

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini dijelaskan tentang 1) Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik, 2) Konsep Dasar Kecemasan, 3) Konsep Dasar Pre Operasi, 4) Kerangka Teori, 5) Kerangka Konseptual serta, 6) Hipotesis Penelitian.

2.1 Konsep Dasar Komunikasi

2.1.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan hubungan perawat dan klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan *therapy* dalam mencapai tingkatan kesembuhan yang optimal dan efektif . Perawat harus mampu memberikan jaminan atau kualitas pelayanan keperawatan agar klien tidak ragu, tidak cemas, pesimis dan skeptis dalam menjalani proses keperawatan (Muhid & Siyoto, 2018). Komunikasi terapeutik memberikan pengertian antara perawat dan klien dengan tujuan membantu klien memperjelas dan mengurangi beban pikiran serta diharapkan dapat menghilangkan kecemasan. Perawat sebagai komponen penting dalam proses keperawatan dan orang yang terdekat dengan klien diharapkan mampu berkomunikasi terapeutik, melalui perkataan, perbuatan, atau ekspresi yang memfasilitasi penyembuhan klien (Elliya et al., 2021).

Komunikasi terapeutik yaitu suatu bentuk komunikasi dimana komunikasi ini secara sadar telah mempunyai tujuan yang sudah terencana. Komunikasi ini dalam tindakanya harus dipusatkan pada

beberapa fase antara lain yaitu fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi atau akhir (Rosdahi & Bunker, 2012).

Komunikasi terapeutik merupakan salah satu komunikasi yang mempunyai dasar serta tujuan untuk meningkatkan kesehatan pada pasien baik sehat secara fisik maupun secara mental (Adim, 2020).

Beberapa definisi yang telah disampaikan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa komunikasi terapeutik adalah hubungan *take and give* antara perawat dan klien yang menggambarkan hubungan memberi dan menerima. Dalam arti perawat mendapat data yang akurat dari klien untuk di pakai sebagai acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan, sedangkan bagi klien memberikan informasi yang akurat dengan mengkomunikasikan tentang masalah kesehatan yang sedang dialami dan mempermudah perawat memberikan pelayanan kesehatan.

2.1.2 Teknik Komunikasi Terapeutik

Menurut Musliha (2017), Komunikasi terapeutik diidentifikasi sebagai berikut :

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian

Mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian akan menciptakan kondisi keterlibatan emosional yang maksimal dalam situasi hubungan interpersonal antara klien dengan perawat

2. Menunjukkan penerimaan

Menerima pasti menyetujui, sedangkan menyetujui belum tentu menerima. Sikap perawat yang menunjukkan penerimaan adalah mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan, memberikan umpan balik verbal yang menampakkan pengertian, menghindarkan untuk berdebat atau mencoba untuk mengubah pikiran klien.

3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan dengan pertanyaan terbuka

Pertanyaan terbuka memberikan peluang maupun kesempatan klien untuk menyusun dan mengorganisir pikirannya dalam mengungkapkan keluhannya sesuai dengan apa yang dirasakan.

4. Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri

Dengan mengulang kembali ucapan klien (*Restarting*), harapan perawat adalah memberikan perhatian terhadap apa yang telah diucapkan. Tujuan pengulangan adalah memberikan penguatan dan memperjelas pada pokok bahasan atau isi pesan yang telah disampaikan oleh klien sebagai umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan diperhatikan serta mengharapkan komunikasi bisa berlanjut.

5. Klarifikasi

Klarifikasi dapat diartikan sebagai upaya untuk mendapatkan persamaan persepsi antara klien dan perawat tentang perasaan yang dihadapi dalam rangka memperjelas masalah untuk memfokuskan perhatian

6. Memfokuskan

Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti

7. Menyampaikan hasil observasi

Perawat memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar.

8. Menawarkan informasi

Memberikan informasi merupakan pendidikan kesehatan bagi klien. Selain itu, ini akan menambah rasa percaya klien terhadap perawat karena perawat terkesan menguasai masalah yang dihadapi klien.

9. Diam

Teknik komunikasi yang dilakukan perawat dengan tidak bicara apapun (diam) merupakan teknik komunikasi yang memberikan kesempatan kepada klien untuk mengorganisir dan menyusun pikiran atau ide sebelum diungkapkan kepada perawat

10. Meringkas

Meringkas berarti mengidentifikasi poin-poin penting selama diskusi atau pembicaraan sehingga di dalamnya sekaligus ada proses verifikasi atau ide dalam pikirannya

11. Memberikan penghargaan

Reinforcing positif atas hal yang mampu dilakukan klien dengan baik dan benar merupakan bentuk pemberian penghargaan. Penghargaan

dalam pelayanan keperawatan tidak berbentuk materiil akan tetapi berbentuk dorongan psikologis atau inmaterial untuk memacu lebih baik lagi .

Teknik komunikasi terapeutik menurut fundamental keperawatan (Kozier et al., 2011) :

1. Diam

Menerima jeda atau keheningan yang dapat berlangsung selama beberapa detik atau beberapa menit tanpa mengeluarkan respons verbal

2. Bersikap Spesifik dan tentatif

Membuat pernyataan yang spesifik, bukan umum, dan pernyataan yang tentatif, bukan absolut.

3. Mengajukan pertanyaan terbuka

Mengajukan pertanyaan yang luas, yang menggiring atau mengajak klien untuk menggali (mengelaborasi, mengklarifikasi, menggambarkan, membandingkan, atau mengilustrasikan) pikiran atau perasaannya. Pertanyaan terbuka hanya dikhususkan pada topik yang akan dibahas saja dan yang mendorong jawaban lebih dari satu atau dua kata.

