uterus.

3) *Sectio Caesarea* extra peritoneala

Sectio Caesarea extra peritoneala dulunya dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi oral, namun seiring kemajuan terapi bedah infeksi ini, tidak banyak dilakukan lagi. Rongga peritoneum tidak dibuka, dilakukan pada pasien dengan infeksi rahim yang parah.

4) *Sectio Caesarea* hysterectomy

Setelah *Sectio Caesarea*, dilakukan hysterectomy dengan indikasi :

- (a) Atonia uteri
- (b) Plasenta accrete
- (c) Myoma uteri
- (d) Infeksi intra uteri berat

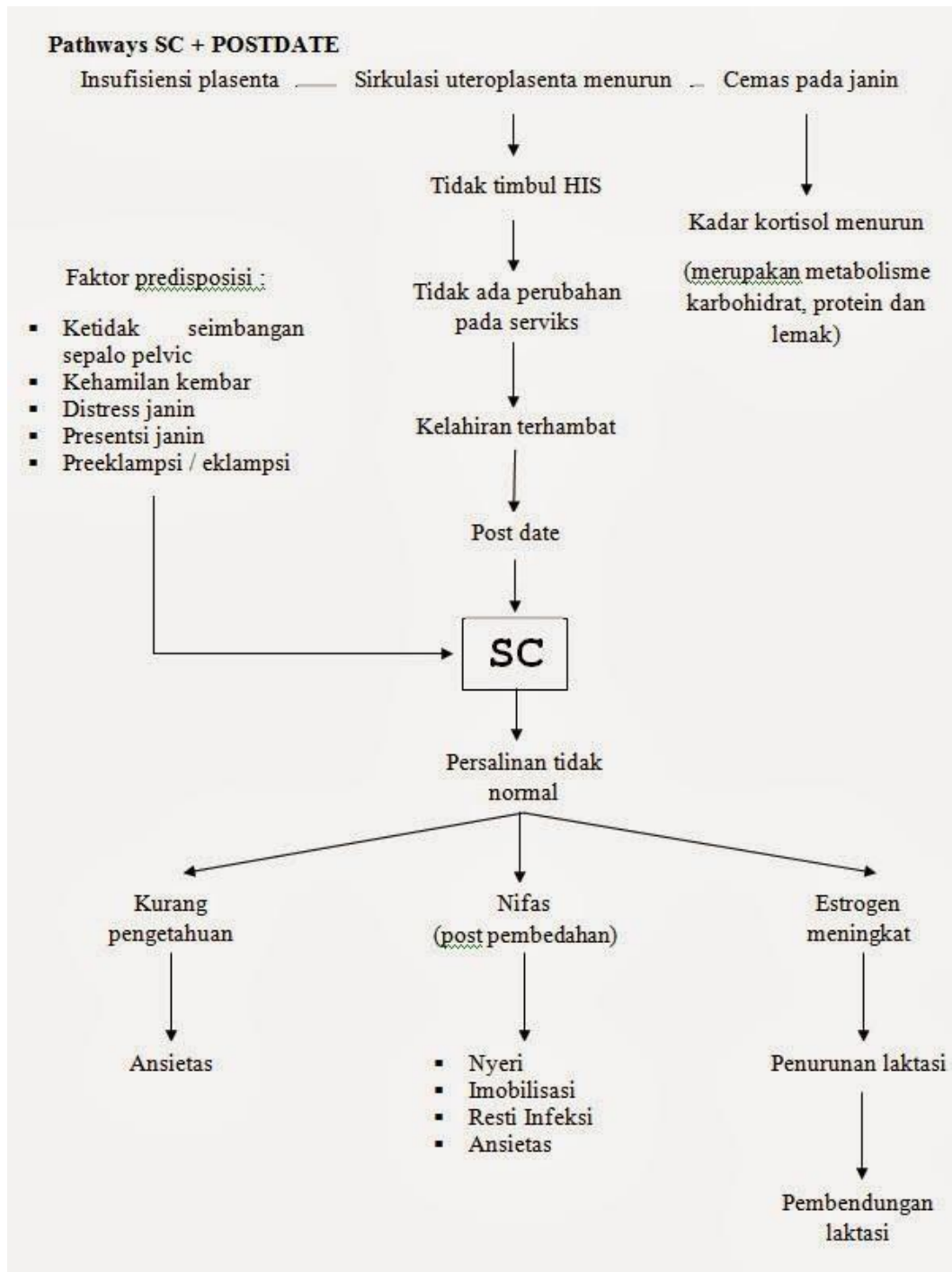
2.1.4 Patofisiologi

Ada beberapa kelainan/hambatan dalam proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal/spontan, misalnya plasenta previa centralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi sefalopanggul, ruptur uterus yang mengancam, partus lama, partus non-lanjut, preeklampsia,

distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi ini menyebabkan perlunya prosedur pembedahan, yaitu sectio caesarea (sc).

Dalam proses operasi dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien tidak bisa bergerak sehingga akan menyebabkan intoleransi terhadap aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak dapat melakukan kegiatan defisit perawatan diri pasien secara mandiri, sehingga mengakibatkan masalah defisit perawatan diri.

Kurangnya informasi mengenai proses operasi, penyembuhan, dan perawatan pasca operasi akan menyebabkan masalah kecemasan pada pasien. Selain itu, dalam proses operasi, sayatan juga akan dilakukan pada dinding perut, menyebabkan terputusnya ketidakkonsistenan jaringan, pembuluh darah, dan saraf di sekitar area sayatan. Hal ini akan merangsang produksi histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa sakit (acute pain). Nyeri perineum, ketidaknyamanan pada kandung kemih, kelelahan, ketidaknyamanan fisik, serta gangguan bayi dapat mempengaruhi daya ingat dan kemampuan psikomotorik, sehingga menimbulkan masalah dengan pola tidur yang terganggu (Marmi, 2014 dalam Bugis, 2020).