4. Sentuhan

Menerapkan bentuk-bentuk sentuhan yang sesuai untuk mendukung perasaan caring. Karena kontak taktil sangat bervariasi antar individu, keluarga, dan budaya, perawat harus sensitif terhadap perbedaan sikap serta praktik klien dan dirinya sendiri.

5. Menyatakan kembali ucapan klien

Mendengarkan dengan aktif pesan dasar yang disampaikan klien dan kemudian meng ulangi pemikiran dan/atau perasaan tersebut ke dalam kata-kata yang serupa. Langkah ini menunjukkan bahwa perawat mendengarkan dan memahami pesan dasar klien dan me nyampaikan ide yang lebih jelas mengenai apa yang telah klien katakan.

6. Klarifikasi

Sebuah metode yang membuat makna dari keseluruhan pesan yang disampaikan klien menjadi lebih mudah dipahami. Metode ini digunakan saat parafrase sulit dilakukan atau ketika komunikasi menjadi berputar putar. Untuk mengklarifikasi pesan, perawat dapat mengulang kembali pesan dasar atau mengaku kalau la merasa bingung dan minta klien untuk mengulangi atau menyatakan kembali pesannya. Perawat juga dapat mengklarifikasi pesan mereka sendiri dengan pernyataan.

7. Berbagai persepsi atau mencari validasi konsensus

Metode yang sama dengan klasifikasi yang memastikan makna kata tertentu, bukan makna keseluruhan pesan

8. Menawarkan diri untuk membantu

Mengungkapkan kehadiran, minat, atau ke inginan untuk memahami klien tanpa mem buat tuntutan atau mengajukan syarat yang harus klien patuhi untuk menerima perhatian perawat.

9. Memberikan informasi

Memberikan informasi faktual, yang mungkin klien minta atau tidak, dengan cara yang sederhana dan langsung. Jika informasi tidak diketahui, perawat harus mengatakannya dan menjelaskan siapa yang mengetahui informasi tersebut, atau mengatakan kapan perawat dapat memperoleh informasi tersebut.

10. Mengungkapkan penghargaan

Mengenali perubahan perilaku klien, upaya yang telah klien lakukan, atau peran serta klien dalam komunikasi dengan cara yang tidak menghakimi. Pengenalan ini dapat disertai pemahaman verbal atau nonverbal, dapat juga tidak.

11. Mengklarifikasi waktu atau urutan kejadian

Membantu klien mengklarifikasi peristiwa, situasi, atau kejadian dalam kaitannya dengan waktu.

12. Mengorientasikan realitas

Membantu klien membedakan mana kenyataan, dan mana yang bukan.

13. Memfokuskan

Membantu klien memperluas dan mengembangkan topik yang penting. Penting bagi perawat untuk menunggu sampai klien selesai mengungkapkan masalahnya yang utama sebelum mencoba untuk fokus. Fokus dapat berupa ide atau perasaan; meskipun demikian, perawat sering kali menekankan perasaan untuk membantu klien mengenali emosi yang tersembunyi di balik kata-kata.

14. Refleksi

Mengarahkan ide, perasaan, pertanyaan, atau isi percakapan kembali kepada klien untuk memampukan mereka menggali ide-ide dan perasaan mereka sendiri tentang suatu situasi.

15. Meringkas dan merencanakan

Menyatakan poin-poin utama suatu diskusi untuk mengklarifikasi poin-poin relevan yang telah didiskusikan. Teknik ini bermanfaat pada akhir wawancara atau untuk meninjau sesi penyuluhan kesehatan yang telah dilakukan. Teknik ini kadang dijadikan pendahuluan untuk perawatan yang akan datang. (Barbara Kozier, 2011)

2.1.3 Prinsip Komunikasi Terapeutik

1. Komunikasi berorientasi pada proses percepatan kesembuhan.

Saat perawat berkomunikasi dengan klien maka semua percakapan berorientasi bagaimana percakapan ini bisa mendukung perawat untuk mendapatkan masukan yang berharga dan menentukan sikap dan tindakan. Klien merasa diajak mendiskusikan masalah kesehatan yang dihadapinya akan merasa terayomi dan mendapat perhatian yang penuh dari perawat sehingga bisa menurunkan kecemasan akibat penyakit yang diderita (Muhid & Siyoto, 2018).

2. Komunikasi terstruktur dan direncanakan

Strategi pelaksanaan komunikasi ini merupakan pendamping saat berkomunikasi dengan klien. Dengan strategi ini menuntun dan

memberi petunjuk serta mengarahkan perkataan apa saja yang akan disampaikan kepada klien.

3. Komunikasi terjadi dalam konteks topik, ruang dan waktu

Saat berkomunikasi perawat harus memilih topik yang tepat yang dibutuhkan klien sesuai dengan keluhan yang dirasakan atau masalah klien. Sehingga komunikasi yang berlangsung sesuai dengan waktu yang ditentukan materi atau topik yang akan dibicarakan atau disampaikan dan sesuai dengan tempat yang telah disepakati.

4. Komunikasi memperhatikan kerangka pengalaman klien

Dalam proses komunikasi perawat harus melihat kondisi emosional dari klien atau perawat sehingga dalam berkomunikasi perawat mampu menempatkan diri dalam berinteraksi. Untuk itu, seorang perawat yang akan menyampaikan pesan perlu diperhatikan dari latar belakang budaya, bahasa, agama, tingkat pendidikan, kemampuan kognitif dan termasuk didalamnya kondisi psikologis dari lawan bicara

5. Komunikasi memerlukan keterlibatan maksimal dari klien dan keluarga

Dalam proses komunikasi antara perawat dan klien atau keluarga akan terjadi proses transformasi ada diskusi yang saling mengisi dan menerima untuk itu proses perawat harus memperhatikan latar belakang yang dimiliki klien atau keluarga tersebut agar pesan yang disampaikan mampu memberikan efek terapeutik bagi klien atau keluarga.

6. Keluhan utama sebagai pijakan pertama dalam komunikasi

Keakuratan perawat untuk menentukan sikap dan tindakan pada klien tergantung pada pernyataan klien atas keluhan yang disampaikan. Keluhan yang dirasakan (keluhan utama) sebagai pijakan untuk melaksanakan asuhan keperawatan.

2.1.4 Faktor-faktor penghambat komunikasi terapeutik

Ada beberapa faktor dalam hambatan proses komunikasi terapeutik, banyak faktor latar belakang klien yang mempengaruhi proses komunikasi dan berdampak pada hasil interaksi perawat-klien (Fahrudin & Yuliyanti, 2014). Beberapa faktor yang paling umum adalah:

1. Budaya.
2. Nilai (kepercayaan dan peraturan kehidupan masyarakat).
3. Status sosial.
4. Keadaan emosional (perasaan yang mempengaruhi pola komunikasi).
5. Orientasi spiritual.
6. Pengalaman internal (seperti dampak biologis dan psikologis yaitu bagaimana seseorang menginterpretasikan situasi kehidupan).
7. Kejadian-kejadian di luar individu.
8. Sosialisasi keluarga mengenai komunikasi.
9. Bentuk hubungan.
10. Konteks hubungan saat ini.
11. Isi pesan (seperti topik-topik yang menimbulkan kepekaan dan berdampak secara emosional).

2.1.5 Tahap Komunikasi Terapeutik

Menurut (Muhid & Siyoto, 2018) tahap komunikasi terapeutik meliputi :

1. Tahap Pra interaksi

Pada tahap ini disebut juga tahap apersepsi dimana perawat menggali dulu kemampuan yang dimiliki sebelum kontak atau berhubungan dengan klien

2. Tahap Perkenalan

Pada tahap perkenalan ini perawat memulai kegiatan pertama kali dimana perawat bertemu dengan klien kegiatan yang dilakukan adalah memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga bahwa saat ini yang menjadi perawat adalah dirinya dalam hal ini perawat sudah siap sedia untuk memberikan pelayanan keperawatan kepada klien

3. Tahap orientasi

Pada tahap orientasi perawat menggali keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien dan divalidasi dengan tanda dan gejala yang lain untuk memperkuat perumusan diagnosis keperawatan.

4. Tahap kerja

Tahap kerja merupakan tahap untuk mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap orientasi perawat menolong klien untuk mengatasi cemas meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab terhadap diri dan mengembangkan mekanisme koping konstruktif

5. Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap dimana perawat mengakhiri pertemuan dalam menjalankan tindakan keperawatan serta mengakhiri interaksinya dengan klien dengan dilakukan terminasi klien menerima kondisi perpisahan tanpa menjadi regresi putus asa serta menghindari kecemasan. Dalam hubungan perawat dan klien terdapat dua terminasi yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir terminasi sementara dilakukan bila perawat mengakhiri tindakan keperawatan masa tugas berakhir atau Operan dengan teman sejawat dalam rangka untuk peralihan tugas sedangkan terminasi akhir dilakukan bila klien akan meninggalkan rumah sakit karena sudah sembuh atau pindah rumah sakit lain.

Tahap komunikasi terapeutik menurut fundamental keperawatan (Kozier et al., 2011) :

1. Fase pra interaksi

Fase pra-interaksi mirip dengan tahap perencanaan sebelum melakukan wawancara. Biasanya, perawat memiliki informasi tentang klien sebelum bertatap muka untuk yang pertama kali. Informasi tersebut dapat meliputi nama klien, alamat, usia, riwayat medis, dan/atau riwayat sosial klien. Perencanaan untuk kunjungan pertama dapat menimbulkan perasaan cemas pada diri perawat. Jika perawat menyadari perasaan tersebut dan mengidentifikasi informasi yang spesifik untuk dibahas, akan diperoleh hasil yang positif.

2. Fase Perkenalan

Fase perkenalan yang disebut juga sebagai *fase orientasi*, sangat penting karena mengatur sifat keseluruhan hubungan. Tiga tahap yang terdapat dalam fase perkenalan adalah membuka hubungan, mengklarifikasi masalah, dan membuat serta memformulasi kontrak. Setelah perkenalan, perawat dapat mulai melakukan beberapa interaksi sosial untuk menenangkan klien.

3. Fase Kerja

Selama fase kerja, perawat dan klien mulai memandang satu sama lain sebagai individu yang unik. Sikap *caring* menunjukkan kepedulian yang dalam dan tulus terhadap kesejahteraan orang lain. Saat sikap *caring* tumbuh, kemungkinan munculnya sikap empati juga semakin besar. Fase kerja memiliki dua tujuan utama: menggali dan memahami pikiran dan perasaan, serta memfasilitasi dan mengambil tindakan. Perawat membantu klien untuk menggali berbagai pikiran, perasaan, dan tindakan, serta membantu klien merencanakan program tindakan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

4. Fase Terminasi

Fase terminasi dalam hubungan ini biasanya berjalan sulit dan diliputi kebimbangan. Akan tetapi, jika fase sebelumnya berjalan secara efektif, klien umumnya memiliki pandangan yang positif serta merasa mampu untuk mengatasi masalah secara mandiri. Di sisi lain, karena perasaan *caring* telah tumbuh, sangat wajar jika muncul perasaan

kehilangan, dan setiap individu perlu mengembangkan cara untuk mengucapkan selamat tinggal. Banyak metode yang dapat digunakan untuk mengakhiri suatu hubungan. Meringkas atau mengulas proses suatu hubungan dapat menimbulkan perasaan puas. Bermanfaat pula bagi perawat dan klien untuk mengungkapkan perasaan mereka tentang terminasi secara terbuka dan jujur. Dengan demikian, diskusi tentang terminasi perlu dimulai sebelum wawancara terminasi. Langkah ini juga memberi kesempatan klien untuk menyesuaikan diri dengan kemandirian. Di beberapa situasi, perujukan penting dilakukan, atau mungkin akan tepat untuk menawarkan pertemuan berkala guna memberikan dukungan sesuai kebutuhan. Telepon atau e-mail tindak lanjut merupakan intervensi lain yang memudahkan peralihan klien menuju kemandirian.