Gambar 2.1 Pathway Post Sectio Caesarea

2.1.5 Komplikasi

Menurut NANDA NIC-NOC, 2015 (dikutip dalam Agustina, 2020)

komplikasi sectio caesarea pada pasien Sectio Caesarea adalah :

1) Komplikasi pada ibu

Infeksi nifas, bisa ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari di masa nifas, atau yang bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi pasca operasi terjadi ketika sebelum operasi sudah ada gejala yang mempengaruhi gangguan (partus lama terutama setelah pecahnya ketuban, tindakan vagina sebelumnya). Pendarahan, dapat timbul pada saat operasi jika cabang-cabang arteri uterus juga terpapar atau karena atonia uterus. Komplikasi-komplikasi yang lain seperti luka kandung kemih dan embolisme paru. Komplikasi yang baru kemudian muncul adalah kekuatan perut pada dinding rahim, sehingga pada kehamilan berikutnya dapat rupture uteri. Kemungkinan ini lebih sering ditemukan setelah *sectio caesarea*.

2) Komplikasi yang lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.

3) Komplikasi baru

Komplikasi yang kemudian muncul adalah kurangnya jaringan parut pada dinding rahim, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur rahim. Sangat mungkin bahwa peristiwa ini lebih umum setelah Sectio Caesarea Klasik.

2.2 Tinjauan Teoritis Kecemasan

2.2.1 Defenisi Kecemasan

Kecemasan adalah respon atau tanggapan psikologis terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar, atau konflikual, yang dapat berkembang menjadi suatu gangguan dan menetap pada individu (Videbeck, 2012 dalam Novita & Muchtar, 2021).

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 dalam Bugis, 2020).