2.1.6 Penilaian Komunikasi Perawat

Untuk mengukur komunikasi terapeutik digunakan kuesioner komunikasi terapeutik (Sigalingging, 2012). Kuesioner terapeutik ini terdiri dari 15 pernyataan dan bertujuan untuk melihat bagaimana perilaku perawat saat berkomunikasi dengan pasien yang diukur dari penerapan komunikasi terapeutik perawat yaitu fase orientasi yang terdiri dari 5 pernyataan tertutup, fase kerja yang terdiri dari 5 pernyataan tertutup, dan fase terminasi yang terdiri dari 5 pernyataan tertutup dengan jenis pernyataan (sering), (kadang-kadang) dan (tidak). Setiap kategori pernyataan dengan jawaban (sering) diberi skor 3, jawaban (kadang

kadang) diberi skor 2 dan jawaban (tidak) diberi skor 1. Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas menggunakan metode content validity dan dinyatakan valid, serta sudah dilakukan uji keandalan kepada 10 pasien di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan.

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Pengertian

Cemas adalah suatu respons terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar, atau bersifat konflik. Respon cemas pada individu yang mengalami gangguan mental muncul karena perasaannya diliputi oleh adanya bahaya yang mengancam dari luar dirinya yang tidak diketahui sumbernya. Sedangkan kecemasan adalah perasaan yang dialami ketika seseorang terlalu mengkhawatirkan kemungkinan peristiwa yang menakutkan yang terjadi dimasa depan yang tidak bisa dikendalikan dan jika itu terjadi akan dinilai sebagai "mengerikan" (Permata Sari, 2019).

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan adalah sesuatu yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang, dan karena itu berlangsung tidak lama. Kecemasan menunjukkan reaksi terhadap bahaya yang memperingatkan orang dari dalam secara naluri bahwa ada bahaya

dan orang yang bersangkutan dapat kehilangan kendali (Fort & Bukittinggi, 2021).

Jadi kecemasan adalah suatu keadaan atau perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak nyaman ditandai dengan rasa takut atau perasaan menegangkan dengan kejadian yang tidak diinginkan.

2.2.2 Penyebab Kecemasan

Stuart (2013) mengatakan penyebab kecemasan terdiri dari :

1. Faktor Predisposisi

Berbagai pandangan dengan tentang kecemasan dari beberapa teori telah dikembangkan sebagai penyebab kecemasan yaitu sebagai berikut:

a. Teori Psikoanalitik

Pandangan psikoanalitik, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau Aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b. Teori Interpersonal

Pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti

perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan fisik. Orang dengan harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

c. Teori Perilaku

Pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap ansietas suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Pakar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dininya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya.

d. Teori Keluarga

Menunjukkan bahwa gangguan ansietas merupakan hal yang biasa ditemukan dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas dengan depresi.

e. Teori Biologis

Menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepines. Reseptor ini mungkin membantu mengatur ansietas. Penghambat asam aminobutirik-gamma neroregulator (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas, sebagaimana halnya dengan endorphin. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum

seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

2. Faktor Presipitasi

Faktor yang mempengaruhi kecemasan atau stresor pencetus dari munculnya kecemasan dikelompokkan dalam 2 faktor yang mempengaruhi sebagai berikut :

1) Faktor Eksternal

a. Ancaman Terhadap Integritas Diri Seseorang

Meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Hal ini dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal meliputi infeksi virus dan bakteri, polusi lingkungan, sampah rumah dan makanan juga pakaian, trauma fisik dan proses adaptasi lingkungan dan situasi, ketidakmampuan fisiologi atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, traumafisik, pembedahan yang akan dilakukan).

b. Ancaman Terhadap Sistem Diri Seseorang

Meliputi ancaman yang dapat membahayakan terhadap identitas diri, harga diri dan hubungan interpersonal, kehilangan serta perubahan status atau peran atau fungsi sosial

yang terintegrasi seseorang. Faktor eksternal yang mempengaruhi harga diri adalah kehi langan, dilematik, faktor dukungan keluarga. tekanan dalam kelompok sosial maupun budaya.

2) Faktor Internal

Faktor internal yang berhubungan dengan kemampuan individu dalam merespon terhadap munculnya kecemasan preoperasi adalah kegagalan mekanisme fisiologi seperti sistem kekebalan, pengaturan suhu dan jantung, perubahan biologis, maturasi, perkembangan diri meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, akses informasi, pekerjaan, sosial ekonomi, penga laman dan kepribadian (Permata Sari, 2019).

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut Stuart (2016), faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien di bagi atas :

1) Faktor Instrinsik

a. Usia

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Sebagian besar terjadi pada umur 21-45 tahun.

- b. Pengalaman pasien menjalani pengobatan/ tindakan medis.

Apabila pengalaman individu tentang pembedahan atau anestesi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan.

- c. Konsep diri dan peran.

Klien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat ada kecenderungan mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

2) Faktor Ekstrinsik

- a. Kondisi medis

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis.

- b. Tingkat pendidikan

Pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus.

c. Akses informasi

Akses informasi adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya.