Kecemasan yang dialami oleh klien post operasi caesarea menjadi perhatian khusus para profesional kesehatan. Apabila tidakdiatasi maka dapat berdampak pada masalah psikologis yang lebih berat. Kecemasan akan memberikan dampak negatif pada ibu section caesaria karena efek samping yang ditimbulkan adalah padasaat ibu selesai dilakukan operasi yaitu peningkatan tekanan darah dan nadi yang akan Menyebabkan rahim berkontraksi yang kurang maksimal sehingga menyebabkan pendarahan (Donsu, 2017 dikutipdalam Marzuki & Mustakim).

2.2.2 Data Mayor dan Minor

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dan kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi nafas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadid meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Tremor
	5. Muka tampak pucat
	6. Suara bergetar
	7. Kontak mata buruk
	8. Sering berkemih
	9. Berorientasi pada masalah

(Tim Pokja SDKI PPNI, 2018)

2.2.3 Penyebab Kecemasan

Menurut Stuart, (2013) dalam bugis, (2020) terdapat beberapa faktor penyebab terjadinya kecemasan, yaitu :

- 1) Faktor biologis/fisiologis, berupa ancaman terhadap kebutuhan sehari-hari seperti kekurangan makanan, minuman, perlindungan dan keamanan Otak mengandung reseptor benzodiazepin spesifik yang meningkatkan efek penghambatan neuromodulator asam gamma-aminobutyric (GABA), yang memainkan peran penting dalam mekanisme kecemasan. Selain itu, riwayat kecemasan keluarga berpengaruh sebagai faktor predisposisi kecemasan.
- 2) Faktor psikososial, yaitu ancaman terhadap citra diri, kehilangan barang berharga/orang dan perubahan status sosial/ekonomi
- 3) Faktor perkembangan, ancaman menurut usia perkembangan, yaitu anak usia dini, remaja dan dewasa

Sedangkan Penyebab terjadinya ansietas menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) adalah:

- 1) Krisis situasional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Krisis maturasional
- 4) Ancaman terhadap konsep diri
- 5) Ancaman terhadap kematian
- 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan

- 7) Disfungsi sistem keluarga
- 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- 9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- 10) Penyalahgunaan zat
- 11) Terpapar bahaya lingkungan (misal. Toksin, polutan, dan lain-lain)
- 12) Kurang terpapar informasi

2.2.4 Respon Terhadap Kecemasan

Menurut Stuart, 2013 (dalam Bugis 2020) 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

NeuromuskularGastrointestinal	Gerakan yang janggal Kehilangan nafsu makan Menolak makan Rasa tidak nyaman pada abdomenMual Nyeri di ulu hatidiare
-------------------------------	--

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
Afektif	Tidak sabar Mudah terganggu Gelisah Gugup Ketakutan Kekhawatiran Rasa bersalah

2.2.5 Patofisiologi

Sistem syaraf pusat menerima suatu persepsi ancaman. Persepsi ini muncul sebagai akibat dari rangsangan eksternal dan internal 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 lainnya (Owen, 2016 dalam Bugis 2020).

2.2.6 Tingkat Kecemasan

Setiap orang pasti mengalami kecemasan sampai batas tertentu, menurut Peplau (Muyasaroh et al. 2020) mengidentifikasi empat tingkat kecemasan yaitu:

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berkaitan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat mendorong pembelajaran, yang mengarah pada pertumbuhan dan kreativitas. Tanda dan gejala meliputi: peningkatan persepsi dan perhatian, kewaspadaan, kesadaran akan rangsangan internal dan eksternal, kemampuan menangani masalah secara efektif, dan kemampuan belajar yang nyata. Perubahan fisiologis ditandai dengan kegelisahan,

gangguan tidur, hipersensitivitas terhadap suara, tanda-tanda vital normal dan pupil.

2) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk fokus pada hal-hal penting dan mengabaikan orang lain, memungkinkan orang mengalami perhatian selektif tetapi dapat melakukan sesuatu dengan lebih terkontrol. Reaksi fisiologis: sering sesak napas, peningkatan denyut nadi dan tekanan darah, mulut kering, gelisah, sembelit. Meskipun respons kognitif, yaitu bidang perseptual, menyempit, rangsangan eksternal tidak dapat diterima dengan memusatkan perhatian pada perhatian.

3) Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, orang cenderung fokus pada sesuatu yang detail dan spesifik dan tidak bisa memikirkan hal lain. Tujuan dari setiap perilaku adalah untuk meredakan ketegangan. Tanda dan gejala kecemasan berat meliputi: persepsi yang sangat buruk, perhatian terhadap detail, rentang perhatian yang sangat terbatas, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi atau memecahkan masalah, dan ketidakmampuan untuk belajar secara efektif. Pada tingkat ini, seseorang mengalami sakit kepala, pusing, mual, tremor, insomnia, jantung berdebar,

takikardia, hiperventilasi, sering buang air kecil dan buang air besar, serta diare. Secara emosional, individu mengalami ketakutan dan semua perhatian terfokus padanya.

4) Panik

Tingkat kecemasan panik dikaitkan dengan sesak napas, ketakutan, dan ketakutan. Orang yang mengalami kepanikan karena kehilangan kendali tidak bisa berbuat apa-apa meski dengan petunjuk. Kepanikan menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan berkomunikasi dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, hilangnya pemikiran rasional. Kecemasan ini tidak sesuai dengan kehidupan, dan jika berlanjut dalam waktu lama, dapat menyebabkan kelelahan yang ekstrim bahkan kematian. Tanda dan gejala tingkat panik tidak mampu memusatkan perhatian pada kejadian tersebut.

2.2.7 Alat Ukur Kecemasan

Penelitian menggunakan beberapa alat untuk mengukur kecemasan (Misgiyanto dan Dwi Susilawati, 2019) yaitu:

1) Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

HARS merupakan kuesioner yang mengukur skala kecemasan yang masih digunakan sampai saat ini. Kuesioner terdiri dari 14

item. Setiap titik terdiri dari 0 (tidak terdapat) sampai 4 skor (terdapat). Jika skor total <17 tingkat kecemasan ringan, 18-24 tingkat kecemasan sedang dan 25-30 tingkat stres berat.

2) Taylor Manifest Anxiety Scale (T-MAS)

T-MAS adalah kuesioner yang dirancang untuk mengukur skala kecemasan individu (Oxford Index, 2017). T-MAS terdiri dari 38 pertanyaan yang terdiri dari kebiasaan dan emosi yang dialami. Setiap item terdiri dari kata “ya” dan “tidak”.

3) Depression Anxiety Stress Scale (DASS)

DASS terdiri dari pertanyaan yang berkaitan dengan tanda dan gejala depresi, kecemasan dan stres. . Ada dua jenis kuesioner DASS yaitu DASS 42 dan DASS 21. DASS 42 terdiri atas 42 pertanyaan sedangkan DASS 21 terdiri dari 21 pertanyaan dengan 7 pertanyaan untuk setiap gangguan (depresi, kecemasan dan stres). Setiap item berkisar dari 0 (tidak pernah terjadi minggu lalu) hingga 3 (sering terjadi minggu lalu).

4) Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

Kuesioner SAS terdiri dari 20 pertanyaan yang berkaitan dengan gejala kecemasan. Setiap pertanyaan memiliki peringkat 4 penilaian yang terdiri dari 1 (tidak pernah), 2 (jarang), 3 (kadang-kadang), dan 4 (sering). Berdasarkan skor

yang diperoleh, tingkat kecemasan diklasifikasikan menjadi 20-0 (tidak ada kecemasan), 1-60 (kecemasan ringan), 61-80 (kecemasan sedang) dan 81-100 (kecemasan berat).

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

Alat untuk mengukur tingkat kecemasan menggunakan garis horizontal berbentuk skala panjang 10 cm atau 100 mm. Penilaiannya yaitu ujung sebelah kiri mengidentifikasi “tidak ada kecemasan” dan kecemasan yang dialami ujung kanan luar biasa.