Akses informasi dapat diperoleh dari berbagai sumber.

d. Proses adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal (lingkungan) yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu klien mengembalikan atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

e. Tingkat sosial ekonomi

Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik, diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah prevalensi gangguan psikiatriknya lebih banyak. Jadi, keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan kecemasan pada klien menghadapi tindakan pembedahan atau anestesi.

Sedangkan dalam kasus pre operasi, (J.Sadock & A.Sadock, 2010) menjelaskan bahwa kecemasan pasien pre operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

1) Usia

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita.

2) Pengalaman pasien

Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari. Apabila pengalaman individu tentang operasi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan operasi.

3) Konsep diri dan peran

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu terhadap dirinya dan mempengaruhi individu berhubungan dengan orang lain. Banyak faktor yang mempengaruhi peran seperti kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran, konsistensi respon orang yang berarti terhadap peran, kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang dijalankannya. Juga keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran. Pasien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat ada kecenderungan mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

4) Tingkat pendidikan

Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan

yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus.

5) Tingkat sosial ekonomi

Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik. Berdasarkan hasil penelitian Durham diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah prevalensi psikiatriknya lebih banyak. Jadi keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan kecemasan pada klien yang akan menghadapi tindakan operasi.

6) Kondisi medis

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya: pada pasien sesuai hasil pemeriksaan akan mendapatkan diagnosa pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan klien. Sebaliknya pada pasien yang dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan.

7) Akses informasi

Adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi adalah segala penjelasan yang didapatkan pasien sebelum pelaksanaan tindakan operasi terdiri dari tujuan operasi, proses operasi, resiko dan

komplikasi serta alternatif tindakan yang tersedia, serta proses administrasi.

8) Proses adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber di lingkungan dimana dia berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu pasien mengembalikan atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

9) Jenis tindakan medis

Adalah klasifikasi suatu tindakan terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang. Semakin mengetahui tentang tindakan operasi, akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien.

10) Komunikasi terapeutik

Komunikasi sangat dibutuhkan baik bagi perawat maupun pasien. Terlebih bagi pasien yang akan menjalani prosedur operasi. Hampir sebagian besar pasien yang akan menjalani operasi mengalami kecemasan. Pasien sangat membutuhkan penjelasan yang baik dari perawat. Komunikasi yang baik diantara mereka akan menentukan tahap operasi selanjutnya. Pasien yang cemas saat akan menjalani

operasi kemungkinan mengalami efek yang tidak menyenangkan bahkan akan membahayakan

2.2.4 Manifestasi Kecemasan

Menurut Stuart (2013) manifestasi kecemasan meliputi : respon fisiologi, kognitif, tingkah laku dan afektif yaitu sebagai berikut :

a. Respon fisiologi

- 1) Sistem kardiovaskuler : palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, dan denyut nadi menurun, pingsan.
- 2) Sistem pernafasan : napas cepat, pernapasan dangkal, rasa tertekan pada dada, rasa tercekik dan terengah-engah
- 3) Sistem neuromuskuler : peningkatan reflek, reaksi kejutan, insomnia, ketakutan, gelisah, tegang, kelemahan secara umum, gerakan lambat.
- 4) Sistem gastrointestinal : kehilangan nafsu makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, diare.
- 5) Sistem perkemihan : tidak dapat menahan buang air kecil, sering buang air kecil.
- 6) Sistem integument : rasa terbakar pada muka, berkeringat pada telapak tangan, gatal-gatal, perasaan panas atau dingin pada kulit, muka pucat, berkeringat seluruh tubuh.

b. Respon kognitif

Seperti gangguan perhatian, konsentrasi hilang, pelupa, salah tafsir, bloking pada pikiran, lahan persepsi menurun, kreatifitas menurun,

bingung, kesadaran diri yang berlebihan, khawatir yang berlebihan, objektivitas hilang, takut.

c. Respon perilaku

Seperti gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, tidak ada koordinasi, menarik diri, menghindar, hiperventilasi.

d. Respon afektif

Seperti: tidak sadar, tegang, takut yang berlebihan, gugup yang luar biasa, sangat gelisah.

2.2.5 Rentang Respon Kecemasan

Respon tentang kecemasan yaitu respon tentang sehat-sakit yang dapat dipakai untuk menggambarkan respon adaptif maladaptif pada kecemasan.



(Sumber : Stuart 2013)

2.2.6 Tingkat Kecemasan

Tiap tingkatan kecemasan mempunyai karakteristik atau manifestasi yang berbeda satu sama lain. Menurut Stuart (2013) tingkat kecemasan yang dialami oleh individu sebagai berikut:

- a. Kecemasan normal/tidak cemas adalah reaksi yang sehat diperlukan untuk kelangsungan hidup. Kecemasan normal ini memberikan energi yang dibutuhkan individu untuk melaksanakan tugas-tugas yang ada dalam kehidupan dan berjuang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- b. Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas. Gejala yang muncul pada kecemasan ringan yaitu ketidaknyamanan, kegelisahan, mudah marah, atau menunjukkan perilaku ringan seperti menggigit kuku, menekan kaki atau jari, dan gelisah.
- c. Kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu tidak mengalami perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya. Gejala yang terlihat pada kecemasan ini termasuk ketegangan, jantung berdebar-debar, peningkatan denyut nadi dan laju pernapasan, keringat, dan gejala somatik ringan seperti ketidaknyamanan pada lambung dan sakit kepala.
- d. Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta

tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain. Gejala yang terlihat yaitu (sakit kepala, mual, pusing, insomnia) seringkali meningkat, gemetar dan jantung debar, dan orang tersebut bisa mengalami hiperventilasi dan ketakutan akan masa depan.