2.3 Tinjauan Teoritis Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian menurut (Baradero, Dayrit, Siswandi, 2017 dalam Bugis 2020), 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 anastesi 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 bisa mengakibatkan 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 sadarkan 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.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berikut ini merupakan Diagnosa Keperawatan dalam masalah medis Sectio Caesarea :

- 1) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI D.0080)
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI D.0077)
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0056)
- 4) Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (SDKI D.0142)
- 5) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (SDKI, D.0054)

- 6) Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI (D.0075)

Diagnosa keperawatan yang diambil dalam masalah ini adalah ansietas. Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Dalam hal ini ansietas termasuk dalam jenis kategori diagnosa keperawatan negative yaitu diagnosa actual. Metode perumusan diagnosis actual, yaitu masalah (Problem) berhubungan dengan penyebab (Etiology) dibuktikan dengan tanda (Sign) dan gejala (Symptom) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Ansietas (D.0080) Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab : 1) Krisis situasional 2) Kebutuhan tidak terpenuhi 3) Krisis maturasional 4) Ancaman terhadap konsep diri 5) Ancaman terhadap kematian 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan 7) Disfungsi sistem keluarga 8) Hubungan orang tua-anak 9) Tidak memuaskan 10) Faktor keturunan (temperamen mudah Teragitasi sejak lahir) 11) Penyalahgunaan zat 12) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain) 13) Kurang terpapar Informasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1) Verbalisasi kebingungan menurun 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3) Perilaku gelisah 4) Perilaku tegang 5) Keluhan pusing menurun 6) Anoreksia menurun 7) Palpitasi menurun 8) Frekuensi pernapasan menurun 9) Frekuensi nadi menurun 10) Tekanan darah menurun 11) Diaforesis menurun 12) Tremor menurun 13) Pucat menurun 14) Konsentrasi membaik 15) Pola tidur membaik 16) Perasaan keberdayaan membaik 17) Kontak mata membaik 18) Pola berkemih membaik 19) Orientasi membaik	Intervensi Utama Terapi Relaksasi (I.09326) Observasi 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3) Gunakan pakaian longgar 4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi 1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3) Anjurkan mengambil posisi nyaman 4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5) Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang

Kondisi Klinis		Dipilih
Terkait : 1) Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun) 2) Penyakit akut 3) Hospitalisasi 4) Rencana operasi 5) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas 6) Penyakit neurologis 7) Tahap tumbuh kembang		6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing, aroma terapi mawar)

(Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia 2018 dan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2018)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien selalu berdasarkan intervensi yang sudah direncanakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Adapun implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan yaitu :

- 1) Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal. kondisi, waktu, stressor)
- 2) Memonitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)
- 3) Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 4) Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi yang digunakan
- 5) Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

- 6) Menganjurkan mengambil posisi nyaman
- 7) Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- 8) Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (misal. napas dalam)
- 9) Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
- 10) Memonitor respons terhadap terapi relaksasi
- 11) Menjelaskan tujuan dan prosedur pemberian aroma terapi mawar
- 12) Memberikan aromaterapi mawar untuk menurunkan kecemasan

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Harahap, 2019). Terdapat dua jenis evaluasi (Nanda, 2020):

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan

rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah

ditentukan.

- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan implementasinya sudah berhasil di capai. Tujuan evaluasi adalah melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa di laksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang di berikan, sehingga perawat dapat

Pada pasien dengan ansietas, indicator evaluasi yang diharapkan yaitu sebagai berikut.

- 1) Perilaku gelisah menurun
- 2) Perilaku tegang menurun
- 3) Keluhan pusing menurun
- 4) Frekuensi pernapasan menurun
- 5) Frekuensi nadi menurun
- 6) Tekanan darah menurun

- 7) Tremor menurun
- 8) Pucat menurun
- 9) Konsentrasi pola tidur membaik
- 10) Kontak mata membaik