- e. Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Perilaku yang ditunjukkan seperti mondar-mandir, berlari, berteriak, menjerit, atau menarik diri dari lingkungan.

2.2.7 Alat Ukur Kecemasan

(Permata Sari, 2019), mengatakan untuk mengetahui sejauh mana dan mengukur derajat berat ringannya kecemasan seseorang dapat digunakan alat ukur (instruman) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A) yang sudah dikembangkan oleh Kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk *Anxiety Analog Scale* (AAS). Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok yang dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik.

Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (score) antara :

- a. 0-4, yang artinya adalah : Nilai 0 = tidak ada gejala (tidak ada keluhan)
- b. Nilai 1 = gejala ringan (hampir separuh dari gejala pilihan yang ada)

- c. Nilai 2 = gejala sedang (separuh dari gejala yang ada)
- d. Nilai 3 = gejala berat (lebih dari separuh gejala yang = ada)
- e. Nilai 4 = gejala berat sekali (semua gejala ada).

Penilaian atau pemakaian alat ukur digunakan melalui teknik wawancara langsung dengan masing-masing nilai angka (score) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu :

Total Nilai (Score):

- a. Kurang dari 14 = tidak ada kecemasan
- b. 14-20 = kecemasan ringan
- c. 21-27 = kecemasan sedang
- d. 28-41 = kecemasan berat
- e. 42-56 = kecemasan berat sekali (panik)

Score tertinggi 56 dan Score terendah 14.

Adapun hal-hal yang dinilai dalam alat ukur HRS-A ini adalah sebagai berikut:

1. Perasaan cemas (ansietas) meliputi cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, dan mudah tersinggung.
2. Ketegangan meliputi merasa tegang, lesu, tidak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan gelisah.
3. Ketakutan meliputi akan gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, dan pada kerumunan orang banyak.

4. Gangguan tidur meliputi sukar tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk, dan mimpi menakutkan.
5. Gangguan kecerdasan meliputi sukar konsentrasi, daya ingat menurun, dan daya ingat buruk
6. Perasaan depresi (murung) meliputi kehilangan minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari dan perasaan berubah-ubah sepanjang hari
7. Gejala somatik/ fisik (otot) meliputi sakit dan nyeri di otot-otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil
8. Gejala somatik/ fisik (sensorik) meliputi tinnitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemas, perasaan di tusuk - tusuk.
9. Gejala kardiovakuler (jantung dan pembuluh darah) meliputi tachicardi (denyut jantung cepat), berdebar debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan, detak jantung menghilang (berhenti sekejap).
10. Gejala respirasi (pernapasan) meliputi rasa tertekan/sempit di dada, perasaan tercekik, nafas pendek atau sesak, sering menarik nafas panjang.
11. Gejala gastrointestinal (saluran pencernaan) meliputi sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar diperut, rasa penuh atau perut terasa panas dan

kembung, mual, muntah, konstipasi, defekasi lembek, berat badan menurun.

12. Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin) meliputi sering buang air kecil, tidak dapat menahan kencing, tidak datang bulan (tidak ada haid), darah haid berlebihan, darah haid amat sedikit masa haid amat berkepanjangan, masa haid amat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin (frigid), ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang, impotensi.
13. Gejala vegetatif atau otonom meliputi mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, sering pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit, bulu roma berdiri.
14. Perilaku (sikap) sewaktu wawancara meliputi gelisah, tidak tenang, jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat/ tegang/ mengeras, nafas pendek dan cepat, muka merah.

2.2.8 Penatalaksanaan Kecemasan

1. Psikoterapi

Teknik utama yang digunakan adalah pendekatan perilaku, misalnya relaksasi dan bio feed back (proses penyediaan suatu informasi pada keadaan satu atau beberapa variabel fisiologi seperti denyut nadi, tekanan darah dan temperatur kulit).

2. Farmakoterapi

Dua obat utama yang dipertimbangkan dalam pengobatan kecemasan umum adalah buspirone dan benzodiazepin Obat lain yang mungkin

berguna adalah obat trisiklik sebagai contohnya imipramine (tofranal) - antihistamin dan antagonis adrenergik beta sebagai contohnya propranolol (inderal).

3. Pendekatan suportif

Dukungan emosi dari keluarga dan orang terdekat akan memberi kita cinta dan perasaan berbagai beban. Kemampuan berbicara kepada seseorang dan mengekspresikan perasaan secara terbuka dapat membantu dalam menguasai keadaan (Permata Sari, 2019).

2.3 Konsep Pre Operasi

2.3.1 Definisi

Pre operasi adalah dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi. Periode pre operasi adalah waktu sebelum menjalani operasi yang digunakan untuk menyiapkan pasien bedah untuk operasi baik secara fisik maupun secara psikologis (Sari et al., 2020). Operasi atau pembedahan adalah tindakan pengobatan yang menggunakan teknik invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani melalui sayatan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Tindakan operasi merupakan peristiwa kompleks dan menegangkan sehingga pengalaman operasi merupakan hal yang menakutkan bagi sebagian besar pasien dan terkadang belum dapat diterima secara positif oleh pasien (Silalahi et al., 2021).

2.3.2 Indikasi Operasi

Pembedahan dilakukan dengan berbagai indikasi atau karena beberapa alasan (Digiulio, 2014) yaitu sebagai berikut :

1. Diagnostik (biopsi, laparotomi, eksplorasi)
2. Kuratif (eksisi massa tumor, pengangkatan apendiks yang mengalami inflamasi)
3. Reparatif (memperbaiki luka multiple)
4. Rekonstruksi dan paliatif (menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh pemasangan slang gastrostomi yang dipasang untuk mengkompensasi terhadap ketidakmampuan menelan makanan)

2.3.3 Klasifikasi Operasi

Menurut (Permata Sari, 2019) klasifikasi bedah operasi tindakan pembedahan dapat diklasifikasikan dalam beberapa cara :

1. Menurut lokasinya tindakan pembedahan dapat dilaksanakan eksternal/internal, selain itu juga dapat diklasifikasi sesuai dengan lokasi sistem tubuh seperti bedah kardiovaskuler, thorak.
2. Menurut luas jangkauannya, tindakan pembedahan dapat diklasifikasikan sebagai bedah minor (kecil) / mayor (besar).
3. Menurut tujuannya, tindakan pembedahan dapat diklasifikasikan sebagai bedah diagnostik, kuratif, restoratif, paliatif serta kosmetik
4. Menurut prosedur pembedahan, kebanyakan prosedur bedah diklasifikasikan dengan memberi kata-kata akhiran pada lokasi pembedahan sesuai dengan tipe-tipe pembedahan antara lain : ektomi

(pengangkatan organ), rhyap (penjahitan), ostomi (membuat lobang), plati (perbaikan menurut bedah plastik)

2.3.4 Persiapan Operasi

Digiulio (2014) mengatakan sebelum pasien menjalani operasi bedah ada beberapa persiapan yang harus disiapkan oleh pasien di unit perawatan, sebelum dilakukan tindakan operasi diantaranya :

a. Persiapan mental

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis berupa kecemasan dan stress yang memerlukan mekanisme koping yang baik oleh diri klien terutama pasien preoperasi. Secara mental seorang pasien harus dipersiapkan untuk menghadapi pembedahan karena selalu ada rasa cemas dan takut terhadap penyuntikan, nyeri luka, anastesi terhadap kemungkinan cacat atau mati.

b. Persiapan fisik

Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi, antara lain :

1) Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status

kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain-lain. Selain itu pasien harus istirahat yang cukup karena dengan istirahat yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

2) Status nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkar lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus di koreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan.

3) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit yang biasanya dilakukan pemeriksaan diantaranya adalah kadar natrium (normal: serum 135-145 mmol/l), kadar kalium serum (normal: 3,5-5 mmol/l) dan kadar kreatinin serum (0,70 - 1,50 mg/dl).

4) Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus di bersihkan terlebih dahulu. Intervensi keperawatan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien

dipuaskan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enema/ lavement. Lamanya puasa berkisar antara 7 sampai 8 jam (biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00 WIB).

5) Pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka.

6) Personal hygiene

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang di operasi. Pada pasien yang kondisinya kuat dianjurkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah operasi dengan lebih seksama. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

7) Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengosongan isi bladder

tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi balance cairan.

c. Persiapan penunjang

Persiapan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Tanpa adanya hasil pemeriksaan penunjang, maka dokter bedah tidak mungkin bisa menentukan tindakan operasi yang harus dilakukan pada pasien. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti ECG, dan lain lain

d. Pemeriksaan status anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk pembiusan perlu dilakukan untuk keselamatan selama pembedahan. Sebelum dilakukan anestesi demi kepentingan pembedahan, pasien akan mengalami pemeriksaan status fisik yang diperlukan untuk menilai sejauh mana resiko pembiusan terhadap diri pasien. Pemeriksaan yang biasa digunakan adalah pemeriksaan dengan menggunakan metode ASA (American Society of Anesthesiologist). Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

e. Inform Consent

Selain dilakukannya berbagai macam pemeriksaan penunjang terhadap pasien, hal lain yang sangat penting terkait dengan aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, yaitu Inform Consent. Baik

pasien maupun keluarganya harus menyadari bahwa tindakan medis, operasi sekecil apapun mempunyai resiko. Oleh karena itu setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anastesi).

f. Obat-Obatan Pre Medikasi

Sebelum operasi dilakukan pada esok harinya. Pasien akan diberikan obat-obatan premedikasi untuk memberikan kesempatan pasien mendapatkan waktu istirahat yang cukup. Obat-obatan premedikasi yang diberikan biasanya adalah valium atau diazepam. Antibiotik profilaksis biasanya diberikan sebelum pasien di operasi. Antibiotik profilaksis yang diberikan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya infeksi selama tindakan operasi, antibiotika profilaksis biasanya diberikan 1-2 jam sebelum operasi dimulai dan dilanjutkan pasca bedah 2-3 kali.

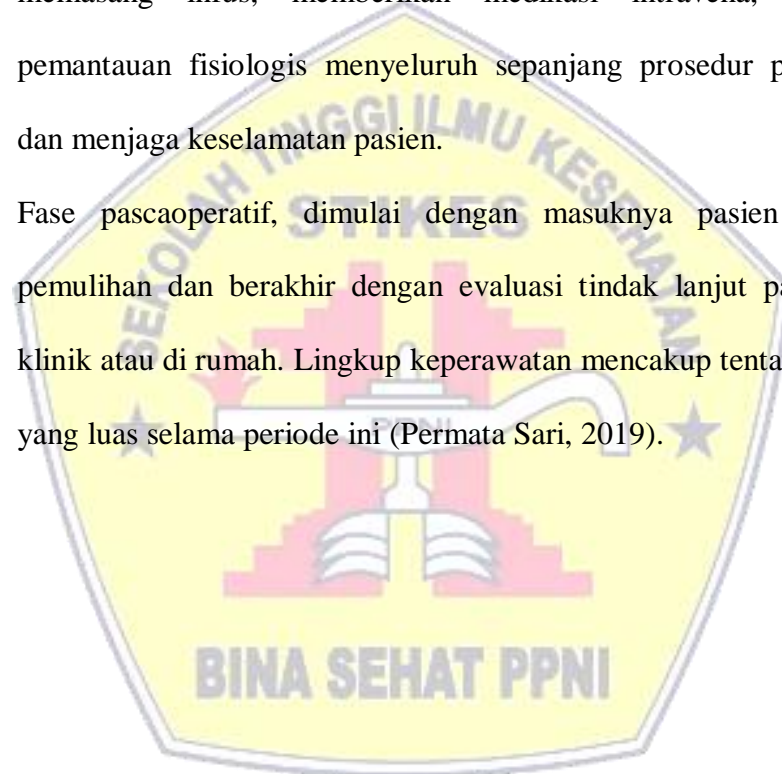
2.3.5 Tahapan Operasi

Perioperasi adalah tahapan dalam proses pembedahan yang di mulai dari prabedah (preoperatif), bedah (intra operatif), pasca bedah (post operatif)

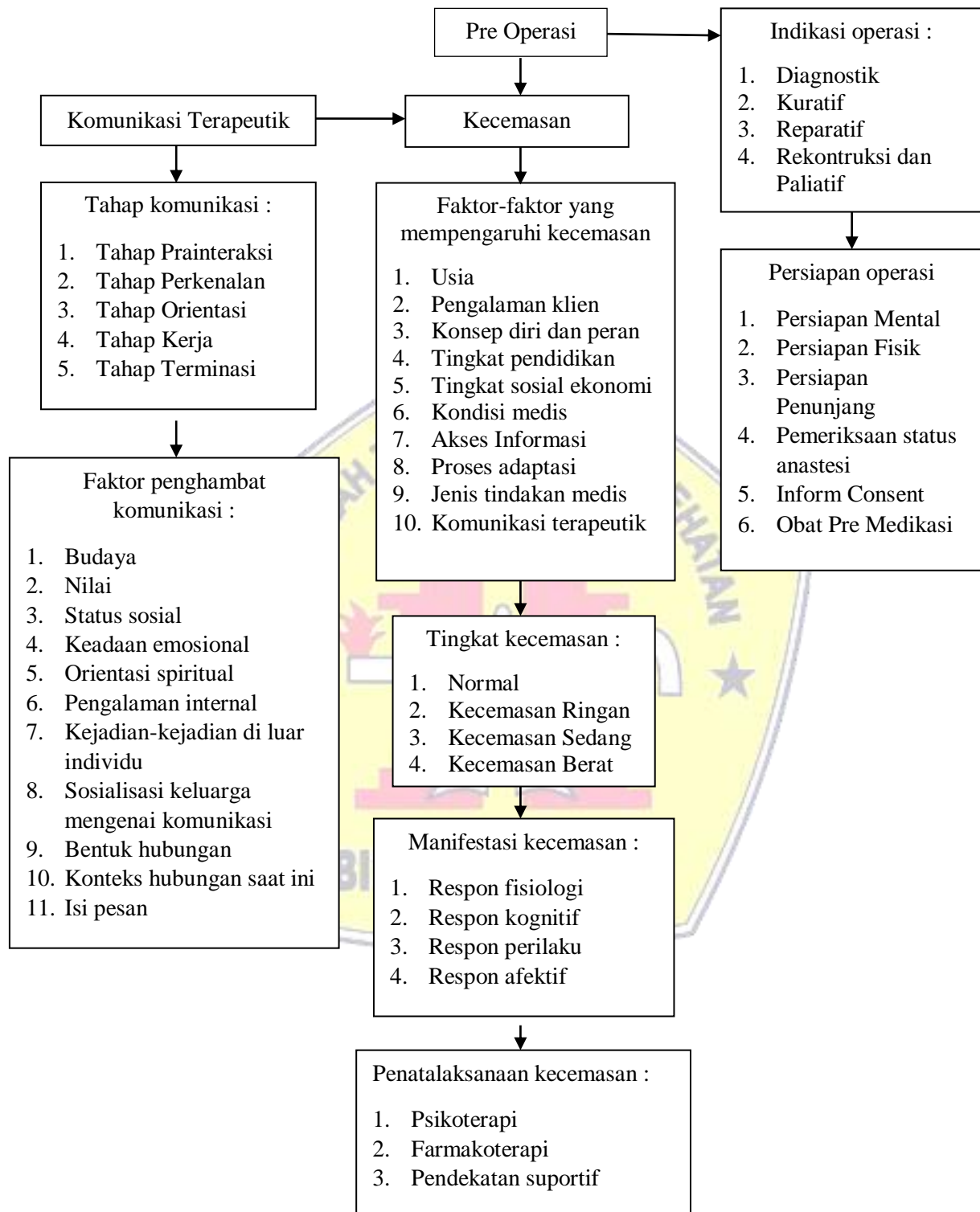
A. Fase praoperatif, dari peran keperawatan perioperatif dimulai ketika diambil keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik atau di rumah, menjalani wawancara praoperatif dan

menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dari pembedahan. Bagaimanapun aktivitas perawat dibatasi hingga melakukan pengkajian pasien praoperatif di tempat atau di ruang operasi.

- B. Fase intraoperatif, dimulai ketika pasien masuk dan pindah ke bagian atau departemen bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Fase ini lingkup aktivitas keperawatan dapat meliputi memasang infus, memberikan medikasi intravena, melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien.
- C. Fase pascaoperatif, dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Lingkup keperawatan mencakup tentang aktivitas yang luas selama periode ini (Permata Sari, 2019).



2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Hubungan Komunikasi Teraeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi

2.6 Hipotesis

Hipotesis adalah dugaan sementara terhadap terjadinya hubungan variabel yang akan diteliti. Hipotesis pada penelitian ini sebagai berikut :

H₁: Ada Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang Operasi Rumah Sakit Gatoel Mojokerto.

